KLİMİK 2015
XVII. TÜRK KLİNİK MİKROBİYYOLOJİ VE İNFESİYON HASTALIKLARI KONGRESİ

25-29 Mart 2015
Maritim Pine Beach Hotel, Antalya

KONGRE KİTABI

VII. Ulusal Yoğun Bakım İnfeksiyonları Simpozyumu (UYBİS VII)

26 Mart 2015, Perşembe
Editörler

Prof. Dr. Funda TİMURKAYNAK
Doç. Dr. Serap ŞİMŞEK-YAVUZ
KLİMİK 2015

XVII. TÜRK KLİNİK MIKROBİYOLOJİ VE İNFEKSIYON HASTALIKLARI KONGRESİ

25-29 Mart 2015
Maritim Pine Beach Hotel, Antalya

KONGRE KİTABİ

VII. Ulusal Yoğun Bakım İnfeksiyonları Simpozyumu (UYBİS VII)

26 Mart 2015, Perşembe

www.klimik.org/klimik2015
KONGRE DÜZENLEME KURULU

Başkan
Prof. Dr. Önder ERGÖNÜL

Başkan Yardımcıları
Prof. Dr. Halis AKALIN
Prof. Dr. Alpay AZAP

Genel Sekreterler
Prof. Dr. Funda TİMURKAYNAK
Doç. Dr. Serap ŞİMŞEK-YAVUZ

Sayman
Uzm.Dr. Funda ŞİMŞEK

Üyeler
Prof. Dr. Sila AKHAN
Prof. Dr. Bilgehan AYGEN
Uzm. Dr. Nur BENZONANA
Prof. Dr. Çağrı BÜKE
Prof. Dr. Haluk ERAKSOY
Doç. Dr. Aysel KOCAGÜL- ÇELİKBAŞ
Doç. Dr. Üner KAYABAŞ
Doç. Dr. Süda TEKİN-KORUK
Prof. Dr. Oral ÖNCÜL
Prof. Dr. Neşe SALTOĞLU
Doç. Dr. Nuriye TAŞDELEN-FİŞGIN
Prof. Dr. Ata Nevzat YALÇIN
Uzm. Dr. Taner YILDIRMAK
Prof. Dr. Emel YILMAZ
Prof. Dr. Ayşe YÜCE (İHKMEYK)

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Filiz AKATA  Mustafa ERTEK  Birsen MUTLU
Ayhan AKBULUT  Ayşe ERTÜRK  Metin OTKUN
F. Zeynep AKÇAM  Can Polat EYİĞÜN  R. Serdar ÖZER
Hayrettin AKDENİZ  Muzaffer FİNCANCI  İlhan ÖZGÜNEŞ
Ş. Deniz AĞDUMAN  M. Faruk GEYİK  Nefise ÖZTÖPRAK-ÇUVALCI
Hasan S. Z. AKSU  Levent GÖRENEK  Mehmet PARLAK
Firdevs AKTAŞ  Yunus GÜRBÜZ  Serhan SAKARYA
AlpayARI  Kenan HIZE\L  Meral SÖNMEZOĞLU
Hande ARSLAN  Ayten KADANALI  Hamdi SÖZEN
Turan ASLAN  Ahmet KALKAN  İrfan ŞENCAN
Celal AYAZ  Aslı KARADENİZ  Gönlü ŞENGÖZ
H. Şener BARUT  Emin KARAGÜL  Ali ŞENGÜL
Nurhayat BAYAZIT  Mustafa KARAOĞLÂN  Esin ŞENOL
Yaşar BAYINDIR  Ilkay KARAOĞLAN  Mehmet A. TAŞYARAN
Mehmet BİTİRGEN  Hasan KARSEN  Selma TOSUN
İlhami ÇELİK  Ali KAYA  Müşerde TUNCEL-BAŞOĞLU
Tuna DEMİRDAL  Dilek KILIÇ  Hüseyin TURGUT
Ali Pekcan DEMİRÖZ  S. Sirri KILIÇ  Necla TÜLEK
Neşe DEMİRTÜRK  Sesin KOCAGÖZ  Özlem TÜNGER
Mehmet DOĞANAY  Volkan KORTEN  Fatma ULUTAN
Başak DOKUZÖZÜ  Ömer Faruk KÖKOĞLU  Onur URAL
İlyas DÖKMETAŞ  Şükran KÖSE  Nuray UZUN
Nazif ELALDI  Halil KURT  Serhat ÜNAL
Ayşe ERBAY  Latife MAMIKOĞLU  Saadet YAZICI
İlkıner ERDEM  Reşit MISTIK  Mesut YILMAZ
Serpil EROL
İÇINDEKİLER

Önsöz............................................................................................................................................................ V

30 Yıl Plaketi Sunulan Meslektaşlarımız........................................................................................................ VII

Bilimsel Program................................................................................................................................................ XXIII

Poster Programı................................................................................................................................................ LVII

Bildiri Konuları ................................................................................................................................................... LVIII

Konuşmacı Özetileri........................................................................................................................................ 1

Sözel Sunumlar Uybis ....................................................................................................................................... 163

Sözel Sunumlar .................................................................................................................................................. 169

Poster Sunumlar Uybis .................................................................................................................................. 189

Poster Sunumlar ............................................................................................................................................... 199

İndeks............................................................................................................................................................... 387
ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşımız,


Katılımcıların etkileşimin ve kuşaklar arası diyalog imkanını artırmak için, bu yıl, “şartı klasikler”, “büyük vizit” ve “en zor olgum” gibi oturumlar programada eklenmiştir.

Güncel literatürü, sizlerden gelen önerilerin, Klinik Derneği Çalışma Grupları’nın ve son dönemde ortaya çıkan sorunların rehberliğinde yoğun bir çalışma döneminin ardından ortaya çıkan bilimsel program; beş konferans, 31 simpozyum, altı uzmanıyla tartışılacak, artıştan klasikler ve en zor olgum şeklinde olgu tartışılacak, birlikte tartışılacak, büyük vizit, yılın ses getiren makaleleri, beş sözsel sunum ve üç poster tartışması oturumunda olacaktır. Bildirilerden üç sözsel üç poster olmak üzere, altısına kongre bildiri ödüllerini verecektir. Ayrıca ilaç endüstrisi tarafından üç uydus simpozyum düzenlenmektedir.

Kongre programımız içinde altı oturumla yer alacak olan VII. Ulusal Yoğun Bakım İnfeksiyonlar Simpozyumu (UYBİS VII), Yoğun Bakım ve İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlarının multi-disipliner çalışma anlayışının yansıtıldığı sunum ve tartışmalarla kongreye zenginlik katacaktır.


Sizlerin katkı ve katılmılaryla anlamanı bulacak olan, Klimik 2015’te buluşmak dileğiyle sevgi ve saygılarımı sunarız.

Prof. Dr. Önder ERGÖNÜL
Kongre Başkanı
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyolojide 30 Yıl Plaketi Sunulan MeslektAŞlarımıZ
Uzm. Dr. Ayşe Ferhan AKGÜL


Uzm. Dr. H. Seza ARTUNKAL

Doğum yeri ve yılı: İstanbul, 1947

Öğrenim durumu

İlköğrenim: Moda İlkokulu (1953-1958)


Çalışma Hayatı

1971-1974: Eczacıbaşı İlaç San. Araştırma Lab.’nda araştırmacı olarak yeni bir antibiyotik keşfi projesi


2005-2015: Özel Ahu Hastanesi, Mikrobiyoloji Lab., Marmaris, Muğla

Üye olduğu bilimsel kuruluşlar: Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti

Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği

Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği

Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği

Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği

Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Derneği

European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

-IX-
Prof. Dr. Celal AYAZ

Uzm. Dr. Mehmet BERKYÜREK

Prof. Dr. Şaban ÇAVUŞLU


Prof. Dr. Birsel ERDEM


Dr. Birsel Erdem, 1994’de misafir araştırmacı olarak çalıştığı Londra, Colindale’de Public Health Agency, Enterik Patojenler Laboratuvarında, antimikrobiyal ajanlara duyarlı ve dirençli Salmonella klinik izolatlarının moleküler özelliklerinin incelendiği çalışmalar yapmıştır.


Prof. Dr. Birsel Erdem, 2013 yılında açılan TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı kurucu öğretim üyesi görevine atanmış ve halen bu görevi sürdürmektedir.

Dr. Birsel Erdem evli ve bir çocuk annesidir.
Prof. Dr. Paşa GÖKTAŞ

Prof. Dr. Aziz HACİBEKTAŞOĞLU


Prof. Dr. Tunçer HAZNEDAROĞLU


Prof.Dr.Tunçer HAZNEDAROĞLU’nun ulusal ve uluslararası (SCI ve SCI-expanded taraftan taranan) hakemli dergilerde yayınlanmış 110 bilimsel makalesi, 140’dan fazla ulusal ve uluslararası sözleşmeli poster bildiri tebliği, kitap moderatörlüğü ve kitap bölümü yazarlığı bulunmaktadır.Dr. Dilek HAZNEDAROĞLU ile evli olup bir kız çocuğu babasıdır. İngilizce bilmektedir.
Uzm. Dr. Behiç ORAL

EĞİTİM
İlkokul: Samsun/Havza Merkez İlkokulu 1964-1969
Ortaokul: Samsun/Havza Ortaokulu 1969-1972
Lise: Samsun/Havza Lisesi 1972-1975
Üniversite: Ege Üniversitesi Ege Tıp Fakültesi 1975-1981
UZMANLIK: S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği 05.03.1984-28.06.1988

GÖREV YERLERİ
-Samsun/Vezirköprü Merkez Sağlık Ocağı Tabipliği 1981-1982
- S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği Şef Yardımcılığı 1993-2010
-2010 yılında bu görevden emekli olarak 2001 yılından beri yarı zamanlı çalıştığı Ankara Özel Güven Hastanesinde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı olarak tam zamanlı çalışıyor.

ÜYE OLDUĞU DERNEKLER
1.Klinik(Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları) Derneği
2.Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti
3.Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Drrneği
4.Viral Hepatitle Savaşım Derneği
5. ESCMID(European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.)
6.ANKEM(Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği)
Prof Dr. Alaaddin PAHSA

Uzm. Dr. Mustafa TORUN


Bilimsel ve toplumsal konularda çeşitli dergi ve gazetelerde yazıları mevcuttur. Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları dalında yabancı ve yerli dergilerde yayınları olup, basılı bir kitabı vardır.


-XX-
Uzm. Dr. Mehmet Macit TURGUT

13.08.1925 yılında Antalya’nın Elmalı kazasında doğdum. İlkokulu Elmalı’da Ortaokulu ve Liseyi Antalya’da tamamladım.

05.04.1952 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldum.

29.04.1954 yılında mecburi hizmetimi tamamlayarak Mardin’de Hükümet Tabibi olarak tayin edildim. Burada 2 sene çalıştım.


1964 de Antalya Devlet Hastanesinde Bakteriyoloji ve İntani Hastalıklar uzmanı olarak görev almıştım.


1966 da Urfa’daki tifo salgını önledim.


1970 de Antalya Halk Sağlığı Laboratuvarını ve Dr. Aral Gürsel, İbrahim Cansızoğlu ve Hasan Demirel ile Hıfızıssıhha bölge laboratuvarını kurдум.

Antalya Kızılay Kan Merkezim kuruluşunda çalışmam. 01.03.1979 da emekli oldum

1979-2000 yılları arasında kendi laboratuvarında ve çeşitli özel sağlık kuruluşlarında Bakteriyoloj olarak çalıştım.

Halen Verem Savaşı Derneği Laboratuvarında Uzman hekim olarak çalışmaktayım.

Evli ve iki çocuk babasıyım.
BİLİMSEL PROGRAM
<table>
<thead>
<tr>
<th>25 Mart 2015 Çarşamba</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>KONGRE ÖNÇESİ ATÖLYE ÇALIŞMASI-1</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **Kronik Hepatit C Hasta Yönetimi Değişti mi?**  
  *Kurs Koordinatörü: Celal AYAZ* |
| 09:00-09:30 | Kronik Hepatit C'de Tanı, Tedavi ve Takip Algoritması  
  Süda TEKİN-KORUK |
| 09:30-10:00 | Kronik Hepatit C Tedavisinde Ne Zaman Direnç ve Laboratuvar Tanısı  
  Murat SAYAN |
| 10:00-10:30 | Kronik Hepatit C Tedavisinde Gerçek Yaşam ve Gelecekte Beklentilerimiz  
  Mark THURSZ |
| 10:30-10:45 | **Çay / Kahve Arası** |
| 10:45-11:15 | Kronik Hepatit C'de Daha Önce Tedavi Almamış Hastalarda Tedavi  
  Funda ŞİMŞEK |
| 11:15-11:45 | Kronik Hepatit C'de Tedavi Deneyimli Hastalarda Tedavi  
  Ziya KURUÜZÜM |
| 11:45-12:15 | Özel Durumlarda HCV Tedavisi  
  Saadet YAZICI |
| **KONGRE ÖNÇESİ ATÖLYE ÇALIŞMASI-2** |
| **HIV/AIDS: Olgular Eşliğinde Yeni Saptanan Hastanın Yönetimi**  
  *Kurs Koordinatörü: Taner YILDIRMAK* |
| 09:00-09:30 | Asemptomatik Hasta Yönetimi  
  Tartışmacılar: Asuman İNAN, Taner YILDIRMAK |
| 09:30-10:00 | Geç Tanı Almış Hasta Yönetimi  
  Tartışmacılar: Dilara İNAN, Volkan KORTEN |
| 10:00-10:30 | İlk Basamak Antiretroviral Seçimi: Ne zaman? Hangisi?  
  Tartışmacılar: Muzaffer FİNCANCI, Figen KAPTAN, Başak DOKUZÖGUZ |
| 10:30-10:45 | **Çay / Kahve Arası** |
| 10:45-11:15 | Antiretroviral Tedavide Yan Etkiler ve İlaç Etkileşimi Yönetimi  
  Tartışmacılar: Gülşen MERMUT, Ayşe WILLKE |
| 11:15-11:45 | HIV İnfekte Çiftlerde Gebelik Planlaması  
  Tartışmacılar: Atahan ÇAĞATAY, Deniz GÖKENGİN |
| 11:45-12:30 | HIV İnfeksiyonunda Erken Tedavinin Önemi  
  Anton POZNIAK |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Zaman</th>
<th>Salon A</th>
<th>Salon B</th>
<th>Salon C</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>08:30-10:00</td>
<td>Kayıt</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10:00-12:00</td>
<td>Acilis Toreni</td>
<td>Acilis Konferansi</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Oturum Baskanı</td>
<td>Osman Sadı YENEN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hekim Olmak</td>
<td>Mustafa ÇETİNER</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12:00-13:00</td>
<td>Çay/Kahve Arası</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13:00-14:00</td>
<td>Acilis Toreni</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Açılsı Konferansi</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osman Şadi YENEN</td>
<td>Hekim Olmak</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mustafa ÇETİNER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14:00-15:00</td>
<td>Acilis Toreni</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Firdevs AKTAŞ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Infeksiyon Hastalıklarında Yayın Durumu</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Haluk ERALSOY</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15:30-16:30</td>
<td>Simpozium I</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tip Alanında Yayın Etüdi</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(KLİMİK Derneği Etk Kurulu'na Düzenlenmiştir.)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Firdevs AKTAŞ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Infeksiyon Hastalıklarında Yayın Durumu</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Haluk ERALSOY</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tip ve Yayın Etüdi</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Şevket RUACAN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16:00-18:00</td>
<td>Atölye</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bilimsel Makale Nasıl Yazılır?</td>
<td>(KLİMİK Dergisi'ne Düzenlenmiştir.)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KLİMİK Dergisine Gelen Yazılıının Değerlendirilme Süreci</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Haluk ERALSOY</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bilimsel Makalenin Anatomisi</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Önder ERGÖNÜL-Alpay AZAP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tezler ve Çalışmaldan Yazıya Dönüşüm</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KLİMİK Dergisi Yayın Kurulu</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19:30-</td>
<td>Kokteyl Prolonge</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>08.00-09.00</td>
<td>Saion A</td>
<td>Saion B</td>
<td>Saion C</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>---------</td>
<td>---------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Simpozyum 2 (UYBİS VII)</strong></td>
<td>Simpozyum 3</td>
<td>Simpozyum 4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yoğun Bakımda Gözden Kaçan İnfeksiyonlar</td>
<td>Yeni Salınır</td>
<td>Şartları Klasikler 1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bırsen MUTLU</td>
<td>Celal AYAZ</td>
<td>İlhan ÖZGÜNEŞ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Viral İnfeksiyonlar: CMV ve Solunum Yolu Virüsleri</td>
<td>Ebola Virüsü Hastalığı</td>
<td>Olgu 1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Öznur AK</td>
<td>Necia TÜLEK</td>
<td>Ayshe ERBAY</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kandida Dışı Fungal İnfeksiyonlar: Aspergillus spp.</td>
<td>MERS-CoV İnfeksiyonu</td>
<td>Olgu 2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selda SAYIN-KUTLU</td>
<td>Murat KUTLU</td>
<td>Serap ŞİMŞEK-YAVUZ</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>09.00-10.20</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Simpozyum 5 (UYBİS VII)</strong></td>
<td>Birlikte Tartışalım</td>
<td>Simpozyum 6</td>
</tr>
<tr>
<td>Sepsis: Güncel Durum</td>
<td>En Zor Olум: No Öğrendim?</td>
<td>Kronik Hepatit Olумları</td>
</tr>
<tr>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
</tr>
<tr>
<td>Necmettin ÜNAL</td>
<td>Filiz AKATA</td>
<td>Reşit MİSTIK</td>
</tr>
<tr>
<td>Türkiye’de Sepsis Farkındalık Çalışmaları</td>
<td>En Zor Olум-1</td>
<td>İkili Tedaviye Kısımlı Yanıt Alnan</td>
</tr>
<tr>
<td>Necmettin ÜNAL</td>
<td>Aİİ MERT</td>
<td>Kronik Hepatit C Olusu</td>
</tr>
<tr>
<td>Sepsis Patogenezi</td>
<td>En Zor Olум-2</td>
<td>Yunus GÜRÜZ</td>
</tr>
<tr>
<td>Özlem ACİÇBE</td>
<td>Yusuf Ziya DEMİROĞLU</td>
<td>İki Kez İkili Tedaviyle Relaps</td>
</tr>
<tr>
<td>Sepsiste Antibiyotik Tedavisi</td>
<td>En Zor Olум-3</td>
<td>Gelişen Kronik Hepatit C Olusu</td>
</tr>
<tr>
<td>Gülden ERSÖZ</td>
<td>Nefise ÖZTOPRAK-ÇUVALÇI</td>
<td>Nesrin TÜRKER</td>
</tr>
<tr>
<td>Sepsiste Antibiyotik Dışı Tedaviler</td>
<td></td>
<td>Farklı Tedaviyle Başarısızlık</td>
</tr>
<tr>
<td>Ferra KAHVÇİ</td>
<td></td>
<td>Yaşamanın Kronik Hepatit B Olusu</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Deniz ÖZKAYA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>10.20-10.35</th>
<th>Çay / Kahve Arası</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>10.35-11.35</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Simpozyum 7 (UYBİS VII)</strong></td>
<td>Hangisi Doğru: GSBL Üreten Enterik Bakterilerin Tedavisi</td>
<td>Yılın Ses Getiren Makaleleri</td>
</tr>
<tr>
<td>Yoğun Bakımda Hastaandında Ateş</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
</tr>
<tr>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td>Atilla RAMAZANOĞLU</td>
<td>Önder ERGÜNUL</td>
</tr>
<tr>
<td>İnfeksiyonlarla Bağlı Ateş</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td>Sunanlar</td>
</tr>
<tr>
<td>Füzen YÜRÜK</td>
<td>Serpil EROL</td>
<td>Çağla KARAKOÇ</td>
</tr>
<tr>
<td>Infeksiyon Dışı Nedenlere Bağlı Ateş</td>
<td>Karbapenen Gerekir</td>
<td>Esra KAZAK</td>
</tr>
<tr>
<td>Murat SUNGUR</td>
<td>Bilgül METE</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Karbapenen Gerekmek</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Funda TIMURKAYNAK</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>11.35-12.30</th>
<th>Uydu Simpozyum 1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Moderator</td>
<td>Moderator</td>
</tr>
<tr>
<td>Haluk ERAKSOY</td>
<td>Haluk ERAKSOY</td>
</tr>
<tr>
<td>Sistematik Fungal İnfeksiyonlarda Mikafungin’in Yeri</td>
<td>Sistematik Fungal İnfeksiyonlarda Mikafungin’in Yeri</td>
</tr>
<tr>
<td>Amar SAFDAR</td>
<td>Amar SAFDAR</td>
</tr>
<tr>
<td>Rejin KEBUDI</td>
<td>Rejin KEBUDI</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| 12.35-13.30 | Öğle Yemeği |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>13.30-14.30</th>
<th>Salon A</th>
<th>Salon B</th>
<th>Salon C</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Simpozyum 8 (UYBİS VII)</strong></td>
<td><strong>Simpozyum 2</strong> (Gilead Sciences İlaç Ticaret Ltd. Şti.‘nce Düzenlenmiştir.)</td>
<td><strong>Kronik Hepatit B: Değişen SUT / Değişen Uygulamalar</strong></td>
<td><strong>Değişen Fungal Epidemiyoloji ve Erken Tedavinin Önemi</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Yöguna Bakımda İnfeksiyon Kontrolü</strong></td>
<td><strong>Moderatör</strong></td>
<td><strong>Ediz TÜTÜNCÜ</strong></td>
<td><strong>Neşe SALTOĞLU</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>İlçes DÖKMETAŞ</strong></td>
<td><strong>Celal AYAZ</strong></td>
<td><strong>Değişen SUT / Değişen Uygulamalar</strong></td>
<td><strong>Rabin SABA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tarama Yapılmıyor mı?</strong></td>
<td><strong>Haricen Klorheksiniz Uygulamıyor mı?</strong></td>
<td><strong>Değişen Fungal Epidemicoloji ve Erken Tedavinin Önemi</strong></td>
<td><strong>Neşe SALTOĞLU</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Emel AZAK-KARALI</strong></td>
<td><strong>Funde YETKİN</strong></td>
<td><strong>Moderator</strong></td>
<td><strong>Rabin SABA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Haricen Klorheksinz Uygulamıyor mı?</strong></td>
<td><strong>Selektif Digestif Dekontaminasyon Yapılmıyor mı?</strong></td>
<td><strong>Değişen Fungal Epidemiyoloji ve Erken Tedavinin Önemi</strong></td>
<td><strong>Neşe SALTOĞLU</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nihal PIŞKİN</strong></td>
<td><strong>Nihal PIŞKİN</strong></td>
<td><strong>Neşe SALTOĞLU</strong></td>
<td><strong>Rabin SABA</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>14.30-16.00</th>
<th>Salon B</th>
<th>Salon C</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Simpozyum 9</strong></td>
<td><strong>Simpozyum 10</strong> (Kronik Viral Hepatit: Güncel Durum)</td>
<td><strong>Kronik Viral Hepatit: Güncel Durum</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Antibakteriyel Direnç:</strong></td>
<td><strong>Kronik Viral Hepatit: Güncel Durum</strong></td>
<td><strong>Kronik Viral Hepatit: Güncel Durum</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Güncel Durum ve Tedavi Yaklaşımları</strong></td>
<td><strong>Kronik Viral Hepatit: Güncel Durum</strong></td>
<td><strong>Kronik Viral Hepatit: Güncel Durum</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>(KLİMİK Derneği Antibiyotik Direnci Çalışma Grubu’na Düzenlenmiş)</strong></td>
<td><strong>Oturan Bağkanı</strong></td>
<td><strong>Seda AKHAN</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Serdar AKALIN</strong></td>
<td><strong>Gram-Negatif Bakterilerde Antibiyotik Direnç ve Mekanizmaları ve Epidemiyoloji</strong></td>
<td><strong>Viral Hepatit C Tedavisinde Dönüşüm</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dirençli Gram-Negatif Bakteriler ve Tedavi Yaklaşımları</strong></td>
<td><strong>Lütfiye MÜLZAİMOĞLU</strong></td>
<td><strong>Orhan YILDIZ</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Oral ÖNCÜL</strong></td>
<td><strong>Dirençli Gram-Negatif Bakteriler ve Tedavi Yaklaşımları</strong></td>
<td><strong>Gebelik Dışı Özel Durumlarda Kronik Hepatit B Tedavisi</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gram-Positif Bakterilerde Antibiyotik Direnci ve Tedavi Yaklaşımları</strong></td>
<td><strong>Çağrı BÜKE</strong></td>
<td><strong>Aysel ÇELİKBAŞ</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Çağrı BÜKE</strong></td>
<td><strong>Çağrı BÜKE</strong></td>
<td><strong>Gebelikte Kronik Hepatit B Tedavisi</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Seyma KEMAL İÇEREN</strong></td>
<td><strong>Seyma KEMAL İÇEREN</strong></td>
<td><strong>Mustafa Kemal İÇEREN</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>16.00-16.15</th>
<th>Çay / Kahve Arası</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>16.15-17.00</td>
<td>Salon A</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sözel Sunumlar (UYBİS VII)</strong></td>
<td><strong>Sözel Sunumlar (UYBİS VII)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Oturan Bağkanı</strong></td>
<td><strong>Oturan Bağkanı</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Füsun Zeynep AKÇAM</strong></td>
<td><strong>Füsun Zeynep AKÇAM</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SU-01, SU-02, SU-03, SU-04, SU-05</strong></td>
<td><strong>SU-01, SU-02, SU-03, SU-04, SU-05</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>17.00-18.00</td>
<td>Salon B</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Poster Tartışması (UYBİS VII)</strong></td>
<td><strong>Poster Tartışması 1</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Oturan Bağkanı</strong></td>
<td><strong>Oturan Bağkanı</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nuray UZUN</strong></td>
<td><strong>Emel YILMAZ, Serap ŞİMŞEK-YAVUZ, Üner KAYABAŞ</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>(PU01-01/05, PU03-01, PU11-01, PU18-01/04, PU19-01)</strong></td>
<td><strong>(P01-01/12, P02-01/16, P03-01/22, P04-01/11, P05-01/08, P06-01/06, P07-01/03, P08-01/35)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>18.00-19.00</td>
<td>Salon C</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>İHKMEYK</strong></td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Olağan Genel Kurul Toplantısı</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>19.00-20.00</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>İHKMEYK</strong></td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Eğitim Üst Kurulu Toplantısı</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>21.00-24.00</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sosyal / Kültürel Program</strong></td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Salon A</td>
<td>Salon B</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>07.45-08.30</strong></td>
<td><strong>08.30-09.30</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Uzmanıla Tartışalım 1</td>
<td>Uzmanıla Tartışalım 2</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertebral Osteomyelit</td>
<td>Sağlık Bakımıyla İlgili İnfeksiyonların</td>
</tr>
<tr>
<td>Şebnem EREN-GÖK</td>
<td>Kontrolünde İzolasyon</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Emel YILMAZ</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Simpozyum 11</td>
<td>Simpozyum 12</td>
</tr>
<tr>
<td>Tüberküloz Dışı</td>
<td>HIV/AIDS Hastasında</td>
</tr>
<tr>
<td>Mikobakteri İnfeksiyonları</td>
<td>Fırıncı İnfeksiyonlar</td>
</tr>
<tr>
<td>(KLİMİK Derneği Tüberküloz Çalışma Grubu’nca Düzenlenmiştir.)</td>
<td>(KLİMİK Derneği HIV/AIDS Çalışma Grubu’nca Düzenlenmiştir.)</td>
</tr>
<tr>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
</tr>
<tr>
<td>Mustafa ÖZYURT</td>
<td>Volkan KORTEN</td>
</tr>
<tr>
<td>Epidemiyoloji</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Meltem UZUN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tanı ve Sorunlar</td>
<td>Olgu 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Şüheyla SÜRÜCÜOĞLU</td>
<td>Nuriye TAŞDELEN-FİŞGIN</td>
</tr>
<tr>
<td>Tedavi ve Sorunlar</td>
<td>Olgu 2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ayşe YÜCE</td>
<td>Çiğdem ATAMAN-HATİPOĞLU</td>
</tr>
<tr>
<td>Sorunlu Olgu Önerenleri</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nevin SARIGÜZEL</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>09.30-10.30</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Simpozyum 14</td>
<td>Simpozyum 15</td>
</tr>
<tr>
<td>Rikotsiyozlar</td>
<td>Lyme Hastalığı: Atlıyor muyuz?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oturum Başkanı</td>
<td>Oturum Başkanı</td>
</tr>
<tr>
<td>Fatma ULUTAN</td>
<td>Kenan MIDİLİ</td>
</tr>
<tr>
<td>Akdeniz Benekli Ateşi</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Figen KULOĞLU</td>
<td>电费平米兹 Lyme Sorunu Var mı?</td>
</tr>
<tr>
<td>Q ateşi</td>
<td>Epidemiyoloji</td>
</tr>
<tr>
<td>Ali ASAN</td>
<td>Cemal BULUT</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tani</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Franc STRLE</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>10.30-10.45</strong></td>
<td><strong>Çay / Kahve Arası</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Saat</td>
<td>Salon A</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>---------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 10.45-11.45 | Uyuş Simpozyum 3 (Gilead İlaçları A.Ş’necesinde Düzenlenmiştir.) | Kronik Hepatit C Buluşmaları: Gerçek Olgular, Gerçek Sorunlar ve Gerçek Yaşam | **Moderatör**  Atahan ÇAGATAY  
**Konuşmacılar**  Sıla AKHAN  
Bilgehan AYGEN |
| 11.45-12.45 | **Simpozyum 17**  
İnfeksiyonların Tedavisinde Antibiyotik Dışı Arayışlar | **Simpozyum 18**  
Dişabetik Ayahta Hasta Yönetimi ve Yapılan Düzenlemler  
(KLİMİK Derneği Dişabetik Ayak Çalısması Grubu’nda Düzenlenmiştir.) | **Panel**  Türkiye’de ve Dünyada Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji  
**Yöneten**  Reşit MİSTİK  
**Tartışmacılar**  Avrupa’dan Durum Murat AKOVA  
Türkiye’de Durum İrfan ŞENÇAN  
KLİMİK Görüşü Onder ERGÖNÜL  
**Oturum Başkanı**  Ata Nevzat YALÇIN  
Türkiye’de Dişabetik Ayak Konusundaki Yenilikler ve Yenilmez Düzenlemler  
Neşe SALTOLGU  
Dişabetik Ayahta Yeni Tani ve Tedaviler Bilent ERTÜRÇUL |
| 12.45-13.30 | **Öğle Yemeği** | | |
| 13.30-14.30 | **Simpozyum 19**  
İmmunosüresif İlçel Kullanılan Hastalarda Infeksiyonların Önlenmesi  
**Oturum Başkanı**  Ömürüz UZUN  
Viral ve Bakteriyel Infeksiyonların Önlenmesi  
Servet ALAN  
Fungal ve Parazitel Infeksiyonların Önlenmesi  
Özlem GÜZEL TÜNÇCAN | **Simpozyum 20**  
Tropikal Hastalıklar ve Seyahat Sağlığı  
**Oturum Başkanı**  Ayşen GÜRCÜ  
Tropikal Hastalıklar: Asya’da Güncel Durum George VARGHESE  
Seyahat Hastalıkları ve Sağlığı Bulent BOZDOĞAN  
Son 10 Yılda Kendelerden Ne Öğrendik Zati VATANSEVER | **Simpozyum 21**  
CMV Infeksiyonlarında Güncel Durum  
**Oturum Başkanı**  Hande ARSLAN  
Özel Hasta Gruplarında Klinik Seyir Ülvan SILİ  
Tandır Sorunları ve Tedavi Filiz GÜNŞEREN |
| 14.30-16.00 | Konferans  
Değişen İlişkilerimizin DNA’sı Merih TANGÜN | | |
| 16.00-18.30 | Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları Derneği  
15. Olağan Genel Kurul Toplantısı | | |
| 18.30-19.30 | Poster Tartışması 2  
**Oturum Başkanları**  Hasan Salih Zeki AKSU, Yusuf Ziya DEMİROĞLU, Nurhayat BAYAZIT  
P09-01/02, P10-01/02, P11-01/12, P12-01/18, P13-01/07, P14-01/07, P15-01/25, P16-01/13, P17-01/12 | | |
<p>| 21.00-24.00 | Sosyal / Kültürel Program | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Saat</th>
<th>Salon A</th>
<th>Salon B</th>
<th>Salon C</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 07.30-08.30 | Uzmanlıkla Tartışalım 4  
Nedeni Bilinmemişten Ateş  
Ayşur ENGİN | Uzmanlıkla Tartışalım 5  
Akut Menenjitli Hastanın Tedavisi  
Onur URAL | Uzmanlıkla Tartışalım 6  
Antibiyotiklerin Yan Etkileri ve Yönetimi  
Günay TUNCER-ERTEM |
| 08.30-09.30 | Simpozium 22  
Arbovirüsler: Güncel Durum  
Oturum Başkanı  
Ebru AYDIN | Simpozium 23  
İnvazif Kandida Infeksiyonları  
Oturum Başkanı  
Murat AKOVA | Simpozium 24  
Gözardı Edilen Özel Konak: Gebe  
Oturum Başkanı  
Sesin KOCAGÖZ |
|        | Kırm-Kongo Kanamalı Ateşi:  
Son Durum  
Mehmet BAKIR | Kolonizasyon ve Risk  
Faktörlerinin Tandı Kullanımı  
Selçuk KAYA | Gebelikte Tarama Testleri  
Hüsnü PULLUKCU |
|        | Tatarci Ateşi:  
Üner KAYABAŞ | Tedavi  
Nur YAPAR | Ağılar  
Neşe DEMİRTÜRK |
|        | Türkiye’de Arboviral Infeksiyonların  
Laboratuvar Tanısı  
Düyüş YAGCI-ÇAĞLAYIK | | Gebelik ve Tüberkülöz  
Nurhayat BAYAZIT |
| 09.30-10.15 | Konferans  
Oturum Başkanı  
Aysel YÜCE | Konferans  
Oturum Başkanı  
Oral ÖNCÜL | Konferans  
Oturum Başkanı  
Funda TİMURKAYNAK |
|        | Obezite ve Infeksiyon  
Halit ÖZSÜT | Yankı ve Infeksiyon  
Nur BENZONANA | Sağlıklı Çişanlarda Dalıci-Kesici  
Alet Yaralanmaları  
Süda TEKİN - KORUK |
| 10.15-10.30 | Çay / Kahve Arası | | |
| 10.30-11.30 | Simpozium 25  
Akıcı Antibiyotik Kullanımı  
Oturum Başkanı  
Ayşe WILKE | Simpozium 26  
Şapırant Klasör 3  
Oturum Başkanı  
Günol ŞENGÖZ | Simpozium 27  
Farklı Boyutlarda  
Infeksiyon İmmünolojisi  
(KLIMIK Derneği Infeksiyon İmmünolojisi  
Çalışma Grubu’na Düzenlenmiştir.)  
Oturum Başkanı  
Necia TÜLEK |
|        | Akıcı Antibiyotik Kullanımının  
Demet Bileşenleri Olarak Yeri  
Esra TANYEL | Gürkan MERT | Transplantasyonda İmmün  
Monitorizasyon ve Infeksiyon İlişkisi  
Ali ŞENGÜL |
|        | Akıcı Antibiyotik Kullanımında  
Deeskalasyonun Yeri  
Serhat ÜNAL | Olgu 2  
Tuba TURUNÇ | İnfeksiyon Hastalıklarında  
İmmün Modülasyon  
Şükrü KÖSE |
|        | Akıcı Antibiyotik Kullanımında  
Hızlı Tanı Yönetmelerinin Yeri  
Vildan AVKAN-OĞUZ | | Monoklonal Antikor Tedavilerinde  
Infeksiyon Komplikasyonları  
Ergin AYAŞIÜOĞLU |
<p>| 11.30-12.30 | Çalışma Grubu Toplantıları | | |
| 12.30-13.30 | Öğle Yemeği | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Saat</th>
<th>Salon A</th>
<th>Salon B</th>
<th>Salon C</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 13.30-14.30 | Simpozyum 28
Infeksiyon Hastalıklarında
İmmünopatojenede
Oturum Başkanı
Bülent BEŞİR BELLİOĞLU
Virüsler Bakteriyel İnfeksiyon
Nasıl Zemin Hazırlar?
Resul KARAKUŞ
Bakteriler İmmün Sisteminin Nasıl Kaçar?
Vedat BULUT | KLIŞIK Derneği Asistan ve Genç
Uzman Hekimler (AGUH) Komisyonu
Genel Kurul Toplantısı
Kolaylaştırıcılar
Altan GÖKGÖZ
Şafak GÖKTAŞ | Simpozyum 29
Antiyetik Kullanımında
Son Çırgınlar
Oturum Başkanı
Sabanatın OCAK
Kombinasyon
Deniz ATAKENT
Uzamış İnfiziyon
Alpay AZAP |
| 14.30-16.00 | Simpozyum 30
Cerrahi Alan İnfeksiyonları
(KLIŞIK Derneği Sağlık Bakımıyla Bağlı
İnfeksiyonlar Çalışma Grubu'na hazırlannmıştır.)
Oturum Başkanı
Mustafa ERTEK
Cerrahi Alan İnfeksiyonlarında
Etkenler ve Epidemiyoloji
Nurcan BAYKAM
Cerrahi Alan İnfeksiyonlarının Önlenmesi,
Yeni Rehberler
Osman MEMİKOĞLU
Cerrahi Antimikrobiyal Profilaksi
Hale TURAN   | Büyük Vizit
Oturum Başkanı
Volkan KÖREN
Tartışmacılar
Halis AKALIN
Alpay AZAP
Atahan ÇAĞTAY
Başak DOKUZÖĞÜZ
Oлуğ 1
Seniha BAŞARAN
Oluğ 2
Elif TÜKENMEZ-TİGEN
Oluğ 3
Adalet AYPAK
Oluğ 4
Zeynep KÖKEN-SAYINDIR | Simpozyum 31
Mikrobiyoloji Laboratuvarında Yenilikler
Oturum Başkanı
Latife MAMİKOĞLU
CLSI’den EUCAST’a Ne Değişti?
Özlem KURT- AZAP
Antiyotik Dirençinde Laboratuvar
Füsun CAN
MALDI-TOF
Gökem YAMAN |
| 16.00-16.10 | Çay / Kahve Arası                                                                                                     |                                                                        |                                                                        |
| 16.10-17.00 | Sözel Sunumlar 3
Oturum Başkanı
Hüseyin TURGUT
SS-11, SS-12, SS-13, SS-14, SS-15 | Sözel Sunumlar 4
Oturum Başkanı
Ayhan AKBULUT
SS-16, SS-17, SS-18, SS-19, SS-20 | Sözel Sunumlar 5
Oturum Başkanı
Ayten KADANALI
SS-21, SS-22, SS-23, SS-24, SS-25 |
| 17.00-18.00 | Poster Tartışması 3
Oturum Başkanı
Kaya SÜER, Hale TURAN, Özlem KURT- AZAP
P18-01/20, P19-01/09, P20-01/17, P21-01/52 |                                                                        |                                                                        |
| 18.00-19.00 | Kapansı Töreni                                                                                                       |                                                                        |                                                                        |
| 20.00-24.00 | Gala Yemeği                                                                                                          |                                                                        |                                                                        |
25 Mart 2015 Çarşamba

KONGRE ÖNCESI ATÖLYE ÇALIŞMASI-1*
Kronik Hepatit C Hasta Yönetimi Değişti mi?
Kurs Koordinatörü: Celal AYAZ

Öğrenim Hedefleri
Bu oturumun sonunda katılımcılar kronik viral hepatitlerin
- Tanı ve tedavi protokolleri,
- Güncel rehberlerin önerileri,
- İlaç direncinin saptanması bunun önemi ve kullanılabılırlığı,
- Özel hasta gruplarına yansımaya hakkında bilgi sahibi olurlar

09:00-09:30 Kronik Hepatit C de Tanı, Tedavi ve Takip Algoritması
Süda TEKİN-KORUK

09:30-10:00 Kronik Hepatit C Tedavisiinde Ne Zaman Direnç ve Laboratuvar Tanısı
Murat SAYAN

10:00-10:30 Kronik Hepatit C Tedavisiinde Gerçek Yaşam ve Gelecekte Beklentilerimiz
Mark THURSZ

10:30-10:45 Çay / Kahve Arası

10:45-11:15 Kronik Hepatit C de Daha Önce Tedavi Almamış Hastalarda Tedavi
Funda ŞİMŞEK

11:15-11:45 Kronik Hepatit C de Tedavi Deneyimli Hastalarda Tedavi
Ziya KURUÜZÜM

11:45-12:15 Özel Durumlarda HCV Tedavisi
Saadet YAZICI

KONGRE ÖNCESI ATÖLYE ÇALIŞMASI-2*
HIV/AIDS: Olgular Eşliğinde Yeni Saptanan Hastanın Yönetimi
Kurs Koordinatörü: Taner YILDIRMAK

Öğrenim Hedefleri
Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Yeni tanı almiş farklı evredeki hastalara yaklaşımı öğrenir
- Akıcı ARV kullanımının kuralannı öğrenir
- Tedavi sırasında sık görülen ilaç etkileşimlerini ve yan etkilerini yönetebilir
- HIV infekte çiftlerde gebelik planlanmasında yapılacakları sralar

09:00-09:30 Asemptomatik Hasta Yönetimi
Tartışmacılar: Asuman İNAN, Taner YILDIRMAK

09:30-10:00 Geç Tanı Almış Hasta Yönetimi
Tartışmacılar: Dilara İNAN, Volkan KORTEN

10:00-10:30 İlk Başamak Antiretroviral Seçimi: Ne zaman? Hangisi?
Tartışmacılar: Muzaffer FİNCANCI, Figen KAPTAN, Başak DOKUZOGÜZ

10:45-11:15 Antiretroviral Tedavide Yan Etkiler ve İlaç Etkileşimi Yönetimi
Tartışmacılar: Gülşen MERMUT, Ayşe WILLKE

11:15-11:45 HIV Infekte Çiftlerde Gebelik Planlaması
Tartışmacılar: Atahan ÇAĞATAY, Deniz GÖKEN GİN

11:45-12:30 HIV infeksiyonunda erken tedavinin önemi
Anton POZNIAK

*Kongre öncesi atölye çalışması oturumları Gilead Sciences İlaç Tic. Ltd. Şti.’nin koşulsuz eğitim desteği ile desteklenmiştir.
25 Mart 2015 Çarşamba

Salon B

13:00-14:00 Açılış Töreni

14:00-15:00 Açılış Konferansı

Oturum Başkanı
Osman Şadi YENEN

Hekim Olmak
Mustafa ÇETİNER

15:00-15:30 Çay / Kahve Arası

15:30-16:30 Simpozyum 1
Tip Alanında Yayın Etiği
(KLIMIK Derneği Etki Kurulu’nca Düzenlenmiştir.)

Oturum Başkanı
Firdevs AKTAŞ

İnfeksiyon Hastalıklarında Yayın Durumu
Haluk ERAKSOY

Tip ve Yayın Etiği
Şevket RUACAN

16:30-18:30 Atölye
Bilimsel Makale Nasıl Yazılır?
(KLIMIK Dergisi’nce Düzenlenmiş.)

KLIMIK Dergisine Gelen Yazıların Değerlendirilme Süreci
Haluk ERAKSOY

Bilimsel Makalenin Anatomisi
Önder ERGÖNÜL - Aipay AZAP

Tezler ve Çalışmalardan Yaziya Dönüşüm
KLIMIK Dergisi Yayın Kurulu

19:30-21:30 Kokteyl Prolonge
Salon A

08:00-09:00 Simpozyum 2 (UYBİS VII)
Yoğun Bakımda Gözden Kaçan İnfeksiyonlar

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Ağır pnömoni nedeniyle YBU'ye yatırılan hastalarda virüsün rolünü tanımlayabilir.
- Yoğun bakımda yatan hastalarda CMV reaktivasyonunun klinik önemi değerlendirilebilir.
- Nötropenik olmayan yoğun bakım hastalarında Aspergillus infeksiyonları için risk faktörlerini ve infeksiyonun özelliklerini sayabilir.

Oturum Başkanı
Birsen MUTLU

Viral İnfeksiyonlar: CMV ve Solunum Yolu VIRUSLARI
Öznur AK

Kandida Diş Fungal İnfeksiyonlar: Aspergillus spp.
Selda SAYIN-KUTLU

Salon B

08:00-09:00 Simpozyum 3
Yeni Salgınlar

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Batı Afrika'da devam etmekte olan ebola salgınının seyri ve son durumunu öğrenir.
- Ebola virüsü hastalığının klinik ve laboratuvar özellikleri, güncel tedavi yaklaşımlarını ve bulaşmasının nasıl önlenecğini tanımlayabilir.
- Suudi Arabistan kaynaklı MERS-CoV infeksiyonunun epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özelliklerini, güncel tedavi yaklaşımlarını öğrenir.
- MERS-CoV'un kişiler arası ve hastanelerde bulaşmasının nasıl önlenecğini öğrenir.

Oturum Başkanı
Celal AYAZ

Ebola Virüsü Hastalığı
Necia TÜLEK

MERS-CoV İnfeksiyonu
Murat KUTLU

Salon C

08:00-09:00 Simpozyum 4
Şaşırtan Klasikler 1

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Ülkemizde uzun yıllardan beri bilinen ve izlenen infeksiyon hastalıklarının farklı klinik seyirlerini tanımlayabilir.
- Bu infeksiyonlarla karşılabilecek diğer klinik durumları sıralayabilir.
- Bu infeksiyonların tanısında karşıtırıcı olabilecek faktörleri öğrenir.
- Bu infeksiyonların tedavisinde özellikle yaratabilecek durumları tanımlayabilir.

Oturum Başkanı
Ilhan ÖZGÜNEŞ

Olgu 1
Ayşe ERBAY

Olgu 2
Serap ŞİMŞEK-YAVUZ
26 Mart 2015 Perşembe
Salon A

09:00-10:20 Simpozium 5 (UYBİS VII)
Sepsis: Güncel Durum

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Sepsis patogenezinde patojenle veya tehlikeyle ilişkili moleküler paternler (PAMSPs veya DAMPs),
  patern tanıma molekülerleri ve inflamazom kavramlarını öğrenir.
- PAMSPs'a karşı konağın verdiği dengeli inflamatur yanıt, hiperinflamasyon ve immünosupresyon durumlarını
  tanımlar ve sonuçlarını özetleyebilir.
- Sepsiste tekli veya kombinasyon antimikrobiyal tedavilerin, uzaması infüzyon tedavilerinin etkinliği, tedavinin
  yönendirilmesinde hızlı tanı yöntemlerinin etkinliğini öğrenir.
- Sepsiste Gram-negatif bakteriél endotoksin ve bağlanıtı molekül antagonistlerinin, antiinflamatuarların,
  antikoagülanların ve konak savunmasını destekleyen tedavilerin yerini tanımlayabilir.

Oturum Başkanı
Necmettin ÜNAL

Türkiye'de Sepsis Farkındalık Çalışmaları
Necmettin ÜNAL

Sepsis Patogenezı
Öziem ACİCBE

Sepsiste Antibiotik Tedavişi
Gülden ERSÖZ

Sepsiste Antibiotik Dışı Tedaviler
Ferda KAHVĘCİ

Salon B

09:00-10:20 Birliği Tartsılarm
En Zor Olgum: Ne Öğrendim?

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Zor ve ilgi çekici infeksiyon hastalıkları olgularının muayenesi, tanı ve tedavisi konusunda can alıcı noktaları
  tanımlayabilir ve bu olgulardan, deneyimli klinisyenler için neden unutulmaz olduğunu belirleyebilir.
- Klinik uygulama değişikliklerine yol açan infeksiyon hastalıkları klinik deneyiminin can alıcı noktalarını ideleyebilir.
- Sunulan olgulardan, infeksiyon hastalıklaryla bağlantılı, alışık olunmayan durumları tanyabilir.

Oturum Başkanı
Fatih AKATA

En Zor Olgum-1
Ali MERT

En Zor Olgum-2
Yusuf Ziya DEMİROĞLU

En Zor Olgum-3
Nefse ÖZTOPRAK-ÇUVALCI
26 Mart 2015 Perşembe

Salon C

09:00-10:20 Simpozyum 6
Kronik Hepatit Olguları

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar
• Seçilmiş vakalarla özel hasta gruplarında gözlenen tedavi zorluklarını değerlendirir.

Oturum Başkanı
Reşit MISTIK

İkili Tedaviye Kısımta Alınan Kronik Hepatit C Olgusu
Yunus GÜRBÜZ

İki Kez İkili Tedaviyle Relaps Gelişen Kronik Hepatit C Olgusu
Nesrin TÜRKER

Farklı Tedavilerle Başararsızlık Yaşanmış Kronik Hepatit B Olgusu
Deniz ÖZKAYA

10:20-10:35 Çay / Kahve Arası

Salon A

10:35-11:35 Simpozyum 7 (UYBİS VII)
Yoğun Bakım Hastasında Ateş

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Yoğun bakım ünitesinde ortaya çıkan ateşin infeksiyonu bağlı olan ve olmayan sık nedenleri tanımlayabilir.
• Yoğun bakım ünitesinde infeksiyonu bağlı olan ve olmayan ateşin ayrıncı tanısını yapabilir.
• Yoğun bakımında infeksiyon sonrası ateş tanyaraking gerekşiz antimikrobik kullanımının azaltılmasını sağlayabilir.
• Biyobelirteçlerin ayrıncı tanıda nasıl kullanılacağını öğrenir.

Oturum Başkanı
Atila RAMAZANOĞLU

Infeksiyonlara Bağlı Ateş
Fügen YÖRÜK

Infeksiyon Dışı Nedenlere Bağlı Ateş
Murat SUNGUR

Salon B

10:35-11:35 Hangisi Doğru: GSBİ Üreten Enterik Bakterilerin Tedavisi

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• GSBİ üreten bakterilerin tedavisinde karbapenem dışı tedavi kullanımı fırsatlarını tanımlayabilir.
• GSBİ üreten bakterilerin tedavisinde karbapenem kullanımının kaçınılmaz olduğu durumları öğrenir.

Oturum Başkanı
Serpil EROL

Karbapenem Gerekir
Bilgül METE

Karbapenem Gerekmez
Funda TİMURKAYNAK
10:35-11:35 Yılın Ses Getiren Makaleleri

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Son bir yıl içinde infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji alanında yapılmış, infeksiyon hastalıklarının patogenezini aydınlatacak yeni bir bilgi, tanısını sağlayacak yeni bir tıbbi veya tedavisinde yeni bir ilaç veya yaklaşımların sunan makaleleri değerlendirilebilir.

Oturum Başkanı
Önder ERGÜNÜL

Sunulanlar
Çağla KARAKOÇ
Esra KAZAK

11:35-12:35 Uydu Simpozyum 1
(Astellas Pharma İlaç Tic. ve San. A.Ş.)

Moderatör
Haluk ERAKSOY

Sistemik Fungal İnfeksiyonlarda Mikafungin’in Yeri
Amar SAFDAR
Rejin KEBUDI

12:35-13:30 Öğle Yemeği

13.30-14.30 Uydu Simpozyum 2
(Gilead Sciences İlaç Ticaret Ltd. Şti.ince Düzenlenmiştir.)

Moderatör
Celal AYAZ

Kronik Hepatit B:Değişen SUT / Değişen Uygulamalar
Ediz TÜTÜNCÜ

Moderatör
Rabin SABA

Değişen Fungal Epidemiyoloji ve Erken Tedavinin Önemi
Neşe SALTOĞLU

14:30-16:00 Simpozyum 8 (UYBİS VII)
Yoğun Bakımlarda Infeksiyon Kontrolü

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Yoğun bakımarda dirençli mikroorganizmaların (karbapeneme dirençli enterik çomaklar veya Acinetobacter baumannii, VRE, MRSA) neden olduğu infeksiyonların önlenmesinde tarama yapılanmasının etkinliğini ve nasıl yapılacağını öğrenir.
- Yoğun bakımarda hastalara haricen günlük klorheksidin uygulanmasının, sağlık bakımına ilişkili infeksiyonları azaltmadaki etkinliğini tanılabilir.
- Yoğun bakım hastalardında antimikrobik ajanlarla oral veya gastrointestinal dekontaminasyon yapılmasının yararlarını ve zararlarını sıralayabilir.

Oturum Başkanı
İlayş DÖKMETAŞ

Tarama Yapılmalı mı?
Emel AZAK-KARALİ

Haricen Klorheksidin Uygulanmalı mı?
Funda YETKİN

Selektif Digestif Dekontaminasyon Yapılmalı mı?
Nihal PIŞKIN

-XXXVII-
26 Mart 2015 Perşembe

Salon B

14:30-16:00 Simpozium 9
Antibakteriyel Direnç: Güncel Durum ve Tedavi Yaklaşımları
(KLINIK Derneği Antibiotik Direnci Çalışma Grubu’nca Düzenlenmiştir.)

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar;
- Antibiyotik direnç durumunun, Avrupa, diğer dünya ülkeleri ve ülkemizdeki son durumunu, önceki yıllarda göre değişiminin öğrendi.
- Antibiyotik direncin ortaya çıkmış ve yaygınlaşması ve risk faktörlerini tanımlayabilir.
- Direncin ülkemizde neden olduğu mortalite, morbidite, hastanede yatış süresi ve maliyet artışına ait var olan verileri öğrendi.
- Antibiyotik dirençin kontrolünde etkili önlemleri sralayabilir.
- Direncili bakterilerin neden olduğu infeksiyonların mevcut tedavisini öğrendi.
- Ulkemizde antibiyotik direnç sorununun yakından izlemesi ve kontrol politikalarını belirleyebilecek yaklaşımların sralayabilir.

Oturum Başkanı
Halis AKALIN

Gram-Negatif Bakterilerde Antibiyotik Direnç Mekanizmaları ve Epidemiyoloji
Lütfiye MÜLAZİMOĞLU

Direnci Gram-Negatif Bakteri Infeksiyonlarında Tedavi Yaklaşımları
Oral ÖNCÜL

Gram-Positif Bakterilerde Antibiyotik Direnci ve Tedavi Yaklaşımlı
Çağri BÜKE

Salon C

14:30-16:00 Simpozium 10
Kronik Viral Hepatit: Güncel Durum
(KLINIK Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu’nca Düzenlenmiştir.)

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar
- Viral Hepatit Çalışma Grubu’nun Türkiye’de bugüne kadar topladığı veriler hakkında fikir sahibi olur.
- Bu verileri tartsıarak ülkemizdeki kronik viral hepatitler konusunda neler yapılmış konusunu irdeler.
- Yeni ilaçların kullanılması ile elde edilecek tedavi başarısı ve beklenmeleri değerlendirilebilir.

Oturum Başkanı
Sila AKHAN

Viral Hepatit Çalışma Grubu’nun Katkıları: Dört Yilda Neler Yapıldı?
Bilgehan AYGEN

Kronik Hepatit C Tedavisinde Dönüşüm
Orhan YILDIZ

Gebelik Dişi Özel Durumlarla Kronik Hepatit B Tedavisi
Ayse ÇELİKBAŞ

Gebelikte Kronik Hepatit B Tedavisi
Mustafa Kemal ÇELEN

16:00-16:15 Çay / Kahve Arası

-XXXVIII-
26 Mart 2015 Perşembe

Salon A

16:15-17:00 Sözel Sunumlar (UYBİS VII)

Oturum Başkanı
Füsün Zeynep AKÇAM

SU-01 Karbapenem dirençli Acinetobacter baumannii suçu ile oluşan deneySEL fare pnömoni modelinde kolsitin iyi yapılan kombinasyon tedavilerinin değerlendirilmesi

Onur Ünal1, Onur Kayar2, Tuba Öztürk3, Emel Sesli Çetin2, İbrahim Gönen3, Esra Nur Hakan Temel2, Füsün Zeynep Akçam3

1 Süleyman Demirel Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Isparta
2 Süleyman Demirel Üniversitesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Isparta

SU-02 Piperasilin-Tazobaktam (TZP)’a bağlı hematolojik yan etkiler

Aysun Sanrıbağ, Serap Şimşek Yavuz, Seniha Başaran, Atahan Çağatay, Halit Özgün, Haluk Eraksay

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çapa-İstanbul

SU-03 Dirençli Gram negatif bakterilerle hastane kökenli kan dolaşımı infeksiyonu gelişmesini belirleyen faktörler

Özgür Ünal, Alpay Azap, Gürbüz Yılmaz, Osman Memişoğlu

Ankara Üniversitesi Tip Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

SU-04 Yoğun bakım ünitelerinde gelişen sağlıklı hizmeti ile ilişkili infeksiyonların maliyet analizi

ERCAN YENİMEZ1, Hüsiyev Diktaş2, Asım Ulçay3, Ali Acar4, Vedat Turhan5, Hakan Erdem6, Oral Öncül7, Levent Görenek8

1 Kasımpaşa Asker Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul
2 GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul
3 LÜ. İstanbul Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul
4 Tatvan Asker Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Bitlis
5 Ankara Mevki Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Ankara

SU-05 Sağlıklık personelinin rutin kullanılan izolasyon önlemleri sembollerı konusunda farkındalığı

Necla Tülay, Ebru Topal, Şule Çınar, Pınar Yalçın, Meliha Çağla Sönmez, Metin Özsoy, Fatma Şebnem Erdinç, Güney Tuncer Ertem

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Salon B

16:15-17:00 Sözel Sunumlar 1

Oturum Başkanı
Nur BENZONANNA

SS-01 Gaziantep Nizip ilçesinde görülen gastroenterit salgını-Ekim 2014

Nalan Karakuş1, Zeynep Güneş2, Fehmi Naz Temel3, Şenal Yılmaz1, İlknur Gündüz1

1 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Erken Uyarı Cevap ve Saha Epidemiyolojisi Daire Başkanlığı
2 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı
3 Nizip Toplum Sağlığı Merkezi
Salon B

SS-02 Yalova’da saptanan Q Ateşi salgını

Halis Akalin, Nesrin Kebabci, Selçuk Kılıç, Mustafa Vural, Ülkü Tırpan, Sibel Yorulmaz Göktas, Melda Sınıra, Güher Gököl

1. Uluadağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları AD, Bursa.
3. Özel Yalova Hastanesi İç Hastalıklar Kliniği Yalova.
5. Uluadağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji AD, Bursa.

SS-03 Malatya’da bir toplu konut inşaatı alanındaki işçilere tatarcık ateşi salgını: Epidemiyolojik, klinik özellikler ve salgın kontrolü çalışmalarını

Üner Kayabas, Dilek Yaşar Çağılayan, Mahmut Sünnetçioğlu, Engin Burak Selçuk, İhsan Durmaz, Fatma Boyadari, Serhat Murat Hopoğlu, Hakan Oğuztürk, Mustafa Kasım Karahocagil, Yaşar Bayındır, Umit Murat Topçu

1. İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya
2. Ulusal Arbovirus ve Viral Zoonolar Referans ve Araştırma Laboratuvarı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara
3. Yozgat Yukarı Yılı Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat
4. İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya
5. İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya
6. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar ve Kontrol Programları Şube Müdürlüğü, Malatya

SS-04 Zonguldak ilinde gebelerde toksoplasma, rubella ve sitomegalovirus seroprevalansı

Aynur Aynoğlu, Öner Aynoğlu, Elif Sargin Altunok

1. Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Zonguldak
2. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Zonguldak
3. Bitlis Devlet Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Bitlis

SS-05 Gebelelerin tetanoz aşısı yaptırmaları oranlarının değerlendirilmesi

Güle Aydı, Zerrin Asçı, Elçim Boyak, Ufuk Yeşildağ, Murat Bükre

1. Akyonkarahisar Züveyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları
2. Akyonkarahisar Züveyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
3. Ege Üniversitesi, İstatistik Ana Bilim Dalı

Salon C

16:15-17:00 Sözel Sunumlar 2

Oturum Başkanı
Mustafa NAMİDURU

SS-06 Genişlemiş spektrumu beta-laktamaz üreten Escherichia coli veya Klebsiella pneumoniae’ya bağlı gelişen alt uriner sistem infeksiyonların tedavisinde amikasin tedavisinin klinik ve bakteriyolojik etkinliği

Derya Seyman, Hande Berk, Tümay İpekiç, Orçun Çelik

1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya
2. Bağışte Üniversitesi Anayla Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uroloji Kliniği, Antalya
3. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uroloji Kliniği, İzmir
26 Mart 2015 Perşembe
Salon C

SS-07 Toplum başlangıçlı E. coli’nin neden olduğu üriner sistem infeksiyonlarında siprofloksasin direnci ve risk faktörleri: Prospektif kohort çalışma

Türkan Tüzün1, Selda Sayın Kutlu2, Murat Kutlu2, Ilknur Kaleli2

1Dumlupınar Üniversitesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Kütahya
2Pamukkale Üniversitesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli
3Pamukkale Üniversitesi, Tibbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

SS-08 Kırşehir bölgesinde HCV ile infekte hastalarda HCV genotiplerinin dağılımı

Burcu Uysal1, Tulin Demir2, Meral Turan3, Ayşe Ayaydın4, Ramazan Keskiner1

1Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kırşehir
2Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kırşehir
3Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı, Ankara

SS-09 Kronik hepatit B’li hastalarda oral antiviral tedavilerin değerlendirilmesi

Dişgem Özer Yıldırım1, Reşit Mistik2, Esra Kazak3, Harun Ağca4, Yasemin Heper2, Emel Yılmaz2, Halis Akalin2

1Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi
2Uludağ Üniversitesi Tip Fakültesi Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D
3Uludağ Üniversitesi Tip Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji A.D.

SS-10 Kronik hepatit C hastalardında değişen genotip dağılımları

Derya Keten1, Evrim Güllerden1, Suleyman Kulolu1, Ahmet Çalışkan1, Ali Gürün1

1Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kahramanmaraş
2Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Tibbi Mikrobiyoloji, Kahramanmaraş

---

17:00-18:00 Poster Tartışması (UYBİS VII)

Oturum Başkanı
Nuray UZUN

PU01-01/05, PU03-01, PU11-01, PU18-01/04, PU19-01

Poster Tartışması 1

Oturum Başkanları
Emel YILMAZ, Serap ŞİMŞEK-YAVUZ, Üner KAYABAŞ

P01-01/12, P02-01/16, P03-01/22, P04-01/11, P05-01/08, P06-01/06, P07-01/03, P08-01/35

---

18:00-19:00 İHMKEMYK
9. Olağan Genel Kurul Toplantısı

19:00-20:00 İHMKEMYK
4. Öğrenim Üst Kurulu Toplantısı

21:00-24:00 Sosyal / Kültürel Program
27 Mart 2015 Cuma

Salon A

07:45-08:30 Uzmanlık Tartışma 1

Vertebral Osteomyelit
Şebnem EREN-GÖK

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Vertebral osteomyelit tıbbi tayin yöntemlerini öğrenir.
- Vertebral osteomyelit tedavisi yarar ölçütlerini sıralayabilir.
- Vertebral osteomyelit tedavisi süresinin nasıl belirleneceğini ve optimal tedavi süresini öğrenir.

Salon B

07:45-08:30 Uzmanlık Tartışma 2

Sağlık Bakımıyla ilgili Infeksiyonların Kontrolünde İzolasyon
Emel YILMAZ

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Sağlık bakımıyla ilgili hangi infeksiyonların kontrolünde izolasyonun etkili olduğunu öğrenir.
- Sağlık bakımıyla ilgili infeksiyonların kontrolünde izolasyon uygulamalarının nasıl yapılsa etkili olacağı öğrenir.
- Sağlık bakımıyla ilgili infeksiyonların kontrol edebilme için Türkiye’de izolasyon örneklerinin ne kadar yapılabildiğini değerlendirmeabilir.

Salon C

07:45-08:30 Uzmanlık Tartışma 3

İnfeksiyon Hastalıklarının Tanısında Mikrobiyoloji Laboratuvarının Kullanımı Rehberi
Gökhan AYGÜN

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Hangi infeksiyon hastalığında, hangi mikrobiyolojik testin yapılacağıyla ilgili genel bilgileri öğrenir.
- Infeksiyon hastalığı düşünülen hastalarda, o hastalığın tanısı için gerekten teste uygun örnek alınarak, uygun koşullarda laboratuvara uygulanmasını kurallarını sıralayabilir.

Salon A

08:30-09:30 Simpozyum 11

Tüberküler Dışi Mikobakteri İnfeksiyonları
(KLİMİK Derneği Tüberküler Çalışma Grubu’nca Düzenlenmiştir.)

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Tüberküler dışi mikro bakteri infeksiyonlarının dünyadaki ve ülkemizdeki epidemiolojisini öğrenir.
- Tüberküler dışi mikro bakteri infeksiyonlarının tanı konulmasında yaşanan sorunları tanımlar ve yeni tanı yöntemlerini öğrenir.
- Tüberküler dışi mikro bakteri infeksiyonlarının tedavi ilkelerini, sorunlu olanlar dahil öğrenir.

Oturum Başkanı
Mustafa ÖZYURT

Epidemiyoloji
Meltem UZUN

Tanı ve Sorunlar
Süheyla SÜRÜCÜOĞLU

Tedavi ve Sorunlar
Ayşe YÜCE

Sorunlu Olu Örnekleri
Nevin SARIGÜZEL
27 Mart 2015 Cuma

Salon B

08:30-09:30 Simpozyum 12
HIV/AIDS Hastasında Fırsatçı Infeksiyonlar
(KLINİK Derneğİ HIV/AIDS Çalışma Grubu'nda Düzenlenmiştir.)

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Klinik bulguları ve seyirini öğrenir.
- Ayrıcalı tanısi ve laboratuvar tanısi yapabilir.
- Tedavi ve koruma yollarını öğrenir.
- ARV tedavini zamanlamasını yapabilir.

Oturum Başkanı
Volkan KORTEN

Olgu-1
Nuriye TAŞDELEN-FİŞGİN

Olgu-2
Çiğdem ATAMAN-HATIPOĞLU

Salon C

08:30-09:30 Simpozyum 13
Şafırtan Klasikler 2

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Ülkemizde uzun yıllardan beri bilinen ve izlenen enfeksiyon hastalıklarının farklı klinik seyirlerini tanımlayabilir.
- Bu enfeksiyonlarla karşıabilecek diğer klinik durumları sıralayabilir.
- Bu enfeksiyonların tanıında artırıcı olabilecek faktörleri öğrenir.
- Bu enfeksiyonların tedavisinde özellikle yaratabilecek durumları tanımlayabilir.

Oturum Başkanı
Ekin ERTEM

Olgu 1
Ayşe Seza İNAL

Olgu 2
Filiz PEHLİVANOĞLU

Salon A

09:30-10:30 Simpozyum 14
Riketsiyozlar

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Akdeniz beneği ateşinin ülkemizdeki epidemiyolojisi, tanısı ve tedavisini öğrenir.
- Q aşıının klinik görünümü, tanısı ve tedavisini öğrenir.

Oturum Başkanı
Fatma ULUTAN

Akdeniz Benekli Ateşi
Figen KULOĞLU

Q Ateşi
Ali ASAN
27 Mart 2015 Cuma

Salon B

09:30-10:30 Simpozyum 15
Lyme Hastalığı: Atlıyor muyuz?

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Ülkemizde Lyme hastalığı tanısının az konulmasının nedenlerini tanımlar
- Ülkemizde Lyme hastalığının epidemiyolojisine ilişkin var olan verileri öğrenir
- Lyme hastalığının tansında kullanılan laboratuvar testleri ve bu testlerin yorumlanmasını, tanı yaklaşımlarını öğrenir

Oturum Başkanı
Kenan MIDILLİ

Ülkemizde Lyme Sorunu Var mı? Epidemiyoloji
Cemal BULUT

Tanı
Franc STRLE

Salon C

09:30-10:30 Simpozyum 16
Erişkin Bağışıklama
(KLİMİK Derneği Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubu’nca Düzenlenmiştir.)

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Erişkinlerde aşına korunulabilen hastalıkları öğrenir
- Erişkinde rutin olarak uygulanması gerekten aşılara sıralayabilir
- Özel gruplara veya özel durumlarda erişkinlere uygulanması önerilen aşılara sıralayabilir
- Erişkin bağışıklamasında gündemde yeni gelen aşılara (zona zoster, konjuge pnömokok aşısı, dörtlü influenza aşısı) öğrenir
- Türkiye’de erişkin yaş grubunda aşıyla önlenebilir hastalıkların seroepidemiyolojisini ve öncelikle aşı uygulanması gerekken grupları tanımlar

Oturum Başkanı
Esin ŞENOL

Erişkin Bağışıklamasının Hedefindeki Yeni Aşılardı
Firdevs AKTAŞ

Erişkinde Aşıyla Önlenebilir Hastalıkların Seroepidemiyolojisi
Sema ALP-ÇAVUŞ

10:30-10:45 Çay / Kahve Arası

Salon B

10:45-11:45 Uydud Simpozyum 3
(Gilead Sciences İlaç Ticaret Ltd. Şti.’nce Düzenlenmiştir.)

Moderatör
Atahan ÇAĞATAY

Kronik Hepatit C Buluşmaları: Gerçek Olgular, Gerçek Sorunlar ve Gerçek Yaşam
Sila AKHAN, Bilgehan AYGEN
27 Mart 2015 Cuma

Salon A

11:45-12:45 Simpozyum 17
Infeksiyonların Tedavisinde Antibiyotik Dışı Arayışlar

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Intestinal mikrobiyota kompozisyonu ve değerlendirme yöntemlerini sayabilir.
• Intestinal mikrobiyota fonksiyonları ve disbiyozis (mikrobiyota değişimi) hastalık ilişkisini ifadeleyebilir.
• Probiyotiklerin tanımlanması ve disbiyozis ile ilişkili hastalıklarda kanıt ve verileri değerlendirmeabilir.
• Quorum sensing inhibitörlerini tanımlayabilir.

Oturum Başkanı
Esin ŞENOL

İntestinal Mikrobiyota
Ener Çağıri DİNLEYİCİ

Probiyotikler
Esin ŞENOL

Quorum-Sensing Inhibitörleri
Serhan SAKARYA

Salon B

11:45-12:45 Simpozyum 18
Diyabetik Ayakta Hasta Yönetimi ve Yapıлан Düzenlemeler
(KLİMİK Derneği Diyabetik Ayak Çalışma Grubu’na Düzenlenmiştir)

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Disiplinler arası ilişkilerin nasıl kurulacağını ve mevcut yasal düzenlemeleri öğrenir.
• Gelecekte neler yapılabileceğini konusunda bilgilenir
• Diyabetik ayakta tanı algoritmasını tanımlayabilir
• Yeni tanı yöntemlerini sıralayabilir.
• Uygulanabilecek yeni tedavileri öğrenir.

Oturum Başkanı
Ata Nevzat YALÇIN

Türkiye'de Diyabetik Ayak Konusunda Yenilikler ve Yalıa Düzenlemeler
Neşe SALTĞLU

Diyabetik Ayakta Yeni Tanı ve Tedaviler
Bülent ERTÜRKLÜ
27 Mart 2015 Cuma
Salon C

11:45-12:45 Panel

Türkiye’de ve Dünyada İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılmcılar:
- IHKM’yı önümüzdeki 10 yılda ne gibi sorunlar beklediğini öğrenir
- IHKM uzmanları için geleceğin nerede olacağını tanımlayabilir
- Farklı ülkelerden örnekleri değerlendirir

Oturum Başkanı
Reşit MISTIK

Tartışmacılar

Avrupa’da Durum
Murat AKOVA

Türkiye’de Durum
İrfan ŞENCAN

KLİMİK Görüşü
Önder ERGÖNÜL

12:45-13:30 Öğle Yemeği

Salon A

13:30-14:30 Simpozium 19
İmmunosüpresif İlaç Kullananan Hastalarda İnfeksiyonların Önlenmesi

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılmcılar:
- Kanser kemoterapisi veya immunodüler ilaç kullanılan hastalarda gelişebilecek viral, bakteriyel fungal ve parazitler infeksiyonlar için uygulanan profilaksi uygulanmasını tanımlayabilir.

Oturum Başkanı
Ömürüm UZUN

Viral ve Bakteriyel İnfeksiyonların Önlenmesi
ServeT ALAN

Fungal ve Parazitler İnfeksiyonların Önlenmesi
Özlem GÜZEL TUNÇCAN
27 Mart 2015 Cuma

Salon B

13:30-14:30 Simpozyum 20
Tropikal Hastalıklar ve Seyahat Sağlığı

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılmcılar:
• Tropikal hastalıkların öneminin farkına varabilir ve kavramını tanımlayabilir.
• Asya’daşığı günlük sağlık sorunlarını sınıflandırabilir ve izah edebilir.
• Seyahat sağlığının öneminin farkına varabilir ve alınabilecek önlemleri uygulayabilir.

Oturum Başkanı
Ayşen GARGILİ

Asya’da Tropikal Hastalıklar: Zorluklar ve Fırsatlar
George VARGHESE

Seyahat Hastalıkları ve Sağlığı
Bulent BOZDOĞAN

Son 10 Yılda Kenelerden Ne Öğrendik?
Zati VATANSEVER

Salon C

13:30-14:30 Simpozyum 21
CMV Infeksiyonlarında Güncel Durum

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılmcılar:
• Transplant hastaları, ülseratif koliti hastalar gibi özel hasta gruplarında CMV hastalığının klinik seyrini öğrenir
• Özel hasta gruplarında CMV hastalığı teşhisi ve tanılarında viral yük monitorizasyonu testlerinin kullanım endikasyonlarını tanımlayabilir, bu testleri yorumlayabilir ve yorumlarken çarşılaşabileceği sorunları sıralayabilir
• Özel hasta gruplarında CMV hastalığının tedavisini öğrenir

Oturum Başkanı
Hande ARSLAN

Özel Hasta Gruplarında Klinik Seyir
Uluhan SİLİ

Tanıda Sorunlar ve Tedavi
Filiz GÜNŞEREN

Salon B

14:30-16:00 Konferans

Değişen ilişkilerimizin DNA’sı
Merih TANGÜN

16:00-18:30 Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları Derneği
15. Olağan Genel Kurul Toplantısı

Poster Alanı

18:30-19:30 Poster Tartışması 2

Oturum Başkanları
Hasan Salih Zeki AKSU, Yusuf Ziya DEMIROĞLU, Nurhayat BAYAZIT

P09-01/02, P10-01/02, P11-01/12, P12-01/18, P13-01/07, P14-01/07, P15-01/25, P16-01/13, P17-01/12

21:00-24:00 Sosyal / Kültürel Program
28 Mart 2015 Cumartesi

Salon A

07:30-08:30 Uzmanlarıyla tartışalım 4

Nedeni Bilinmeyen Ateş
Aynur ENGIN

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Nedeni bilinmeyen ateşleri sınıflandırmabilir, ülkemizde ve dünyada nedenlerini sralayabilir.
• Nedeni bilinmeyen ateşlerde fizik muayene bulgularını özetleyebilir.
• Nedeni bilinmeyen ateşin incelemesinde hangi görüntüleme yöntemlerini, ne zaman kullanacağını öğrenir.

Salon B

07:30-08:30 Uzmanlarıyla tartışalım 5

Akut Menenjitli HastanınTedavisi
Onur URAL

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Akut, akut menenjitli hastanın gezden kaçınılamamasını sağlayacak klinik ve laboratuvar özelliklerini tanımlar.
• Akut menenjitte başlangıç ve etkene yönelik antibiyotik tedavisini öğrenir.
• Akut menenjitli hastada kortikosteroidlerin yerini tanımlayabilir.

Salon C

07:30-08:30 Uzmanlarıyla tartışalım 6

Antibiyotiklerin Yan Etkileri ve Yönetimi
Günay TUNCER-ERTEM

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Sık kullanılan antibiyotiklerin yan etkilerini, görüleme sikliklarını sralayabilir.
• Antibiyotik yan etkisinin gelişmesine etki eden risk faktörlerini tanımlar ve yan etki sikliğini azaltmaya yönelik alınabilecek önlemleri sralayabilir.
• Antibiyotik yan etkisi gelişmesi halinde, hangi durumda ne şekilde yöneteceğini öğrenir.

Salon A

08:30-09:30 Simpozyum 22
Arboviruslar: Güncel Durum

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Ürünizde güncellemiş olgu sayılmasını öğrenir
• Arbovirus infeksiyonlarında tanı algoritmasını öğrenir.
• Arbovirus infeksiyonlarında tedavi algoritmasını öğrenir.

Oturum Başkanı
Ebru AYDIN

Kırım-Kongo Kanamali Ateşi : Son Durum
Mehmet BAKIR

Tatarlık Ateşi
Üner KAYABAŞ

Türkiye’de Arboviral Infeksiyonların Laboratuvar Tanısı
Dilek YAGCI-ÇAĞLAYIK
28 Mart 2015 Cumartesi

Salon B

08:30-09:30 Simpozyum 23
İnvazif Kandida Infeksiyonları

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Kandidemizin tahmin edilmesinde kullanılan skorlama yöntemlerini öğrenir.
- Invazif kandida infeksiyonlarında güncel tanı yöntemlerini sıralayabilir.
- Invazif kandida infeksiyonlarının tedavisinde, azollerin, ekinokandinlerin ve amfoterisin B’nin güncel yerini tanımlayabilir.

Oturum Başkanı
Murat AKOVA

Kolonizasyon ve Risk Faktörlerinin Tanıda Kullanımı
Selçuk KAYA

Tedavi
Nur YAPAR

Salon C

08:30-09:30 Simpozyum 24
Gözardı Edilen Özel Konak: Gebe

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Gebe ve/veya yenidöğanda sorun yaratabilecek infeksiyonların gebelik öncesi ve gebelik sırasında taranmasını, hangi infeksiyonlarda ve hangi uygulamalar eşliğinde yapılması halinde, ne ölçüde yararlı ve gerekli olduğunu öğrenir.
- Gebelere yapılmış gereken aşıları sıralayabilir
- Gebelerin bağışıklaması konusunda ülkemizde karşılanmamış gereksinimleri ve fırsatları tanımlayabilir
- Gebelikte ve erken postpartum dönemde artış tüberküloz riskini ve nedenlerini tanımlar, tüberkülozun gebelere özgü klinik seyir, tanı ve tedavi özelliklerini öğrenir

Oturum Başkanı
Sesin KOCAGÖZ

Gebelikte Tarama Testleri
Hüsnü PULLUKÇU

Aşılar
Neşe DEMİRTÜRK

Gebelik ve Tüberküloz
Nurhayat BAYAZİT

Salon A

09:30-10:15 Konferans

Oturum Başkanı
Ayşe YÜCE

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Obez hastalarda bazı infeksiyonların, özellikle influenza’nın neden olduğu seyrettüğinin öğrenir
- Obezitenin patogenezinde mikroorganizmaların, özellikle adenovirusların rolünü tanımlayabilir
- Obez hastalarda antimikrobiyel dozların nasıl belirlendiğini öğrenir

Obezite ve Infeksiyon
Halit ÖZSÜT
28 Mart 2015 Cumartesi

Salon B

09:30-10:15 Konferans

Oturum Başkanı
Oral ÖNCÜL

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Yanık hastasının özelliklerini tanımlar
- En sık etken olan mikroorganizmaları sıralar
- Tanı ve tedavide sorunları ve yeni yaklaşımlarını öğrenir

Yanık ve İnfeksiyon
Nur BENZONANA

Salon C

09:30-10:15 Konferans

Oturum Başkanı
Funda TIMURKAYNAK

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Sağlık çalışanlarına delici kesici alet yaralanmalarıyla bulaşan hastalıkları ve ne oranda bulaştıklarını öğrenir.
- Sağlık çalışanlarında delici kesici alet yaralanmasını artırın riskleri tanımlar.
- Sağlık çalışanlarında delici kesici alet yaralanmalarının engellenmesi için alınacak önlemleri sıralar.

Sağlık Çalışanlarında Delici-Kesici Alet Yaralanmaları
Süda TEKİN-KORUK

10:15-10:30 Çay / Kahve Arası

Salon A

10:30-11:30 Simpozium 25
Aşıcı Antibiyotik Kullanımı

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Sağlık bakımıyla ilişkili infeksiyonların ve antimikrobiyal direncin önlenmesinde, demet bileşeni olarak antimikrobiyal yönetim rolünü tanımlayabilir.
- Bakteriyel infeksiyonların tedavisinde de-eskalasyon ve tedavi sürelerini kısıtma süreç ve yaklaşımlarını öğrenir.
- Ulkmizde, antibiyotik yönetim firsatlarını tanımlayabilir.

Oturum Başkanı
Ayşe WILLKE

Aşıcı Antibiyotik Kullanımının Demet Bileşeni Olarak Yeri
Etra TANYEL

Aşıcı Antibiyotik Kullanımında Deeskalasyonun Yeri
Serhat ÜNAL

Aşıcı Antibiyotik Kullanımında Hızlı Tanı Yöntemlerinin Yeri
Vildan AVKAN-OGUZ
28 Mart 2015 Cumartesi

Salon B

10:30-11:30 Simpozyum 26
Şaşırtan Klasikler 3

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Ülkemizde uzun yıllardan beri bilinen ve izlenen infeksiyon hastalıklarının farklı klinik seyirlerini tanımlayabilir.
• Bu infeksiyonlarla karşıabilecek diğer klinik durumları sıralayabilir.
• Bu infeksiyonların tanıında karşıtıcı olabilecek faktörleri öğrenir.
• Bu infeksiyonların tedavisinde özellikle yaratabilecek durumları tanımlayabilir.

Oturum Başkan
Gönül ŞENGÖZ

Olgu 1
Gürkan MERT

Olgu 2
Tuba TURUNÇ

Salon C

10:30-11:30 Simpozyum 27
Farklı Boyutlarıyla Infeksiyon İmmünolojisi
(KLİMİK Derneği Infeksiyon İmmünolojisi Çalışma Grubu'na Düzenlenmiştir.)

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Infeksiyon immunolojisinin güncel klinik uygulamalarını sıralayabilir
• Transplantasyonda immün monitörizasyonun nasıl yapıldığını öğrenir
• Transplantasyonda yapılan immün monitorizasyon hangi infeksiyon hastalıklarına yol açtığını öğrenir
• Immün modülasyon anlamlını kavrar
• Hangi infeksiyon hastalıklarında immün modülasyon yapıldığını sıralayabilir
• Tip taladı kullanıran monoklonal antikorları öğrenir
• Monoklonal antikorların hangi mekanizma ile hangi infeksiyon hastalıklarına yakınlık yarattığını öğrenir

Oturum Başkan
Necia TULEK

Transplantasyonda İmmün Monitorizasyon ve Infeksiyon İlişkisi
Ali ŞENGÜL

Infeksiyon Hastalıklarında Immün Modülasyon
Şükran KÖSE

Monoklonal Antikor Tedavilerinde Infeksiyon Komplikasyonları
Ergin AYAŞLIOĞLU

11:30-12:30 Çalışma Grubu Toplantısı

12:30-13:30 Öğle Yemeği
28 Mart 2015 Cumartesi
Salon A

13:30-14:30 Simpozyum 28
Infeksiyon Hastalıklarında İmmünopatogenez

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Virus enfeksiyonlarının, sekonder bakteriyel enfeksiyonlara nasıl eylem yarattığıını öğrenir.
- Virus enfeksiyonlarının, sekonder bakteriyel enfeksiyonların şiddetine etkisini tanımlar.
- Bakterilerin (Neisseria spp., Salmonella spp., Borellia spp. vb) immün sistemden kaçma mekanizmalarını sıralayabilir.

Oturum Başkanı
Büulent BEŞİRBELEIOĞLU

Viruslar Bakteriyel İnfeksiyona Nasıl Zemin Hazırlar?
Resul KARAKUŞ

Bakteriler İmmün Sistemden Nasıl Kaçar?
Vedat BULUT

Salon B

13:30-14:30 KLİMİK Derneği Asistan ve Genç Uzman Hekimler (AGUH) Komisyonu Genel Kurul Toplantısı

Kolaylaştırmacılar
AİtaN Gökgöz
Şafak Göktas

Salon C

13:30-14:30 Simpozyum 29
AntibiyoTik Kullanımında Son Çırpınçler

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
- Gram-negatif ve Gram-poZitif bakteri enfeksiyonlarının tedavisinde kombine antibiyotik uygulamasının hangi durumlarda kullanılacağını, hangi durumlarda gerekli olduğunu tanımlayabilir.
- Antibiyotiklerin uzamış infüzyona verilmesinin hangi klinik durumlarda, ne ölçüde yararlı olduğunu öğrenir.
- Uzamış infüzyona antibiyotik kullanımında dikkat edilecek konuları sıralayabilir.

Oturum Başkanı
Sabahattin OCAK

Kombinasyon
Deniz ATAKENT

Uzamış Infüzyon
AIPay AZAP
28 Mart 2015 Cumartesi

Salon A

14:30-16:00 Simpozium 30
Cerrahi Alanİnfeksiyonları
(KLIMİK Derneği Sağlık Bakımıyla İlişkili İnfeksiyonlar Çalışma Grubu'na hazırlanmıştır.)

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Ülkemizde cerrahi alan infeksiyonları sıklığı ve neden olan mikroorganizmaları öğrenir.
• Cerrahi alan infeksiyonlarının önlenmesinde alınacak önlemlerle ilgili mevcut rehber önerilerini öğrenir.
• Cerrahi antimikrobiyel profilaksi konusunda yeni rehber önerilerini tanımlayabilir.

Oturum Başkanı
Mustafa ERTEK

Cerrahi Alan İnfeksiyonlarında Etkenler ve Epidemiyoloji
Nurcan BAYKAM

Cerrahi Alan İnfeksiyonlarının Önlenmesi, Yeni Rehberler
Osman MEMIKOĞLU

Cerrahi Antimikrobiyel Profilaksi
Hale TURAN

Salon B

14:30-16:00 Büyük Vizit

Oturum Başkanı
Volkan KORTEN

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Aşlık olunmadık seyir gösteren infeksiyon olgularını veya infeksiyonu taklit eden diğer klinik durumları daha iyi değerlendiribilebilir.
• Infeksiyon hastalıkları alanında olgunya dayalı öğretme becerilerini geliştirebilir

Tartışmacılar
Halis AKALIN
Alpay AZAP
Atahan ÇAĞATAY
Başak DOKUZÖĞÜZ

Olgu 1
Seniha BAŞARAN

Olgu 2
Elif TÜKENMEZ-TİGEN

Olgu 3
Adalet AYPAK

Olgu 4
Zeynep KÖKEN-BAYINDIR
28 Mart 2015 Cumartesi

Salon C

14:30-16:00 Simpozium 31
Mikrobiyoloji Laboratuvarında Yenilikler

Öğrenim Hedefleri

Bu oturumun sonunda katılımcılar:
• Antimikrobiyal duyarlılık testlerinde yeni CLSI ve EUCAST önerilerini öğrenir.
• Karbapenem direnci Gram-negatif çomakların taranması, tavanlanmasında kullanılan yöntemleri ve ülkemiz için kullanılabilecek pratik yöntemleri öğrenir.
• Mikroorganizmaların tanımlanmasında MALDI-TOF kullanımının güncel yerini, avantaj ve dezavantajlarını ve ülkemizde kullanılabiliğini tanımlayabilir.

Oturum Başkanı
Latife MAMI KOĞLU

CLSI'den EUCAST’a Ne Değişti?
Özlem KURT AZAP

Antibiyotik Direncinde Laboratuvar
Füsun CAN

MALDI-TOFF
 Görkem YAMAN

16:00-16:10 Çay / Kahve Arası

Salon A

16:10-17:00 Sözel Sunumlardır 3

Oturum Başkanı
Hüseyin TURGUT

SS-11 Anti-HCV pozitif, HCV-RNA negatif olgulara HCV spesifik T lenfosit yanıtının saptanması

Uljuhan Sili, Abdurrahman Kaya, Selda Aydin, Nur Hundur, Ali Mert, Fehmi Tabak, Reşat Özaras, Recep Oztürk

1 Marmara Üniversitesi, Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul
2 Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH, İnfeksiyon Hastalıkları Bölümü, İstanbul
3 İstanbul Medipol Üniversitesi, Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul
4 İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul
5 İstanbul Medipol Üniversitesi, İç Hastalıkları AD, İstanbul

SS-12 Kırız-Kongo kanalına ateş hastalıklarında ağırlık ve ölüm riskinin tahmin edilmesinde plazma cell-free DNA düzeyinin önemi

Mehmet Bakır, Ayşur Engin, Mert Ahmet Koşkucu, Sevap Bakır, Ömür Gündoğan, Kenan Midilli

1 Cumhuriyet Üniversitesi, Cerrahpaşa Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
2 İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
3 Cumhuriyet Üniversitesi, Cerrahpaşa Tip Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı

SS-13 Kan kültürlerinde üreyn koagulaz-negatif stafi lokoklarda kontaminasyonun değerlendirilmesi

Gülşen Kocasakal, Elvin Dinç, Mustafa Taner Yıldırım, Çağdem Arabacı, Kenan Ak

Ömeydani Eğitim ve Araştırmaları Hastanesi

SS-14 Diyabetik ayak infeksiyonlarında Pseudomonas aeruginosa’nın etken olması yol açan risk faktörleri

Bülent Ertuğrul, Benjamin A Lipsky, Mevlüt Türe, Serhan Sakarya, Türkiye İntraleyzyonel EGF Çalışma Grubu

1 Adnan Menderes Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Aydın
2 University of Washington (Emeritus), Visiting Professor of Medicine University of Geneva, University of Oxford, Oxford
3 Adnan Menderes Üniversitesi Tip Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Aydın
4 Türkiye İntraleyzyonel EGF Çalışma Grubu
SS-15 HIV/AIDS oğullarında kızamık, kızamıkçı, kabakulak ve suçççeği seroprevalansının değerlendirilmesi

Ayşel Kocagül Çelikbaş1, Ezgi Gülen1, Gül Arслan1, Şebnem Eren Gök1, Adalet Ayıpok1, Nurcan Baykam2, Mustafa Necati Erçoğlu1, Başak Dokuzoğlu1

1Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
2Hitt Üniversitesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çorum

16:10-17:00 Sözel Sunumlar 4

Oturum Başkanı
Ayhan AKBULUT

SS-16 Bruselloz'da TNF-A ve IL-10 gen polimorfizmi

Özgür Günel1, Ömer Ates1, Şener Barut1, Fazilet Duygu1, Şafak Kaya1

1Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun
2Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tibbi Biyoloji AD, Tokat
3Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Tokat
4Dr. Apdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
5Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Diyarbakır

SS-17 Hastanede yatan hastaların el hijyenine yaklaşımaları

Çağrı Büyük1, Gül Kitapçıoğlu1, Günel Gülyeva1, Uğur Onal1, Hasan Sabri Akdeniz1, Ezgi Aydın1, İsa Karaca1, Bedirhan Kılıçları2, Ekin Koç3

1Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bornova, İzmir
2Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tibbi Bilim Anabilim Dalı, Bornova, İzmir
3Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bornova, İzmir

SS-18 Solunum yolu infeksiyonlarında viral etkenlerin rolü

Önder Ergün1, Pelin Ispir, Elif Nurtop, Füsun Can

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü

SS-19 IGRA (interferon gamma releasing assay) testler tüberkülozu kanıtlamak için mi yoksa dışlamak için mi kullanılmaktır?

Şafak Göktaş1, Zehra Çağla Karakoç2, Demet Yalçın1, Burçak Yüntem Varol3, Funda Yüksek Koçdoğan1, Paşa Göktaş1

1Gelişim Tıp Laboratuvarları, İnfectious Krankheiten Kliniği, Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
2Liv Hospital, Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
3Göztepe Medical Park Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
4Bahçeveliye Medical Park Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

SS-20 Kırım-Kongo kanamalı ateş için endemik bir bölgede 2008-2014 yılları arasında oğulların ve kene teması ile başvuran hastaların değerlendirilmesi

Fatih Temocin1, Tugba Sarı1, Necla Eren Tükel1, Mehmet Parlağ4

1Yozgat Devlet Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Yozgat
2Buldan Göğüş Hastalıkları Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Dersimli
3Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
4Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü, Balaşçı Hastalıklar Şube Müdürlüğü, Yozgat
28 Mart 2015 Cumartesi
Salon C

16:10-17:00 Sözlü Sunumlar 5

Oturum Başkanı
Aytın KADANALI

SS-21 Adenovirus 36 ile indüklenen adipogenez; morfolojik ve immünolojik parametrelerdeki değişimlerin İrdelenmesi

Tamer Şanlıdağ1, Seda Vatansever2, Sevtap Gökalp3, Sinem Akçalı1, Mehtap Koçan1

1 Celal Bayar Üniversitesi Tip Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji AD
2 Celal Bayar Üniversitesi Tip Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji AD

SS-22 Bazı mikroorganizma suşlarının biyof İr formasyon aktivitelerinin değerlendirilmesi

Üğur Tutar1, Cem Çelik2, Mehmet Ataş3, Tunç Tuna4, Mustafa Gökhan Gözel4

1 Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sivas
2 Cumhuriyet Üniversitesi, Tip Fakültesi, Tibbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Sivas
3 Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farnosistik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Sivas
4 Cumhuriyet Üniversitesi, Tip Fakültesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Sivas

SS-23 Aile hekimlerinin HPV ve zona aşıları hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarının araştırılması

Rukiye Aysu Revanlı1, Ceren Yüceer1, Alpay Atıç1, Esin Şenoğ1, Ayşe Erbay1, Sema Alp Çavuş1, Resul Karakus1

1 Ankara Üniversitesi Tip Fakültesi
2 KLINIK-Erişkin Bağışıklaması Çalışma Grubu

SS-24 Ultrasonografi eşliğinde uygulamalı karaciğer biyopsisi kursunun klinik uygulamalardaki sonuçları

Ahmet Cem Yardımcı1, Berivan Tunca1

1 Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa
2 Kızıltepe Devlet Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Mardin

SS-25 Antifriz protein: Anti-bakteriyel, anti-biyofilim etkinliği ve antibiyotik sinerjizmi

Ali Açıkgöz, Nabil Abrahim, Martin Heissig, Erol Fikrig

Yale Üniversitesi, İş Hastalıkları Kliniği, Infeksiyon Hastalıkları Servisi

Poster Alanı

17:00-18:00 Poster Tartışması 3

Oturum Başkanı
Kaya SÜER, Hale TURAN, Özlem KURT-AZAP

P18-01/20, P19-01/09, P20-01/17, P21-01/52

Salon B

18:00-19:00 Kapanış Töreni

20:00-24:00 Gelir Yemeği
POSTER PROGRAMI

Poster Tartışması (UYBİS VII)
Tarih : 26 Mart 2015 Perşembe
Saat : 17.00-18.00
Oturum Başkanı : Nuray ÜZUN
PU01-01/05, PU03-01, PU11-01, PU18-01/04, PU19-01

Poster Tartışması 1
Saat : 17.00-18.00
Tarih : 26 Mart 2015 Perşembe
Oturum Başkanları : Emel YILMAZ, Serap ŞİMŞEK-YAVUZ, Üner KAYABAŞ
P01-01/12, P02-01/16, P03-01/22, P04-01/11, P05-01/08, P06-01/06, P07-01/03, P08-01/35

Poster Tartışması 2
Saat : 18.30-19.30
Tarih : 27 Mart 2015 Cuma
Oturum Başkanları : Hasan Salih Zeki AKSU, Yusuf Ziya DEMİROĞLU, Nurhayat BAYAZİT
P09-01/02, P10-01/02, P11-01/12, P12-01/18, P13-01/07, P14-01/07, P15-01/25, P16-01/13, P17-01/12

Poster Tartışması 3
Saat : 17.00-18.30
Tarih : 28 Mart 2015 Cuma
Oturum Başkanları : Kaya SÜER, Hale TURAN, Özlem KURT-AZAP
P18-01/20, P19-01/09, P20-01/17, P21-01/52

*Poster tartısmaları, oturum başkanlarının başkanlığında posterlerin başında yapılacaktır.
*Posterler, poster alanında saat 08.30’da asılacak ve saat 20.00’a kadar asılı kalacaktır.
BİLDİRİ KONULARI

01. Antibiyotik Duyarlılık Çalışmaları
02. Antibiyotik Kullanımı
03. Epidemiyoloji
04. Fungal İnfeksiyonlar
05. Gastrointestinal Sistem İnfeksiyonları
06. Gebelik ve İnfeksiyon
07. Genitoüriner Sistem İnfeksiyonları
08. Hepatitler
09. İnfeksiyon İmmünolojisi
10. İnfeksiyon Patogenezi
11. Kan Dolaşımı İnfeksiyonları
12. Kemik Eklem ve Yumuşak Doku İnfeksiyonları
13. Merkezi Sinir Sistemi İnfeksiyonları
14. Mikrobiyolojik Tanı
15. Özel Konak İnfeksiyonları
16. Paraziter İnfeksiyonlar
17. Retiküloendotelyal Sistem İnfeksiyonları
18. Sağlık Bakımı ile İlişkili İnfeksiyonlar
19. Solunum Yolu İnfeksiyonları
20. Tüberküloz
21. Diğer
KONUSMACI ÖZETLERİ
Kronik Hepatit C İnfeksiyonunda Tanı, Tedavi ve Takip Algoritması

Doç. Dr. Süda TEKİN-KORUK
Koç Üniversitesi Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, İstanbul

Giriş

Hepatit C virusu (HCV) infeksiyonu halen tüm dünyada kronik karaciğer hastalığının en önemli nedenlerinden biridir (1). HCV infeksiyonunun uzun süreli takiplerinde minimal değişikliklerle seyreden kronik hepatit neden olabileceği gibi, yaygın fibroz, siroz ve hepatoselüler kansere (HSK) kadar ilerleyebilen farklı klinik tablolara neden olmaktadır (2). HCV *Flaviviridae* ailesinden *hepacivirus* genosunun tek üyesi zarflı bir RNA virüsüdür. Genomun en önemli özelliği heterojenitesidir. Bu heterojenite sürekli mutant süsların oluşmasıyla yol açmakta ve virüsün immün sistemden kaçarak hastalığın kronikleşmesini neden olmaktadır. Filogenetik inceleme HCV’nin 6 genotip ve 100'den fazla alt tipinin olduğunu ve bu genotiplerin varyasyonları ve blastik yan etkileri, antiviral tedavide geriye kalan ciddi özelliklerini göstermektedir (3).

Kronik HCV (KHCV) infeksiyonunun tanısında, klinik ve laboratuvar sonuçları birlikte değerlendirilmelidir. Kronik infeksiyonu olan hastalarda halsizlik ve yorgunluk dişinda objektif klinik bulgu saptanmadığında, asıl tanı serolojik ve moleküler testlere dayanmaktadır (2). Tanıda kullanılan testler;


**Viral genotip tayini:** HCV infeksiyonunda tedavi süresinin ve tedaviye yanıt olasılığının belirlemek için tedavi öncesi dönemde genotip tayini yapılmalıdır. Genotip tayini maliyet-ektandin (2).

**Biyokimyasal testler:** Tanıda biyokimyasal yöntemlerle karaciğer hastalarının genetiklemesi önemlidir. Serum transaminazlarının yüksek olması genellikle inflamasyon ve fibrozla uyumlu birlikte, normal olması karaciğer hastalarının olmadığı göstermektedir (2).

**Karaciğer biyopsis:** HCV varlığının saptanmış kişilerde karaciğer biyopsisinin hastalığın nekrozuya inflamasyonunun derecelendirilmesi, fibrozun evrelenmesi ve diğer karaciğer patolojilerinin değerlendirilmesi için gerekli (6).

**Tedavi**

Kronik HCV infeksiyonunda tedavinin amacı;

1. İnfektiviteyi düşürmek (serumda HCV RNA’nın ne-gatifleşmesi)
2. İnfeksiyonun başkalara bulaşmasını önlemek
3. Remisyonu sağlamak
4. Karaciğer sirozü ve/veya HSK gelişimini önleme

Kronik HCV tedavi rehberlerinin genellenmesinden sonra genotip 1 ile infekte hastalardaki tedavi rejiminin değiştirilmesi 1 genel geometri ile gelmiştir: Doğrudan etkili antiviral ajanların (DEA) kullanılması (7-8) ve birkaç teki-nükleotid polimeraz inhibisyonu iliskili spontan ve tedavinin indüksiyonu HCV klinrensinin sağladığı göstermektedir (9). Son dönemde kullanılan interferon/ribavirin tedavisinin ekenen telaprevir ve boceprevir tedavilerinde hastalarda görülen yan etkiler, ilaçlar uyuş sorunlarının olması, ileri fibrozü olan hastalarda yanıt hizlarının düşük seyretmesi, maliyetin yüksek olması ve relapsların da azınsamayacak derecede görülüyormuş gibi nedenlerle KHCH tedavisi yeni tedavi seçenekleri üzerinde çalışılmıştır. Aralik 2013 tarihinde FDA tarafından onaylanan piyasaya çıkan NS5B polimeraz inhibitörü sofosbuvir (SOF) genotip 1 ile infekte hastalarda-peerterferon alfa (PegIFN-a)/RBV ile birlikte kullanılmaya başlanmıştır (10). SOF, GS-7977 (öncelikle PSI-7977 olarak biliniyor), NS5B polimeraz inhibitörüdür. NS5B proteinin katalitik bögesi
farklı HCV genotiplerine çok etkilidir. SOF böbreklerden atılmaktadır. SOF dozu tüm genotiplerde 400 mg/gün olarak önerilidir. Interferonu renklerde SOF (400 mg) ve vücud ağırlığına göre hasıplanmış ribavirin (R) (1000 mg [<75 kg] ve 1200 mg [≥75 kg]) ile PegIFN-α- haftalık toplam 12 hafta verilmesi önerilidir.

**HCV genotip 1 ile İnfekte Naif KHC Hastalarında Güncel Tedavi Önerileri (2,10)**

1. Genotip 1 ile infekte KHC hastalarında PegIFN-α-2a+RBV tedavisi optimal tedavi seçeneği olarak BOC veya TVR ile birlikte kullanılmıştır. PegIFN-α-2b 1.5 μg/kg/hafta, RBV 1000–1200 mg/ gün vucud ağırlığına göre ayarlanarak verilmelidir.

2. BOC ya da TVR, PegIFN-α ve vücud ağırlığına göre dozu ayarlanan RBV olmadan tek başına kullanılmamalıdır.

3. BOC, 800 mg, 7 (3x800 mg; 3x4 tablet), yemeklerle birlikte, PegIFN-α+RBV ile birlikte, ilk 4 hafta bu iki ajanla yapılacak olan öncü ("lead-in") tedaviyi izleyerek, 24-44 hafta uygunlanmalıdır. Sirotik olmayan hastalarda, HCV RNA, ilk 4 haftası öncü tedavi olmak koşuluyla, tedavinin 8. ve 24. haftalarda sahtanamayacak düzeylere inerse, BOC içeren tedavi rejimini başa, haftada sonlandırımlıdır. BOC içeren tedavi rejiminde (BOC, PegIFN-α+RBV) HCV RNA düzeyi 12. haftada >100 İU/ml veya 24. haftada herhangi bir değerde bulunursa üçlü tedavi kesilmelidir.

4. TVR, 750 mg, (3x750 mg; 3x2 tablet), yemeklerle birlikte (30 gr yağla), PegIFN-α+RBV ile birlikte 12 hafta verilmi; sonra kesilerek tedavi PegIFN-α+RBV olarak 12-36 hafta daha sürürülebilir. Sirotik olmayan hastalarda, HCV RNA, tedavinin 4. ve 12. haftalarda sahtanamayacak düzeylere inerse, TVR içeren tedavi rejimi 24 hafta sonlandırımlıdır. TVR içeren tedavi rejiminde (TVR, PegIFN-α+RBV) HCV RNA düzeyi 4. ve 12. haftada >1000 İU/ml veya 24. haftada herhangi bir değerde bulunursa tedavi kesilmelidir.

5. Sirozu olan hastalar PegIFN-α+RBV ile birlikte BOC ya da TVR içeren tedavi rejimlerini en az 48 hafta kullanmalıdır.

7. HCV genotip 1 hastalarında, subüpten bağımsız olarak SOF (400 mg/gün) ve vücud ağırlığına göre hasıplanmış standard dozlardaki PegIFN-α+RBV toplam 12 hafta verilmelidir.

**Genotip 2, 3, 4, 5 ve 6 ile İnfekte Naif Hastaarda Tedavi Önerileri (2,10)**

Mevcut infeksyonların tedavisinde, PegIFN-α-2a, 180 μg/hafta ya da PegIFN-α-2b, 1.5 μg/kg/hafta olarak kullanılır. RBV ise HCV genotipine göre farklı dozlardaki kullanılır. SOF içeren rejimlerde RBV dozu <75 kg olanlarda 1000 mg/gün, ≥75 kg olanlarda 1200 mg/kg/ gün olmalıdır. SOF ekenmeyen kombinasyon rejimlerinde RBV’nin HCV genotip 2/3 infeksiyonlarında 800 mg/ gün, HCV genotip 4/5/6 infeksiyonlarında ise kiloya ayarlanmış dozda (15 mg/kg/gün) kullanmanın yeterli ve etkin olduğu bildirilmiştir. SOF dozu tüm genotiplerde 400 mg/gün olarak önerilmiştir. Genotip 2/3/4/5/6 ile infekte naif olgularda tedavi seçenekleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

**Tablo 1: Genotip 2/3/4/5/6 ile İnfekte Naif Olgularda Tedavi Seçenekleri (2,10)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Genotip</th>
<th>İlk Tedavi Seçeneği</th>
<th>Alternatif Tedavi Seçeneği</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>SOF+RBV (12 hafta)</td>
<td>SOF+PegIFN+RBV (12 hafta)</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>SOF+RBV (24 hafta)</td>
<td>SOF+PegIFN+RBV (12 hafta)</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>SOF+PegIFN+RBV (12 hafta)</td>
<td>SOF+RBV (24 hafta)*</td>
</tr>
<tr>
<td>5/6</td>
<td>SOF+PegIFN+RBV (12 hafta)</td>
<td>PegIFN+RBV (48 hafta)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

PegIFN kullanılamayan olgular

**Tedavi Alan Hastalarda İlaç Yan Etkilerinin İzlemi**

Tedavi sürecinde hemen hemen tüm hastalarda bir veya fazla istenmeyen etki ortaya çıkmaktadır. İkili tedavi alanların %10-15’inde tedavi sonlandırılmasına, %32-42’inde doz modifikasyonu açan yan etkiler geliştirilmektedir (2,6). PegIFN+RBV kullanılan hastalarda hematolojik yan etkilerin izlenmesi, tedavinin 1, 2 ve 4. haftada tam saymaya yapılmalıdır. Sonrasında 4 ve 8 hafta bir taraftan kan kemik sistemini, tedavi süresince 12 haftalık ara aralıklarla ve tedavi sonlandırıldığında sonra bakılmaktadır. TVR ile yapılan üçlü kombinasyon tedavilerinde döküntü sıklığı derecede artmaktadır. Farklı veriler olmasına rağmen tedavi sonrası hipotiroidi gelişi hastalarında %10’da görülmektedir. Sirozu olan ve subüpten bağımsız olarak PegIFN-α+RBV ile birlikte BOC ya da TVR içeren tedavi rejimlerini en az 48 hafta kullanmalıdır.

KHC’dde tedavi sonrası nükslerin %98’i ilk 3 ay içinde gelişmektedir. Farklı veriler olsa da tedavi sonrası 24 ve 48. haftalarda HCV RNA düzeyine bakılması önemlidir. Hasta ALT düzeyi normal ve HCV RNA negatife işleme çarılıkmaktadır. Tedavi bitiminden sonra hipotiroidi gelişebilir ve態vari tedavi süresince fibroz ve sirozlu olan hastalarda HSK açısından altı aylık bir hepatobiliter ultrasonografi yapılmalı ve alfa-fetoprotein düzeyine bakılması gerekir; tedavi öncesinde özfagüs varisi sahip olanlarda endoskopik yapılmalıdır (2,3,6,10).
Kaynaklar


Kronik Hepatit C Tedavisinde Antiviral Direnç ve Laboratuvar Tanısı

Doç. Dr. Murat SAYAN

Hepatit C virüsü (HCV), 9.6 kb büyüklüğünde, yüksek replikasyon kapasitesine sahip (10^{10} - 10^{12} virion/gün) bir RNA virüsüdür. HCV’nin replikasyon kinetiği ve NS5B polimeraz aktivitesinin hata düzeltme yeteneğinden yoksun olması viral replikasyon sırasında yüksek sıkılıkta mutasyonların oluşmasına yol açmaktadır (1, 2). HCV’nin enzim kodlayan gen bölgeleri (NS3 ve NS5A/B) antiviral ilaçlar için iyi birer hedeftir. Bunlardan NS3 proteaz/ helikaz, iki fonksiyonlu bir proteindir ve NS3 serine proteaz ve NTP bıçakçı RNA polimeraz kodlar ve viral replikasyon düzenler (3, 4). Kronik hepatit C (KHC)’nin oral antiviral tedavilerinde ilaca yantlılığı nda olan mutasyonlar saptanmıştır. HCV NS3 proteaz hedefleyen telaprevir backtrack growth mutasyonları saptanmıştır. Telaprevir güçlendirilen de non-nükleozid NS5A/B replikasyon kompleks inhibitörleri (daclatasvir, sofosbuvir...) ile KHC’dede yoğun bir oral antiviral tedavi dönüşümü meydana gelmiştir. Bu nedenle tedavi öncesi ve tedavi sırasında genel profilaktik olarak kullanılan antiviral tedaviler dönemi başlangıçta NS3 proteaz inhibitörleri olarak sızınan dirençtaki NS3 ve NS5A/B proteaz inhibitörlere karşı dirençlenin süresi bu nedenle ve saptanması için analitik laboratuvar teknikleri bulunmamaktadır. Ancak HBV antiviral direnç tanımlanması genellikle genotip analiz tekniği ile yapılmaktadır. Line immuno assay (LIMA), direk/türk popülasyon sekanslama, ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz teknikleri periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemiyle en uygun yöntem olarak göz çarpmaktadır. Ancak direk sekanslama analiz tekniği periferik dosdoğru HCV varyantlarını belirlemek viral popülasyonun %10-20’lik bir büyüklüğünde ultra deep sekanslama, yarar/maįyet yöntemine=datetime(2019, 6, 25, 23, 11, 17),tzinfo=) Kaynaklar

Deep sequencing screening for telaprevir-resistant viral variants in previous null responders fails to identify those patients at risk of failing telaprevir plus peginterferon/ribavirin therapy. J Hepatol 2012;56:S465


Kronik Hepatit C'de Daha Önce Tedavi Almamış Hastalarla Tedavi

Uzm. Dr. Funda ŞİMŞEK
Ökmedanyı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Kronik hepatit C infeksiyonu dünyada en sık görülen kronik viral infeksiyonlardan bir olup siroz ve hepatosellüler kanserin(HCC) en önemli nedenlerinden biridir(1,2). Akut hepatit C olgularının yaklaşık %85'i kronikleşmektedir. Tüm dünyada yaklaşık 200 milyon kişi hepatit C virusu (HCV) ile infekte edilir. Bu hastaların %30'unda siroz gelişir ve siroz gelişenlerin ise yolda %3-5'inde dekomponsasyon ve HCC gelişimlertedir. Ülkemizde tanıları yapılan çalışmamızda HCV prevalansı %0.3-1.8'dir. Hepatit C infeksiyonunda standard interferon ile başlayan tedavi çalışmaları ribavinin ekleme, sonrasında pegile interferon ile birlikte ribavinin kombine kullanımı ile günümüze gelmiştir. Proteaz inhibitörlerinin de tedavi girmesi ile hepatit C tedavisinde çok önemli gelişmeler sağlanmıştır. Hepatit C tedavisinde izlenen tedavi rehberleri AASLD, EASL, APASL church.

Kronik Hepatit C tedavisinde virüse bağlı lớntritmen 24. hf. da saptanamama
Tedavi bitiminden 24 hf sonra SUT de tedavi sema-

Kaynaklar
Özel Durumlarda Hepatit C Tedavisi

Uzm. Dr. Saadet YAZICI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Yeni antiviral tedaviler ile, yüksek kalıcı viral cevap (KVC) oranlarına erişimesi, yan etkilerinin az olması, daha öncesi tedavilere göre tedavi yönetimlerinin daha kolay olması ve nispeten daha kısa tedavi süreleri olması nedeni ile özel hasta gruplarında tedavi başarı oranları yükselmektedir.

Normal serum aminotransferaz seviyeleri olan hastalarda tedavi:
Kronik hepatit C’li (KHC) hastaların yaklaşık %30’unda normal alınan aminotransferaz (ALT) seviyesi olmasına rağmen serum HCV RNA seviyeleri yüksek. Bu hastalarda genellikle orta derecede karaciğer hasılgı vardır ve siroz gelişimi daha yaygındır. ALT yüksekliği antiviral tedavi başlattıktan sonra bir önkoşul değildir. Serum amino transferaz seviyelerine bakılmaksızın, Pegile interferon (PEG IFN) ve ribavirin (RBV) ile tedavi başlangıçta karaciğer biyopsisi ile karaciğer hastalığının ciddiyetine, ayrıca yan etkilerin durumuna, tedavi ile alambiliceler cevaba ve komorbid durumların mevcudiyetine göre tedavi bireyselleştirilmelidir. Tedavi yüksek aminotransferaz seviyeleri olan hastalardaki gibi yapılmalıdır(1,2).


Damar içinde madde bağımlılarında HCV tedavi kararı biri reseyl bazda değerlendirilmeli ve tedavi bir ekip olarak yapılmalıdır. Tedavi öncesi değerlendirme, konut, eğitim, kültür durum, ilaç ve alkollü kullanımı, sosyal işlevsellik ve destek değerlendirmelere neden olmuştur. Hastanın tedavi başlangıcından sonra madde kullanım zamanı düşüş KVC ile ilişkilidir. Uyuşturucu ve alkollü kullanılar veya sosyal sorunların ve/veya psikiatrik hastalıktır öyküsü, tedavi sırasında daha sık madde kullanımı, düşük umum riski KVC elde etme olasılığının azaltmaktadır. Bu tip hastalarda tedavi sırasında daha yakından takip ve daha yoğun multisipliner desteğe ihtiyaç duyarlar. Telaprevir (TVR) ve Boceprevir (BOC)ın etkinliğinin ve güvenilirliğinin bu hasta grubunda değerlendirilmesi gereklidir. TVR ve BOC bu hasta gruplarında kullanılabilir. TVR ve BOC, metadon ve buprenorfinin doz ayarlamasını gerektermez, ancak tedavi sırasında opioid toksisitesi veya yoksunluk belirtileri gelişebilir hasta yakın izlenmelidir. TVR ve BOC kullanımının düşünlmesi bireysel bazda değerlendirilmelidir. Ancak erken karaciğer hastalığı olanlarda daha fazla zorla ve/veya geliştirilmiş direkt antiviral etkinliği olan tedavilere potansiyel gelişimi beklemek tavsiye edilebilir(1,2).

Alkol kullanan hastalarda tedavi:
Alkol HCV hastalığının ilerlemesinde önemli bir faktördür. Tedavi sırasında güvenli alkollü bilinmektedir. Anamnezde hastanın alkollü kullanımı tedavi için mutlak bir kontrendiksyon olamama iki birtak demeden alkollü kullanımı, interferon bazı tedavileri yarısına azaltarak hastanın ilerlemesini hızlandırır ve HCC riskini artırır. Hastalar alkolden kaçının değiştirilmiş için teşvik edilebilir. İmçeye devam eden hastalarda, doğrudan etkili antiviral tabanlı rejimlerin etkinliği konusunda hiçbir veri bulunmamaktadır(5).

Psikiatrik hastalıktan olana çıldırdı:
HCV enfeksiyonu ve eşlik eden ruhsal ve psikiatrik bozukluğu olan hastaların hemen onaylanmış rejimler kullanılarak tedavi edilebilir. Psikiatrik bozukluğu olan hastalarda hepatit C infeksiyonu tedavisi sadece multi disipliner ekinin desteği ile yapılmalıdır(4)

Hemofili olan hastalarda tedavi:
HIV-HCV koinfeksiyonu tedavisi:


Akut HIV infeksiyonu olan HIV hastalarıPEG IFN/RBV ile tedavi edilmelidir (1). HIV/HCV koinfekte hastalarda, direk antivir aliplari ilacları erişim olmayan ülkelerde PEG IFN orta bir hastaların içerisindeki KV oranları %50 civarında olmasına rağmen halen geçerli altı standart standart tedavidir. HCV genotip 1 infeksiyonlarında PEG IFN, RBV veya TVR veya BOC ile üçlü tedavide KVC oranları %70 bulmaktadır. Antiretroviral ilaçlar, ribavirin ve özellikle yeni HCV proteaz inhibitörüleri(PI) arasında-ki ilaç ilaç etkileşimleri HIV ve HCV ilaçlarını dikkatlice seçmesini ve tedavinin izlenmesini gerektirir(2,8). PEG IFN ve kiloya yarlı RBV kombinasyonu tedavi HCV genotip 1 hastalarda 48 hafta olarak önerilir. HIV/HCV ko infekte hastalarda 4 hafta sonra negatif HCV RNA düzeyi için en iyi prediktor göstergedir. Tedavinin 48 haftadan daha fazla uzatılmasına gerek yoktur. Ribavirin içeren HCV tedavisi verilecekse didanosin, zidovudine, ve stavudvin içeren antiretroviral tedaviden kaçınılmalıdır (2,6,8,9). Koinfekte hastalarda PEG IFN ve RBV ile tedavi sonucuları mono-infekte hastalarla karsılabilir. Koinfekte hastalarda KVC oranları daha düşük olarak bulundu, ancak ilk nesel proteaz inhibitörüleri ile yapılan çalışmalar her iki grup arasında benzer KVC oranları gösterildi(5). Sosofuvir ve simeprevir HIV/HCV koinfekte hastaların tedavi- devisinde kullanılmaktadır. Antiretroviral ilaçlar ile direk etkili antiviral ilaçlar arasında ilaç etkileşimleri çok olabileceğini için dikkatli davranımalıdır. Naif veya öncesinde IFN kullanmış relapsi olan genotip 1 hastanın sosofuvir (günde 1 kez 400 mg) ve kiloya yarlı RBV (75 kg aheetselikle 1000 mg, 75 kg aheetselikle 1200 mg) ile birlikte haf- tada bir kez PEG IFN 12 hafta(IFN kullanımda uygun olanlarda) olarak genotip 1 koinfekte hastalara verilebili- lir. Interferon uygunsuz veya IFN kullanmak isteyen genotip 1 koinfekte hastalar sosofuvir (günde 1 kez 400 mg) ve kiloya yarlı RBV (75 kg aheetselikle 1000 mg, 75 kg aheetselikle 1200 mg) 24 hafta önerilir. Naif veya tedavi deneyimli genotip 2,3 hastaları HIV mono-infeksiyonlu kişiler ile aynı tedavi rejimi önerilir. Genotip 2 ve 3 hastalarda invıtro ve invıvo olarak bu ilaçların aktiviteleri sınırlıdır. Boceprevir, telaprevir ve simeprevir genotip 2 ve 3 ile infekte koinfekte hastaların tedavisinde kullanılamaz(10).

HBV/HCV koinfekt hastalarda tedavi:


Yaşlı hastalarda hepatit C tedavisi:


Börek hastalığı olanlarda tedavi:

HCV infeksiyonu olan kronik börek hastalarının anti- viral tedavi için değerlerendirilmesi ve yaşam beklentisi, börek nakli için adaylık ve eşlik eden morbiditeler gibi faktöre göre tedavinin potansiyel faylarları ve risklerini dikkate alarak tedavi karar alınması önerilmedi(12). Börek hastalığı olan hastalarda karaciğer biyopsisi yap- ma karara karşı özel olmalıdır(4,6). Kronik HCV infek- siyonu ve hatif börek hastalığı (GFR > 60 ml/dakika ) olan kişiler, börek hastalığı olmayan kişilerde kullanılan aynı kombin antiviral tedavi ile tedavi edilebilir. Hemodi-
8- AIDSinfo Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines


12- KDIGO Kronik Böbrek Hastalığında Hepatit C önleme, tanı, Değerlendirme ve Tedavi Klinik Uygulama klavuzu National Kidney Foundation Center for Guideline Development and Implementation


HIV/AIDS: Asemptomatik Hasta Yönetimi

Uzm. Dr. Taner YILDIRMAK¹, Doç. Dr. Asuman İNAN²
¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul


Sonuç olarak, asemptomatik HIV ile infekte olguların tümü kaiart alta alınarak, yer aldıkları grubu göre uygun radyolojik izlenmelidir, vizitlerde tedavi başlamakta endikasyon yapan gelişen bulgular açısından dikkate değerlerdirilmişdir. Hasta, başlıklı klinik açısından da gözden geçirilmeli, özel gruplara erişkin asılamalı öne-
rileri doğrultusunda, aşılama programı oluşturulmalı ve sonuçları izlenip, kaydedilmelidir.

Kaynaklar


Avrupa genelinde, HIV ile infekte bireylerin neredeyse üçte birinin infeksiyonunun geç dönemlerine kadar sağlalık merkezlerine başvurduğu bilinmektedir. HIV ile ilgili testlerin erken yapılması yönünde gösterilen tüm çaba- lara rağmen bu oran aynı düzeylerde kalmaya devam etmektedir.


Buna göre aşağıdaki durumlar “geç tanı almış hasta”-i tanımlamaktadır:

- Kişi bakım hizmetine başvurduğu sırasında CD4 sayısı 350 hücre/μL’nin altında ise veya
- CD4 sayısına bakılmaksizin AIDS tanımlayıcı durum gösteriyorsa.

Ayrıca, aşağıdaki durumlar “ilerlemiş HIV hastalığı ile başvuru” olarak tanımlanmaktadır;

- Kişi bakım hizmetine başvurduğu sırasında CD4 sayısı 200 hücre/μL’nin altında ise veya
- CD4 sayısına bakılmaksizin AIDS tanımlayıcı durum gösteriyorsa (1).

Bu durumda başvurduğu anda CD4 sayısı 200 hücre/μL’nin altında saptanan hastalar hem geç tanı alan hem de ilerlemiş HIV hastalığı olan hastanın kriterlerini karşılamaktadır. Aynı zamanda AIDS tanımlayıcı durum ile başvuran tüm hastalar da CD4 sayılarına bakılmaksizin her iki tanıma da karşılamanın daha grubuna dahil olmaktadır.

Geç tanı alan hastalarda hastalık seyri daha kötül olmaktadır, mortalite daha fazla görülümktedir. Toplum açısından ise birey HIV durumunu bilmediği ve viremili kontrol altına alındığını için bulaş açısından risk olmaktadır. Veri modellemeye yonteminin sonuçlarına göre ABD’de yeni infeksiyonların yanısta ve daha yaradın fazla henüz tanı alımı ve dolayısıyla olası bulaş riskinden haber-siz olan HIV pozitif bireylerden kaynaklanmaktadır.

Avrupa’da 2000-2011 yıllarında, 35 ülkeyi kapsayan bir araştırmda [The Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE)], 85 000 HIV tanısı alan hastanın %33.8’inin geç tanı aldığı, ilerlemiş HIV hastalığı olanların oranının %33 olduğu, en fazla geç tanı alan grubun %66.1’lik orana heteroseks-suel erkek hastaları olduğu göstermiştir (2). Geç tanı alan hastanın 2000 yılında %57.3’ten, 2010/2011 yılında yalnızca %51.7’yeye gerilediğini göstermiştir. Ancak bazı alt gruplarda, örneğin Güney Avrupa’da damar içi maddede kullanılanlar arasında, aynı dönemde geç başvuru oranının arttığı saptanmıştır (2).

Türkiye’de, 2011-2012 yılında tanı almış hastaların ilk başvurusu sırasında %30.6’sının ileri HIV hastası, %52.4’unun geç tanı alan hasta olduğu saptanmıştır (3).

Geç tanı alan hastalarda AIDS/ölüm insidansının özellikle infeksiyonun tanısından sonra da iki yıl içinde 6-13 kat arttığı gösterilmiştir (2). Bu araştırmaya başvurulan önceki 6 ay içindeki CD4 değerleri istenen hastalar dahil edilmiştir, CD4 değerleri eksiik olan hastalar da dahil edilseydi geç tanı alanların oranının %62’ye, ilerlemiş hastalığı olanların oranının %45’e yükseleceğini belirtilmektedir (2).

Avrupa genelinde geç tanı alan bireylerin ortak özelliklerini gömen statüsünde olmak, yaşlı olmak, heteroseksüel olmak (Doğu Avrupa dışında), HIV prevalansının düşük olduğu bolgede yaşamak, erkek olmak ve çocuk sahibi olmak olarak saptanmıştır. Ancak bu özelliklerin genel bulgulara dayandığı belirtilmektedir (2).

Geç tanı alan HIV ile infekte bireylerin tedavisi için yapılan harcama, hastalığın daha erken bir dönemde başvurulana göre daha fazladır. ABD kaynakları bir çalışmadan geç tanı alan bir birey için yapılan ortalama tıbbi bakım masrafının, erken başvuru vakalarına göre 1.5-3.7 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (4). Bir başka çalışmanın sonuçlarına göre de; CD4 sayısı ≤200 hücre/μL olan hastalar için bakım masrafları oldukça bulunmuştur. CD4 düzeyleri düşük olan bu hastalar genellikle sik clinically ziyaret edilir, hastağın evinde tedavi tedavi edilir ve hastadaki hayata maliyetleri, sağlık 가운데 giren yetenekler, yeterli maliyetlerden biri olduğu durumlar,
hastalık gelişme riskini azaltmıştır (7). Yakın dönemde yapılmış birkaç çalışma CD4 sayısı 50 hücre/μL’nin altında olan tüberkülöz tanıısı almış hastalarla ART’nin anti-
tüberkülöz tedavisinin ilk iki haftasının içinde başlanma-
sının ardından IRIS riskine rağmen klinik sonuçlara olumlu etki yaptığı göstermiştir (8-10). Diğer hastalarda ART
8-12 hafta geçtiirilebilir (11).

Erken ART başlanmasının sakınçalı olduğu kanıtılan-
mış tek durum kriptokok menenjiti olanlarda (12). Ama genellikle indüksiyon/konsolidasyon boyunca (10 hafta)
nedeni ile indüksiyon tedavisi bitene dek (ilk 2 hafta),
diğer kriptokokkoz olan olgularda ART, yönündedir (11-12).

Fırsatı infeksiyon tedavisi için kullanılan ilaçlarla AR
ilaçlar arasındaki etkileşimler ve gerekçeli doz ayar-
lamaları gözden geçirilmemelidir. Geç tanı almış hasta-
larla saptanan HIV ile ilişkili malignitelerde de kanıtlanır
ART’nin erken başlanması gerektiktedir, ilaç
etkileşimlerine dikkat edilmelidir.

Geç tanı alan hastalarda unutulmamasi gereken diğer
konulardan fırsatı infeksionların profilaksilerinin verilmesi
ve aşılamalarıdır. Düşük CD4 düzeylerinde özellikle pnö-
mokok, hepatit A ve B aşıları genellikle daha etkili
hayırlıdır. Pnömokok aşısi yapılabılır ancak CD4 sayısı 200 hücre/
μL’nin üzerine çıktığında tekrarlanmalıdır. Hepatit B aşı-
sı geçtirilmişmemi, yanıt iyi olmazsa immun rekonstitü-
yondan sonra doz miktarı veya sıklığı artırılarak yeniden
uygulanmalıdır. Bazı aşılar CD4 sayısı 200 hücre/μL’nin
üzere çıkmadıkça kontrendikedir (6).

Birço araştırmada, geç HIV tanısının yarattığı ciddi sağ-
lık sorunlarının morbidite ve mortaliteyi artırıldığı gös-
termiştir. Erken HIV tanısı, yaşam beklentisini artıran en
öneriş etkenlerden biridir. Erken tanı alan ve mevcut ilaç
seçeneklerine erişimi olan bireylerin HIV negatif bireyle-
rinki ile neredeyse aynı yaşam beklentisine sahip olabı-
leceği göstermiştir.

Kaynaklar
1. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, et al. Late presentation of HIV
2. Mocroft A, Lundgren JD, Sabin ML et al. Risk factors and out-
comes for late presentation for HIV-positive persons in Europe: re-
sults from the collaboration of observational HIV epidemiological
retroviral treatment (ART) among recently diagnosed HIV patients
3):19678.
4. Fleishman JA, Yehia BR, Moore RD, Gebo KA, HIV Research
Network. The economic burden of late entry into medical care for
5. Krentz HB, Auld MC, Gill MJ. The high medical care for cost
of patients who present late with HIV infection. HIV Medicine
6. Waters L, Sabin CA. Late HIV presentation: epidemiology, clinical
implications and management. Expert Rev Anti Infect Ther
rapy reduces AIDS progression/death in individuals with acute
opportunistic infections: a multicenter randomized strategy trial.
2010;362:697-706.
for HIV-1 infection and tuberculosis. N Engl J Med. 2011;365:1482-
1491
10. Blanc FX, Sok T, Laureillard D, et al. Earlier versus later start of
antiretroviral therapy in HIV-infected adults with tuberculosis. N
Engl J Med. 2011;365:1471-1481
11. Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Ad-
olescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportu-
nistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recom-
endations from the Centers for Disease Control and Prevention,
the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association
of the Infectious Diseases Society of America. Available at http://
(28 Feb 2015)
2014; 370:2487-98.
Antiretroviral Tedavide Yan Etkiler ve İlaç Etkileşimi Yönetimi

Uzm. Dr. Gülşen MERMUT¹, Prof. Dr. Ayşe Willke TOPÇU²
¹Ege Üniversitesi Tip Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
²Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Antiretroviral tedavi (ART) seçiminde, etkili ve sürdürülebilir viremi supresyonunu sağlamak için duyarlılık paterni yanında ilaç yan etkisi ve hastanın kullandığı diğer ilaçların etkisini de göz önünde alınmalıdır. Yeni antiretroviral(ARV) ilaclarla, yan etki nedeniyle tedavi kesilmesi daha az görülmektedir.

ART seçiminde ilac-ilaç ve/veya ilaç-gida etkileşimi dikkate alınmalıdır. Birlikte kullanılan ilacların ayırt edici referansları, tedavi sırasında istenmeyen etkileşimleri önler. ARV ilaclarla olduğu ilac etkileşimi, hepatik nörolojik yan etkileri, proteinüriyi gösterebilir. HIV enfeksiyonuna bağlı semptomlar ART’nin sebebi olduğu semptomları ayırt etmek siklikla güçtür.


Avasküler nekroz: Nevirapin, ritonavir ve ciddi hepatit hastaları, özellikle HIV enfeksiyonu olanlar, karaciğer toksitesi, diabetik ve ciddi dializ hastaları en窦 etkiyi arttırtlar. Efavirenz ve nelfinavir ile en窦 toksisite, diabetik ve ciddi dializ hastaları en窦 etkiyi arttırdır.

Resonans, depersonalizasyon, paranoid delüzyon, konfüzyon ve dijital hipervigilansı hedef etmek için 3TC ile yeterli değildir. Yeni antiretroviral tedavi (ART) seçiminde, etkili ve sürdürülebilir viremi supresyonunu sağlamak için duyarlılık paterni yanında ilaç yan etkisi ve hastanın kullandığı diğer ilaçların etkisini de göz önünde alınmalıdır. Yeni antiretroviral(ARV) ilaclarla, yan etki nedeniyle tedavi kesilmesi daha az görülmektedir.

ART seçiminde ilac-ilaç ve/veya ilaç-gida etkileşimi dikkate alınmalıdır. Birlikte kullanılan ilacların ayırt edici referansları, tedavi sırasında istenmeyen etkileşimleri önler. ARV ilaclarla olduğu ilac etkileşimi, hepatik nörolojik yan etkileri, proteinüriyi gösterebilir. HIV enfeksiyonuna bağlı semptomlar ART’nin sebebi olduğu semptomları ayırt etmek siklikla güçtür.


Avasküler nekroz: Nevirapin, ritonavir ve ciddi hepatit hastaları, özellikle HIV enfeksiyonu olanlar, karaciğer toksitesi, diabetik ve ciddi dializ hastaları en窦 etkiyi arttırdır. Efavirenz ve nelfinavir ile en窦 toksisite, diabetik ve ciddi dializ hastaları en窦 etkiyi arttırdır.

Resonans, depersonalizasyon, paranoid delüzyon, konfüzyon ve dijital hipervigilansı hedef etmek için 3TC ile yeterli değildir. Yeni antiretroviral tedavi (ART) seçiminde, etkili ve sürdürülebilir viremi supresyonunu sağlamak için duyarlılık paterni yanında ilaç yan etkisi ve hastanın kullandığı diğer ilaçların etkisini de göz önünde alınmalıdır. Yeni antiretroviral(ARV) ilaclarla, yan etki nedeniyle tedavi kesilmesi daha az görülmektedir.

Kaynaklar
4. HIV Medicine(2014), 15(Suppl. 1), 1-85
HIV ile İnfekte Çiftlerde Gebelik Planlaması

Prof. Dr. Atahan ÇAĞATAY¹, Prof. Dr. Deniz GÖKENİN²
¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
²Ege Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

HIV infeksiyonu, cinsel yolla, damar içi madde kul
lanımı, kan transfüzyonu ve anneden bebekte bula
şma yoluya geçebilir. Anneden bebeye bula
şma ve doğum sırasında ya da doğumdan sonra olabilir. Dünya Sağlık Örgütü, tedavi alman HIV ile infekte anneden doğan bebekler ve üriner bula
şma riskini %50 oranında olduğunu bildirmektedir. Bebegenin anne sütu ile beslenmesi durumunda ise bula
şma riski %35-50 düzeyine yüksekmek
tedir. Annenin HIV viral yükü yüksek ise infeksiyonu bebü
ğine bula
şma riski daha fazladır. Bu yüzden viral yükün saptanabilir düzeyin altında indirimiş planlama
dir. Gebeliklini planlanan, uygun testlerin yapılması, antiretroviral tedavi (ART) rejimine uygun zamanda baş
lanmasi, gerekli durumda önceden planlanmış sezar
yen ile doğum ve süt vermeken capacitéması ile perinatal HIV bula
şması hissizin ABD ve Avrupa'da %2'lerin altına düştüğü gözlenmiştir (1, 2, 3). İnfeksiyon gebelikini her sécurinde bula
şılabilir de en olası dönem ya do
ğumdan hemen önce ya da doğum sonrasıdır. Doğum sırasında ya do
ğan bebek ananın do
ğan canlı ve temas ettiği risk en çok bu dönemde
dir.

Antiretroviral tedavi ile HIV pozitif bireylere daha uzun ve kalite bir yaşam süresi olmasa da, be
bekte ı̇̄̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̇̆-19-
Gebelerde Antiretroviral Tedavi: Nükleozit analoğu revers transkriptaz inhibitörleri (NRTI'ler) ve nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörleri (NNRTI'ler) genellikle farmakokinetik açıdan sabit olan ve doz değişikliği gerektirmeyen ilaçlardır. Buna karşılık proteaz inhibitörleri, genellikle değişken farmakokinetik özellikler sergiler; özellikle ritonavir destekli lopinavir, atazanavir, darunavir ve nelfinavir plazma konsantrasyonları, genellikle 2. ve 3. trimestrede azalabilir. Ancak yine de bu ilaçlar, gebelerde önemli tedavi seçenekleri olmayan ve etkileşimleri riski nedeniyle nevirapin kullanılmamalıdır (21).


Daha önce tedavi kullanılanmış gebe bir kadınada plazma HIV RNA düzeyinin 500-1000 kopia/mL arasında olmasa da durumda direnç testi istenmelidir ve test sonucu belirlenen kadar beklenmelidir. Ancak gebeliği içkici akrasında bulunan olasılığının yüksek olması nedeniyle, erken vironlojik baskılama sağlanmaması durumda direnç testleri sonuçlanmadan tedaviye acilen başlanmalıdır. Bu koşullarda, primer direnç riski az olan PI grubu ilaçlar tercih edilmelidir. Antiretroviral tedavi planlanırken, toksitezi profili kabul edilebilir olan, kolay kullanılabilen, farmakokinetikleri iyi olan ve teratojen olmayan ilacıların kullanılmasına dikkat edilmelidir (7,8,21).

Antiretroviral tedavi kullanmaktayken gebe kalan hastalarda ise, vironlojik baskılama sağlanmış ise, ilac iyi tolere ediliyorsa, hasta tedaviden memnun ise tedaviye ayrı rejime devam edilir. Olgu efavirenz kullanıyar ise, ilk trimestre içinde vironlojik baskılama sağlanmış ise ilaca devam edilmesi önerilir. Gebelik sırasında ART almakta iken virus yükü saptanabilir düzeye yükselebilir ise (500-1000 kopia/mL) sekonder direnç testi istenmeli ve tedavi test sonucuna göre şekillendirilmelidir (7,8,19,20).

Antiretroviral tedavide başlanomanın önce ölçülen plazma HIV RNA düzeyleri, ART başlangıcta 2-4 hafta sonra kontrol edilmelidir. Aylık takipleme virus yükü saptanabilir düzeyin altında indikten sonra gebeliği süresince 3’er aylık takipleme devam edilmesi önerilir (21).

Zidovudin (ZDV) direnci olmadığıंı kant儘anmış ve antenatal rejiminde ZDV kullanmanın hastalarda, HIV RNA düzeyinin >1000 kopia/mL olması durumda travay sırasında IV ZDV kullanılması hala önerilmektedir. Bu arada hasta diğer ilaclarını oral olarak almayı devam etmeli (26). ZDV plasenta hzılı şekilde geçerek maternal-kordon kanında yüksek konsantrasyonlara ulaşabilidigator, anneden bebeğe geçişlerin önlenmesinde önemini halen koruyan bir ilacıdır.

HIV viral yük >1000 kopia/mL ise 38. haftada elektrik sezayının planlanmalıdır. Bebeğe doğumdan sonra en kısa sürede ART başlanmalı ve bu tedavi 6 hafta sürülür. (28). Anne gebeliği süresince ART kullanımını ve tedaviye uyum açısından bir kıskı yoksa 4 haftalık tedavi rejimi de önerilir (27,28). Bebeğin kadın, gebeliğin süresince ART kullanımını ise bebeğe doğundan sonra ilk hafta içinde 3 doz nevirapinin yanı sıra 6 hafta süreyle ZDV profilaksisi verilmelidir (27,28).

Kaynaklar
3. Taylor A, Little K, Zhang X. Estimated perinatal antiretroviral exposures, cases prevented, and infected infants in the era of antiretroviral prophylaxis in the US. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI); 2012; Boston, MA.
12. Moodley D, Moodley J, Coovadia H, et al. A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mot-


İnfeksiyon Hastalıklarında Yayın Durumu

Prof. Dr. Haluk ERAKSOY
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Bilimsel yayınların yeni araştırmalarla kaynak oluşturabilmesi için bu yayınların yerdede, ne zaman, kimin tarafından üretildiğinin bilinmesi gerekir. Öğelerin bilim düzeyindeki durumunu değerlendirilmek için de o ülkelere yapılan araştırmaların bilim dünyasında yandanındaki yankı_instructions öcehbilmek gerekir. Bunun yapmanın en çevre yollarından birisi, yeni üretim bilgilerin sergilenmesi bilimsel dergilerde yayınlanan makale sayılarının izlenmesidir. İzlenebilecek daha geniş bir başka ölçüt de bu makalelerin zaman içerisinde aldığını atf ("citation") sayısıdır. Günümüzde dizin ("index") adı verilen veri tabanları, bilimsel bilgiye erişmek, bunların bibliyografik denetimini yapmak ve çeşitli önlendirme mekanizmalarını sağlamak için kullanılan başka araçlar olmuştur.

Atf Dizinleri

Dünya üzerinde yayınlanan bilimsel dergileri tarayan en yaygın atf dizisi, geçmişi 1964'e dezigin uzanan Science Citation Index (SCI)'dir. SCI veri tabanı, bir yandan her bir bilim insanının ne yaklaşıkliği; bir yandan da bir bilim insanının yayılmaği makaleler, nerede ve hangi siklikta atf yapıldığına oraya koymaktadır ve bu nedenle yazar temelli iki bölümde oluşturulmaktadır: Source Author Index ve Citation Index. Buradan, yayınlanan makaleler ve bunlara hangi siklikta atf yapıldığı, kurum ve ulke temelli olarak da belirlenebilimekte. SCI'ın elektronik sürümü olan Web of Science (WoS) ise 1997'de kurulmuş ve bu iki ilevi de yerine getirmektedir. Burada, bir yazarın Yayınlarının, kronolojik olarak, dergilerine göre ya da atf sikliklarına göre listeleri çıkarılabilir. Belli bir dönem boyunca yapılmış yayınlar, yazar adına göre arama da mümkündür.

1975'ten beri yayınlanan Journal Citation Reports (JCR), SCI'nin daha geniş sürümü olan SCi-Expanded (SCI-E) ve SSCİ kapsamındaki dergilerin atf verilerine de dayanarak ölçülebilir istatistiksel veri sağlamaktadır. 2001'de kurulan Essential Science Indicators (ESI), süreklı ve kamitatif analizler yaparak hem bilimlerindeki araştırma performansını ve eğilimleri değerlendirimekte; dergi makalesi sayılarnı ve atf verilerine göre, belir alanlardaki bilim insani, kurum, dergi ve ülke sıralamalarını göstermektedir.

WoS, bu alanda adeta bir tekel oluşturulan Amerika Birleşik Devletleri'nin yakında Thomson Reuters tarafından son derece seçici bir biçimde yayımlanmaktadır; 2004'te mekezki Hollanda'da olan Elsevier tarafından kapsadığı dergi sayısı 16 000'i bulan Scopus adlı bir veri tabanı daha kurulmuştur. Scopus'un, WoS kapsamındaki dergilerin %92'sine yer verdiği saptanmıştır. Scopus, ilk aşamada ülkemizde yayınlanan dergilerden de 123'unu kapsamına almıştır.

Türkiye Adresli Dergilerin Atf Dizinlerinde Durumu


WoS, Scopus’la arasındaki ticari rekabetin de baskı- şıysa, fen bilimleri, sosyal bilimleri, sanat ve beşeri bilim-lerin her alandı. SCI'nin yanı sıra Social Sciences Citation Index (SSCI) ve Arts and Humanities Citation Index (AHCİ) kapsamına giren 12 000 kadar dergi ve kitap serisini dizinlemektedir. 2000'de ülkemizde yayınlanan dergilerden yalnız 4'ü, SCI-E kapsamına dizinlenirken; bu sayı 2006'da 8'e, 2008'de ise 59'a yükselmiştir. Bu- gün için WoS veri tabanlarında (SCI-E, SSCI, AHCİ) 70 kadar Türkiye adresli bilimsel dergi dizinlenmektedir.

Türkiye adresi çok sayıda derginin WoS ve Scopus kapsamına alınması Türkiye için olayın olumlu bir gelişemedir. Küskusuz, bu dergilerin, ülkemizde denetimsiz bir artış gösteren ve sayısı 1600'ü bulan bilimsel dergi arasında elde etikleri ayırt edilebilir bilişleri ve kendilerini daha da geliştirmek üzere çaba içine girmeleri beklenir. Ulıkmızdeki yapılan yıllık yayın sayısının artışması ve ülkemizde dünya yayın sıralamasında üst basamaklar-ına yükselmesinde bu dergilerin önemi bir katkısı vardır. 2007'de atf dizinlerindeki Türkiye adresli yayınların %7.6'si, Türkiye adresli dergilerdeki Türkiye adresli yazı- yımları gelirken; 2008'de bu oran %9.9'a, 2009'da ise %13.1'e yükselmiştir.

Web of Science Kapsamındaki Yayınlarla Yanınlık Özendireme Politikası


Ülkemizde uzun bir süreden beri WoS kapsamına- ki dergilerde yayın yapısının önemli ve bu üzerinden bir devlet politikası yürütülmektedir. Uygulanın bu politika ve programlar ülkemizdeki bilim insanlarının yayın yapısı davranışını etkilemektedir. Bu yüzden, yazarlar, araştırmalarını öncelikle böyle sayının veri ta- banlarında yer alı ve etki faktörü ("impact factor") daha yüksek dergilerde yayımlaymayı denemekte; ulusal dergi


Yukarıda örnekleri verilen akademik ve ekonomik avantajların çekiciliği karşısında, kimi bilim insanlarında bazı etik dışı da sayılabiliceğinde olanların belirlenmesi, “uluslarası” olarak kabul edilmesi(tkıh) alınması. 2010 yılında Türkiye adresli en çok makalenin yayımlanmamış olup 10 dergiden 5’inin makaleleri belli bir ücret karşılığında yayımlanması; 5’unun ise “bedelli ödemeyen” benzeri bilimsel kuruluşlarda ve bu yayınlarla yapılan atıflara göre belirlemektedir.

Türkiye’nin Dizinlerdeki Yayın Sıralaması


4’ü Türkiye adresli olup birisi de Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği’nin yayın organı olan *Klinik Dergisi* dir. Scopus kapsamındaki konu kategorisi tabii mikrobiyoloji olan Türkiye adresli üç dergiden biri de yine *Klinik Dergisi* dir.


Kategori infeksiyon hastalıkları olan gerek konu 15 yılıdaki yayınları sayılara, gerek atf sayılara, gerekse h gostergeleri Scimago portali üzerinden karşılaştırılıdıginda, Polonya’ya geride birakmakla birlikte, Güney Kore ve özellikle Brezilya’ya yetişmemizin güç olaçağına dair düşündürülmektedir. Benzer karşılaştırma Giney Afrika ve İtalya’ya yapıldığında, Giney Afrika’ya yayın sayısında yakalama olasılıgımızı olsa bile, İtalya’nın, yayın sayılara, atf sayılara ve h gostergesine göre açık ara önde olduğu görülmektedir. Ayrıca infeksiyon hastalıkları yayın sayıyı bakımından her zaman önünde olduğunu ülkelerden Yunanistan ve Kenyanın h gostergeleri, ülkemizinkinden
daha yüksek; Rusya Federasyonu nün iske lükemizinden ne denkittir. Afrika’nın en kalabalık ülkesi olan Nijerya’nın ise-bir teselli kaynağı olarak- yayın sayıları, atıf sayıları ve h göstergesine göre ülkemizin gerisinde kaldıg göürülmemektedir.

Sonuç olarak, ülkemiz’in infeksiyon hastalıklarındaki yayın durumu, diğer bilim ve tip alanlarının durumuya büyük ölçüde benzerlik göstermekle birlikte, son yıllarda atıf sayısı bakımından büyük bir gerileme içindeydir. Bu da önceliğe yönelikleri ciddi nitelik sorunları olduğu- n duşündürmektedir. Bu durumun kalıcı olmasının için önerilebilecek çözümlerin başında “Yazar kime denir?” sorusunu da dahil olmak üzere yazarlık ve danışmanlık eğitimlerine önem verilmesi, yayın etiği durumumuzın sürekli olarak izlenmesi, düzenli aralıklarla raporlar yayılmaması, karşılıklarını el ile ihallerinin bildirilmesi ve iyi yazarlığın önünden gelmemektedir. Unutulamalı ki, Razi (865-920)’nin dediği gibi: Bir dirhem ilim, bin okka edebe muhtaçtır.

Kaynaklar

Bilimsel ve tiplik araçtırmalar ve onların sununlarının yanı sıra politik problemler genellikle tövbeyle etik kavramlarının temel almak önemlidir. Dolayısıyla araştırma ve yayınların iyilik yapma, kötülık yapma, adalet, mahremiyet ve özenliye saygı gerektiği gibi temel iki belgeyi belirlemektedir. Ayrıca bu iki belgenin araştırma tasarımından yavaş kadar uzanan tüm basamaklarda korunması zorunludur.

Tüm bilimsel çalışmaların için geçerli olan bu etik ilahi biçimleri yanı sıra değişik bilim dallarının özellikleri yanışan bazı ilkelere de günümüzde tartışılmaktadır. Önemli biri genellikle politikalarının uygunluğunu belirlemek için, araştırmacıların ve etik komisyonların işlevselliğini genellikle anlatmakla birlikte, araştırmacının dikkat yücelti sayılır. Ayrıca, 1990’liler yıllarında Türk Bilim ve Doktorlar Derneği’ndegroupId olarak yapmaya hukuk hakkı sağlanan araştırmacılar, günümüzde de hâlâ araştırmacılar ve belgelerin önüne getirilmesi için dikkati çekmektedir.

Akkademik atama ve yüksekultemlere yapılmının zorunluluğunu belirlemek için önehimiz, özeniz, etikiz ve bazı da etik iki belgeti vermek için yapılır. Araştırmacıların etik bu ünvanlar arasında, kişisel ve grup içi araştırmaların belgelerinin etiğin üzerinde durulması gerekmektedir. Bu durumda, hem kurban hem de vektor olarak belirli klasik etik iki belgenin etik bilgisi olarak kabul edilmesi, belgelerin etikilik en etkili yöntem e de dikkate alınması gerekmektedir. Ayrıca, etik iki belgenin yüksek belgesi etkinliklerin nasıl korunacağı, hazırlık ve her iki yetkilinin ne yönde etkileneceği de tartışılmalıdır.

Academatik olarak, akademik bilimsel ve tiplik araştırmalarının zorunluluğunu belirlemek için önehimiz, özeniz, etikiz ve bazı da etik iki belgeti vermek için yapılır. Araştırmacıların etik bilgilerinin etkili ve etikiliklerin nasıl korunacağı, hazırlık ve her iki yetkilinin ne yönde etkileneceği de tartışılmalıdır.

Akkademik araştırmacı ve yazarlara etik ihallerinikkıبيلirmek zordur. Değişik ülkelerde ve değişik araştırmacılıkta bilimsel yazarlarını ciddi etik ihallerin % 15’i için çok önemlidir etik ihaller yakalanmış ve bunların yapıları hakkında yapıtılmalar uğramıştır. Ancak bu etik ihallerin her ülkede aynı ciddiyetle takip edilmesi ve cezalandırıldığını söyle-
Yoğun Bakımda Gızデン Kaş안 İnfeksiyonlar: Viral İnfeksiyonlar: CMV ve Solunum Yolu Virüsleri

Doç. Dr. Öznur AK
Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) viral enfeksiyonların görülme sıklığı bakterisal enfeksiyonlara göre düşük olmakla beraber, son yıllarda hızlı moleküler testlerin kulanlanması ile viral enfeksiyonların tanısi kolaylaşmış ve prevalansı artmıştır. Kelesidis ve arkadaşlarının YBÜ'sindeki viral enfeksiyonları solunum yetmezliği, nörolojik sendrom, kardiyojenik şok (miyokardit), hemorajik ateş, viral hepatit veya pankreatite sekonder hipovolemik şok ve immün-yetmezlik, travma, yanık gibi risk gruplarında enfeksiyon yolkılalar olarak gruplandırılmıştır(1). YBÜ’sinde en sık viral solunum ve santral sinir sistemi enfeksiyonları gözlenmiştir(1,2). Viral solunum yolu enfeksiyonları genellikle akıtaban tedavi edilmekte beraber, akut solunum yetmezliği ve ciddi pnömoni kliniği ile seyreden olgular YBÜ’inde izlenir. Sitomegalovirus (CMV) sıkıklıkla immunsupresiye ve transplant hastalarda reaktivasyon nedeni, YBÜ’ste hastalarda risk faktörleri varlığında reaktivasyon ve enfeksiyon yol açabilir.

Sitomegalovirus (CMV)

CMV beta herpes virus ailesi içerisinde yer alan DNA virusesudur. İnsanlarda enfeksiyona yol açan en büyük virüslardan biridir. Sosyoeökonomik duruma göre değişikliklerle birlikte toplumun ortalama %60-70’i serozotitiftir. CMV konjenital enfeksiyona, seronegatif kişilerde primer, serozotitif kişilerde latent enfeksiyonun reaktivasyonu ya da reaktivasyon şeklinde sekonder enfeksiyona yol açar. Primer enfeksiyon genellikle çocukluk döneminde asptomatik ya da enfeksiyoz mononükleoz benzeri bir klinik ile seyreden. Latent enfeksiyon mekanizması tam bilinmemekte beraber virus nötrofiller, vasküler endotel, renal epitel hücrelerde, tükrük bezlerinde, monositlerde ve CD34 progenitör hücrelerde latent kalarken immün-yetmezlik, kemik ilği (KI) ve organ transplantasyonu, immunsupresif tedavi, HIV enfeksiyonu gibi durumlarda reaktiv olmakta hepatisit, pnömoni retinit, koldu bir organ tutulumu ile seyreden ciddi bir kliniği yoctur(3,4). İmmünokompetan kişilerde de travma, yanık, ciddi hastalıktan durumlarında reaktivasyon olabilir. YBÜ’inde CMV reaktivasyonunun mekanizması tam bilinmemekte birlikte farklı gözlükleri ve farklı madde komplikasyonları saptanmaktadır. Yoğun bakım hastalarda sistemik infiamatuar ya da antinfiamatuar yanıt durumlarında katekolamin, glikokortikoid veya sempatik hastalarda TNFα salınının rolü olabileceğini düşünlümektedir(4,5). Reaktivasyon multifaktörlüdür ve birkaç basamağı gerektirir. İlk basamağı immediate early (IE) bölgesinin aktivasyonudur. IE bölgesi normalde inaktif olan nükleer faktör kappa B (NF-kB) bölgesi içerir. Bu bölge sepsis, yanık, cerrahi, travma, KI, organ transplantasyonu gibi durumda proinfiamatuar sitokinler, adezyon moleküler, infiamatuar enzimler aktive olduğunda CMV reaktivasyonu aktıktadır. CMV monositlerde latent olarak bulunur. Sepsis, yanık gibi inflama-
gular ve viral DNA negatifleşme kadar sürdürelibilir. CMV pnömonisi olgularında gansiklovir ile birlikte CMV hiperimmünoglobulin kullanımı daha hafifaldır(5,13).

**Solunum yolu virusları**

Ciddi toplum kökenli pnönomi genellikle bakteriyel etkenlerle oluşmakta beraber %3-10’unda viruslar etkendir. YBÜ’lerinde viral pnönomler toplum kökenli veya nozokomial olarak olur. En sik toplum kökeni viral pnömoni sebebi influenza virüsleridir. İmmünmetabolik hastalarda CMV, herpes, RSV (respiratory syncytial virus) gibi viruslar da etkendir. Nozokomial viral pnönomi etkenleri arasında ise rinoviruslar, influenza, parainfluenza ve metapneumoviruslar gibi viruslar yer almaktadır(1,15). Choi ve ark. 64 toplum, 124 hastane kökenli pnönomi olgusu nun %36.4’ünün etyolojisinde virüslerin olduğunu, rino virus (%23.6), parainfluenza (%20.8), metapneumovirus (%18.1), influenza (%16.7), ve RSV’nin (%13.9) ilk sıralarada yer aldığı bildirilmiştir(14).

**Influenza**


eylül 2012'de Suudi Arabistan'da ciddi solunum yetmezliği ve böbrek yetmezliği ile kaybedilen hastada yeni bir coronavirus tanınmıştı ve Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) olarak adlandırılmıştır(23). MERS-CoV beta coronavirus grubu içerisinde yer almaktadır, konak reseptörleri dipeptid peptidaz 4 (DPP4) ve CD26 olup doku tropizmi geniştir. CD26 insanlarda bronş epiteлизde, böbrekte, ince bağırsak, karaciğer hücreleri, histiyositlerle bulunur, diğer memellerle de ve özellikle tek hücreli developingde de bulup görülmektedir(24).


Adenoviruslar


Paramyxovirus


Diğer Solunum Yolu Viral Hastalıklar

Rinovirus, parainfluenza viruser ve nadiren bocavirus, gibi virüslar da immün kompetan kişilerde genelde kendi kendini sınırlayan üst solunum yolu infeksiyonu etkilemektedir.
kendi iken, immün yetmezlik durumlarında ve YBÜ'sindeki hastalarda ciddi pnömoni tablolara yol açabilir(35).

Kaynaklar

11. Lancini D, Faddy HM, Hogan C. Cytomegalovirus disease in immunocompetent adults. MJA 2014; 10:
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ecdc) Severe respiratory disease associated with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) fourteenth update, 23 February 2015
27. European Centre for Disease Prevention and Control (ecdc) Epidemiological update: MERS-CoV case imported to Turkey;22 Oct 2014
Yoğun Bakımda Gözden Kaçan İnfeksiyonlar: Kandida Diş Fungal İnfeksiyonlar

Doç. Dr. Selda SAYIN-KUTLU
Pamukkale Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli


İnvasiv aspergilloz, özellikle nötropeni süresi uzun olan hematolojik konsantr ve graft versus host hastalığı olanlarda daha sık görülmeke birlikte, günümüzde nötropenik olmayan yoğun bakım hastalardaki artış, dikkat çekmektedir. Yoğun bakım unidadında gelişen invaziv aspergilloz vakalarının sadece %10-15’i nötropenik, %30-70’inde clasik risk faktörleri bulunmamaktadır. Aspergillus’a karşı konak savunmasında nötrofil ve alveolar makrofajlar, önemli rol oynamaktayken, yoğun bakım unidada uzun süreli yatış ve çoğun organ yetmezliği ile ilişkili olarak hastalarda, immün sistem zayıflamakta, monosit ve makrofaj fonksiyonlarında bozulma, nötrofil aktivasyonunda ve hücresel immün cevapta azalma görülmektedir.


Yoğun bakım hastalarda, tanida yaygın sorunlar nedeniyle invaziv aspergillozun gerçek insidansını belirlemek güç olmakla birlikte, insidans % 0.3-6.9 arasında bildirilmektedir. Bu vakaların mortalitesi %70-95 ve afdilden mortalite ise %18-48 olarak değişmektedir.


Yoğun bakım hastalarda hava yolu örneklerinde Aspergillus spp. üremesini çoğunlukla kontaminasyon veya kolonizasyon olarak değerlendirilmektedir. Büyük çığnlıkta ise bu üremelerin %12’inin invaziv hastalık, %9’unun ise aspergilloma, alerjik bronkopulmoner aspergilloz ve kronik nekrotizan aspergilloz gibi klinik formlara bağlı olum gösterilir. Bu nedenle risk faktörleri olan hasta örneklerinde üremeye dikkatle değerlendirilmelidir.


Ancak bronkoalveoler lavaj sıvısında galaktomannan ölçümünün, bu hasta grubunda duyarılığı ve özgüllüğü, nötropenik hastalara benzer olup, duyarılığı %88 ve özgüllüğü %87 olarak bulunmuştur. Beta glukan testinin ise, özgül olması ve yalancı pozitiflerinin fazla olması, kullanımını sınırlandırmaktadır. Polimeraz zincir reaksiyonu ile nükleik asit bakımlarının, standardizedyonu yokuştur. Ayrıca zamanda kolonizasyon ve infeksiyon arasında ayrımci değildir.
Yoğun bakım hastalarında invaziv pulmoner aspergil-loz tanısı için aşağıdaki kriterler geliştirilmiştir;

1. Solunum yolu örneğinde _Aspergillus_ spp. üremesi
2. Aşağıdaki klinik belirtileri ve bulgulardan en az biri:
   • Uygun antibiotikçe rağmen en az üç gün ateşin devam etmesi
   • Antibiotik tedavisi ile düşün atesin, en az 48 saat sonra tekrar yükselmesi
   • Plöritik göğüs ağrısı
   • Frotman
   • Dispne
   • Hемoptizi
   • Uygun antibiyotik tedavisi ve mekanik ventilasyon desteği ile düşün atesin solunum yetmezliğinde kötüleşme

3. Radyolojik bulgular (Akciğer grafi, BT)
   4a. Konak risk faktörleri (nötropeni, kemoterapi, stero-id, immünyetmezlik, vb.)
   4b. BAL yan-kantitatif kültüründe _Aspergillus_ spp. üremesi ile birlikte dallanan hıfa görülen pozitif sitolojik incelene Olası IPA tanısı için; 1 + 2 + 3 + 4a veya 4b
   Eğer ≥1 kriter bulunması, Aspergillus kolonizasyonu olarak değerlendirilir.

Bu kriterlerin kullanıldığı bir çalışmada, mekanik ven-
tialatöre bağlı hastalarda olası invaziv aspergillozu, kolo-
nizasyondan ayırt etmede bu kriterlerin duyarlıılığı %92, özgüllüğü %61, pozitif prediktif değeri %61, negatif pre-
diktif değeri %92 olarak bulunmuştur.

Tedavide ilk tercih olarak vorikonazol önerilmektedir. Alternatif olarak liposomal amfoterisin B tercih edilmek-
tedir. Ancak yoğun bakım hastalarında invaziv aspergilioz tedavisi için kullanılan antifungal ilaçların bőbrek, karacığer ve/veya kalp yetmezliği durumlarında farmako-
kinefik özellikleri, doz-cevap ilişkisi, en iyi uygulama yolu (oral, enteral veya parenteral) bilinmemektedir. Aya-
rıca ilaç toksisite izlemi (sedatize hastada vorikonozolün görme bozukluğunu genel olmamasının mümkün olmasına gibi) ve yoğun bakımda siklikla kullanılan ilaçlarla etki-
leşimleri ile ilgili yeterli klinik çalışma bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, yoğun bakım hastalarında invaziv aspergilloz görülme sıkılığı artmaktadır. Risk faktörleri varlığı-
gında antibiotik tedavise cevap vermeyen hastalarda akla gelmelidir. Erken tanı ile hastalığa bağlı mortaliteyi azaltmak mümkün gözekmektedir.

Kaynaklar
1. Garnacho-Montero J, Amaya-Villar R. A validated clinical appro-
6. Glückner A, Karthaus M. Current aspects of invasive candidia-
10. Dimopoulos G, Frantzeskaki F, Poulakou G, Armaganidis A. In-
**Tablo:** Yoğun bakım hastalarında invaziv aspergilloz gelişimi için risk faktörleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yüksek riskli hastalar</th>
<th>Orta riskli hastalar</th>
<th>Düşük riskli hastalar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Nötropeni (nötrofil &lt;500/μl)</td>
<td>• Uzun süreli steroid tedavisi</td>
<td>• Major yanıklar</td>
</tr>
<tr>
<td>• Hematolojik kanser</td>
<td>• KOAH</td>
<td>• Akciğer dışı SOT</td>
</tr>
<tr>
<td>• Allojenik hematopoetik kök hücre transplantasyonu (HKHT)</td>
<td>• Otolog HKHT</td>
<td>• Steroid kullanımı ≤ 7 gün</td>
</tr>
<tr>
<td>• Profilaksi almayan akciğer transplantasyonu</td>
<td>• Karaciğer sirozü (YBÜ &gt; 7 gün)</td>
<td>• YBÜ'de yatış &gt; 21 gün</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Solid organ tümörü</td>
<td>• Malnutrisyon</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• HIV/AIDS</td>
<td>• Kardiyak cerrahi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Profilaksi alan akciğer transplantasyonu</td>
<td>• Suda boğulma öyküsü</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• İmmün baskılayıcı tedavi gerektiren sistemik hastalık</td>
<td>• Ağır sepsisin neden olduğu immün baskılama</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• İnfluenza A (H1N1) infeksiyonu</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ilk Ortadoğu solunum sendromu olguları 2012 yılında Ürdün ve Suudi Arabistan’da görülmüş ve etken olarak yeni bir corona virus (CoV) saptanmıştır. Bu yeni corona virus Middle East respiratory syndrome corona virüsü (MERS-CoV) olarak isimlendirilmiştir.

MERS-CoV’ün bir zoonotik etken olduğu düşünülüyor ve son veriler develerin kaynak hayvan olduğunu işaret etmektedir. Develerden insanlara bulaşmanın nadir olarak gerçekleştiği düşünülmektedir ve hastalik hastane ve ev üç bulaşma gerçekleştiren oltular dışında sporadik olarak yayılmaktadır. Hastaneler insanlar arasında bulaşmanın gerçekleştiği bağıl alanlardır. Ayrıca aile üyelerinin arasında da bulaşıma olabilmektedir.


Kaynaklar
Sepsisde Antibiyotik Tedavisi

Prof. Dr. Gülden ERSÖZ
Mersin Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Mersin

Bu yazida aşağıda yer alan sorulun cevaplarını bulmak hedeflenmiştir.

1. Ağır sepsis ve septikショク enfeksiyonun kontrolü açısından yapılması gerekenler nelerdir?
2. Antimikrobiyal tedavinin önemi ve başlama zamanı nedir?
3. Sepsisde tekli ve kombinasyon tedavilerinin önemi nedir?
4. Uzamış infüzyon tedavisi gerekli mi? Hangi antibiyotiklerle tercih edilmeli?
5. Tedavinin başarısı nasıl takip edilmeli, takipte hızlı tanı yöntemlerinin yeri nedir?

Ağır sepsis ve septikショク hayatı tehdit eden, olguların yoğun bakım uniteinde takip edilmesine bir klinik tablodur. Uygun bakım ve tedavilere rağmen bile mortalitesi %30-50 arasında değişmektedir. Fakat geri dönüşümüz bir periyoda girdikten sonra tedavinin (antimikrobiyal ve diğer tedaviler) başlaması mortaliteyi %70'lerin üzerine çıkartacaktır. Etkin antimikrobiyal tedavilerin 1970'lerden bu yana kullanıma girmişse bile mortalite oranları %20-50 oranında azalmasına karşın son yıllarda hasta profilindeki değişikliğin (daha fazla yaşlı, immünüsprese veya invaziv girişim yapılmış popülasyonun olmadığı nedeniyle) yanı sıra son yıllarda dirençli mikroorganizmaların yayılması mortalitey arttırdığı eyle neden olmuştur.

Ağır sepsis ve septikショク tanısı konulan hastalara yoğun bakım, solunumalı desteği yanı sıra hayat kurartıcı en önemli basamaklardan biri enfeksiyonun kontrol altına alınmasıdır. Mortalitenin önlenmesi için rehberlerde oluşturulan buketler içinde enfeksiyon kontrol önerileri önemli yer tutmaktadır (tablo).

**Tablo:** Ağır sepsis ve septikショク enfeksiyon kontrolü*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Öneri</th>
<th>Kanto düzeyi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antibiyotik tedavisinde önce kan kültür alınması</td>
<td>1C</td>
</tr>
<tr>
<td>Enfeksiyon kaynağıın sapтанmasında görüntüleme yöntemlerin kullanılması</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Ağır sepsis veya septikショク tanısı konulduktan sonra ilk saat içinde geniş spektrumu antimikrobiyal tedavinin başlanması</td>
<td>1B/1C</td>
</tr>
<tr>
<td>Gümüş değerlerinde yapılması ve etken saptanmışa tedavinin daraltılması (de-eskalasyon)</td>
<td>1B</td>
</tr>
<tr>
<td>Enfeksiyon kaynağıının kontrolünü ve oradan kalınlamasını için gerekli invaziv girişimin (perkütan veya açık cerrahi) 12 saat içinde yapılması</td>
<td>1C</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Mortaliteyi azaltan tedavilerin başında olgunun bunu vururosuna takiben bir saat için intravenöz etkili ampirik antibiyoterapiinin başlanması gelir. Kullanılacak antimikrobiyal tedavinin belirlenmesinde hastanın enfeksiyon kaynağı, ajanın olası enfeksiyon kaynağını penetre olabileceğini, eşlik eden morbiditelerin yani sira enfeksiyonun topluma kazanılması veya hastane kaynaklı olması göz önünde tutulmalıdır. Hastanede gelişen enfeksiyonlarının yani sira topluma sağlı hizmet almakta olan hastaların enfeksiyonlarında da çok ilaca dirençli (ÇİD) mikroorganizmaların etken olabileceği unutulmalıdır. Enfeksiyonun kazanıldığı yerin endemik verileri ve lokal duyarlılık profilleri bilme tedavi seçiminde yarımcı olacaktır. Bu nedenle tedavi başlamadan önce risk değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Vazquez-Guillamet ve arkadaşlarının 2594 ağır sepsis ve septikショク uso değerlerini retrospektif çalışmasında olgularda %8.8’inin bakım evinden, %25.6’sının başka hastaneden geldiği, %51.3 oranında son üç ay içinde tibbi bakım aldığı, %54.3’inin son 30 gün içinde antibiotik kullanımı ve sonuç olarak olguların %91’inin en az bir ÇİD mikroorganizma ile enfekte olma riski bulunduğunu bildirmiştir. Olguların %30.3’inin kaybedildiği bu çalışmadan etken mikroorganizmanın dirençli olması nedeniyle yaşayan olguların %20’sinin, mortal olanların ise %47.5’inin etkin olmayan tedavi aldığı saptanmıştır.

Ampirik antibiyotik tedavisinde kombinasyon seçilmesi tartışmalı konulardan biridir. Etkenin izole edildiği durumlarla kombinasyon tedavisinin tekli tedavide bir üstünlüğü yoktur. Genel yaklaşım, nötropenik hastalarda, zor tedavi edilen (P. aeruginosa veya enterokok enfeksiyonları gibi) veya ilaca dirençli bakterilerin potansiyel olarak etken olabileceği durumlarda, bakteriyemik pnömonoksik enfeksiyonlarla, sepsisin yani sıra solunum yetmezliği gelişmiş olgulara kombinasyon teda- visi tercih edilir. Antibiyoterapiye nötropenik hastalarda antifungal eklenebilir veya gri salgı dönemi de solunumalı kaynaklı sepsis olgularının tedavisinde antiviral eklenebilir.

antibiyotik dozunun minimum inhibitör konsantrasyonun üstünde kalması sağlanır. Sürekli infüzyon ile aralıklı infüzyonun karşılıklı çalışmaaldarada sürekli infüzyonun tedavi başarısını arttırdığı saptanmıştır.


Tedavi süresi genelde 7-10 gün olarak belirlenir, ama burada tedaviye cevabın yavaş olması (yavaş klinik yar- nëti), enflaksyon odağının dren olmaması veya ortadan kaldırılamsa, S. aureus'ın etken olduğu bakteriyemi, Pseudomonas etken olduğu ventilatör ilişkili pnömoni, mantarların etken olduğu klinik tablolar, immünsüpres- yonun eşlik ettiği olgular (nötropenik ateş olgular) için tedavi süresi daha uzun olabilir.


**Kaynaklar**

7. Surviving Sepsis Campaign Recommendations: Initial Resusci- tation and Infection Issues.
9. Surviving Sepsis Campaign Statement from SSC Leadership on Time Zero in the Emergency Department.

-36-
İkili Tedaviye Kısımsız Yanıt Alınan Kronik Hepatit C Olgusu

Uzm. Dr. Yunus GÜRÜBÜZ

SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Kronik hepatit C hastaları daha önce tedavi alıp almamışlarına ve aldıkları tedaviye verikleri tanımlara göre şu şekildedir (1).

Tedavi naif: Hepatit C virüsü (HCV) için daha önce hiç tedavi almamış kişiler

Hzl Virolojik Yanıt: Tedavinin 4.haftasında HCV RNA için saptanamaz oluştu

Erken Virolojik Yanıt: Tedavinin 12.haftasında HCV RNA için saptanamaz oluştu

Gecikmiş virolojik yanıt: Tedavinin 12 haftasında 2 log10’dan fazla düşme ve saptanabilir olan viral yükün 24.hafta kaybolması

Tedavi sonuç Yanıt: Tedavinin sonunda HCV RNA'nın saptanamaz oluştu

Kalıcı virolojik yanıt: Tedavinin bitiminden sonra 24.haftada HCV RNA'nın saptanamaz oluştu

Kısımsız yanıt (Partial nonresponse): Tedavinin 12 haftasında HCV viral yükünden 2 log10'dan fazla düşme olan, fakat 12. ve 24 haftada HCV RNA saptanabilir düşeydi olan hastalar

Tam yanıtsızlar (Null response): Tedavinin 1 log 10, 12 haftasında 2 log 10’dan fazla düşme olmayan hastalar

Relaps: Hasta: Tedavi sonunda viral yük saptanamayan düzeylere inen, fakat tedavi sonrası 24 haftada yeniden saptanabilir düzeylere ulaşan kişiler

Breakthrough: Tedavinin herhangi bir dönemde virolojik yanıt alındıktan sonra HCV RNA'nın yeniden saptanabilir hale gelmesi


<table>
<thead>
<tr>
<th>Tedavi öncesi</th>
<th>Tedavi başlan- gıcı</th>
<th>Tedavinin 4. haftası</th>
<th>Tedavinin 12. haftası</th>
<th>Tedavinin 24. haftası</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HCV RNA (IU/mL)</td>
<td>2 190 000</td>
<td>109 000</td>
<td>18 800</td>
<td>28 500</td>
</tr>
<tr>
<td>ALT (IU/mL)</td>
<td>92</td>
<td>41</td>
<td>48</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>AST (IU/mL)</td>
<td>47</td>
<td>61</td>
<td>36</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>WBC (mm3)</td>
<td>6 800</td>
<td>3 500</td>
<td>3 100</td>
<td>2 500</td>
</tr>
<tr>
<td>HGB (mg/dl)</td>
<td>14.9</td>
<td>13.9</td>
<td>12.3</td>
<td>11.8</td>
</tr>
<tr>
<td>PLT (mm3)</td>
<td>240 000</td>
<td>201 000</td>
<td>208 000</td>
<td>198 000</td>
</tr>
</tbody>
</table>
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

**GİRİŞ:** Dünyada yıldızlı %3’ü hepatit C virüsü ile enfekte olan kronik hepatit C (KHC) enfeksiyonu sızıodu ve hepatoselüller kanısının önemli nedenlerindendir. Pegile interferon (PegIFN) ve ribavirin (RBV)’i temsil eden proteaz inhibitörlerinin (telaprevir, boceprevir) kullanımı girmesile daha da artmış ve ileri düzeyde tedaviler için bir umut olmuştur. Bu sunumda üçlü tedavi ile kalsici virolojik yanıt elde edilen relaps kronik hepatitis C olgusunun izlemi paylaşılmıştır.


Tablo 1: Hastanın ilk tedavisi sırasında laboratuvar izlemi

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HCV RNA (IU/mL)</td>
<td>535000</td>
<td>3750</td>
<td>negatif</td>
<td>negatif</td>
<td>negatif</td>
<td>negatif</td>
<td>144217</td>
</tr>
<tr>
<td>AST (U/L)</td>
<td>29</td>
<td>22</td>
<td>29</td>
<td>37</td>
<td>28</td>
<td>24</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>ALT (U/L)</td>
<td>19</td>
<td>14</td>
<td>21</td>
<td>24</td>
<td>26</td>
<td>19</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>LÖKOSİT (K/uL)</td>
<td>6960</td>
<td>3170</td>
<td>2120</td>
<td>2470</td>
<td>2400</td>
<td>2500</td>
<td>5200</td>
</tr>
<tr>
<td>NÖTROFİL (K/uL)</td>
<td>1170</td>
<td>1520</td>
<td>1290</td>
<td>1700</td>
<td>1650</td>
<td>1700</td>
<td>1100</td>
</tr>
<tr>
<td>HEMOGLOBİN (g/dL)</td>
<td>13.1</td>
<td>13.2</td>
<td>11.6</td>
<td>11.2</td>
<td>10.1</td>
<td>11</td>
<td>12.6</td>
</tr>
<tr>
<td>TROMBOSİT (K/uL)</td>
<td>187000</td>
<td>153000</td>
<td>129000</td>
<td>132000</td>
<td>170000</td>
<td>179000</td>
<td>175000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 2: Hastanın telaprevir üçlü tedavisi sırasında laboratuvar izlemi

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>*HCV RNA (IU/mL)</td>
<td>539000</td>
<td>negatif</td>
<td>negatif</td>
<td>negatif</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>AST (U/L)</td>
<td>29</td>
<td>22</td>
<td>29</td>
<td>37</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>ALT (U/L)</td>
<td>28</td>
<td>19</td>
<td>32</td>
<td>26</td>
<td>11.7</td>
</tr>
<tr>
<td>HEMOGLOBİN (g/dL)</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
<td>8.4</td>
<td>10.9</td>
<td>11.7</td>
</tr>
<tr>
<td>LÖKOSİT (K/uL)</td>
<td>5690</td>
<td>3340</td>
<td>3470</td>
<td>2650</td>
<td>5020</td>
</tr>
<tr>
<td>NÖTROFİL (K/uL)</td>
<td>3700</td>
<td>2530</td>
<td>2820</td>
<td>1810</td>
<td>3290</td>
</tr>
<tr>
<td>TROMBOSİT (K/uL)</td>
<td>236000</td>
<td>159000</td>
<td>193000</td>
<td>143000</td>
<td>286000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Testin dinamik aralığı: 12-100000000 IU/mL
Kronik Hepatit B (KHB)’de tedavi başarısını oluşturma da olumsuz etkileyen bir çok faktör vardır. Bunlar; konak virüs ve karaciğer ile ilgili faktörlerdir. İmmünsupresyon, böbrek yetmezliği, diabetes mellitus, sizo, ko-infeksiyon varlığı, gebelik, yaşlılık, yüksek viral yük, hepatik alevlenmeler, tedavi sırasında antiviralere karşı gelişen direnç, ilaç yan etkileri, hasta ve hekimin tedavide uyuşma, tedavi monitörizasyonu, uzun soluklu KHB tedavindeki başarıyı oluşturma da da yaklaşık %10, entekavir kullanımlarında da %12 durée-yinde saptanmıştır (4). HBV-DNA’nın saptanmayaçak düzeylerle ulaşması ve tedavinin başarıya ulaşmasında hastanın ilaç uyuşu son derece önemlidir. Lieveld ve arkadaşları tarafından PubMed, Embase, the Cochrane Library ve Web of Knowledge veri tabanları tararan yapılan kapsamlı bir çalışmada NA tedavi uyuşunun %81-91 arasında değiştiği bildirilmiştir (5). Bu konuda yapılan çalışmalar, tedaviye uyuş eksikliğinin, viral yük azalmasının ilaç direncinden daha erken dönemde olumsuz katkılı bir etken olduğu ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak KHB infeksiyonu hasta tedavideki kararsızlaşan tedavi başarısızlıklarının altında birden fazla neden yer almaktadır. Bu çalışmada antiviral tedavi altında iken tedavi başarısıyla da daha az nedenlerle tedavi değişikliği yapılmak zorunda kalınır bir olgu sunulmuştur.


Ocak 2008’deki infeksiyonizmide yapılan fizik muayenesinde; tüm sistem muayeneleri normal sınırlar içerisinde değerlendirildi. Hasta,165 cm boyunda, 92 kg ağırlığında idi. Özellikle yüzde yaklaşık 17 yıldır Tip II diabetes mellitus nedeniyle insülin, 10 yıldır hipertansiyon nedeniyle antihipertansif ve son 2 yıldır antidepresan tedavi kullanmanın öyküsü mevcuttu. Hasta yaklaşık 15 yıldır etkisel histeretikom operasyonu geçirmiş ve bir çok kez dış te- davisi olmuştur. Aile öyküsünde anne ve iki kardeşinde HBV infeksiyonu olduğunu, annesinin sizi nedeniyle kaybedildiği ve bir kardeşinin KHB’ye bağlı hepatosellüler Ca nedeniyle opere olduğu anlaşıldı. Serolojiğin ve biyo- kimyasal incelemelerinde; HBsAg: Pozitif, Anti-HBs: Ne-
virolojik deşımları saptanması, yine bu hastada zorunlu bulundu. Tedavinin ikinci yıldan sonra sünger böbrek ve ürolitiazis gibi renal fonksiyon zorunluluğu, LIPA V2 ile ilişkili olan Laminin Direnç testinde, rt80L180M ve rtLM204I (YIDD) mutasyonları ile birlikte, bu hastada DM (diabetik nefropati), mevcut 0.1mg/mL'lik progresyon ve karaciğin dikkati çeker. Ancak, mevcut tedavi ajanları nükleotid ajanlar gibi yan etkiler hasta kendisine kalıcı olmamakta, bu ajanın tedavideki asıl potansiyel bir ajan gibi komorbiditelerin varlığına, tenofovir tedavisinde doz azaltılmalıdır. Özellikle nükleozid analoglarıyla tek ya da kombinasyon tedavisi alan yaşlı ve böbrek yetmezliğinde göre doz ayarlamasını yapmalıdır. Özellikle nükleozid analoglarıyla tek ya da kombinasyon tedavisi alan yaşlı ve böbrek yetmezliğinde hastalarda bu ilaçların uzun dönem güvenilirliği ile ilgili daha ileri çalışmalara gereksinim vardır (6).

Sonuç olarak, olumuz tedaviye uyum göstermesine karşın LAM kullanımı esnasında direnç gelişmesi gerçekleşir. Ancak, 10 yılın altında DM (diabetik nefropati??), meydiller sünger böbrek ve ürolitiazis gibi renal fonksiyonları etkileyecektir. Major risk faktöre sahip olan hastada adenosvir gibi böbrek toksitesi olan bir ilaç kullanmak zorunlu olabilecektir. Renal fonksiyonlarının daha yakından izlenmesine karar verildi. Bu amaçla hastanın başlangıç GFR düzeyi hesaplandığından tenofovir tedavisindeki 0.1mg/mL'lik progresyon ve karaciğin dikkati çeker. Ancak, mevcut tedavi ajanları nükleotid ajanlar gibi yan etkiler hasta kendisine kalıcı olmamakta, bu ajanın tedavideki asıl potansiyel bir ajan gibi komorbiditelerin varlığına, tenofovir tedavisinde doz azaltılmalıdır. Özellikle nükleozid analoglarıyla tek ya da kombinasyon tedavisi alan yaşlı ve böbrek yetmezliğinde göre doz ayarlamasını yapmalıdır. Özellikle nükleozid analoglarıyla tek ya da kombinasyon tedavisi alan yaşlı ve böbrek yetmezliğinde hastalarda bu ilaçların uzun dönem güvenilirliği ile ilgili daha ileri çalışmalara gereksinim vardır (6).

Kaynaklar


Sonuç olarak, olumuz tedaviye uyum göstermesine karşın LAM kullanımı esnasında direnç gelişmesi gerçekleşir. Ancak, 10 yılın altında DM (diabetik nefropati??), mevcut tedavi ajanları nükleotid ajanlar gibi yan etkiler hasta kendisine kalıcı olmamakta, bu ajanın tedavideki asıl potansiyel bir ajan gibi komorbiditelerin varlığına, tenofovir tedavisinde doz azaltılmalıdır. Özellikle nükleozid analoglarıyla tek ya da kombinasyon tedavisi alan yaşlı ve böbrek yetmezliğinde göre doz ayarlamasını yapmalıdır. Özellikle nükleozid analoglarıyla tek ya da kombinasyon tedavisi alan yaşlı ve böbrek yetmezliğinde hastalarda bu ilaçların uzun dönem güvenilirliği ile ilgili daha ileri çalışmalara gereksinim vardır (6).

Sonuç olarak, olumuz tedaviye uyum göstermesine karşın LAM kullanımı esnasında direnç gelişmesi gerçekleşir. Ancak, 10 yılın altında DM (diabetik nefropati??), mevcut tedavi ajanları nükleotid ajanlar gibi yan etkiler hasta kendisine kalıcı olmamakta, bu ajanın tedavideki asıl potansiyel bir ajan gibi komorbiditelerin varlığına, tenofovir tedavisinde doz azaltılmalıdır. Özellikle nükleozid analoglarıyla tek ya da kombinasyon tedavisi alan yaşlı ve böbrek yetmezliğinde göre doz ayarlamasını yapmalıdır. Özellikle nükleozid analoglarıyla tek ya da kombinasyon tedavisi alan yaşlı ve böbrek yetmezliğinde hastalarda bu ilaçların uzun dönem güvenilirliği ile ilgili daha ileri çalışmalara gereksinim vardır (6).
İnfeksiyon Dışı Nedenlere Bağlı Ateş

Prof. Dr. Murat SUNGUR
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri


Yoğun bakım ünitelerinde ateş nedeni hatta yapısında göre değişir bu nedenle yoğun bakımlar arasında farklılık görülür. Örneğin dahili hastaların şiddeti bir ünite de cerry- rahi nedenlere bağlı ateş nadir görülür. Yoğun bakımında en sık ateş nedenleri miyokart infarktüsü, pulmoner emboli, akut pankreatit, adrenal yetmezlik, gastrointestinal kanama, santral kateter enfeksiyonları, nozokomial Pnö- moni ve ilaca bağlı ateşir (3). Cerrahi yoğun bakımlarda ki hastalarda aynada nedenlere ek olarak yara enfeksiyonu, peritonit veya apse gibi cerrahi nedenlere bağlı artış görülür. En- feksyona bağlı enfeksiyon dışı ateş oranları ise cerryra ve dahili yoğun bakım ünitelerinde eşit oranda görülür (3, 4).

Yoğun bakımında enfeksiyon dışı ateş nedenleri:

a. Akalkülöz kolesistit
b. Adrenal yetmezlik
c. Postoperatif ateş
d. İlaç ateşı
e. Pankreatit
f. Hipertiroidi
g. Transfüzyon reaksiyonu
h. ARDS
i. Yanıklar
j. İlaç overdozu
k. İlaç çekilmesi (ör: alkol)
l. Gut hastalığı
m. Sicak çarpması
n. İntrakranial kanama
o. İskemik inme ve diğer tromboembilik olaylar
(ör: Pulmoner emboli)
p. İskemik kolít
q. Malişnitler
r. Maliş hipertermi
s. Miyokard infarktüsü
t. Nóroleptik maliş sendrom
u. Feokromostoma
v. Konvülsyon
y. Vaskültiter
z. Serotonin sendromu

Yoğun bakımında enfeksiyon dışı ateş nedenleri şok tablosuna eşlik edenler ve şok ile birlikteli olmayanlar olar- rak ele alınabilir.

Şok tablosu olamadan enfeksiyon dışı ateş nedenleri arasında transfüzyon reaksiyonları, ilaç ateşi, akalkülöz kolesistit, iskemik kolit, ilaç çekilmesi, trombotik olaylar ile ilişkili olarak görülür.


İlaç ateşı: Tanışa oldukça zordur. İlaç başlıkları et- kaça gün sonra ateş başlar ve ilaca kesildikten sonra birkaç gün daha devam eder. 39 °C yi aşan ateş görülebilir. Tani cilt döküntüleri ile birlikteli olan ilaca reaksiyonu olduğunda daha kolaydır.


Şok tablosu ile birlikteli ateş adrenal kriz, tiroid firtınası ve akut hemolitik transfüzyon reaksiyonu ile ilişkili olarak görülebilir. Ateş ek olarak dağılmsal shouldn tüm belirtileri görülebilir ateş çoğun kez 38.5 °C den daha yüksektir.


Kaynaklar

Hangisi Doğru: GSBL Üreten Enterik Bakterilerin Tedavisi: Karbapenem Gerektir

Doç. Dr. Birgül METE
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., İstanbul

Gencişlenmiş spesktrumlu beta laktamaz (GSBL) üreten enterik bakterilerin etken olduğu enfeksiyonların oranı ülkemizde de dahil dünya genelinde artma eğilimindedir (1,2). Bu enfeksiyonlarda mortalite oranları %46,3'e kadar varabilimmiştir (3). Yüksek mortalitede en önemli etmenlerden birinin etkili tedaviye başlamadan geçikme olduğu düşünülmektedir. Enterobacteriaceae bakterimlerinde GSBL üretiminin kaba mortalite ve etkili tedaviye başlama zamanı üzerine etkilerin değerlendirildiği bir meta-analizde, GSBL üretimi ile etkili tedavide geçikme arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (4).

GSBL (+) enterik bakteri enfeksiyonlarında günümüze de etkili tedavi hala karbapenemlerdir. Ancak hastane kökenli dışında toplum kökenli GSBL ile enfeksiyonların artışıyla birlikte artan karbapenem kullanimi, karbapenem direncinin見積masa, karbapenem direncini de getirebilmektedir. GSBL üreten enterik bakterilerin tedavisi.xticks den antibiyotik seçeneklerinin olmaması, bu kökenin ayni zamanda başta floroksinol, aminoglikozid, trimetoprim/sulfametoksazol ve tetrasiklinler olmak üzere farklı antibiyotiklere karşı dirençleri de birlikte barındırıyor olmasından kaynaklanmaktadır (5). Ayrıca uygun olduğu düşünulen tüm tedaviler GSBL (+) enterik bakterilerde etik etkisi olmaktan gizliceょ antibiyotik sinifına göre de tedavi sonuçlarında farklılıklar gözlenebilmektedir (4). Etki, tercih edilen antibiyotiklere duyarlılık gözükmesine rağmen yine de tedavide başarısızlık görülebilir.


Tamma ve ark. 2007 ve 2014 yıllarında tanı ko-yulan 213 GSBL (+) Enterobacteriaceae bakterimlerinde amplik tedavide piperaslin-tazobaktami (PTZ) karbapenemlerle 14 günlük mortalite açısından karşılaştırılmışlardır. Kohorta alınıan tüm hastalarda GSBL (+)'iği saptan dikta sonucu tedavinin karbapeneme değiştirilme koşulu aranmıştır. Hastaların %48'ine amplik PTZ, %52'sine ise karbapenem başlanmışdır. PTZ'den karbapenemme geçişte medyan geçikme zamanı 84 saat olarak belir-lenmiş. Düzeltimli olum riski amplik olarak PTZ alan grupta 1,92 kat daha yükse bulunmuştur. Bu çalısmının sonucuna göre yazarlar risk faktörleri olan olası GSBL bakterimlerinde amplik tedavide ilk seçenek olarak karbapenemleri önermektedir (7).

Her ne kadar düşük minimal inhibitör konsantrasyon (MIK) düzeylerinde sefepim veya BL/BLİ'lerin tedavide etkili olabildiğini belirten makaleler mevcut olup, başkaları da sefepim ile karbapenemlerle bu etkisi gözlenmemiştir. Bu etkilerin karbapenemlerde daha nadir rastlanırken PTZ ile görüleme süresi sefepim ve karbapenemlerle görülen sürenin arasında yer alır. İnovok etkisi dışında BL antibiyotiklerle ilgili bir diğer sorun farmakodinamik hedefe ulaşamama olabilir (11). Kinolonlarda ise karbapenem etkisi MİK düzeyinin arttığı görülmüştü (12). Tedavi başarısızlığı, kinolonların bakterinin yoğun olduğu dokularda yeterli konsantrasyona ulaşamamasından dolayı kaynaklanabiliştir (11,12).

Sonuç olarak, GSBL üreten enterik bakteri enfeksiyonlarının tedavisini belirlemeye yönelik randomize kontrolü tıcalımlar bulunmamaktadır. GSBL (+) bakte remiler yüksek mortalite ile seyretemekte ve bu duruma neden olan en önemli etmenlerden biri ise uygun antibi yoterapide gecikmedir. GSBL (+) enterik bakteri enfeksiyonlarında günümüze de etkili tedavi hala karbapenem direncini de getirebilmektedir. GSBL ilüluşlu bakterimlerde karbapenem ile tedavi edilen olayların diğer antibiyotiklerle tedavi edilen olaylara kıyasla daha düşüktür mortalite ile seyretemi bazi çalısmalarda desteklenmektedir. Her ne kadar düşük MİK düzeylerinde sefepim, BL/BLİ'lerin tedavide etkili olabildiğini belirten makaleler mevcut da da BL/BLİ ile de-eskaylasıgaya gidebilir. Ancak duyarlı ama yüksek MİK düzeylerinde veya CTX-M-15 tipi enzim siğ görüldüğü böl gelerde klinik başarısızlık olabiliceği akılda tutulmalıdır.
Kaynaklar


Hangisi Doğru: GSBL Üreten Enterik Bakterilerin Tedavisi: Karbapenem Gerekmek

Prof. Dr. Funda TİMURKAYNAK
Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., İstanbul


Antibiyotiklerin farmakokinetik/farmakodinamik özelliklerinin ve GSBL’nin direnç mekanizmalarının da bu iliski potansiyelini artırmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.

Antibiyotiklerin farmakokinetik/farmakodinamik özelliklerinin ve GSBL’nin direnç mekanizmalarının da bu iliski potansiyelini artırmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.

Günlümüzde GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.


GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.


GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.

GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.

GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.

GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.

GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.

GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.

GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.

GSBL salgılanan enterik bakterilerin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde karbapenemler standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu yoğun karbapenem kullanımı karbapenemaz salgılanan bakterilerin seçiminin de beraberinde getirilmektedir. Artan direnç ve gelişenlerin yeni antibiyotik sayısının az olması, GSBL salgılanan enterik bakteriler için olan antibiyotiklerin farklı değerlendirilmesini gündeme getirmiştir.
Yoğun Bakımlarda İnfeksiyon Kontrolü: Tarama Yapılmalı mı?

Doç. Dr. Emel AZAK-KARAAL
Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., Kocaeli

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar (SBE) tüm dünyada önemli morbidite ve mortalite nedenidir. SBE’lerden sıkıla olduğu mikroorganizmalar arasında gıddere antan antimikrobiyal direnç hızı nedeniyle bu enfeksiyonların tedavisi daha da güçlemektedir. Çok ilaca dirençli mikroorganizmalar (ÇİDO) bir ya da daha fazla antibiyotik sınıflı dirençli mikroorganizmalarıdır. SBE’lerde sıkıla olduğu ÇİDO’lar metislin dirençli S. aureus (MRSA), vankomisin dirençli enterokok (VRE), çok ilaca dirençli Pseudomonas aeruginosa ve Acinetobacter baumannii ile geniş spektrumu beta laktamaz (GSBL) veya karbapenemaz üreten Enterobacteriaceae üyesleri (özellikle K. pneumoniae ve E. coli)’dir. Özellikle son yıllarda çok ilaca dirençli gram negatif bakteriler ciddi SBE’lerden suçlanmakta ve bu dirençli suşları olusan enfeksiyonlar giderek artmaktadır. Ülkemiz ulusal surveyan ve rilerine göre de MRSA ve vankomisin dirençli enterokok (VRE) oranlarında artış olmakla birlikte GSBL üreten K. pneumoniae ve E. coli ile karbapeneme dirençli Acinetobacter ve Pseudomonas kökenlerinde direnç artış görülmektedir. Bu dirençli mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyonlar duyarlı kökenlerle olusan enfeksiyonlara benzemekle birlikte bu dirençli kökenlerle enfekte hastalarda tedavi seçenekleri çok sınırlıdır. Dirençli mikroorganizmalarla oluşan enfeksiyonlar daha uzun hastanede yaşılı süresine, maliyetin ve mortalitenin artırılmasına neden olmaktadır. Bu dirençli mikroorganizmaların prevalansını özellikle yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) YBÜ dışındaki kliniklere göre daha yüksekştir.

Dirençli mikroorganizmaların kontrolünde el hiye-ni, hedef dirençli mikroorganizmaların kültür negatif olana kadar temas izolasyonu, aktif taraama kültürleri, eğitimi ve deneyimi sağlık çalışanı, akıllı antibiyotik kullanımı, arttırmış çevresel temizlik uygulamaları gibi birçok enfeksiyon kontrol önlemini birlikte uygulamamıza teşvik edilmektedir. ÇİDO’lar ile kolonize hastaların taraması ve temas izolasyonunun uygulanması ile hedef dirençli mikroorganizmaların eradikasyonu veya azalması sağlanabilmektedir ama aktif taraama kültürleri uygulamakça mutlaka enfeksiyon kontrol önlemlerini bir parçası olarak kullanılabilmektedir. Akitf taraama kültürlerinin kullanılması karar vermeden önce; uygular kültürleri alacak personel, kültürleri değerlendirme mikrobiyoloji laboratuvarı personeli, sonuçların iletim mekanizması, kültür sonuçları pozitif çıktığında ve olarak temas izolasyonu önlemelerinin uygulanmasının karşı, ek izolasyon önlemlerine uyumu sağlayacak mekanizma belirlenmelidir. CDC/HICPAC 2006 ÇİDO’ların yönetiminde aktif taraama kültürlerinin; riskli popülasyona hedeflenen ÇİDO için yapılmasını (IB), hedef ÇİDO için uygun alanlardan kültür alınmasını (IB) ve hastane veya riskli ünitelerle girişe (IB) alınmasını önermektedir.


Tablo: Sağlık bakımı ile ilişkili MRSA risk faktörleri

| Önceden kolonize veya enfeksiyon olma ya da alınanlar yardımıyla alınan temalar | Önceden kolonize veya enfeksiyon olma ya da alınanlar yardımıyla alınan temalar | Önceden kolonize veya enfeksiyon olma ya da alınanlar yardımıyla alınan temalar | Önceden MRSA insanı bir hastanede yaşılı olmassa | Diyaliz | Üriner veya vasküler kateter ile evde takip | Alta yatan kronik hastalık | Intravenöz ilac başlımlısı | Bakım ve tedaviye sahip veya evrak ve tedavi alma | Bashiç varlığı veya varis ülseri gibi alt organ yarısı | Yüksek riskli hastaneden veya ülkenin transfer |

| Burun kanalı, kasık, perine, aksilla, boğaz, rektum, açık yara, kateter veya yabancı cisim çıkışı yaralanarak süritoğ gibi örneklar alınarak yapılmasını birçok MRSA taraama çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre MRSA taraması için en duyarlı bölge burun olarak saptanmıştır. YBÜ’de MRSA taraması YBÜ’ye bir sonraki, yaşılı süresince periyodik (örn.haftalık) olarak veya YBÜ’den çıkarken yapılabilir. SHEA/IDSA; sağlık kanımlı ile ilişkili MRSA enfeksiyonu veya kolonizasyon sıklığı yükselse ve artırsorsa, kontrol önlemlerine rağmen bu sıkılık azalşıyorsa ve S. aureus izolatları arasında MRSA | -47- |

Gastrointestinal sistem VRE için en önemli rezervuarıdır. VRE kolonizasyonu ile VRE enfeksiyon riski artmaktadır. VRE bakteriyemili hastalarda hastanede yatış süresi uzamaktadır, mortalite ve hastane maliyeti artmaktadır. Gastrointestinal sistem kolonizasyonu VRE’nin diğer hastalara yayılmasında önemli bir kaynaktındır. YBUG gibi yüksek riskli ünitelerde girişe, önceden VRE pozitif olduğu bilinen hastalara, başka bir hastaneden transfer edilenlerde, salgin durumunda VRE pozitif hastalarla temas etmiş riskli hastalara aktif tarama yapılmasını önermektedir. Hatta bir salgin durumunda sık dokunulan yüzeylerden çevre kültür alınabilir. Rektal, perirektal ve perineal kültür alınması ve Röntgen grafiteki birlikte alınlıkların birlikte idrar, dren svisi gibi diğer örnekler de aktif tarama amaçla kullanılabilir. VRE tarama kültürlerinin uygulanması ile VRE enfeksiyonu arasında azalma sağlanmaktadır ve tarama yapılmamasının maliyet etkin olduğuna biliniılmektedir. Tarama testi olarak kültür 6 ve 8 mg/mL vankomisin enlemiş sahra kesildir, enterokokkosl agar (6 μg/mL vankomisin) veya vankomisin disk yerleştirilmiş agarda yapılmak veya moleküler hızlı tarama testlerinden yararlanabilir. PZR gibi moleküler test sonuçları konvansyonel tekniklerle doğrulanmamıştır. VRE pozitif tespit edilen has ta hastanede yatış süresince kolonize kabul edilmi ve temas izolasyonu uygulanmalıdır.

Çok ilaca dirençli S. aureus ve enterokokların nozokomiyal enfeksiyonları için önem için yapılan SHEA (Society for Healthcare Epidemiology of America) klavuzunda aktif tarama kültür için öneriler:

- MRSA ve VRE için taşıyıcı riski yüksek hastalardan hastaneye başvuruda tarama kültür alınmalıdır (IB).
- Hastanede yatıştı servis, antibiotik tedavisi, hastane yatış süresi ve altta yatan hastalık açısından hastanede MRSA ve VRE taşıyıcılığı için yüksek riskli hastalardan periyodik (örn. haftalı) tarama kültürleri önerilir (IA).
- Kurumda başlangıç kültürlerinde yüksek prevalans saptanırsa kültür alma kapsami genişletilmelidir (IB).
- Aktif tarama kültür alma sıkılığı patojen prevalansına ve kolonizasyon için risk faktörleri üzerine belirlenmelidir. Örneğin statifokok izolatlarının %50’den fazlası MRSA olan kurumda %1 olana göre daha sık tarama kültürleri gerektirir (IB).

- MRSA için aktif tarama kültürlerin burundan alınmaları (IB).
- Deride bütünlüğünün bozulmuş olan varsada buradan da örnek alınmalıdır (IB).
- Birçok hastanın popülasyona S. aureus ve MRSA tespitinde boşak kültür bunur kültürine göre eşit veya daha fazla duyarlılığı sahip. Eğer boşak kültür yapılaçaksı bunur kültür ile aynı plaga ekim yapılırak ekstra kültür maliyete eklenmeden duyarlılık arttırmaktadır (IB).
- Perirektal ve perineal kültürler beli hastanın popülasyonunda MRSA’yi yüksek duyarlılıkta saptayabilmek ama perirektal ve perineal bölgeler tek kültür örnekleri alanı olarak seçilmemelidir (IB).

Ülkemizde hastane enfeksiyonları ulusal standartlar arasında MRSA kontrol protokolü ve VRE surveyanın protokolü bulunmaktadır. MRSA kontrol protokolünde; MRSA prevalansının yüksek olduğu YBUG’lede hasta yatma zamanın düzenli, yedinci, takip hakta bir ve üiteden çirkken konvansyonel veya moleküler testlerle tarama yapılması, MRSA kolonizasyonu saptanan hastalara yetiştir sürece temas izolasyonu uygulanmasını gerektirilir. VRE surveyanın protokolünde; VRE riskinin yüksek olduğu koroner YBUG dışındaki YBUG’a hafta bir perirektal saniyıtını en terokokkosl agar veya PZR ile taraması, VRE kolonizasyonu saptanmış hastalar her kültür ve kantitatif kültürün, dört hafta üst üsté negatif tarama kültür elde edilince aylık tarama yapılması, perirektal kültürlerde VRE saptanırsa ortam kültürleri alınması ve kolonize hastalara temas izolasyonu uygulanması önerilmektedir.

ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) klavuzu el işleniyor, temas ömürleri, çevre temizliği, akilcı antibiotik kullanım gibi enfeksiyon kontrol ömürleri ile birlikte dirençli gram negatif mikroorganizmalar için aktif tarama kültürlerinin yapımını önermektedir. Direnciling mikroorganizma kolo nizasyonunun saptanması enfeksiyon kontrol ömürleri ile birlikte bulasız azaltmada, kolonizasyon enfeksiyonu da daha önce saptanıldığında empirik antibiotik seçiminin yol göstermedi ve enfeksiyon kontrol ömürlerinin değerlendirilmesine yardımcı olmasi nedeniyle aktif surve yanın kültürlerinin yapımı yararlıdır. Yapılan bir çalışmadan, enfeksiyon kontrol ömürlerinin bir parçası olarak aktif surveyanın ve temas izolasyonunun uygulanmasının karabeneden direnci K. pneumoniae kolonizasyon veya enfeksiyonun nozokomiyal yapılmı hizmet tektir bir strateji olduğu bildirilmştir.

ESCM klavuzu GSBL pozitif enterik bakteriler, karbapenem dirençli Klebsiella pneumoniae, çok ilaca dirençli Acinetobacter baumannii ve çok ilaca dirençli Pseudomonas aeruginosa için aktif tarafile kültürlerinin yapılması önermektedir. Örneğin ne zaman alınacağı konusunda tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Hastaneye/yoğun bakım ünitesine yatık zaman, haftada bir veya daha fazla hasta ve duruma göre 2,4, 7, 14 ve 28. günde bir tarama kültür alınması önerilmektedir.

Dirençli gram negatif mikroorganizmalarla tarama için biraz sürtünümsüz, hasta çığnıyor balgam, entübe hastalarda derin trakeal aspirat, inguinal, perianal sürültü, boğaz sürtünü, downer, natrik yatağı, ayak natrik yatağı, perianal sürtünü/dışı kültür, entübe ise derin trakeal aspirat, yara/dren var ise öne, الرحمن sonda varsa idrar kültür tarama kültürleri yapılabilecek karbapenem dirençli Acinetobacter baumannii ve GSBL üretken K. pneumoniae’yi içeren dirençli gram negatif bakteri kolonizasyonunun tespit edilmesinde en duyarlı örnek alınmak yerin inguinal bölge olduğu ve ikinci en duyarlı yerin de perirektal alan olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, GSBL üretken E. coli’nin tespiti için perirektal bölge en duyarlı anatomik yer olarak saptanmıştır. Alınan örneklerde dirençli gram negatifleri saptama yöntemi gereksinime, laboratuvar standartlarına (MIK sinir değerlerine göre), laboratuvarın olanaklarına ve maliyete göre belirlenmelidir. PZR bazı uygulamalarla daha erken tespit mümkün olabilirildir.

Sonuç olarak; Dirençli gram pozitif mikroorganizmalar için her hastane kendi enfeksiyon oranlarını takip etmeli, enfeksiyon oranları yüksek veya giderek yükseliyor- sa veya enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmasına rağmen yüksek oran dümüşsorsa enfeksiyon kontrol önlemlerinin bir parçası olarak tarafile kültürleri alınmalı ve gereksiz er önlenebilir. Dirençli gram negatif mikroorganizmalar için; dirençli Acinetobacter spp. kolonizasyonu YÜ’ye yatan tüm hastalarda ve başka bir hastanede transfer edilen hastalarda araştırma, karbapeneme dirençli enterik bakteriler (başta Klebsiella pneumoniae olmak üzere) ise endemik unite-lerde veya salgın olduğunda araştırılmalıdır.

Kaynaklar


18. Guidelines for the Prevention and Control of MDRO excluding MRSA in the healthcare setting, Ireland 2012


Yoğun Bakımlarda İnfeksiyon Kontrolü: Selektif Digestif Dekontaminasyon Yapılmalı mı?

Doç. Dr. Nihal PİŞKİN
Bülent Ecevit Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D., Zonguldak

Nozokomiyal infeksiyonlar yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) izlenen hastalarda en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. YBÜ’lerde gelişen infeksiyonların önlenesmesi amacıyla uygulanan bir yöntem olan selektif digestif dekontaminasyonun (SDD) uygulamasındaki temel amaç; bağırsaklardaki anaerobik флора zarar vermeden sindirim sisteminde potansiyel patojenik bakteriler olarak tanımlanan gram-negatif bakterilerin ve mantarların elimine edilmesidir (1-3).

SDD: 4 komponentten oluşmaktadır. Tam olarak etkili olabilmesi için 4 komponentin de eksiksiz olarak birarada uygulanması gerektiği belirtilmektedir:


3. Topikal antibiyotikler ve izolasyon önlemlerine uyum: YBÜ hastalarında gelişebilecek ekzozık infeksiyonların önlenmesinde topikal PTA uygulaması (varsa trakeostomi veya yara çevresine) ve izolasyon önlemlerine uyumun sağlanması esasştır.

4. Süreysans: YBÜ hastalarının kolonizasyon pater-nini tanımlamak ve SDD’nin etkinliğini değerlendirmek için surveyns kültürlerinin alınması önerilmektedir (1,3).

SDD’nin yoğun bakım hastalarda kullanımı ile ilgili 1984 yılında Stautenbeek ve ark. laboratuarı tarafından yaptığı ilk çalışmadı; SDD uygulamasının nozokomiyal infeksiyon insidansının % 81’den % 16’ya düşüktüğü bildirilmiş (4) ve bu çalışma o kadar ses getirmişti ki ileşten 30 yıllık süre içerisinde yaklaşık 15 bin hastada yapılmış, 65 röndomize kontrolü çalışma ve 11 metaanaliz yayınlanmıştır (1). Metaanalizlerin arasında sonlanın noktasi olarak pnömoni gelişimi alınmış ve hepsinde istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır. İç metaanalizde SDD’nin kan doluşu infeksiyonlarına etkisi degerlendirilmiş ve Gram negatif basillerle gelişen kan doluşu infeksiyonlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanırken, Gram pozitif bakteriler ve mantarlarla gelişen infeksiyonlarda anlamlı fark bulunmamıştır. SDD’nin mortaliteye etkisi degerlendirilen 8 metaanalizin 5’inde стало olmamaktaydı, 3’ünde istatistiksel olarak anlamlı fark bildirmemistiştir (1).

Ancak metaanalizlere dahil edilen araştırmalardaki hasta gruplarının çeşitliliği, tanı yaklasmalarının farklılığı, diyazı değişiklikleri, SDD protokolü farklılıklar, maliyet-etkinlik analizlerindeki sorunlar ve en önemli uzun süreli SDD uygulamasının direnç gelişimine katkıktan net olarak ortaya koyulamamıştır SDD’nin yaygın kullanımını kısıtlayan faktörler olarak önemlidir. Özellikle ülkemiz gibi multirezistan suşlarla kolonize yoğun bakımarda SDD kullanımı ciddi riskler taşmaktadır. Bu nedenlerle SDD’nin seçilimi hastanın ve yoğun bakım hali ile birlikte edilenin olarak önerilmemektedir.

Kaynaklar
Gram Negatif Bakterilerde Antibiyotik Direnç Mekanizmaları ve Epidemiyoloji

Prof. Dr. Lütfiye MÜLAZIMOĞLU
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D., İstanbul

Gram negatif dirençli bakteriler son verilere göre mortalitesi en yüksek enfeksiyonların başında sebebini teşkil etmektedir.

Toplum kökenli enfeksiyonlardaki direnç gelişimi yıllar içinde sınırı kalmakla birlikte özellikle hastane kökenli enfeksiyonların etkeni Gram negatif mikroorganizmalar-
daki direnç gelişimi ve yayılımı ülkelerin globalleşmesi ile birlikte kontrol edilemez boyutlara gelmektedir.

Gram negatif bakterilerdeki direnç mekanizmaları aşağıdaki olarak:

*enzimatik direnç
*pompa direnci;
*hedef –bağlanma bölgesinde yapışıklıklar;
*dış membran veya porin geçirgenliğinde değişiklik

Dirençli mikroorganizmaların tedavisinde en etkin antibiyotik grubu olan karbapenem grubuna enzimatik direnç bugünün ve yakın geleceğin en sıkıntılı antibiyotik direncini teşkil etmektedir.

İlk testbitinin üstünden geçen 20 yıl içerisinde giderek artan hızla yayılan karbepenemazlardan 1990ların sonuna doğru saptanan plazmid kökenli Klebsiella pneumoniae *(KPC)-Ambler sınıf A- ilk başı-
lardan Amerika Birleşik Devletlerinde endemik iken şimdi-lerde Yunanistan; İtalya ve Türkiye’de dahil olmak üzere yayılımı sürdürmektedir. Sadece Klebsiella türleri değil diğer enterik bakterilerde de mevcuttur.


*Amler sınıf D oksasilinazlar Türkiye; Fransa; İspan-yada yağmındır. OXA-48 geni sliklikla tek plazmid überi-
de yer alır ve değişik bakterilere hızla yayılma potansiyeline sahiptir.

Dirençli bakterilerin hızla yayılmasını kolutin gibi eski-yeni kullanımları ve birlikte yeni dirençleri getirmekte; akıcı antibiyotik kullanım; enfeksiyon kontrol önlemleri ile birleştirilerek bu yayılının önlenmesi; morbidity ve mortalitenin kontrol altına alınması gerekmektedir.

Kaynaklar
4. Queenan AM, Bush K. Carbapenemases: the versatile beta-
Gram Pozitif Bakterilerde Antibiyotik Direnci ve Tedavi Yaklaşımı

Prof. Dr. A. Çağrı BÜKE
Ege Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir


**Streptococcus pneumoniae**


*S. pneumoniae*’da ortaya çıkan direnç mekanizmaları:


2) Makrolid direnci: *erm*(B), ya da *mef*(A) genleri aracılığı ile gelişir. Ribozomal RNA’da değişikliğe bağlı olarak protein sentezi engellenir. Bu iki biçimde ortaya çıkar;


3) Florokinolonlarla karşı direnç; bu tür direncin gelişiminde topozomerazların (parC ve/veya gyrA aracılığı ile) değişikliğe uğratılması rol oynamaktadır. Florokinolonlar karşı efflux pompası aracılığı ile direnç gelişebilmektedir.

Dirençli *S. pneumoniae* enfeksiyonlarının tedavisi:


1) Linezolid; Erışkin ve çocuk yaş grubundan 1701 *S. pneumoniae*’ye bağlı TKP olgusunun tedavisinin değerlendirilmiştir. Parenteral linezolid olanlarda ardından tedavi oral linezolid ile yapılmış, tedaviye parenteral seftriakson ile başlanan olgularda arısal tedavi seftriaksonu verilmiştir. Bakterelimiş yapan *S. pneumoniae*’ye bağlı TKP gelişeni olgular klinik kür oranları duyarlı ve çok ilaça dirençli *S. pneumoniae* kökenler için aynı hızda olmak üzere değerlendirilmiştir. Buna göre; linezolid olanlarda sınırlı olarak %91 ve %84, seftriakson alan olgulara sırasıyla %91 ve %100 bulunmuştur. Bakterelimiş ile seyrinden *S. pneumoniae*’ye bağlı TKP olgularında ise klinik kür oranları linezolda ileri tedavi edilen olgularda duyarlı pnömokok kökenler için %92, çok ilaça dirençli pnömokok kökenleri için %75 saplımlı. Seftriakson grubunda ise duyarlı pnömokoksik TKP olgularında klinik kür oranı %68 bulunmuştur. Sonuç olarak bu çalışmada linezold’in *S. pneumoniae*’ya bağlı TKP’den
2) Seftrarolin: 1240 TKP olgusunun değerlendirildiği çok merkezli bir klinik çalışmada kür oranları değerlendirildiğinde seftarolin (n:621) alan grupta %85.5 seftarikson (n:619) alan olgulara %68.6 klinik kür elde edilmiştir. Bu çalışma seftarolinin TKP tedavisi içerisinde seftarikson kadar etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

3) Seftoxiprol: S.pneumoniae'nin da etken olduğu 638 TKP olgusundan oluşan bir çalışmada bir grubu seftobiprol diğer grubu da seftarikson + lineozid verilmiştir. Klinik kür oranları değerlendirildiğinde seftobiprol alan grupta %86.6, seftarikson alan grupta ise %87.4 olarak bulunmuştur. Bu sonuc TKP tedavisi içerisinde seftobiprol’un seftarikson kadar etkili olduğu göstermiştir.

4) Telavansin; Penissiline dirençli S.pneumoniae kökenli karşılık in-vitro etkinlikle olduğu gösterilmiştir. Bir hayvan menenjit modelinde penissiline dirençli S.pneumoniae'ya bağlı gelişen menenjitte telavansinin, vankomisin ile seftarikson kombinasyonundan çok daha etkili olduğu gösterilmiştir.


Staphylococcus aureus

Staphylococcus aureus sağlıklı kişilerin %30’unu bundan ve deride kolonize olur. Çok farklı enfeksiyon hastalıklarına neden olur. Bu enfeksiyonlar; deri ve yumuşak doku enfeksiyonu, KDE, pnömoni, osteomiyelit, endo-kardit, akciğer absesi, piyomiyozit, santral venöz katetır iliskili kan dolaşımı enfeksiyonu dur. Günümüzde önce-sinde sağılak kurumu ortamında bulunmayan olgulara da metisiline dirençli dirençli S. aureus (MRSA) enfeksiyonları görülmeye başlamıştır. Hastane dirençli MRSA’dan farklı olarak toplum kökenli (TK) MRSA kökenleri genellikle gentamisin, tetrasiklin, linzomidiller ve trimetoprim sulfametoksazol duyarlıdır. TK-MRSA’nın oluşturdukları giriş ve yımıșma doku enfeksiyonları olmakla birlikte pnömoniyeye ve KDE’de neden olabilirler. Son zamanlarda heterorezistan vankomisin orta duyarlı S.aureus (VISA), vankomisin direnci S.aureus (VRSA) ve lineozid ve daptomisin direnci MRSA kökenlerinin bağlı gelişen enfeksiyonları ile karşılaşılmaya başlanmıştır. Bunların tedavisi zor ve sorunludur.

S.aureus’a da ortaya çıkan direnç mekanizmaları:

1) Penissilin direnci; penissilinaz salinimi ile gelişmektedir. Bu tür enfeksiyonları beta laktam az içeren penissi-liner ya da sefalsoporiler ile tedavi etmek mümkündür.


4) Florokinolonlara karşı direnç; parC’ ya da parE (topoizomeraz IV’un alt ünitleri) ve/veya gyrA (DNA giraz/ topoizomeraz IV’un alt üniteri)’ da mutasyona bağlı gelişir. Ayrıca efflux pompası bağlı olarak florokinolon direncini gelişebilmektedir.

5) Lineozildir direnç; 23S rRNA’ da mutasyona bağlı olarak gelişir. Son zamanlarda cfr geni aracılığı ile de direnç geliştği saptanmıştır. Bu nedenle plazmidde bulunur ve horizontal olarak yayılma özelliğine sahip

İnvazif MRSA enfeksiyonlarının tedavisi kullanlan ilaçlar:


2) Kinupristin-Dalfopristin; MSSA’ya ve streptokoklara bağlı gelişen deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarının tedavisi ve VRE’ye bağlı KDE tedavisi için FDA onaylı olan streptogramin kombinasyonu bir ilaçtır. Protein sentezinin inhibisyonu ile S.aureus’a bakterisidal etki oluşturur. MRSA’ya bağlı çoğu deri ve yumuşak doku enfeksiyonu ile osteoartiküler enfeksiyonlardan oluşan bir çalısmada olguların %66.7’sinde başarılı sonuç elde
edilmştir. Buna karşın endokarditte ise sonuçlar başarı-
sızdır. Ekmek ağrısı, kas ağrısı ve infüzyon yerinde ağrı
tedaviyi sınırlandıracak düzeylere ulaşılabilirmektedir.

3) Linezolid; gram-pozitif bakterilerde protein sente-
zi ribozom 50S alt ünitesine etki ile baskılamanın bak-
teryoistatik etki göstergidir. Sentetik bir oksazolidin alın-
linezolid MRSA, penilisile dirençli S.pneumoniae ve
vankomisin dirençli enterokok (VRE)'lere karşı etki gösterir.
Komplike deri ve yuvaşık doku enfeksiyonu ve nozoko-
mial pnömoni için FDA onayı mevcuttur. 12 saat ara ile
600 mg dozda oral ya da intravenöz yoldan uygulanır.
Döz ayarlamasına gerek yoktur. Vankomisin ile karşı-
lığıkläştırdığında linezolid ile tedavi edilen komplike deri
ve yuvaşık doku enfeksiyonu olanulgarda klinik kür
orarı daha yüksek ve hastanede yatış süresi daha kısa
bulunmuştur. Linezolid ile vankomisinin karşılaştırıldıkları
MRSA pnömoni sonuçları farklı oranın linezolid alan-
larda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum line-
zolidin akçıger dokusunda daha yüksek konsantrasyonu
ulaşımasına bağlıdır.

MRSAYa bağlı KDE' de linezolidin rolü belirsizdir. Pnö-
moni ya da deri ve yuvaşık doku enfeksiyonu kaynaklı
bakterilerin tedavisi sonucunda şaşırtıcı birik teratom
ile ilişkili KDE tedavisi sonucunda linezolid önlenmemektedir.

Linezolid genellikle iyi tolere edilen bir ilaçtır. Kemik
iliğiini baskılama etkeni linezolid kesilmedikten genellik-
le yerine döner. Serotonin toksisitesi ve trombositopeni
ilaç kullanımı sonlanırsa en önemli fakörüdür. Böbrek
yetmezliği olanlarda líneazd kullanımı sırısında trom-
bositopeni gelişme riski çok yüksektir. Diğer yan etkiler:
bulanı, kusma ve ishaldir. Nadiren laktik asidoz, periferal
nöropati ve optik nörit de gelişebilir. İki haftada daha
uzun süre linezolid verilen hastalar miyelosüpresyon ve
diger nadir gelişen komplikasyonlar açısından yakından
takip edilmelidir. Linezolden dirençli MRSA'arda artış
saptanmaktadır.

4) Seftarolün; MRSA etkinliğine sahip bir antibiyotik-
tır. MRSAYa spesifik PBP olan PBP 2a'ya yüksek afinite
gösterir. In vitro ve in vivo zamana bağlı bakterisidal etki-
ye sahiptir. FDA tarafından deri ve yuvaşık doku enfek-
siyonları ve TKP tedavisi için 2010'lu onay almıştır. 12
saat ara ile 600 mg IV yoldan verilir. Orta düzeyde böb-
rek yetmezliği olanlarda IV yoldan 12 saat ara ile
400 mg dozda kullanılır. KNS, enterokok, beta hemolitik
ve viridans grup streptokoklar ile bazı Enterobacteriace-
ea (Escherichia coli, Klebsiella spp., Proteus mirabilis)
türlerine etkisi nedeniyle deri ve yuvaşık doku enfeksi-
yonları ile TKP tedavisi için iyi bir seçenek olarak
gözümkmedir.

Seftarolın ve seftarolinin karşılaştırıldıkları TKP çalı-
şmalarında klinik kür seftarolin alanlarda %84.4 ile bunu
oran seftarolin alanlarında %77.7 olarak bulunmuştur.

5) Teikoplanin; gram-pozitif bakteri enfeksiyonlar-
da yaygın biçimde kullanılmaktadır. MRSA kadar MR
koagülaz negatif Staphylococcus epidermidis,e karşı da
tediktiler. Yarı ömür uzundur, proteine yüksek oranda bağ-
lanır, kemiği penetrasyonu yüksektir. Vankomisine göre
daha az nefrotoksiktir. Farmakokinetiği değiştirik olup kli-
nik yanitsızlık ilacın düşük dozu ile ilişkilidir.

6) Telavansin; semisentetik bir lipoglikopeptid antibi-
yotiktir. Hürce duvar sentezini baskılayarak ve membran
barier fonksiyonunu sonlandıracak etkili olur. 7-9 saat
gibi uzun bir yarımları önemine sahiptir. Bu nedenle gün-
de tek doz kullanılır. Günde 7.5-10 mg/kg tek dozda kul-
anabilir. Hızlı bakterisidal etkiye sahiptir. Güçlü MRSA et-
tisi mevcuttur. FDA tarafından 2009 yılında MRSA dahil
gram pozitif bakterilerde bağlı gelişen komplike deri ve yu-
vaşık doku enfeksiyonlarının tedavisini için onay almış-
tır. Klinik çalışmalarda kür oranları açısından televazin
(%88.3) vankomisin (%87.1) kadar etkili bulunmaktadır.
Yine çoğulan MRSA'dan oluşan gram pozitif bakterie-
le bağlı gelişen nozokomial pnömoni tedavisi için klinik
yanıt açısından televazin vankomisin kadar etkili olduğu
saptanmıştır. En sık görülen yan etkiler tık sıkılıği-
ği, bulansı, kusma, başaşırması, konstipasyon, uykuşuzluk
ve köpüklü idrar yapmaktadır. Telavazin kullanımı bağlı
deneden hayvanlarında fetüs anomalileri saptanmıştır. Alıta
prédispozisi edici hastalığı bulunan olgularda serum kre-
atin düzeylerinde artış ile nefrotoksikiteye neden ola-
bilirmektedir.

7) Tigesiklin; Glisilisiklin grubu mimosiklin türevi ile
onay alan ilaçtır. Ribozomun 30S alt birimine bağlama-
rak protein sentezini baskılar. MRSA, VRE ve genişle-
sımı spetrumlu beta laktamaz (ESBL) üreten gram negatif
bakterileri karşı da etkilidir. Tigesiklin çok geniş bir doku
da etkili olabilir. Dokuda yüksek konsantrasyona ula-
şancak serumda IV uygulamadan sonra hızla konsan-
trasyonu dura. Bu nedenle kesin ya da süpheli KDE'la-
rın tedavisi için diktilat kullanılanlardır. FDA tarafından
MRSA'yı bağlı komplike deri ve yuvaşık doku enfeksi-
yonları ve MSSA'yı bağlı komplike intraabdominal en-
feksiyonları tedavisi için onay vermiştir. 100 mg yükle-
ti dozu sonrası 12 saat ara ile 50 mg dozda IV yoldan
uygulanır. En sık bulansı ve kusma gelir. Tigesiklin ile
imipen’in karşılaştırıldıkları nozokomial pnömoni çi-
laşmasında klinik kür oranı tigesiklin alanlarda (%67.9)
imipen alanlara göre (%78.2) daha düşük iken aynı
çalışmada ventilatör ilişkili pnömoni dışlandırıldığı için
kullanımının öneminin de daha düşük olduğu saptanmış-
tır. Mortalite oranı değerlendirildiğinde ise tigesiklin
alanlarda mortalite yüksek bulunmuştur.

8) Vankomisin; MRSA ile gelişen komplike deri ve yuva-
vaşık doku enfeksiyonları, kan dolaşımı enfeksiyon-
ları ve pnömoni gibi ciddi enfeksiyonlarda ilk seçenek-
tır. Iyi tolerle edilebilir, yan etkisinin az olması ve nisbe-
ten ucuz olması tercih sebepleri arasındadır. Tedavide
ilk seçeneği olmasına karşın vankomisine karşı MRSA
köklenlerinde duyarlılaştırılması ve klinik yanitsızlik
artmaktadır. Vankomisinin sık kullanımı MRSA köklen-
lerinde MİK değerlerinde artışa neden olmaktadır.
MİK’te artışa bağlı olarak heterorezistan VISA süslarında
da artış görülmektedir. Son rehberlerde 15-20 mcg/mL gibi
yüksek vankomisin dozlarıyla aynı alımamayı olgular-
da takip kültürlerde üreme saptanlığında vankomisin
MİK değerlerine bakılması önerilmektedir. Klinik yanının
istenildiği düzeyde olduğu durumlarda alternatif antibi-
yotikler ile tedavi planlanmalıdır.
Prospektif çok merkezi ciddi S. aureus enfeksiyonlarının sonuçlarını değerlendiren bir kohort çalışmada yüksek vankomisin MİK değerlerinin 30 günlük mortaliteli belirgin artışa neden olduğunu göstermiştir. Yine bu çalışmada yüksek MİK değeri kadar bakteriye ve konağa ilişkin faktörler de sonucu etki eden faktör olduğu tanyanmıştır. Bu nedenle günümüzde vankomisin tedavide de gelişmiş balık vankomisin MİK değeri de önemlidir. Vankomisin bağı nefrotsikotisite genellikle uzun süreli tedaviye, altta yatan böbrek hastalığına ve diğer nefrotsikotik tedavilere bağlı gelişmekte duruyor.

**Enterococcus spp.**


**Enterococcus spp’de ortaya çıkan direnç mekanizmaları:**

1. Direnci doğa olarak sefalasporinlere, sülfonamidelere ve aminoglikozidlerin düşük konsantrasyonlara karşı direnç vardır. Ayrıca plazmit, transpozson, ya da mütasyon sonucu kazanılmış direnç söz konusudur.


Enterokok türlerinde %60’larda kadar ulaşabilen vankomisin direnci VRE ile gelişmiş enfeksiyonların tedavisinde yeni antimiokrobial ilaclar gerekçisinin gösterilmesi için bir antibiyotik kontrol onemlendirmesi için siki enfeksiyon kontrol onemlendirilmesi gereklidi. Daha getirilmiş. VRE enfeksiyonlarının %90’ında E. faecium sorumludur. Enfeksiyonlar sıkılağı, yoğun bakım ünitesinde santral venöz kateter ya da idrar sondası ile ilişkilidir. Yine solit organ ve hematoipoietik kık hücre nakilleri propaganda enfeksiyonu gelişebilir. Dirençlerin alt sınıfları altında hides olarak nadir görülür. VRE enfeksiyonlarının tedavisinde kullanilan antibiyotikler:

1. **Daptomisin:** İn vitro VRE’ye etkildir. Daptomisinin MİK değeri E. faecium için ağırlıdır. VRE’ye bağlı kompleks deri ve yuvaşak doku enfeksiyonlarında günde bir deca 4 mg/kg dozda IV yolda kullanılır. Ancak 8 mg/kg dozda kullanılması önerilmemektedir. Endokardit, KID, meşru durumlarda ise bakteri hücre duvarına etkili bir antibiyotik aminoglikozid ile kombin edilir.

2. **Fosfomisin:** İlk deca 1969’da Streptomyces türlerinden elde edilmiş bir fosfonik asid türevidir. E. faecalis’de bağı gelişen kompleks oligomamı üriner sistem enfeksiyonlarında kullanılmaktadır.

3. **Kinupristin-Dalfopristin:** E. faecium’a etkisi E. faecalis’sen daha yüksek. Vankomisin direnci E. faecium’a bağlı intraabdominal enfeksiyon, KID, kateter ililiği KIDE ve deri ve yuvaşak doku enfeksiyonu gelişen 396 hastadan oluşan bir çalışmada kinupristin-dalfopristin ile klinik başarı oranı %66 bulunmuştur.

4. **Linezolid:** İn vitro ve vivo vankomisin direnci enterokok türlerine etkili bir antibiyotiktir. Enterokok türlerine bağlı gelişen endokarditler için onayı yoktur. Vankomisin ve kinupristin-dalfopristin ile yanıt alınamayın, ya da bu ilaçları kullanamayan 796 endokarditli olguda yapılan bir klinik çalışmada vankomisin direnci E. faecium
olgularında linezolid ile %81.4 klinik kür elde edilmiştir. Katarkat operasyonu sonrası gelişen akut postoperatif endoftalmitte linezolidin gözde yeterli konsantrasyonlara ulaştığı saptanmıştır.

5) Tigesiklin; vankomisine duyarlı enterokoklar ile oluşan komplike deri ve yumuşak doku enfeksiyonları ile intraabdominal enfeksiyonlarda onay bulunmaktadır. Tigesiklin ile yapılan in vitro ve hayvan çalışmaları ise VRE’ye de etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç ve özeti;

Türkiye Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği, Viral Hepatit Çalışma Grubu'nun Katkıları: Dört Yılda Neler Yapıldı?

Prof. Dr. Bilgehan AYGEN
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri


VHÇG kurulduğu bilimsel toplantıları yanı sıra çok merkezli prospektif ve retrospektif çalışmaları da sürdürmektedir. Aşağıda grup adına gerçekleştirilir ve bilirdi olarak sunulan bilimsel çalışmaların başlıkları ile sunuldukları toplantılar yer almaktadır.


Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) 2013 (June 6-10, 2013, Singapour): “Hepatitis B virus and hepatitis C virus coinfection: an evaluation of 82 patients in Turkey” (8).

16th International Congress on Infectious Diseases (April 2-5, 2014, Cape Town): “HCV NS3 inhibitors resistance mutations in the telaprevir started Turkish patients with chronic HCV” (9).


Klinik Dergisin’de yayınlanacaktır.

Bu sunumda yukarıda özetlenmeye çalışılan VH-ÇG’nin bilimsel aktiviteleri ile ilgili detaylı bilgi verilecektir.

Kaynaklar

1. www.klimik.org.tr
Kronik Hepatit C Tedavisinde Dönüşüm

Doç. Dr. Orhan YILDIZ

Erciyes Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D., Kayseri


Yeni ilaçların peginterferon ve ribavirinle kombinasyonu, özellikle genotip 1 HCV hastalarında, son yıllarda en çok üstünde çalışılan konu olmuştur. Bu tedavi seçeneklerinde hastanın tercihiyle birlikte önceli tedavi veya tedavi seçiminin öyküsü, mevcut karaciğer hastalığının evresi, kullanıcılara tedavi rejiminin karaciğer fibrozü üzerine etkisi, peginterferon ve ribavirin temelli tedavi lerle ilgili yan etkilerin tekrar yaşam durumu ve hastanın daha iyi bir tedavi rejimi beklemesi kararı değerendirilmelidir (1-3).


**GENOTİP 1 HCV HASTALARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI**


**TEDAVİ REJİMLERİNİN SEÇİMİ**


a. Naïf olgular:

Genotip 1 HCV hastalarında yüksek etkinlik (%89) ve kısa tedavi süresi (12 hafta, simeprevirle 24 hafta) nedeniyle sofosbuvir, peginterferon ve ribavirin kombinasyonu tercih edilir. Sofosbuvir ile ilaç etkileşimleri daha düşük, kullanılmada daha kolay (yanıta göre tedavi şemalarına gerek-şinim yoktur) ve klinikile ilişkili direnç mutasyonları yoktur.
b. Önceki tedaviye relapslı olgular:
Bu grupta yer alan genotip 1 HCV hastalarında da sofosbuvir içeren rejimler önemli noktalardır, ancak 12 haftalık tedavi süresi henüz bu hasta grubunda doðrudan çalısmamıştır. Relapslı genotip 1 HCV olgularında sofosbuvir içeren rejimlerde elde edilen yanı oranları nahe hasta grubunda olduğu gibi yüksektir.

c. Kişmi veya tam yanıtolsuz olgular:
Bu hasta grubunda mevcut ilaçlarla yeniden tedaviye yanıt oranları düşük olduğundan yeni DEA ilaçları ve özellikle interferonuzsuz rejimleri beklemek daha uygundur bir yaklaşımdır.

Bazı ötüler bu olgularda yüksek etkinlikleri nedeniyle 12 haftalık simeprevir ve sofosbuvir kombinasyonu önermektedir (2,11). Ancak bu küçük faz II çalışmalarında elde edilen sınırlı veriler simeprevir ve sofosbuvir kombinasyonunun rutin önerisi için henüz yetersizdir. Yine de fibrozis ve kompanse sirozlu olgularda yeni teda-vi seçeneklerin beklenmesi mümkün olmalıdır ve olası yanılarla göz önune alınmalıdır simeprevir ve sofosbuvir kombinasyonu önerilebilir.


Bu hasta grubunda yapılan çalışmalar sonuçlanınca-ya kadar kliniksenleri ve hastalar tedavi süreleri, yanıt oranları ve kantit düzeyleri birbirinden farklı olmakta bu teda-vi seçeneklerinin birini seçmek veya yeni tede-vilen beklemek zorunda çıkmaktadır. Ayrıca simeprevir içeren teda-vi seçenekleriyile tedavi planlanan genotip 1a HCV olgularında Q80K varyantlarının varlığı arastırmalıdır. Bu varyantlar simeprevirin güçsüz yanıt oranlarına neden olur ve eğer pozitiflik saptanırsa bu hastalar simeprevir içermeyen rejimlerle tedavi edilmelidir.

Telaprevir ve boseprevir önemli yan etkileri ve ilac et-kileşimlerine neden olur ve simeprevir ve ya da sofosbu-virden daha güçsüz etkinliğe sahip ilaçlardır. Bu proteaz inhibitörleri hemen tedavi edilmesi gereken ve diğer DEA ilaçlara ulaşılamadığı durumarda tercih edilmelidirler. DEA ilaçlar tedavi başarısızlık oranı ve direnç gelişimi riski yük-sek olduğundan asla monoterapide kullanılmamalıdır.

Kaynaklar
<table>
<thead>
<tr>
<th>Hasta popülasyonu</th>
<th>Önerilen Tedavi</th>
<th>İnterferonun uygun olmadığı tedaviler*</th>
<th>Alternatif tedavi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Genotip 1</td>
<td>Naive⁸</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ PegiFN+-ribavirin</td>
<td>24 hafta PegiFN+ribavirin + simeprevir</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tedavi deneyimli</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ simeprevir</td>
<td>12 hafta PegiFN+ribavirin+ sofosbuvir</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PegiFN, ribavirin, proteaz inh. yanışız</td>
<td>12 hafta sofosbuvir, 12-24 hafta PegiFN+ribavirin</td>
<td>24 hafta sofosbuvir +ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td>Genotip 2</td>
<td>Naive⁸</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
<td>12 hafta PegiFN+ribavirin+ sofosbuvir</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tedavi deneyimli</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
<td>12 hafta PegiFN+ribavirin+ sofosbuvir</td>
</tr>
<tr>
<td>Genotip 3</td>
<td>Naive⁸</td>
<td>24 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
<td>12 hafta PegiFN+ribavirin+ sofosbuvir</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tedavi deneyimli</td>
<td>24 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
<td>12 hafta PegiFN+ribavirin+ sofosbuvir</td>
</tr>
<tr>
<td>Genotip 4</td>
<td>Naive⁸</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ PegiFN+-ribavirin</td>
<td>24 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tedavi deneyimli</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ PegiFN+-ribavirin</td>
<td>24 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td>Genotip 5</td>
<td>Naive⁸</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ PegiFN+-ribavirin</td>
<td>24 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tedavi deneyimli</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ PegiFN+-ribavirin</td>
<td>24 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td>Genotip 6</td>
<td>Naive⁸</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ PegiFN+-ribavirin</td>
<td>24 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tedavi deneyimli</td>
<td>12 hafta sofosbuvir+ PegiFN+-ribavirin</td>
<td>24 hafta sofosbuvir+ ribavirin</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* IFN’un verilemediği durumlarda önerilen veya alternatif rejimler  
⁸ Hepatosellüler kanserli, kompanse sirozlu naive hastalar sirozlu olmayan hastalarla benzer şekilde tedavi edilirler.
Tablo 2: Genotip 1 KHC hastalarında AASLD / IDSA tedavi rehberi (http://www.hcvguidelines.org/full-report-view)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hasta popülasyonu</th>
<th>Önerilen Tedavi</th>
<th>Alternatif tedavi</th>
<th>Önerilmeyen Tedavi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Naive veya PegIFN+ribavirin relapsi (kompanse siroz)</td>
<td>İnterferonun uygun olduğu tedaviler</td>
<td>Subtipen çoklukla 12 hafta pegIFN+ribavirin</td>
<td>12 hafta simeprevir + 24 hafta PegIFN+ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Subtipen çoklukla 12 hafta pegIFN+ribavirin</td>
<td>Subtipen çoklukla 12 hafta pegIFN+ribavirin</td>
<td>Subtipen çoklukla 12 hafta pegIFN+ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td>PegIFN+ribavirin tedavisine kısmı veya tam yanıtsız</td>
<td>12 hafta pegIFN+ribavirin + simeprevir</td>
<td>12 hafta pegIFN+ribavirin, 12-24 hafta pegIFN+ribavirin</td>
<td>12 hafta pegIFN+ribavirin, 48 hafta pegIFN+ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td>PegIFN+ribavirin+bosepirevir/telapirevir tedavisine kısmını veya tam yanıtsız</td>
<td>Genotip 1a</td>
<td>12 hafta pegIFN+ribavirin, 24 hafta pegIFN+ribavirin</td>
<td>24 hafta pegIFN+ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Genotip 1b</td>
<td>12 hafta pegIFN+ribavirin, 12-24 hafta pegIFN+ribavirin</td>
<td>24 hafta pegIFN+ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>İleri evre karaciğer hastalığı</td>
<td>Transplantasyon yapılan bir merkeze sevket</td>
<td>Yok</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dekompanse siroz (Child-Pugh skoru B veya C, karaciğer nakline aday veya değil)</td>
<td>48 haftaya kadar pegIFN+ribavirin</td>
<td>Telapirevir veyabosepirevir veya simeprevir içeren rejimler</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Karaciğer nakli sonrası</td>
<td>12-24 hafta pegIFN+ribavirin + simeprevir</td>
<td>24 hafta pegIFN+ribavirin</td>
</tr>
<tr>
<td>Naive (kompanse siroz)</td>
<td>12-24 hafta pegIFN+ribavirin + simeprevir</td>
<td>PegIFN</td>
<td>Telapirevir veyabosepirevir içeren rejimler kompanse allograftlı hastalarda kullanılmamalıdır</td>
</tr>
</tbody>
</table>

a Genotip 1a ise başlangıçta Q80K için direnç testi yapılabilir
b Özellikle sirozlu olgularda bu rejim pegIFN+simeprevir tedavisinden daha etkisiz olabilir
c Genotip 1a ise başlangıçta Q80K için direnç testi yapılmalı ve eğer mutasyon varsa alternatif tedaviler verilebilir


HBV ve HCV koenfekte olgular: Hepatit C virüsü (HCV) ve HBV aynı ajanlar hücrede interferans olmalıdır. Değerli tüm virüslerin bu grupta pek etkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak potansiyel hedefler bozkır ve HCC riski oldukça yüksektir. Koenfeksiyon durumunda bu virüslerin dominant olması ve HCV'nin kontrolünden daha az etkili olduğu tespit edilmiştir. HCV'deki transaminaz azalma ve HBsAg pozitif hastalarda HCV'nin kontrolünden daha az etkili olduğu tespit edilmiştir. HCV ve HBV koenfekte olgularda HCV virüsü ile HBV'ye karşı direnç mutasyonlarının ortadan kalkması nedeniyle, HCV'nin kontrolünden daha az etkili olduğu tespit edilmiştir. HCV ve HBV koenfekte olgularda HCV'nin kontrolünden daha az etkili olduğu tespit edilmiştir.


HIV ile HBV koenfekte olguları: HIV ile HBV koenfekte olguları, HIV ve HBV virüslerinin coğalabileceği bir durumdu. HIV ve HBV koenfekte olguları, HIV ve HBV virüslerinin coğalabileceği bir durumdu. HIV ve HBV koenfekte olguları, HIV ve HBV virüslerinin coğalabileceği bir durumdu.
terapi alan, özellikle tek başı
şırılmışdır. Olgular
hastalarda HBV:
immünsüpressif ajan kullan
HBsAg pozitif olup renal transplantasyona gidecek ve
sifer saptanan tüm olgular a
ı önerilmektedir. Bu durumda profaktik lamivudin HBV reaktivasyonu
ile ilgili morbide ve mortaliteyi azaltmaktadır.

HBV DNA düzeyi yüksek olup, uzun süreli ve tekrar-
layan immünsüpresyon dönemleri olacak hastaların ise
ente kadır ve tenofovir gibi antiviral potensiyel genetik ba
leri yüksek NA’ları ile korunması önerilmektedir.

HBsAg-negatif, anti-HBC pozitif olgularda (occult he-
patit) HBV DNA pozitifliği saptanmasının durumda yakla-
şim HBsAg pozitif hastalarla benzer olmalıdır. Kemet-
tropi ile immünsüpresyonu olan, HBsAg-negatif, anti-HBC pozitif oluş serum HBV DNA düzeyi saptan-
manayan olgular anti HBs durumuna bakımsızdır ALT
ve HBV DNA testlerine ise izlenmelidir. ALT yükselmesi ön-
cesinde HBV reaktivasyonu konfirmasyonu sağlanan
NA lar ile tedavi edilmelidir. Çoğu zaman anti HBs poziti-
 Tiffany' nin koruyucu olmadığı da akılda bulundurulmalıdır.
Profakti olgularda mortalitenin reaktivasyon sonra
si tedavi olun olgulara göre daha düşük olduğu unutul-
mamalıdır. Takipliğini immünsüpresyon tedavini cinsi
llaki verilmelidir. Bu
ner hedilerle ilgili veriler

Sirozlu olgular: İleri dönem siroz olgularında PEG-
FN bakteriemik enfeksyon ve hepatik dekompanse
rini aratırabilir. Bununla birlikte PEG-IFN tedavi rejimi
kompanje sıröz olgularda KHB olgununikel olan
zile başarılar. NA lar arasında genetik barierlerinin
yuksek olması nedeniyle tenofovir ve entekavir ile
monoterapiler tercih edilmektedir. İleri dönem siroz
olgularında lamivudin kullanılamamalı, HBV DNA düzeyleri
tedavinin ilk bir yılında 3 ayda bir olacak şekilde yakin
takip edilmelidir.

HBV DNA’nın uzun süreli presuyonunun hastaların sta-
bilizasyonu ile sağlayarak sıröz dekompanse karaci-
ğer hastalığına ilerlemesini önleyebilir. Uzun süreli viral
presuyonunun olgularda fibrozisde gerileme ve si-
rada geryönüz olabiliyecidiği bildiren çalışmalar bulunmaktadır. NA lar ile tedavi altında uzun dönem takipler-
de viral reseasyonu olasılığını rağmen hepatosellüler
Karsinom gelisme riski devam etmektedir. Sirozlu hasta-
larda NA ile tedavi süresiz olarak devam etmelidir. HBe-
Ag pozitif olgularda anti- HBe serokonversiyonu veya
HBsAg kaybı ve anti HBs serokonversiyon geliştiriken sonra en az 12 ay konsolidasyon tedavi-
si uygulaması sonrasında tedavi kesilebilir. Ancak tedavi
kesilmesi durumunda olguların yakın takibi gerekir.

**Dekompanze siroz olguları:** Dekompanze siroz ol-
gularının, her an karaciğer transplantasyonu ihtiyacını ola-
bleçeğinden bu konuda uzmanlaşmış merkezlerde takip
edilmeleri uygun olur. Reaktivasyonu önlemek amacıyla
bu olgulara HBV DNA düzeyinden bağımsız olarak anti-
viral tedavi uygulanmalıdır.

(PEG-)IFN kullanımda kontrendikedir. Lamivudin iyi to-
lere edilir, tedavide minimum 6 ayı tamamlayan olgular-
da genellikle klinik düzelmeye veya stabilizasyon sağlanır.
Ancak dirençli mutantların seçilmesi ile kısa süre klinik
bozulma gözlenebilir. Bu nedenle entekavir veya tenofo-
vir kullanımlıdır. Entekavir dekompanze siroz olgularını-
da 1 mg/gün dozda kullanılmak üzere lisanslandmıştır.

MELD skoru >20 olan ileri dekompanze siroz olgu-
larında bazı NA lar özellikle de entekavir ile laktik asidoz
bildirilmiştir. Bu nedenle tedavi sırasında klinik ve labora-
tuvar parametreler yakından takip edilmelidir.

Dekompanze sirozlu olguları NA lar ile tedavi altında
iken 3-6 aylık bir süreçte yavaş bir klinik düzelmeye gös-
terebilir. Transplantasyon gereksinimini önlebilir. Böyle
olgulara ömür boyu tedavi önerilir. Tedavi efektif olsa
bile bu hastalarda HCC riski yüksektir.

Ancak Child-Pugh veya MELD skoru yüksek olan
bazı olgularda karaciğer transplantasyonu gerekir. Bu
durumda NA lar ile tedavi ve HBV DNA nin saptanamaz
düzeve indirilmesi transplantasyon sonrası HBV rekür-
rens riskini azaltacaktır.

Sonuç olarak HBV pozitif tüm olguların alta yatan
hastalıklar ve bu hastalıklara ilgili olarak uygulanan te-
davileri dikkatle izlenmeleri, KHB tedavisi ve/veya prof-
laksi uygulamaları açısından vakit kaybedilmemelidir.

Kaynaklar
1-Liaw YF, Kao JH, Piratvisuth T, Chan HLY, Chien RN, Liu CJ, Gane
E, Locarnini S, Lim SG, Han KH, Amarapurkar D, Cooksley G, Jafri
W, Mohamed R, Hou JL, Chuang WL, Lesmana LA, Sollano JD, Suh
DJ, Omata M. Asian-Pacific consensus statement on the management
2-Koffin CS, Fung SK, Ma MM. Management of chronic hepatitis B:
Canadian Association for the study of the Liver consensus guidelines.
Can J Gastroenterol 2012;26(12):917-938.
3-Lok ASF, McMahon BJ. AASLD PRACTICE GUIDELINE UPDATE.
Chronic Hepatitis
B: Update 2009. HEPATOLOGY, September 2009;1-38
4-European Association for the Study of the Liver.EASL Clinical Prac-
tice Guidelines:
Management of chronic hepatitis B virus infection. J Hepatol. 2012;
(57): 167–185
Gebelikte Kronik Hepatit B Yönetimi
Prof. Dr. Mustafa Kemal ÇELEN
Dicle Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., Diyarbakır


Kronik Hepatit B hastası olup da tedavi altındayken gebe kalanaşılır ne olmalıdır? Bu noktada interteron kullanabilir ya da gelisme. B kategorisinde olmayan ilac ise tenofovir veya tenofovir ile gelecektir. Gebe takibi yapan gebelin bebeğinde bebeğin anormallıklı riski %2.3 olarak kabul edilmektedir. Bu durumda bir gebelenin hepatit B tedavisi aldığının %0.3 riski olarak görülmektedir. Bu durum hekim tarafından bir anlayış ve baba adayı ile açık bir şekilde konuşulup, karar birlikte verilmeli ve bir olur ile bu durum imza alt alınmalıdır.

Kaynaklar
Vertebral Osteomyelit

Doç. Dr. Şebnem EREN-GÖK
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Vertebral osteomyelit (VO), intervertebral disk ve komsu vertebrenin enfeksiyonu olarak tanımlanır. VO, kemik eklem enfeksiyonlarının %2-5’inden sorumludur. Klinik tablo sliklikla siniri başlangıçlı ve yavaş geçtiği olduğu için erken tanı koymak güçtür. Bu nedenle, birçok hastada, tanı sırasında kemik yapısında destrüksiyon veya basıya bağlı nörolojik komplikasyonlar gelişmektedir.

Tedavi, etken mikroorganizmaya göre planlanacağı için etyolojik ajanınaptanması önemlidir. Ancak, invaziv teknikler kullanılrsa da etyolojide rol oynayan mikroorganizma her zaman izole edilememektedir.

Vertebral osteomyelit tanısı konulur bir hastada aynı zamanda hastalığın öyküsü, klinik, laboratuar ve radyolojik bulgular önemlidir.

Hasta öyküsü sorgulanırken; ağrının niteliği (sinsi, bel bağlama veya bel ağrısi) ateş, terleme, içtahsizlik, kıkırdak, kusma gibi semptomlar, immünsüpresyon açısından alıta yatan hastaların (diabetes, steroid kullanımı, romatizmal hastalıklar gibi), spinal trava veya girişim öyküsü, başka bir odakda enfeksiyon varlığı sorgulanmalıdır. Özellikle için etyolojik ajanlar arasında sliklikla karşılaştığımız brusella ve tüberülözü bağlı vertebral osteomielit açısından hastanın mesleği, taze Peyrin ve süt üretimi tüketim tüketime, yoksullık, çevresinde tüberülözü hasta öyküsü sorgulanmalıdır.

Fizik muayenede, tam nörolojik muayene (letarji, ense sertliği, kuvvet kaybı, disestezi, radiküler ağrı, yürüme bozukluğu, idrar veya gaita inkontinansı) yapılımı, ateş, organomegali, örtüz, atrit, kifotik deformite açısından dikkati çeken olaylardır.

Laboratuar incellemelerde hemogram, eritosit sedimentasyon hızı, C reaktif protein, karaciğer enzimleri ve homozimetri testleri içerir. Adem ve basma semptomları hastalar için, laboratuar incellemelerin yapılması sağlanmalıdır.

Vertebral osteomyelitin kemik, kemik eklem, cilt ve doku enfeksiyonu oprası da olabilmektedir.

Bilgisayarlı tomografi (BT), kemiklerdeki anomalitkler en iyi gösteren yöntemdir. Ancak sincer doku ve asetikler göstermede manyetik rezonans görüntüleme (MRG) daha üstündür ve spindolidiski tanıda seçileceği yöntemdir. Sensitivitesi %96, spesifitesi % 93 olarak bildirilmiştir.

Çeşitli elementlerin kullanılıldığı radyonükleer incelemeler de tanıda destekleyici olarak kullanılmaktadır.


Aci cerrahi tedavi endikasyonları arasında, nörolojik fonksiyon kaybı ve sespi, stabilite, gelişebilce ve mevcud deformite, intraspinal bölgeyi ılgı eden lezyonlar, etyolojisi bilinmemeyen, malign olma olasılığı bulunun lezyonun bulunmadığı durumlar ve lezyon endikasyonları, kontrol edilememeyen ağrı, hastanın konservatif tedavide uyumsuzluğunu savulabilir. Paravertebral ve disk intervene apselerin tedavisinde, radyolojik yöntemler eşliğinde perkutan drenaj cerrahi tedavide alternatif olabileceğini belirtmektedir.

Kaynaklar

Bulaş yoluna yönelik önlemler ise bilinen veya şüphelenilen, epidevôiakikoomini safelye, infeksiyon aide ya da kolonize hastalar standart önlemlerle ek olarak uygulanan önlemler zinciridir. Önemile, hastalarınผิดenmeme(68,163),(942,231), imkan yoksa aynı etkenle kolonize ya da infekte hastalar aynı odayı paylaşabilir. Hastaların temastan sonra ve sonra el yıkamalıdır. İzole edilen hastaların tüm atıkları (tibbi, evsel atık vs) tibbii atık olarak kabul edilmelidir.


**Hava yolu önlemleri:** Damlacık çekirdeği ile bulanık (< 5 μm) (suçluotk, kizamık, acığzler tüberkulozu, larrens tüberkulozu, zona) (Tablo 1) etkenleri karşı uygulamalıdır. Hastaların mümkinse negatif basınclı, tek kişilik odaya yerleştirilmeli, imkan yoksa aynı etkenle kolonize ya da infekte hastalar aynı odayı paylaşabilirler. Hastaların temastan önce ve sonra el yıkamalıdır. İzole edilen hastaların tüm atıkları (tibbi, evsel atık vs) tibbii atık olarak kabul edilmelidir.

**Damlacık önlemleri:** Kabakulak, kizamıkçık, influen-zazi infeksiyon hastalıklarında etkenler > 5 μm olan damlacık ile bulaşır. Hastalar tek kişilik odaya yerleştirilmeli, imkan yoksa yataylara arasında mesafe en az bir metreden uzaklaşımalıdır. İzole edilen hastaların tüm atıkları (tibbi, evsel atık vs) tibbii atık olarak kabul edilmelidir.

**Temas önlemleri:** Hastalara hizmet etmek için hazırlık etmek için gerekmektedir. Temas izolasyonunda epidemiolojik olarak önemli mikroorganizmaların infekte ya da kolonize hastalardan direk temas (deri–deri temas) genellikle eller aracılığıyla, indirekt temas kontamine araçlar (tansiyon aleti, ates ölçer, stetoskop vs), kontamine çevresi (kapı kolu, yatak başı vs) ile olur. Odadan girerek deri ve gıyıların kontaminasyonu önemlidir. Kendi önlemleri uygulanır.

Temas izolasyonu koku direnci MRSA (metisilin resistan S aureus), VRE (vankomisin resistan enterokok), ESBL (+) (genişlenme spektrumu beta laktamaz) gram negatif basiller, β-lactam dirençli mikroorganizmaların de uygulanabilir. Ancak antibiyotikler dirençli mikroorganizmalar ile infeksiyon ve kolonizasyon prevalansındaki artış, hastanede yeten hastaların büyük kısmında izolasyon gerekşimini ile karşılamanın nedeni olmuştur (4).


İzolasyon işlemi pahalı ve zaman alıcıdır. Özel malzemeleri kullanılmak, hasta yerleşim alanlarında çeşitli kullanılmak, bazı kısıtlamaların beraberinde getirilmektedir. Hastaya özel bir tedavi ya da monitorizasyon uygulanması gerekiyorsa, uzamış izolasyonunun bunun engellenmesine yaracaktır. Bu nedenle izolasyon, doğru endikasyondan uygulanmalıdır. Aksine, gerektirece halde izolasyon yapımını, morbidite ve mortalite artıracak ve dolaylı olarak malı yet etmek için artırabilir. Tıbbi atıkların, düşme ve hasta memnuniyeti zatenin en fazla izole edilen hastalarda gözden geçirilmesi dair sinyaller bulunmaktadır (5, 6).

Birçoız hastanede izolasyon işlemleri ile ilgili yazılı rehberler bulunmasına rağmen, genellikle etkin kullanılmamaktadır (7). Bunun nedenleri arasında en önemli faktör klinisyenler ve hastanın kodoludur. Bu rehberlerin uygun olmas Amanda, infeksiyon kontrol uygulanan ve veya antibiotik direncinin tanımlanması ilgili yeterli donanım ve tekniklerin olmaması da bu izolasyonун yerel uygulanamamasına neden olur. Ayrıca izolasyon gereken hastaların hastane personeli ve ziyaretçiler arasındaki ilişkilerin sınırlanmamasıyla ilgili problemler de siklikla yaşanmaktadır. Hasta ve ya-
kinlarına, çalışan sağlık personeline yeterli bilgi verilme-diği ve yaptırımlar olmadığı sürece bu sorunlar devam edecek gibi görüılmektedir (8).

Ancak unutulmamalıdır ki, izolasyon uygulamaları yapılmalıdırında morbidade ve mortalite artacak, salgın araştırmalar, hastanın hastanede yiğinci uzamasıyla direkt, hastanın işgücündeki kayıp ile indirekt maliyet artacaktır (4).

Tablo: İzolasyon gerektiren infeksiyon hastalıkları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Solunum İzolasyonu</th>
<th>Kızamık</th>
<th>Varisella (zona dahil)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Küçük</td>
<td>Tüberküloz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SARS</td>
<td>Viral hemorajik ateş (KKKA, Ebola, Marburg, Lassa)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Damlacık İzolasyonu</th>
<th>Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Difteri</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Boğmaca</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mycoplasma pneumoniae</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>A grubu beta hemolitik streptokok Adenovirus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kabakulak</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Grip</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Parvo B19</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kızamıkçı</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Temas İzolasyonu</th>
<th>MRSA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>VRE</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Çoklu dirençli Pseudomonas spp</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Çoklu dirençli Enterobacter cloacae</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ESBL pozitif enterik bakteriler</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Karbapenem dirençli gram negatif basiller</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Clostridium difficile, Escherichia coli O157:H7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hepatit A</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Rota virus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Shigella spp</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Salmonella spp</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>RSV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Rotavirus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Grip</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Parainfluenza</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Cilt difterisi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Herpes simlex</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pediküloz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>İmpedigo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Açık apse</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Akıntılı yara</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Viral hemorajik ateş (KKKA, Ebola, Marburg)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kaynaklar
Günümüzde infeksiyon hastalıkları tanısında daha karmaşık yöntemler geliştirilmektedir. Bazı öngörüle göre de teknoloji bu hızla gelişme gösterecek olursa yakın bir gelecekte klinik tansal laboratuvarlar yerlerini ofis tipi basit araçlarla bırakacak ve günümüz mikrobiyoloji laboratuvarları tarihe karışacaktır (1).

Fakat ne olursa olsun bazı temel adımlar önemini asla kaybetmeyecektir:

1. Ideal sonuç için uygun örnek alınması kaçınılmaz zorunluluktur. Mikroorganizmalar hızla öperyil hızla ödeme özelliği göster dikleri için örneğin zamanlaması kritik önem sahiptir. Sadece örneğin zamanlaması değil alındıktan sonra laboratuvara ulaştırılması da önemli bir aşamaya ölçüt olarak alınmalıdır. 

2. Örnekle antimikrobik tedavi başlamadan önce alınmalıdır. Tedavi başlandıktan sonra alınan örnekler-özelikle kültür çalışmaları için olanlar- önemli ölçüde başlangıçta alıcaaktır.

3. Örneklere yorumu için yeterli bilgi mutlaka laboratuvara ulaştırılmalıdır.

Ideal sonuca ulaşmak için klinisyen-laboratuvar ilişkisinin boyutu ve kalitesi en önemli belirleyen olmaya devam edecektir. Bu ilişki örneğin gönderilmesi ve sonuca ulaştırılmasından ibaret basit ve kısr bir ilişki olarak düşünülmelidir. Bu ilişkide laboratuvarın test öncesi (preanalitik) aşamada hangi testleri yapabilip, bu testleri yapma koşulları, hangi durumlarda hangi testleri önceliğini ve uygun örnek ile önelmi ayrıntıları klinisyene ulaştırılmalıdır.

Testlerde kalite kontrol sistemleri uygulanmalı ve sonuçların güvenilirliği garanti altında tutulmalıdır. Güvenilir sonuç kadar önemli bir aşamının hızlı sonuç olduğu unutulmamalı ve bu konuda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Laboratuvar sonucun yorumu aşamasında da etkin rol almaktadır ve hatta laboratuvar sonucunun kullanımı da izlenmek ve bu konuda gerekli çalışmaları da yapmalıdır.

Bu sorunun çözülmesi katkı sağlamak için 2013 yılında Infectious Diseases Society of America (IDSA) ve American Society for Microbiology (ASM) tarafından ortak bir rehber hazırlanmıştır (2). Bu rehberde en sık gönderilen örneklerle ilgili örnekler tablo belirtilmiştir (Tablo). Bu çalışma bence ülkemizde yapılacak laboratuvar-klinisyen ve özellikle infeksiyon Hastalıkları Klinik Mikrobiyoloji, Tibbi Mikrobiyoloji işlemlerine yön verecek yeni çalışmalar için bir işık olabilecektir.

Sonuç olarak teknolojik gelişmeler ne kadar geniş o kadar geniş o kadar kazanılan ilerleminin özellikle infeksiyon hastalıklarının tanı ve tedavisinde çok önemli olduğunu unutmamak gerekmedektir.

Kaynaklar
Tüberküloz Diş Mikobakteri İnfeksiyonları: Epidemiyoloji

Prof. Dr. Meltem UZUN
İstanbul Üniversitesi Tip Fakültesi, Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul


Tüberküloz diş mikobakteri infeksiyonları tüm dünyada yaygın olarak görülür. Bir çok gelişmiş ülkelerde insiden- si 1-2/100.000 oltu olarak bildirilmiştir. (2, 10, 11) ancak, TDM infeksiyonları ulusal olduğu oltudan eğitimli zo- runludur ve bu nedenle surveysan veriler sınırlıdır. Buna bağlı olarak da infeksiyonların gerçek prevalans değerlerini taranmak için belirleme metodikler denmek pek çok gelişmiş ülkeler arasında yoktur. (10,11) ancak, verilerin değerlendirdiği TDM infeksiyonları her yıl %8-9 artmaktadır ve 2003 yılında ABD'de insidens 14.1/100.000 olarak bildirilmiştir (2, 8, 10, 11).


Pulmoner infeksiyonların epidemiyolojisi


Lenf nodu infeksiyonlarının epidemiolojisi

Yayın olmayan bir infeksiyon türüdür. Bununla birlikte ABD'de her yıl yaklaşık 300 oltu bildirilmektedir. HIV ile infeksiyon yoksas TDM'ere bağlı lenfadenit erişiminde nadiren görülür, primer olarak çocukluk çağında hastalığı- lardır. Kültürle kanlanmış oltuların büyük çoğunlukunda MAC (%80) (tüm dünyada, özellikle ABD'de en yaygın tür) izole edilir; ABD ve Avustralya'da geriye kalan oltular M.scrofulaceum, İngiltere, İskandinav ülkeleri ve diğer kuzey Avrupa ülkelerinde MAC'den sonra major patojenlerdir (8). Yaklaşık 30 yıl önce M.scrofulaceum pek çok çoğrafik bölge olmak izole edilen lenfadenit etkeni iken, bugünkü dominant tür MAC'dir (8, 13, 14). Bunun nedeni muhte- melen bu yıllarda klorlama çalısmalarının başlaması ve MAC'e oranlı kloru daha fazla etkili M.scrofulaceum'un izole edilmesi sonucu olmuştur. Bu, in- sanlarda oluşan infeksiyonlarda suyun rolünü kanıtlayan önemli bir örnek olabilir.

Deri ve yumuşak doku infeksiyonlarının epidemiolojisi

Akvaryumlarda olanlarda veya balık-balıkçılıkla ilgisi olan insanlarda kutanöz infeksiyonlar M.marism'tara- findan oluşturulur. Diğer balık kaynaklı kutanöz lezyon- larda etken olarak M.fortuitum ve M.chelonea de bildirildi- rilmiştir (15).

Kemik ve eklem infeksiyonlarının epidemiyojolojisi


Dismene infeksiyonlarının epidemiyojolojisi


Son yıllarda TDM infeksiyonları ile ilgili Yayınlarında artış gözlemektedir. Ortam şartlarının uyum sağlamalarını kolaylaştıran oldukça güçlü fizyolojik özelliklere sahip bu bakterilerin kolonize olduğu kaynaklar insanlar tarafından ortaklaşa kullanıldığı ve TDM infeksiyonlarına duyarlı popülasyonda artış olduğu sürece, bu infeksiyonların prevalansında da artış olmaya devam edecektir. Ancak, kaynakların kontrolü ve takibi ile surveyan çalışmalardan başlatılması bu artış önlenemeceyardığı olacaktır.

Kaynaklar
Tüberkülöz Dışı Mikobakteri İnfeksiyonları: Tanı ve Sorunlar

Prof. Dr. Süheyla SÜRÜCÜOĞLU
Celal Bayar Üniversitesi, Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa

**Tablo:** Tüberkülöz Dışı Mikobakterilere Bağlı Akciğer Hastalığının Tanı Kriterleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klinik (İkisi de Gerekti)</th>
<th>Mikrobiyolojik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1-Akciğer hastalığı belirtileri, Akciğer grafsinde nodüler veya kavayar opasiteler veya HRCT’de multipl küçük nodüler ve multifokal bronşiyektazi</td>
<td>1-En az iki ayrı ekspoktore balgam örneğinde kültür pozitifiği (Başlangıçta alınan balgam örneklerinin sonuçları tanı koydurucu değilse mikroskobik inceleme ve kültür tekarnı düşünülebilir) veya 2-En az bir bronkoalveoler yıkama veya lavaj sıvasında (BAL) kültür pozitifiği veya 3-Transbronşiyal veya diğer akciğer biyopsi örneklerinde mikobakteri enfeksiyonu gösteren histopatolojik değişiklikler (granülomatóz inflamasyon veya ARB) ve kültür pozitifiği veya biyopsi örneklerinde mikobakteri enfeksiyonu gösteren histopatolojik değişiklikler (granülomatóz inflamasyon veya ARB) ve bir veya daha fazla balgam örneğinde veya BAL kültüründe kültür pozitifiği</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ATS kriterleri tanıda yararlı olmakla birlikte TDM izole edilen hastaların tümü için yeterli değildir ve aşağıdaki sorunların çözümünde yetersiz kalmaktadır:

- Bu kriterler patojenitesi yüksek olan *Mycobacterium avium, Mycobacterium kansasii* ve *Mycobacterium abscessus* için düzenlenmiştir (3). Ancak bu sayılanları gidermek için artan TDM türlerinin tümüne virülsiz düzeyde yan etkili değildir.
- Ayrıca klinik kriterleri karışımlan hastaların çoğununda görülen klinik ve radyolojik belirtiler TDM hastalıklarında gözüğü değildir.
- Tek bir BAL örneğinde kültür pozitifiği mikrobiyolojik tanı kriterlerinden olmakla birlikte bronkoskopların veya hastane su sistemlerinin TDM’ler ile kontaminasyon kültür sonuçlarını etkilebilebilmesidir (3, 4).

Ancak, konuğun bağımsız olduğunu olmasa, balgam yaşamında asidorezistan bakteri (ARB) görülmesi (baskılı düşünün fazla oldugunu gösterir), hasta örneğinde virüsli olup bir türün izole edildiği, birer ay arası ile alınan üç balgam örneğinde aynı mikrobacteri türünün izole edilmesi, dokuda granülomatóz değişiklikler olması, radyolojik olarak nodüler- bronşiyektazik lezyonların izlenmesi kontaminasyon veya geçici kolonizasyonda çok enfeksiyon lehine bulgu olabilir (3). Bu nedenle mikrobakteriyoloji laboratuvarlarında TDM’lerin izolasyonu ve identififikasyonu güvenilir yöntemler ile yapılmalı ve sonuçlar hastaların klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgular ile birlikte değerlendirilmelidir.

**Tüberkülöz Dışı Mikobakterileri** İzolasyon ve identifikasyon

1- Mikroskobik inceleme ve kültür


2-Identifikasyon yöntemleri


a-Nükleik asit hibridizasyon yöntemleri

b-PZR-RFLP (Polimeraz zincir tepkimesi ve kesim parçalarının uzunluk analizi)

c-Line Prob teknolojisi

d-DNA dizisi analizi


Son yıllarda mikobakterilerin identifikasyonunda MALDI-TOF MS (matrix-assisted laser desorption/ionization time of flight mass spectrometry) kullanımların ilgi kazanmaya başlamıştır (6, 8). Bu yöntem temeli mikroorganizmadan özülenen proteinler tarafından üretilen özgün kütle spektrumunun analizine dayalıdır. Çalışmaların sonucunda birlikte edilebilen sonuçlar umut vericidir.

Sonuç olarak TDM enfeksiyonlarının tanılarında güvenilir mikrobiyolojik yöntemler kullanılmakta birlikte, klinik örneklerden izole edilmesi tani için yeterli değildir. Hastanın klinik, radyolojik, histopatolojik ve mikrobiyolojik bulguları birlikte değerlendirilerek tedavi kararları alınmalıdır.

Kaynaklar

Tüberküloz Dışı Mikobakteri İnfeksiyonları: Tedavi ve Sorunlar

Prof. Dr. Ayşe YÜCE
Dokuz Eylül Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., İzmir

Tüberküloz dışı mikobakteri (TDM) enfeksiyonlarında tedavi presipleri 2 bölümde ele alınmalıdır.

1. *M. avium intracellulare* (MAC) enfeksiyonları ve tedavi presipleri

2. Diğer TDM enfeksiyonları ve tedavi presipleri

Normal konaklar için virulan olmayan MAC çeşitli nedenlerle immun sistemini baskılayacak şekilde pulmoner hastalık, dissemine hastalık ve lenfadenit olmak üzere 3 önemli klinik tablo meydana getirir. Nadiren deride hasta-lık yapabilir.

Pulmoner enfeksiyonlar daha çok gelişmiş ülkelerde görülür. Spesifik bir risk faktörü tanımlanmamış olmakla birlikte olgunların çoğu önceden tüberküloz geçmiş yo-gun sigara içen veya *Human immunodeficiency virus* (HIV) enfeksiyonu gibi nedenlerle immun sistemini baskınamış kişilerdir.

HIV enfeksiyonu bulunmayan kişilerde MAC enfeksiyonu 2 ayrı klinik tablo oluşturur.

1. Üst lop kaviteli hastalık (daha çok 50 yaş üzeri sigara içen ve alkollü kullanılan erkek hastalar)

2. Sağ orta lop ve lingulada birden fazla alanda nodüler bronşektazi (60 yaş üzeri sigara içmeyen kadın hastalar)

Yaşayan hastalık daha çok AIDS hastaları ve immün yetmezliği kişilerde görülür, lenfadenit küçük çoklukarda sik licklik servikal bölgelerdedir.

MAC enfeksiyonlarında başarısız tedavi zordur. Diğer mikobakteri enfeksiyonlarının tedavisinde olduğu gibi dirençli önemleme ve uzun süreli kür elde etmek için en az 2 aktif ilaç birlikte kullanmak , hastalar ilaç etkileşimleri ve yan etkiler açısından yakın takip edilmelidir. Tedavi uzun ve toksik olduğu için yalnızca aktif klinik belirtileri ve anormal radyolojik bulguları olan kültür pozitifi kişilere başlanmalıdır. Genellikle kloritromisin, etambutol ve rifampinden oluşan az 3 ilaç kullanılmalıdır. Klasik olarak kloritromisin 2x500 mg/gün + etambutol 15mg/kg/gün + rifampin 600 mg/gün veya rifabutin 300 mg/gün şeklindedir. Yan etkilerin azlığından dolayi rifampin kullanımı tercih edilir. Tedavi seçenekleri aşağıdaki özetlenmiştir.

Nodüler/bronşial pulmoner MACastingi: Kloritromisin 1000 mg haftada 3 kez ya da azitromisin 500-600 mg haftada3 kez + etambutol 25 mg/kg haftada 3 kez + rifampin 600 mg haftada 3 kez kullanılır.

Kaviter hastalık için: Kloritromisin 500-1000 mg/gün ya da azitromisin 250-300 mg/gün + etambutol 15 mg/kg/gün + rifampin 600 mg/gün ≥ streptomisin ya da amikasin kullanılır.

Önceden tedavi edilmiş veya ağır oğullar için: Klaritromisin 500-1000 mg/gün ya da azitromisin 250-300 mg/gün + etambutol 15 mg/kg/gün + rifabutin 300 mg/gün ya da rifampin 600 mg/gün + streptomisin ya da amikasin


Düzeltme yavaş olup hastaların çoğunda kültür pozitifiği 6-12 ay sürer. Tedavi süresi kültür negatif olduğunda en az 2 kez devam edilir. Akciğerdeki değişiklikler yavaş olduğu için akciğer grafisi sıkı takiplanmalıdır.

Dissemine MAC enfeksiyonları olan hastaların 6-12 ay içinde balgam negatif olana kadar 6-8 haftada kultürleri negatif olamamakla, yenî olgunlar için: Klaritromisin 2x500-600 mg/gün + etambutol 15 mg/kg/gün ± rifabutin 300 mg/ gün kullanılır.

Dissemine MAC tedavi rejimi: Klaritromisin 500-600 mg/gün + etambutol 15 mg/kg/gün ± rifabutin 300 mg/ gün kullanılır. Kloritromisin azitromisinence tercih edilir.

Dissemine MAC alternatif tedavi: Azitromisin 500-600 mg/gün + etambutol 15 mg/kg/gün ±rifabutin 300 mg/ gün

Dissemine hastalık için yüksek risk içeren kişilere MAC için profilaksi önerilir.

Profilaksi için: Oncelikle azitromisin 1200 mg/hafta tercih edilir. Alternatif olarak kloritromisin 2x500mg/ gün veya rifabutin 300mg/gün kullanılır.

MAC lenfadenitinde seçilecek tedavi genellikle lenf bezi aconsun hastalarda klinik ve mortalite oranlar yüksek olup tedaviin alındığından daha çok tercih edilmektedir. Dekortilasyon sonrası durumda ise makrolit içeren bir rejim önerilir.

Dissemine MAC enfeksiyonları olan hastaların %70-90’sında nedenle tedavi çok uzun sürer. Tedavi süresi serbest bırakılarak hasta ya da hastanın klinik durumuna uygun olarak 3-6 ay ile devam edilir.

Belirli bir kültür negatif olana kadar en az 3 kez devam edilir. Tedavi Süresi kültür pozitifiği 6-12 ay sürer. Tedavi süresi kültür pozitifiği 6-12 ay süren hastalar olarak değerlendirilir. Dissemine MAC enfeksiyonları olan hastaların 6-12 ay içinde balgam negatif olana kadar 6-8 haftada kultürleri negatif olamamakla, yenî olgunlar için: Klaritromisin 2x500-600 mg/gün + etambutol 15 mg/kg/gün ± rifabutin 300 mg/ gün kullanılır.

Dissemine MAC tedavi rejimi: Klaritromisin 500-600 mg/gün + etambutol 15 mg/kg/gün ± rifabutin 300 mg/ gün kullanılır. Kloritromisin azitromisinence tercih edilir.

Dissemine MAC alternatif tedavi: Azitromisin 500-600 mg/gün + etambutol 15 mg/kg/gün ± rifabutin 300 mg/ gün

Dissemine hastalık için yüksek risk içeren kişilere MAC için profilaksi önerilir.

Profilaksi için: Oncelikle azitromisin 1200 mg/hafta tercih edilir. Alternatif olarak kloritromisin 2x500mg/ gün veya rifabutin 300mg/gün kullanılır.

MAC lenfadenitinde seçilecek tedavi genellikle lenf bezi aconsun hastalarda klinik ve mortalite oranlar yüksek olup tedaviin alındığından daha çok tercih edilmektedir. Dekortilasyon sonrası durumda ise makrolit içeren bir rejim önerilir.

MAC dışında kalanan diğer TDM leech Beschriebenen ve konaklarda önemli klinik tablolar meydana getirirler. Akciğer, deri ve yumuşak doku , servikal ve diğer lenf bezleri, kemik eklem ve tendon gibi iskelet sistemi enfeksiyonlar, yaygın hastalık, katater ilgili enfeksiyonlar en sık görülen enfeksiyonlardır. Hızlı , orta ve yavaş üre- yen mikobakteriler etken olarak yer alır. Siklikta etken
olarak bulunan TDM lere ilişkin tedavi seçenekleri aşağıdaki Tablo'da görülmektedir.

### Tablo: MAC dışı NTM enfeksiyonlarında tedavi seçenekleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Türler</th>
<th>Hastalık</th>
<th>İlaç</th>
<th>Günlük erişkin dozları</th>
<th>Haftada 3 gün</th>
<th>Tedavi süresi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>M. kansasii</td>
<td>Izoniazid + Rifampin + Ethambutol Klaritromisin</td>
<td>300 mg 600 mg 15 mg/kg 2X500 mg</td>
<td>600 mg 25 mg/kg 2X500 mg</td>
<td>Kültür negatif en az 12 ay 9-12 ay</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(ABD)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(UK)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dissemine</td>
<td>Pulmoner ile aynı</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HIV-pozitif</td>
<td>Pulmoner gibi (ABD), rifampin yerine rifabutin veya klaritromisin</td>
<td>150 mg</td>
<td></td>
<td>Pulmoner gibi (ABD)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>M. abscessus</td>
<td>Amikasin IV+ İmpenem IV veya Sefoksitin IV+ Klaritromisin</td>
<td>7-10 mg/kg tek doz 1 gr günde 2 kez 8-12 gr/gün (2-3 dozda) 2X500 mg</td>
<td>-</td>
<td>2 hafta 2 hafta 6 ay</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(Erişkin)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lokalize kutanöz</td>
<td>Klaritromisin</td>
<td>2X500 mg</td>
<td>-</td>
<td>6 ay</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dissemine veya ağır kutanöz</td>
<td>Üstte belirtilen 3 ilaç</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>M. marinum</td>
<td>Kutanöz</td>
<td>2X500 mg 2X100 mg 600 mg 15 mg/kg</td>
<td>-</td>
<td>3 ay</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kutanöz</td>
<td>Klaritromisin veya Minosiklin veya Rifampin + Ethambutol</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Kaynaklar**


Sonuç olarak, TDM’nin etken olduğu enfeksiyonlar nadir olmayabilir, normal konak dahil tüm hastalarda akıçger enfeksiyonunun yatarak tedavi edilen olgular mevcuttur (8,9).

Kaynaklar


HIV/AIDS Hastalarında Fırsatçı İnfeksiyonlar: Olgu-1

Doç. Dr. Nuriye TAŞDELEN-FİŞGIN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları AD., Samsun

HIV ("Human Immunodeficiency Virus" İnsan İmmün Yetmezlik Vırusu) infeksiyonu 1981 yılında tanımlanmasından günümüze kadar önemli bir korku, tüm dünyada epidemide neden ol olmuş bir sağlık sorunudur (1).

Yüksek etkinlikli antiretroviral tedavinin kullanım girmesi ile HIV hastalara fırsatçı infeksiyon sikliğinin azalma saptanmış olup, hastaların yaşamda kalma süresini uzatmıştır (2).


Japonya’da yapılan bir çalışmadı; kaybedilen 225 HIV hastanın otopsi sebepleri değerlendirilmiştir (8). Buna göre hastaların 142’sinde (%63.1) sitomegalovirüs (CMV) infeksiyonu ve 66’sında (%29.2) PCP en sık rastlanan fırsatçı infeksiyon olarak saptanmıştır (8). 

Japanlilerarasında ise en sık %31.6 (n:71) ile Non-Hodgkin Len-foma ve ikinci sıklıkta %16.9 (n:38) ile Kaposi sarkomu görülmuştur (8). Akciğer tutulumunun özelliklerine bakıldığında; CMV %41.3 hastada, PCP %29.3 hastada, Aspergillus infeksiyonu %10 hastada, Kaposi sarkomu %9.3 hastada, tüpler infeksiyonu %6.2 hastada, kriptokok infeksiyonu %4.9 hastada, kandida infeksiyonu %4.4 hastada ve tüpler %4 (%1.8) hastada saptanmıştır (8).

Pneumocystis jirovecii pnömonisinde, hastalarda kuru öksürük, subfebril ateş, dispne ve hipoksi meydana gelmektedir (2). Tanida özellikle indüklennmiş balgam dışında, bronkoalveolar lavaj ve trakeal aspirasyon ile alınan örneklerin, Toluidin mavisi O, Wright Giemsa, Metena.min Gümüş (Gomori/Grocott) boyama yöntemlerinde inflamasyonun da, direkt-indirekt floresans antikor testi ve PCR testleri kullanılmaktadır. P. jirovecii belirici olarak (1-3)-Beta-D-glukan ve konak belirici olarak laktat dehidrojenaz (LDH) düzeyinin ölçümesi PCR tanısında kullanılabileceğini bildirilmektedir (2).

Tüberkülözu, HIV infeksiyonunda görülen önemli hastalıklardan biridir. CD4>200/mm3 olduğunda genellikle ateş, gece terlemesi, öksürük, hemoptizi gibi semptomların eşlik ettiği akciğer tüberkülözü şeklinde karşımıza çıkar (9). Bu hastalarda kavite olunça da olmasının akciğer infiltrasyonu üst loblarda belirgin olur (9). Tüberkülözu granülomu oluşur. CD sayısının düşmesi ile immünsüp-

Kaynaklar


Serebral toksoplazmoz olgusu


İrdeleme

Toxoplasma gondii tüm dünyada popülasyondan %15-85’i etkileyen intrasellüler bir protozoidir. Primer infeksiyon çoğunlukla asemptomatiktir. HIV enfekte kişilerde toksoplazmoz latent infeksiyonun reaktivasyon sonucu meydana gelir. T. gondii seronegatif olanlarda toksoplazmoz sıklığı çok düşüktür. Genellikle CD4 sayısı 200 hücre/mm³’ün altında olanlarda hastalık gelir. CD4 sayısı 50 hücre/mm³’ün altında olanlarda daha risklidir.

HIV infekte hastalarda serebral toksoplazmomun en sık klinik bulgular ateş, baş ağrıısı ve fokal nörolojik bulgulardır. Hastalarda fokal defisitlere bağlı nöbet, hemiparezi, afazi gibi bulgular ve eşiğ eden serebral odeme bağlı konfüzyon, demans, letari olabilir. Tedavi edilemezse hastalık ilerler, koma ve hayati tehdit eden tablo ile sonucanlanabilir.

Tomografi ve MR’da beyaz cevherde bir ya da çoğunlukla birden fazla sayıda tipik halka şeklinde kontrast tutan, izodens ya da hipodens lezyonlar ve siki nơiığa eşiğ eden odem görünümü saptanır. Toksoplazmoz, beyinde tek lezyon veya difüz enfesalít tablosu ile de seyredebilir, bu durumda hızla ilerleyebilir, mortal seyretmeye eğilimlidir.

Serebral toksoplazmozun hastaların hemen tümünde toksoplazma IgG pozitifiği. IgM antikorlar genellikle saptanmaz. Kanitlatıcı antikor titreleri tanı için kullanılmaz.


Olası başka bir tanı yoksa ve iki haftalık spesifik toksoplazmoz tedavisi ile klinik ve radyojiljöz değerleme varsı ampirik tanıyı güvenmek yeterlidir.عني buışi toksoplazmo serumoloji negatif olan hastalarda ve tedaviye yanıt vermemeyen veya kötüleşen hastalarda düşünülmeli-dir. Buışi biyopsisi yapıl histogramoloji incelemeleri toksoplazmoz kanıtlanan veya BOS’ta T. gondii PCR pozitif saptanan hastalarda alternatif tedaviye geçmek düşünülebilir.

CD4 sayısı 100 hücre/mm³’ün altında olan toksoplazma seropozitif hastalara profilaksi verilmelidir. TBM-SXT fort tableti gün üç tercih edilen rejimdir. TBM-SXT fort tableti/haftada üç gün alternatif olarak verilebilir. Toxoplazma seronegatif hastalar CD4 sayısı 100 hücre/mm³’ün altında ise tek tek test edilmiş ve serokonvansiyon gelişmiş profiliaksi başlanmalıdır. Toxoplazmoz için primer profilaksi verilen hastaların CD4 sayısı 3 aydan uzun süre
200 hücre/mm$^3$'ün üzerine çıkarsa profilaksi kesilir. CD4 sayısı 100 hücre/mm$^3$'ün altında tekrar süreçte tekrar profilaksi başlanmalıdır.


Kaynaklar
Akdeniz Benekli Ateşi
Prof. Dr. Figen KULOĞLU
Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

Akdeniz benekli ateş (AB), benekli ateş grubu riket-
siyalar içerisinde yer alan R. conorii subspecies conorii 'nin etken olduğu bir hastalıktır (1,2). ABA ilk olarak 1910 yılında Tunus'ta Conor ve Bruch tarafından tanımlanmıştır. Tipik inokülasyon eskeri ise 1925 yılında Boinet ve Pieri tarafından Marsilya'da tanımlanmıştır (1,2).

ABA, Kuzy Afrika ve Güney Avrupa' da endemiktir ve insanlara kahverengi köpek kenesi Rhipicephalus sanguineus'un isirması ile bulaşan R. conorii subspp. conorii, Akdeniz benekli ateşinin etkenidir (1,2).

Ortalama altı günlük asemptomatik inkübasyon süre
gi sonrası, ani başlayan yüksek ateş, titreme, baş ağrısı, miyalji, artralji ve kenenin isirdiği yerde oluşan siyah renkli esker ('tache noire') ile hastağın başlar (1,2). Eskar patogonomik bir fizik muayene bulgusudur; dikkatle aranmalıdır. Bazı olgularda inokülasyon konjonktiva ara
cılığı ile olmakta; hastalarda konjonktivit gelişmektedir. Ateşen iki-üç gün sonra önce muküler, sonra makülo-
papül, sonra da kirmizi-mor renge dönünen yaygın cilt erişpüsiyonlar görülür. Döküntüler çoğunlukla avuç içi ve ayak tabanlarında da görülür ama yüzde görülmez (1,2).

Benekli ateşli tedaviden 48 saat sonra insanın ikiğine ve 10 gün içinde hastalar sekelsiz dözeller. Nörolojik belirtiler, çoklu organ tutulumu gibi ciddi formlar ABA ol
gularının %5-6'sını oluşturur. Ciddi seyreden olgularda aşırı risk faktörü: ileri yaş, immunsupresyon, kronik alkolizm, glukoz-6-fosfat dehidrojenaz eksikliği, etkisiz antibiotik tedavisi bırakılmış olması, etkili tedaviye ge
cime, diabetes mellitus, kusma, dehidrasyon ve üredi
midir. Mortalite oranı %2.5'dir (1,2).

ESCAR Çalışma Grubunun hazırladığı 'Avrupa'da Kene ile Bulaşan Bakteriyel Hastalıklar Nini Kila

dan kene temizlerek, kenenin ellerinde parçalandiğını ifade etmiştir (12).

Trakya Bölgesi'ndeki hastaların tamamında yüksek ateş ve yüksek ateşten ortalamada 3.41 ± 1.98 gün sonra makülopapüler döküntü (%95) görülür. Döküntü 108 (%84) hastada avuç içi ve ayak tabanlarında da görülmüş
tür. Hastaların 86'sında tek, dördünde çift olmak üzere toplam 90 hastada (%70) eskar saptanmıştır. Eskar vucudun çeşitli bölgelerinde (gövde, kollar, bacaklar, parmak uçları, göz kapağı, meme ucu gibi) saptanmıştır (12). Diğer yanıklar ve bulgular: baş ağrısı (%67), miyalji (%60), konjonktivit (%19.8), stupor (%5.8), hepatomegali (%11.6), ral (%9). Laboratuar incellemelerinde lüksositoz (%32), lüko
peni (%12.7), trombositopeni (%52.5), ALT/AST yüksekliği (%72), azotemi (%28), CRP yüksekliği (%98) saptan
tır. Ön dört hastanın (%10.9) klinik tablosu ciddi seyre
di; pnémoni, meningoensefalit, çoklu organ yetmezliği şap
tanmıştır. İki hasta (%1.6) kaybedilmiştr.
Hastaların %74’üne farklı bir merkezde beta laktam antibiyotikler başlanmış ancak hastalar fayda görmemiştir. Klinik belirti ve bulguları ile ABA düşünülen hastalara seroloji sonucu beklenmeden, 7-14 gün süre ile doksisiklin verilmiştir. Doksisiklin tedavisi sonrasında yüksek ateş ortalaması 2.5± 1.4 gün sürmüştür (12).

IFA ile hastaların %77’sinde serokonversiyon ya da dört kat ve üzeri titre artışı saptanmıştır. Deri biyopsi örneklerinin %72.6’sında sitrat sentaz (gltA) ve dış memban protein A (OmpA) genleri PZR ile pozitif saptanmıştır. DNA dizi analizi sonuçları Rickettsia conorii subsp. conorii (type strain= Malish, ATCC VR-613) ile uyumlu saptanmıştır (12).

**Kaynaklar**

Q Ateşi

Uzm. Dr. Ali ASAN
Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bursa

Q ateşı etkeni olan C. burnetii hareketsiz, kapsülsüz, zorunlu hücre içi parazit olarak yaşamayan, küçük (0.2-1.0 μm) düzensiz koksobaslı şeklinde gram negatif bir bakteri (1,2). Özellikle mononükleer fagositleri tutma etkisi ile esas olarak Pseudomonas, Francisella, ve Legionella’lar ile daha uzaktan da Rickettsia’lar ile ilgilidir (3).

Etkenin rezervuar başta çiftlik hayvanlarıyla (şığı, ko, keçi, koyun, keçi) olmakla birlikte, diğer evcil hayvanlar (kedi, köpek, tavşan), kuşlar ve keneler olabilir. Bakteri enfekte hayvanların idrar, dişk理解和 etrafıyla da Rickettsia’lar ile ilgilidir (3).

Ülkemizde C. burnetii’nin insanlarda tanılanmasını takiben ana enfeksiyon kaynağı olan çiftlik hayvanları ve keneler üzerinde çalışmalar başlatmıştır. Ülkemizde etken coğrafik dağılımı ve prevalansını saptayabilme amacıyla arasında hem beşeri hem de veteriner hekimlik alanında yoğun çalışmaları yürütülmüştür. Hayvanlardaki C. burnetii’ndeki çalışmalar çoğunlukla insan enfeksiyon sonuçları değerlendirildiğinde; Koksilevzo prevalansının yaşa birlikte artması, sürü prevalansının hayvan prevalansından daha yüksek olması, prevalansın dişlerde erkeklerden daha yüksek olarak bulunması, genital problemi veya yavuza alan hayvanlarda prevalansın sağlıklı hayvanlara göre daha yüksek oranda bulunması dün yadaki diğer çalışmalar ile uyuşmamıştır (6).


Q ateşinde birkaç klinik sendrom ortaya çıkar (7):

- Kendi kendini sınırlayan, 2-14 gün süreli ateşli bir hastalık
- Pnömoni
- Endokardit
- Hepatit
- Osteomiyelit
- Başı={$\text{87}$}ighetlik sistemi bozulmuş hastada Q ateş
- Süt pocuklarında Q ateş
- Nörolojik belirtiler; ensefalt, așeptik menenjit, toksik konfüzyonel durumlar, demans, ekstrapiramidal hastalık

Q ateşinin tanısı başlığa serolojik testlerle yapılır ve serolojik tanida referans metot immünoofloresan antikor (IFA) yöntemidir (1). Yapılan seroepidemiolojik çalışmalar C. burnetii enfeksiyonunun tüm dünyada yaygın olarak bulunduğunu göstermektedir. Ülkemizde hastalığın varlığı 1947 yılından beri bilinmesine rağmen Q ateşinin insanlar ve hayvanlar arasında çığışa dağılımı ve insandaki hakkinda çok az bilgi bulunmaktadır (9). Akut Q ateş genellikle tedavi edilmişden iyilesmesine rağmen, komplikasyon ve kronik enfeksiyon gelişimini önlemek için tedavi uygulanmalıdır. Antibiyotik tedavi her iki alt ilk ve sırresini %50 oranında azaltmaktadır (5,9,10). Antibiyotik seçim ve tedavi süresi klinik tabloda göre adım göstermektedir. Antibiyotik teda-

visi hastalığın öncelikle ilk üçünde başlar.
Bunun için akut q atesinin serolojik test sonuçları beklenmeden tedaviye başlanması önerilir (1,5,10,11). Akut q atesi tetrasiklin (tercihen doxiksiklin) veya kloramfenikol, trimetoprim-sulfametoksazol, rifampin, makrolider ve seftriaksonek liarın da C. burnetii'ye karşı etkili olduğu belirtilmektedir (5,10,12,13).

Ülkemizde C. burnetii seroprevalansının belirgin coğrafik bölgelik farklılıklar göstermesine rağmen, veriler hem insan hem de hayvanlarda hastalığın endemik ve sanılandan daha yaygın olduğu göstermektedir. Q atesi; ateşli hastalıktan, pnömoni, hepatit ve kültür negatif endokardit gibi olayların yaratanbilmek için veteriner ve beşeri hekimlik alanlarında farklılık gösteren ve risk gruplarında korunma ve kontrol önlemlerinin uygulanması gerektirdir.

Kaynaklar
Ülkemizde Lyme Sorunu Var mı? Epidemiyoloji

Doç. Dr. Cemal BULUT  
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara


**Tablo 1:** Kenelerde yapılan çalışmalar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yazar</th>
<th>Yıl</th>
<th>Hayvan türü</th>
<th>Bölge</th>
<th>Yöntem</th>
<th>Sonuç</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Çalışır ve ark</td>
<td>1993</td>
<td>Kenelerde</td>
<td>Sılivrı</td>
<td>DFA</td>
<td>0/835 (0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Guner ve ark</td>
<td>2003</td>
<td>Eğrin keneler Nimfler</td>
<td>İstanbul Kütür</td>
<td>PCR</td>
<td>67/153 (44) 72/185 (39)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tuncer ve ark</td>
<td>2004</td>
<td>Kenelerde</td>
<td>Antalya</td>
<td>ELISA</td>
<td>2/05 (3.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Guner ve ark</td>
<td>2003</td>
<td>Keneler</td>
<td>Trakya</td>
<td>ELISA</td>
<td>299/312 (96)</td>
</tr>
<tr>
<td>Guner ve ark</td>
<td>2005</td>
<td>Fare</td>
<td>Karadeniz</td>
<td>PCR</td>
<td>2/65 (3.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gargili ve ark</td>
<td>2009</td>
<td>Kene nimf</td>
<td>İstanbul</td>
<td>PCR</td>
<td>9/110 (8,18) 31/237 (13,08)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergin S</td>
<td>2010</td>
<td>Kene</td>
<td>İstanbul</td>
<td>PCR</td>
<td>95/1081 (8,79)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kar ve ark</td>
<td>2011</td>
<td>Kene</td>
<td>Trakya</td>
<td>PCR</td>
<td>2/28 (7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kar ve ark</td>
<td>2013</td>
<td>Kene</td>
<td>Trakya</td>
<td>PCR</td>
<td>12/77 (15,58)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Şekil 2:** Ülkemizde *Ixodes* cinsi kene ve kene deri dağılımı. 

Ayrıca İnsanı tutan ve sahadan toplanmış Kenelerde Borrelia spp. varlığı mikroskopi, kültür ve direkt floresans antikor testi (DFA) ile gösterilmiştir (Tablo 1). Bu çalışmalar daha çok Trakya bölgesinde yapılmıştır.

**Kene Çalışmaları**

*Ixodes* cinsi kene tüm Avrupa ve Asya bölgesinde yaygın olarak bulunmaktadırlar. Ülkemiz özellikle *Ixodes* cinsi kene de görülen kene kaynaklı bir hastalıdır. Ülkemizde yapılan çalışmalar da *Ixodes* cinsi kenele aileşine dek 25 türün varlığı birlikte bilinmektedir. *Ixodes* cinsi kene kenele birlikte, daha çok nemli ormanlık bölgelerde (Kardeşler, Marmara, Akdeniz) olmak üzere tüm çoğrafı bölgelerde dağılım göstermektedir. (Şekil 2). Doğu ve güneydoğu illerinde ise genellikle rastlanmamaktadır.
Olgular Bildirimleri


<table>
<thead>
<tr>
<th>Bölge</th>
<th>Yılı</th>
<th>Olgu</th>
<th>Yazar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Trabzon</td>
<td>1990</td>
<td>Kıkırdak ve diğer bulgular</td>
<td>Koksal ve ark,</td>
</tr>
<tr>
<td>İzmir</td>
<td>1990</td>
<td>Lyme benzeri tablo</td>
<td>Çakır ve ark,</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>1997</td>
<td>Gebe</td>
<td>Öztürk ve ark,</td>
</tr>
<tr>
<td>Ankara</td>
<td>1998</td>
<td>EKM ve meningoenzefalit</td>
<td>Demirkaya,</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>1999</td>
<td>Akut Disseminen enzefalomyelit</td>
<td>Ataş ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Afyon</td>
<td>1999</td>
<td>Fasial paralizi</td>
<td>Derekoğlu,</td>
</tr>
<tr>
<td>Kayseri</td>
<td>2001</td>
<td>Morfea</td>
<td>Ozyurt</td>
</tr>
<tr>
<td>Ankara</td>
<td>2001</td>
<td>Artrit</td>
<td>Ulus ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>2001</td>
<td>Lyme ve astroitom</td>
<td>Akalin ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Ankara</td>
<td>2002</td>
<td>Enflema induratum</td>
<td>Gulec, Seckin</td>
</tr>
<tr>
<td>Samsun</td>
<td>2002</td>
<td>Menenjit</td>
<td>Eroğlu ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Ankara</td>
<td>2003</td>
<td>Enflema migrans ve diğer bulgular</td>
<td>Anlar ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>2003</td>
<td>Kardit</td>
<td>Akyol ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>2005</td>
<td>Fasial paralizi</td>
<td>Hız ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İzmir</td>
<td>2005</td>
<td>Döküntü, pneumoni</td>
<td>Karacoğlu ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Zonguldak</td>
<td>2005</td>
<td>Artrit</td>
<td>Borazan ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>2005</td>
<td>Artralji, dokuntu</td>
<td>Ceylan ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Zonguldak</td>
<td>2005</td>
<td>Konjenital hidrosefali</td>
<td>Önk ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Kahramanmarşan</td>
<td>2009</td>
<td>EKM</td>
<td>Güler ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Batman</td>
<td>2009</td>
<td>ECM</td>
<td>Butuk ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Adana</td>
<td>2009</td>
<td>Subakut transvers miyelit</td>
<td>Koç ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>2010</td>
<td>Lyme</td>
<td>Polat ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Malatya</td>
<td>2011</td>
<td>Lyme olgusu</td>
<td>Tepe ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Konya</td>
<td>2011</td>
<td>Bilateral fasial nöropati</td>
<td>Bozkurt ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Ankara</td>
<td>2011</td>
<td>Periferik retinal vaskülit</td>
<td>Kılıç ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>2011</td>
<td>Seronegatif Lyme</td>
<td>Arslan ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Samsun</td>
<td>2012</td>
<td>Lyme PCR tanı</td>
<td>Kavruk ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Adana</td>
<td>2013</td>
<td>Serebellar ataksi</td>
<td>Erol ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Adana</td>
<td>2013</td>
<td>Akut transvers miyelit</td>
<td>Erol ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>2013</td>
<td>Anizokori</td>
<td>Çiler Erdağ ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>2013</td>
<td>Granuloma anulare</td>
<td>Taş ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Adana</td>
<td>2015</td>
<td>Fasial paralizi</td>
<td>Özkałe ve ark</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Seroprevalans çalışmaları


Hayvanlarda çalışmaları

Ülkemizde farklı bölgelerde hayvanlarda borrelia varlığı araştırılan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmaların da bir kısmi olguları bir kısmi ise seroprevalans çalışmalarınıシェルドした。inskaların bender sona ermedikinde farklı olguların saptandığı görülmektedir.

Sonuç

Ülkemizde farklı bölgede ve diğer pek çok kene ile bulunan hastalık için risk bölgeleri bulunmaktadır. Linke hastalığının özellikle Trakya, Batı Karadeniz ve Ege bölgelerinde saptanan oğularda daha fazla olduğu kabul edilir. Ancak hastalığın gerçek boyutunun belirlenmesi için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

2. Özdemir D, Ince N. Lyme Disease. Microbial Infect Dis 2014; Special Issue 1: S32-S40
Tablo 3: Ülkemizde yapılan seroprevalans çalışmalar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bölge</th>
<th>Yıl</th>
<th>Çalışma grubu (sayı)</th>
<th>Seropozitiflik (%)</th>
<th>Yazar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>1993</td>
<td>Morfeal hastalar</td>
<td>10/15 (66.6)</td>
<td>Yeşenoğlu ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Kayseri</td>
<td>1994</td>
<td>Lyme benzeri tablo</td>
<td>5/50 (10)</td>
<td>Utaş ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İzmir</td>
<td>1995</td>
<td>Dağ köyleri</td>
<td>7,8</td>
<td>Tünger ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Antalya</td>
<td>1995</td>
<td>Hayvancılıkla uğrananlar</td>
<td>35,9</td>
<td>Mutlu ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Ankara</td>
<td>1997</td>
<td>Lyme benzeri tablo</td>
<td>12/115 (10.4)</td>
<td>Hızel ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Ankara</td>
<td>1998</td>
<td>Artrit</td>
<td>2/60 (3.3)</td>
<td>Tülvek ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Ankara</td>
<td>1999</td>
<td>Kırsal bölge</td>
<td>6</td>
<td>Birengel ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Kocaeli</td>
<td>1999</td>
<td>Morfea, liken skleroz</td>
<td>0/17 (0)</td>
<td>Apaydin</td>
</tr>
<tr>
<td>Antalya</td>
<td>1999</td>
<td>Kırsal kesimde yaşayanlar</td>
<td>(22.1)</td>
<td>Tuncer ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kontrol grubu</td>
<td>(6.4)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erzurum</td>
<td>1999</td>
<td>Reaktif artrit</td>
<td>37/200 (18.5)</td>
<td>Altoparlak,</td>
</tr>
<tr>
<td>İzmir</td>
<td>2000</td>
<td>Morsea</td>
<td>3/10 (30)</td>
<td>Özkân ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Liken skleroz</td>
<td>6/12 (50)</td>
<td>Özmür ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>İstanbul</td>
<td>2000</td>
<td>Fasial paralizi</td>
<td>2/11 (18.1)</td>
<td>Özmür ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Aseptik menenjit</td>
<td>3/20 (15)</td>
<td>Özmür ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Denizli</td>
<td>2001</td>
<td>Dağ köyleri</td>
<td>18,9</td>
<td>Çelik ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Ankara</td>
<td>2001</td>
<td>Uveitli hastalar</td>
<td>12/124 (9.7)</td>
<td>Ucakhan</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabzon</td>
<td>2001</td>
<td>Hayvancılık yapanlar</td>
<td>6/90 (6.6)</td>
<td>Aydın ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Isparta</td>
<td>2001</td>
<td>Kene ısırtığı öyküsü olanlar,</td>
<td>14/82 (17)</td>
<td>Demirici ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kontrol grubu</td>
<td>1/42 (2)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kuzey Kibris,</td>
<td>2002</td>
<td>Sağlıklı kişiler</td>
<td>2/91 (2.2)</td>
<td>Altdınış ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Kibris</td>
<td></td>
<td></td>
<td>16/91 (17.6)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Elazığ</td>
<td>2002</td>
<td>Romatizmal ağrılılar</td>
<td>9/140 (6.4)</td>
<td>Erensoy</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2003</td>
<td>Beçetli hastalar</td>
<td>4/30 (13.3)</td>
<td>Önen ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Elazığ</td>
<td>2003</td>
<td>Fasial paralizi</td>
<td>0/15 (0)</td>
<td>Kaygusuz ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Kırikkale</td>
<td>2004</td>
<td>Beçet hastalari</td>
<td>5,6</td>
<td>Ayaşlıoğlu ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kontrol grubu</td>
<td>0</td>
<td>Güneş ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Sivas</td>
<td>2005</td>
<td>Çiftçiler</td>
<td>0</td>
<td>Güneş ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kontrol grubu</td>
<td>0</td>
<td>Güneş ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Van</td>
<td>2008</td>
<td>Yöre halkı</td>
<td>6,3</td>
<td>Bozkurt ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Erzurum</td>
<td>2008</td>
<td>Köylerde yaşayanlar (101)</td>
<td>2</td>
<td>Uyanık ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kan donörleri (79)</td>
<td>2.5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Düzce</td>
<td>2011</td>
<td>Orman işçisi</td>
<td>10,9</td>
<td>Kaya ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kontrol grubu</td>
<td>2,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hatay</td>
<td>2012</td>
<td>Kene ısırtığı öyküsü</td>
<td>69,2</td>
<td>Özeren ve ark</td>
</tr>
<tr>
<td>Samsun</td>
<td>2012</td>
<td>Sağlıkli kişiler</td>
<td>4</td>
<td>Eşe ve ark</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Erşikin Bağışıklamasının Hedefindeki Yeni Aşlar

Prof. Dr. Firdevs AKTAŞ
Gazi Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara


1. Etkinlik ve kapsayıcılığı arttırmak


Streptococcus pneumoniae influenza gibi aşılı ve immünsüpresif hastalarda nöromonile ölümlerle yol açan bir bakteridir. Invaziv hastalığa en sik neden olan 23 nöromok antijenini içeren polisakkarid aşılı erişkinde yaşlı, asplenik, BOS kaçağı ve kohlear implan uygulanan bireylerde ve immünsüpresif hastalarda kullanılmaktadır. 13 dejağeri konjuge nöromak aşısı etkinliği daha yüksek bir aşıdır. Erişkide iki aşının birlikte kullanıl ile etkinlik ve kapsayıcılığı arttırmak hedeflenmiştir. Erşıkın bağışıklama rehberlerinde ( immünsüpresif başı başıla rehberler deh) iki aşının birlikte uygulama detayları ayrıntılı olarak verilmektedir.

HPV aşısı da kapsayıcılığını arttırma ihtiyaç duyan aşılardan biridir. 9 ile başlayan yeni HPV aşısı invaziv servikal kanserlerin % 90 ile ilişkilili bulunan HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58 tiplerine ait antijenlerle birlikte 4 diversi HPV kısında da bulunan genital Nó órgtl etkeni HPV 6 ve 11 antijenlerini içermiştir. İki aşılari ve dört aşılari arasında sadece servikal kanser ilişkili HPV 16 ve 18 antijenleri vardır. 9 bileşenli aşı ile kapsayıcılık artış görünmektedir.

Zoster aşısı zona zoster ve post herpetik nevralji komplikasyonu önlemek üzere geliştirilmiş bir aşıdır. ≥ 80 yaş erişkinlerde önerilmektedir. Kanser tanısı alımdan önce yapılan aşının kemoterapi sonrası zona gelişme sıkılığını anlamalı düzeyde azalttığı gösterilmiştir.

2. Uygulama zorluklarını aşmak


Çok sayıda enjektasyon uygulaması için kombin etmek, tek doz aşılardan dört aşılardan alınarak yararlı olabilir. HBsAg nin mikropartiküllük içinde kapsülendirilmiş formu farklı zamanlarda salınarak çoklu dozlama gibi antijen uyardığı sağlayabilir. Araştırmalar asamasındaki bu uygulamada tek doz verilecek yeni bir bağışıklama geliştirilmişdir.

3. Ciddi ve öldürücü potansiyeli olan ve tedavi güçlükleri olan hastalıklara karşı koruyucu aşılara gelişirmek

Son yıllarda global tehdit oluşturulan Ebola kana- lı ile çeşitli ülkelerinde birçok virüste nedeniyle yararlı olabilir. Tedavi maliyeti ve nüks oranı yüksek hepatit C için hepatit C aşısı, immünsüpresif hastalıkların önemli firsatçı virüsleri HSV, CMV ve EBV aşılı yani aşı hedefleri arasındadır. HIV / AIDS, antiretroviral, firsatçı infeksiyon ve malignitelerin tedavisi nedeniyle maliyeti çok yüksek kronik bir infeksiyondur. HIV aşısı geliştirilmesi bu bakımından aynı bir önem taşımaktadır. Çok ile direnç- lü tüberkülozu global tehdit oluşturması yeni tüberkülozu aşısını ile ilgili çalışmalar hızlaştırılmıştır. Ancak yoğun aşısı arastırmalarının konusu yukarıda belirtilen hastalıklar arasında klinik uygulama alanında gerekçeltir düzeyde bir gelişme gösteren bir aşı henüz bulunmamaktadır.

Aşılın etkinliği arttırmak üzere kullanılan adıvan maddeler diğer bir ilgi alanıdır. Kullanılabilir adıvan maddelerin çoğu kanıtlanmamış yan etkileri aşırı uyuşnumu azaltan bir faktördür. Yeni adıvanlar da aktif bir araştı-
ma alanı olarak dikkat çekmektedir.

Kaynaklar
İntestinal Mikrobiyota

Prof. Dr. Ener ÇAĞRI DİNLEYİЋ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tip Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar Anabilim Dali, Eskişehir

İntestinal mikrobiyota bakteri kompozisyonu ve sa-
ysal çeşitliliği konusunda "Human Microbiome Project" çalışmasının sonuçlarının alınması ile birlikte birçok has-
talığın patogenizinde ve tedavisinde yeni yaklaşımlara olanak sağlanmıştır. Yeni mikrobiyolojik tekniklerin geliş-
mesi ile birlikte, mikrobiyota üzerinde etkili faktörlerin be-
lirlenmesi, hangi bakteri gruplarında eksiklik ya da artışın olduğunu göstermesi olanak sağlanmıştır. Intestinal mikrobiyota üzerine etkili faktörler arasında en önemli olanlardan biri doğum şeklidir. Sezaryen ile doğan be-
beklerde, normal yol ile doğan bebeklere göre bakteri kompozisyonu ve sayısının olumsuz etkilendiği görülmüş ve bu etkinin uzun süreli olarak çocukluk döneminde birçok hastalığın gelişmesinde rol oynadığı gösterilmiştir. Anne sütlü alınmasının bebek intestinal mikrobiyota-
si üzerine net olumlu каталOnInit olduğunu göstermiştir. Daha öncesinde anne sütünün steril olduğu bilgisi, yeni mikrobiyota analizleri sonrasında tekrar değerlendirilmiş ve anne sütünün çok farklı bakterilerden oluşan bir kom-
pozisyonu olduğu gösterilmiştir. İntestinal mikrobiyota üzerine en etkili faktörlerden biri antibiyotik kullanımındır. Antibiyotik kullanımının ilk gün/ilk doz uygulaması ile mikrobiyota üzerine olumsuz etkisinin olduğu, kısa dö-
nemde antibiyotik iliskili ishal ve Clostridium difficile ko-
liti şeklinde görülen etkinin, çocuklarda uzun dönemde obesite ve inflamatur bağırsak hastalıkları ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. Intestinal mikrobiyota immün sis-
tem ilişkisinin aynılanaltılan bölümü sonrası enfeksiyon hastalıklarının immünolojisi, tedavi yaklaşımları ve ön-
lem konusunda birçok çalışmaya başlanmıştır. İntestinal mikrobiyota komposizyonundaki değişiklikler ile ilişkisi-
gösterilen bir diğer hastalık grubu obesite ve metabo-
lık sendromdur. Obes hastalarda mikrobiyota içeriğinin değiştiği, bu bakteriyel kompozisyonun değişikliği yanında bakteri son ürünler ve diğer intestinal molekülerin obe-
site ve ilişkili durumların patogenezinde rol oynadığı gös-
terilmiştir. İntestinal mikrobiyota çalışmaları en ciddi
çalışma alanlarından birini de bağırsak-beyin aksi çalış-
ma alanlarımızı oluşturmaktadır. Bu çalışmalarda stres-mikrobiyo-
ta ilişkisi değerlendirilmiştir, anksiyete, oltuz, depres-
yon ve panik atak gibi durumlarda intestinal mikrobiyota

değişikliklerin saptamalar üzerine etkisi araştırılmıştır. İntestinal mikrobiyota analizleri sonrasında bozulmuş dengenin yeniden sağlanabilmesi amaci ile önle-

ve tedavi yaklaşımları oluşturulmuş, bu amaçlar proibiyo-
sbihiyotik ve fekal transplantasyon çalışmalarına yöne-
lanmıştır. Human Microbiome Project’in 2013-2016 yılları arasında tamamlanacak ikinci bölümünde hastalık dü-

zeyinde birçok mikrobiyota değişikliğinin aynılanaltılması planlanmaktadır.
Türkiye’den Diyabetik Ayak Konusunda Yanıtlar ve Yasal Düzenlemeler

Prof. Dr. Neşe SALTOĞLU
İstanbul Üniversitesi Cerrahiya Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., İstanbul

Diyabetik ayak diyabetin önemli morbiditeye, yaşam kalitesinde düşmeyi, ciddi sosyal ve ekonomik sonuçlara yol açan bir kompleksiyonudur. Toplumun önemli sağlık sorunlarından biridir. Diyabet ayak kompleksiyonunu nedeni nedeni ile dünyada her 30 saniyede bir ayak kaybı olmaktadır. Diyabet hastalarında yaşam süresince üst sev-i sevikelme riski %25 lere kadar çıkabilir. Yıllık insadians Amerika ve Avrupa çalışmalarında %0.6-2.2 arasındaştır. Gelişmekte olan ülkelerde bu oranların çok daha yüksek olması beklenmelidir. Ayrıca periferik nöropati olan hastalarda insadiansın yüksek olup, %7'lerde bildirilmiştir.


Diyabetik ayak ülserleri asında diyabetin önemli oran- da önlenbilir bir kompleksiyondur. Diyabetik ayak önle- yici programda; hastanın ayak bakımını sağlamaşı ve yara oluşumu önlemede, diyabetinin kontrol altında alınma-
sağlayamamakta, tanı ve tedavide gecikmeler yararın / infeksiyonun iyileşmesini sonunda amputasyon gibi istenmeyen sonuçlara yol açmaktadır. Aslında amaçlanan öncelikle yara açılmasını ve infeksiyonu önlemek olması, buna rağmen gelişen bir yara/infeksiyona da en yoğun müdahale erken dönemde yapılmalıdır.


Günlümüze bu hastaların izleminde takım çalışma- sının öneminden daha fazla söz edilmektedir. Diyabetik ayak disipliner arası iliskilerin öneminin yoğun olduğu alanlardan biridir. Multidisipliner takım çalışmaları kompli- kasyonları azaltmak, amputasyonları önleme, zaman kaybını azaltmada etkili olabilecektir. Çoğu kez bu hast- talar poliklinikler arasında konsultasyon işlemleri sırasında zaman kaybı, erken ve etkin müdahalede gecece, hastanede yatması gerekli olgunların yaş sırasını yönünde geç kalınalmaktedir. Oysa yapılandırılması koordin koordin bir yaklaşım bu sorun- lar kısım surede çözmesini yani sıra sağlık bakım sistem- mi ve hasta açısından sosyal ve ekonomik kazanımları sağlayabilecektir.


- Önleyici stratejiler
- Ulusal rehberleri kullanma
- Podiatrist izlemi
- Multidisipliner yaklaşım
- Yeni tedavi seçenekleri
- Revaskülarizasyon
- Off loading
- Hiperbarik oksijen tedavisi
- Yara ileşmesi süresini kısaltma ve amputasyonu önleme yöntemi
- Amputasyon sonrası beceri karşıbına yönelik bakım ve yönetim

Kaynaklar
6. Hicks CW, Selvarajah S, Mathioudakis N, et al. Trends and deter-


Tablo 2. Osteomiyelit tanısında olasılık değerlendirilmesi[28, 29]

Kesin
(>90% osteomiyelit olasılıği – Osteomiyelit tedavisi önerilir)
- Pozitif kemik kültür ve histopatoloji VEYA
- Cerrahi sırasında kemikte pü olaşması VEYA
- Ülser kaldığında travmatik olmayan biçimde parçalanmış kemik görülmesi VEYA
- MR görüntüümede kemik içi apse görünümü VEYA
- 2 pequeña olasılık kriter VEYA
- 1 pequeña olasılık ve 2 düşük olasılık kriter VEYA
- 4 düşük olasılık kriter

Yüksek Olasılık
(51 – 90 olasılık – Osteomiyelit tedavisi düşünülür ancak ileri arastırma gereksinim olabilir)
- Ülserde düzgün kemik yüzeyinin kaybolup, süngerimsi kemik dokunun görülmesi VEYA
- MR görüntüümede kemik ödemi ve diğer osteomiyelit işaretleri VEYA
- Kemik örneğinde pozitif kültür ancak negatif histopatoloji veya histopatoloji yapılmaması VEYA
- Kemik örneğinde pozitif histopatoloji ancak kültürde üreme olması veya kültür yapılmaması VEYA
- 2 pequeña olasılık kriter

Düşük Olasılık
(10 – 50 olasılık – Osteomiyelit tedavisine hak verilebilir ancak ileri arastırma sıkıklä önerilir)
- Direkt grafide kortikal dekstriksiyon VEYA
- MR görüntüümede tek başına kemik ödemi VEYA
- Pozitif kemik sondajı VEYA
- Kortikal kemiğin görülmesi VEYA
- Başka nedene bağlıolan hastanın ESH>70 mm/saat olması VEYA
- Yara üzerindeki basının kaldırılmasına (off-loading) ve kanlanmanın sağlanması VEYA
- 2 pequeña olasılık kriter

Olasy Değil
(<10 olasılık – Osteomiyelit için tedavi ve araştırma gerek yok)
- İnflamasyon işaret ve semptomları yok VE direkt grafi normal VE yara yok veya 2 haftadan daha kısa süreli VE mevcutsa ülser yüzeyi VEYA
- Normal MR VEYA
- Normal kemik sintigrafi


<table>
<thead>
<tr>
<th>(A) Ciddi diyabetik ayak infeksiyonunu düşündüren bulgular</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Yaraya özgül</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Yara</td>
</tr>
<tr>
<td>Selülit</td>
</tr>
<tr>
<td>Lokal işaretler</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Genel</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Prezantasyon</td>
</tr>
<tr>
<td>Sistemik işaretler</td>
</tr>
<tr>
<td>Laboratuvar testleri</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Komplikasyonlar</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Yara dentro dokuda infeksiyonunun neden olduğu alt tipte olmaları, apse, arterial veya venöz yetmezlik, lenfödem</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tedavi ile ilişkili</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Uygın antibiyotik tedavisine karşı infeksiyonun ilerlemesi</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>(B) Hastane ye yarıştı gereken faktörler</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ciddi infeksiyon</td>
</tr>
<tr>
<td>Metabolik insütilite</td>
</tr>
<tr>
<td>Intravenöz tedavi gerekşinimi</td>
</tr>
<tr>
<td>A Walkay hastaya yapılamayacak tanışsal test gereksinimi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kritik ayak iskemisinin olması</td>
</tr>
<tr>
<td>Cerrahi girişim gerekşinimi</td>
</tr>
<tr>
<td>Ayaktan izlemde yetersizlik</td>
</tr>
<tr>
<td>Sosyal ve/veya psikolojik faktörler</td>
</tr>
<tr>
<td>Kompleks yara bakım ürünlerinin kullanımı</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tablo 4. Diyabetik ayak infeksiyonlarında empirik antibiotik seçimi [27]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Infeksiyon tipi</th>
<th>Olası Etken</th>
<th>Antibiyotik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Akut infeksiyon, daha önce antibiotik kullanımı yok, MRSA riski düşük</td>
<td>Aerobik Gram pozitif koklar</td>
<td>Penisilinaza dayanıklı penisiliner, birinci kuşak sefalosporiner</td>
</tr>
<tr>
<td>Sağlıklı bakımı ile ilgili ve MRSA riski yüksek</td>
<td>MRSA</td>
<td>Ko-trimoksazol, doksisiklin, klindamisin, glikopeptidler, linezolid, daptomisin</td>
</tr>
<tr>
<td>Kronik yara ve daha önce antibiotik kullanımı var</td>
<td>Gram pozitif koklar, Gram negatif komaklar ± anaeroblar</td>
<td>Betalaktam – betalaktamaz inhibitoryeri, ikinci veya üçüncü kuşak sefalosporiner, etapenem, florokinolonlar</td>
</tr>
<tr>
<td>Nekrotik, kàngrenli, kötü kokulu iskemik ayak</td>
<td>Gram pozitif koklar, Gram negatif komaklar ve anaeroblar</td>
<td>Klindamisin (zflorokinolonlar), metranidazol + florokinolonlar, betalaktam – betalaktamaz inhibitoryeri, karbapenemler</td>
</tr>
<tr>
<td>Hidrotarap almiş, yeşil – mavı renke akinsi olan yara</td>
<td>Antipseudomonal florokinolon, penisilin veya sefalosporin</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th>Klinik durum</th>
<th>Uygulama yolu</th>
<th>Süre</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sadece yumuşak doku</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hafif infeksiyon (PEDIS 2)</td>
<td>Topikal veya oral</td>
<td>1 – 2 hafta (yavaş iyileşme varsı 4 haftaya uzayabilir)</td>
</tr>
<tr>
<td>Orta düzeyde infeksiyon (PEDIS 3)</td>
<td>Oral (gereğinde parenteral)</td>
<td>1 – 3 hafta</td>
</tr>
<tr>
<td>Ciddi infeksiyon (PEDIS 4)</td>
<td>Parenteral</td>
<td>2 – 4 hafta</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemik veya eklemler</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ampüyışınson veya debridman sonrası enfekte doku yok</td>
<td>Parenteral veya oral</td>
<td>2 – 5 gün</td>
</tr>
<tr>
<td>Ampüyışınson veya debridman sonrası sadece yumuşak dokudaki infeksiyon var (kemik doku temiz)</td>
<td>Parenteral veya oral</td>
<td>1 – 3 hafta</td>
</tr>
<tr>
<td>Ampüyışınson veya debridman sonrası kemik ve yumuşak doku</td>
<td>Parenteral (ardışık oral teda-vi verilebilir)</td>
<td>4 – 6 hafta</td>
</tr>
<tr>
<td>Cerrahi uygulan(am)arı veya cerrahi sonrası olü kemik doku kaldığı</td>
<td>Parenteral (ardışık oral teda-vi verilebilir)</td>
<td>3 ay</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kaynaklar

22. Ertugrul MB, Baktiroglu S, Salmon S, Unal S, Aksoy M, Berberoglu K, Calangu S. Pathogens isolated from deep soft tissue and...


CMV İnfeksiyonlarında Güncel Durum: Özel Hasta Gruplarında Klinik Seyir

Yrd. Doç. Dr. Uluhan SİLİ
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., İstanbul

İnsan sitomegalovirosus (CMV) Herpesviridae ailesinin üyesi olan bir çeşit sarmal DNA virüsündür. Çoçukluk yıllarda bazı toplumda seroprevansiyonlar artar ve erişkin yaş grubunda, özellikle de düşük sosyoekonomik düzeydeki topluluklarda ≥90%'lara ulaşır. Evrimli süreçte virüs ve insan konak arasında bir denge oluşmuştur. Her ne kadar CMV epey immün sistemden kaçış mekanizmaları geliştirilmiş olsa da primer enfeksiyonun humoral ve hücresel immün mekanizmalar sayesinde etkili bir şekilde kontrol altında alınır. Immunkompetan bireylerde primer CMV enfeksiyonunun genellikle semptomszsiz geçer. Erişkin yaş grubunda CMV hastalığı asıl immünkompromise bireylere karşımaça çıkar. Özellikle T lenfosit fonksiyonlarının ciddi baskısından dolayı durumlar CMV hastalığı açısından risk oluşturur. Bu durumda özel hasta grubu olarak ülseratif kolit (ÜK) hastalıkları, solü organ transplanti (SOT) ve allogeneik hematopoitik kök hücre transplanti (HKHT) alicilerinde CMV hastalığının klinik seyir iderlinecektir.

CMV enfeksiyonu ve hastalığı ayrımcı


Türkiye’de seroprevansiyon oranları ≥90’ından olduğunu özel hasta gruplarında CMV enfeksiyonu genelde karşızıma rekürjen enfeksiyon halinde yani latent viirusun reaktivasyonu veya anti-CMV İgG pozitif bireyin re-aktivasyonu (farklı bir CMV suçu ile primer enfeksiyon) olarak çıkar. Ciddi immünosupresyonu olan bireylerde CMV siklikla reaktive olur, viremi yapar ama bu her zaman hastalıktan anılınma gelmez. Hastalıktan denebilişin için genelde organ tutulunun spesifik boyama yöntemi kullanlalar histopatolog olarak gösterimi gerekir. Organ tutulmul hastalıkt nitrin, ensefalit, pnömoni, hepatis, kolit, parkreatit veya miyokardit şeklinde görülebilir. Çoğunlukla CMV viremisine organ tutulmu hastalıkt eşlik etmez.
mükozal inflamasyon ve erozyon görülebilir. CMV hastalığı immünomodulator etkisi ile dolaylı olarak konağı diğer fısırtıcı bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar fazla hale getirebilir. GVHD gelişiminde de etkisi olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde geç başlangıçlı CMV hastalığı ciddi problem olarak karşıma çıkmaktadır. Genelde profilaksi nın kesilmesi tabi transplanti sonrası 100. günden sonra ortaya çıkan, immünolojik derlemenenin olmadığı olgularda gözlenir. Bir seride geç CMV hastalığına olgunların %18’inde transplanti sonrası ortaya çürükler, %46 gibi yüksek fatalite ile sonuçlananı bildirimlişir.

Solid organ transplantasyonu ve CMV

SOT alıcılarında gözlenen en sık fısırtıcı patojenlerden biri CMV’dir. Transplante edilen organın allüjenik kaynaklı olup, HLA eşleşmelerinin tam olması, yoğun immünosupresyon CMV hastalığı açısından risk oluşturmaktadır. SOT alıcılarında CMV’ye bağlı 3 farklı klinik tanımlanmış:

1. Akut, sistemik, febril hastalık. Özellikle böbrek transplant alıcılarında CMV sendromu olarak tanımlanmıştır. Ateş, bitkinkar, artralji ve döküntü ile karakterize, nöroopen, trombositopeni ve hepatik transaminazlar artışın eşlik ettiği bir klinik tablodur. Bu belirtiler ve bulguların olduğu durumda, diğer viral etkenler (örneğin HHV-6) dışlandıkten sonra CMV viremisi veya pp65 antijenemisi gösterilebiliyorsa etyolojik etken olarak bu klinik sendromda CMV sorumlu tulur.


3. İndirekt etkiler: CMV hastalığı greft rejeksiyonu, kalp transplant alıcılarında hızlánmış koroner arter aterosklerozu ve fısırtıcı fungal/ bakteriyel enfeksiyonlara immünomodulator etki üzerinden neden olabilir.

CMV enfeksiyonu (CMV viremisi veya pp65 antijenemisi) genelde transplant sonrası 4.–8. haftalar arasında saptanır. Enfeksiyon kaynağı hastanın kendi latent virüsü veya transplant edilen organ/ kan ürünleri ile gelen latent virüs olabilir. Transplante organın primer enfeksiyonu genelde reaktivasyon veya re-enfeksiyona göre daha ağır geçer.

Profylaksi öncesi dönemde D(+)R(-) böbrek alıcının %45’inde, R(+)yılan is %6’sında CMV hastalığı görülmemekteydi. Profylaksi ve/veya viremi takibi ile erken dönem CMV hastalığı oranlarının geriletilmiş olması rağmen geç CMV hastalığı bir problem olarak karşıma çıkmaktadır. Bir çalışmada D(+)/R(-) karaciğer transplant alıcılarının %26’sında, R(+)yılan ise %4,5’ında transplanti sonrası ortalama 4.–5. aylarda geç CMV hastalığı bildirimlişir.

Sonuç


Kaynaklar
İmmünsupresif İlaç Kullanan Hastalarda İnfeksiyonların Önlenmesi: Viral ve Bakteriyel İnfeksiyonların Önlenmesi

Uzm. Dr. M. Servet ALAN
Memorial Sağlık Grubu, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

İmmünsupresif tedaviler infeksiyonlara karşı korunmada çeşitli derecelerde yetersizliklere neden olabilmektedir.

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu (HKHT) alıcılarında antibakteriyel profilaksisi: HKHT sonrası erken döneme (0-100 gün) nötropenik dönemde 7 günden uzun süresi beklenen HKHT alıcılarında levofloksasin gibi bir florokinolonla antibakteriyel profilaksi kuvvetle önerilmektedir (BI). Antibakteriyel profilaksi genellikle kök hücre infüzyonuya başlatılmaktadır ve nötropeniden çıkana veya nötropenik dönemde aşık nedeniyile tedavi başlananada kadar sürürlükmektedir. Bu yöre faktörlerin mortalitesine etkiye gösterilmemiştir (1).

Malignitesi olan hastalarda antibakteriyel ve antifungal profilaksi: Nötrofil sayısı yedi günden uzun süreyle 100/ mm³’ün altında kalması beklenen olgularda önerilmektedir. Antibakteriyel profilaksi için bir oral antibakteriyel ve antifungal profilaksi için bir oral triazol tercih edilir (2).


CMV hastalığının önlenmesi: SOT (solid organ transplantasyonu) alıcılarında CMV profilaksi için iki ana strateji antiviral profilaksi ve preemptif tedavidir. Antiviral profilaksi risk altında görülen tüm SOT hasta—larına nakit sonrası belirli bir süre antiviral verilmesidir. Preemptif tedavide asemptomatik hastalara yalnızca erken viral replikasyon saptandığı CMV hastalığın önlenmesi için antiviral tedir. SOT alıcılarında düzene araklara (genellikle haftada bir) CMV DNA veya pp65 antijenemiş aranır. Valgansiklovir, oral veya IV gansiklovir CMV profilaksisinde etkilidir. En sık valgansiklovir kullanılır. Profilaksi süresi genellikle 3 aydır (4). HKHT alıcı ve vericinin CMV seronegatif olduğu durumlarda yalnızca lobositi azaltılmış veya seronegatif entrositer ve/veya trombositler verilir (AI). HKHT sonrası CMV hastalığı riski olan tüm hastalar (tüm CMV seropozitif alıcılar ve tüm seropozitif virici olan seronegatif alıcılar) engraftman sırasında profilaksi (AI) veya preemptif (AI) tedaviye alınırlar ve bu 100 gün boyunca sürürlükmelidir (1).


EBV hastalığının önlenmesi: HKHT alıcı ve adaylar—nda transplantasyonadan önce anti-EBV IgG antikorları aranmalıdır. HKHT alıcılarında özellikle primer infeksiyon sonrasıda en önemli klinik sendrom post-transplant lenfoproliferatif hastalıklar (PTLD). Yüksel riskli HKHT alıcılarında (anti-T hücre antikorlarının kullanılması gibi), kan EBV DNA düzeylerinin saptanması PTLD riskini gösterebilir. Hastalıktan üç hafta önce DNA düzeyleri yüksek—lebilir (1).

Kaynaklar


İmmunsupresif İlaç Kullananan Hastalarda Infeksiyonların Önlenmesi: Antifungal ve Antiparaziter Profilaksi

Doç. Dr. Özlem GÜZEL-TUNÇCAN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları Ad., Ankara


Antifungal profilaksi

1. Hematopoetik kök hücre nakli ve hematojlojik maligniteli hastalar

Kandida enfeksiyonları: İnvaziv fungal enfeksiyonlar (IYF) sıkılıkla, HKHN hastalarında özellikle allojenik nakil ve GVHD durumlarında daha fazla görülen ve kemoterapi alan hastalarda önemli mortalite ve morbidity nedenidir. HKHN hastalarında il- dõi demeye nötropenik preengrafman fazda (özellikle myeloeblatif rejim verilen allojenik nakillerde) ciddi oral ve gastrointestinal sistem (GIS) mukozit nedeniyle kandida enfeksiyonları meydana gelmektedir. Kandida enfeksiyonlarının önlemek için fluconazol 400 mg/gün profilaksi uygulanmaktadır. Hem oral, hem de intravenöz kullanmanın olması, ucuz, kolay tolerabilti ve diğer azollere göre daha az ilaç etkileşimleri nedeniyle sıkılıkla tercih edilmektedir. İlk tercih fluconazol dışında alternatif ilaclar olarak itraconazol, vorikonazol, posakonazol, mikafungin caspofungin önerilmektedir. Ancak itraconazol, vorikonazol, duşük doz amfoterisin B ile fluconazol arasında yapılan karşıtiralımların maddeleri arasında farklı bulunmaktadır gibi, ilaç etkileşimleri, ilaç toksisiteleri gözlenmiştir.

Aspergillus enfeksiyonları: Allojenik nakillerde %4-24 (çoğu çaprazlama %11-15) oranında otolog nakillerde %1-2 arasında görülmektedir. Küf enfeksiyonları ikiinci dönemde, engrafman sonrası fazda, yüksek doz steroid verilen GVHD durumlarında daha sık görülmekte ve bu hastalara küf etkili profilaksi olarak posakonazol güde 3 kez 200 mg dozdanda önerilmektedir. Alternatif tedavide vorikonazol veya amfoterisin B önerilmektedir.

Akut lösemide remisyon indükşiyon, kurtarma gibi yoğun kemoterapilerde ciddi mukoze nedeniyle fluconazol profilaksi uygulanmaktadır. Alternatif olarak vorikonazol, posakonazol, mikafungin veya caspofungin önerilmektedir. Özellikle AML veya MDS hastalarında yoğun kemoterapilerinde invaziv küf etkili profilaksi için özellikle posakonazol 3×200 mg/gün dozdında veya vorikonazol önerilmektedir.

Sekonder antifungal profilaksi; IYF öyküsü olan HKHN veya hematojlojik maligniteli hastalara uygulanır. Reaktifasyonu önleyen profilaksidir. Özellikle vorikonazol ön- rilmektedir. Primer ve sekonder profilaksi süresi myeloid rekonstrüksiyon olana kadar, yaklaşık 2-4 hafta arasında önerilmektedir.


1. Solid organ transplant alıcısında antifungal profilaksi


2. HIV/AIDS'li hastalarda antifungal profilaksi


Pneumocystis pnömonisi (PCP): Primer profilaksi endikasyonları, CD4<200 hücre/µL olması, oral kandidoz varlığı, 20 günde 2 vucut süreli ve nedeni açıklanmayan ateş olması ve AIDS göstergesi bir hastalığın olması durumlarında uygulanmaktadır. Bu durumlarda profilaksis, TMP-SMZ 160/800 mg, haftada 3 gün, 1 tablet veya her gün kullanacaq sekelde profilaksi başlar. PCP öyküsü olan hastalar ise antiretroviral tedavi (ART)'ye yanıt olarak immunrekonstrüksiyon gelene

Strongyloides türleri; Hasta öyküsünde bu parazit ile daha önce enfekte veya yüksek riskli bölgelere (tropik ve subtropik alanlar) seyahat veya yaşayan nakil hastalarda, açıklanamayan periferal eozinofil durumunda gaita incelemesi veya serolojik testler (ELISA/ IFAT) ile tarama yapılmalıdır. 3 veya daha fazla gaita taramasında duyarlık ve hassasiyet arttırmaktadır. Çok riskli hastaya tarama yapılır. İmzalıda vekmektir önerilir. Alternatif tedavi için bıçak ve ambivalans tercih edilir. 


Kaynaklar 
Seyahat Sağlığı

Prof. Dr. Bülent BOZDOĞAN
Adnan Menderes Üniversitesi Tip Fakültesi, Aydın


Şekil: Türkiye’ye gelen yabancılar ve yurdışına çıkan Türkiye vatandaşlarının sayısının yıllara göre dağılımı (TUİK www.tuik.gov.tr).

Yurdışına değişik nedenlerle giden vatandaşlarımızın sağlıklı yolculuklarını tamamlamaları için alınabilecek önlemler Seyahat Tıbbi adlı yeni bir disiplin tarafından uygulanmaktadır ve eğitimi verilmektedir. Ülkemizde henüz üniversitelerde Seyahat Tıbbi disiplini olmakla birlikte Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürülüğü’ne bağlı ilgili birimleryle seyahat sağlığı hizmeti vermeye çalışmaktadır.

Seyahat Tıbbi sağlıklı insanlarla uğraşır ve yolculuklarını sağlıklı tamamlamaları için tavsıyelerde bulunur, gidilen bölgeye göre önyüleyici aşırı yapar ve prevantif tedavi verir. Seyahat tıbbı 1980’li yıllarda Fransa’dan başlamış ve daha sonra tüm dünyaya yayılmıştır. İlk başlarda enfeksiyon hastalıklarının bir alanı olarak görülece de günümüze ayrı bir dal olarak ele alınmaktadır, çünkü seyahatin kendisine bağlı enfeksiyon dişi sorunlar da bu alanda incelenmektedir. Özellikle, zorunlu aşırı yapılmanın ziyaret edilemeyen ülkelerle gitmek için gerekli uluslararası aşılı sertifikasını verme yetkisini elinde bulunan seyahat tıbbı daha önemli hale gelmiştir.

Ulusalara yolculuğa çıkan kişinin gidilecek yere bağlı ani itirfa değişikliği, nem, ısı değişikliği yanında enfeksiyon hastalıkları etkenlerine de maruz kalmaları hastalanmaları riskini artırır. Seyahat edilen bölgenin hijyen koşullarının kötü, yaşam kalitesinin düşük, ve gıda ve su kontaminasyon riskinin fazla olması nedeniyile de hastalık riski fazla olabilir. Yolcunun gideceği yer yanında yolculun kendisine bağlı, yaş, kronik hastalıklar, gebelik, psikiyatrik yakınlık, gibi risk faktörleri mevcuttur. En büyük risklerden birisi de kaza riskidir, en önemi ise trafik kazası olmak üzere (WHO 2012).

Ülkemizde yeni gelişmekte olan Seyahat Tıbbı araştırma ve eğitim faaliyetlerine önemli verilmektedir. Vatandaşlarımızın seyahat ettiği bölgelerde karşılaştıkları sağlık sorunlarının araştırılması ve alınabilecek olası önlemlerinAPTiyapılması sağlıklı seyahatın temellerindendir.

Kaynaklar
1. TUIK www.tuik.gov.tr
3. WHO, International Travel and Health 2012
Türkiye’de ve Dünyada İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji: 
KLİMİK Görüşü

Prof. Dr. Önder ERGÖNÜL

Coç Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., İstanbul

Giriş

Nedeni Bilinmeyen Ateş

Doç. Dr. Aynur ENGİN
Cumhuriyet Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dali, Sivas


NBA tanısı için hastanede 3 gün yatacak, en az 3 vizitte veya hastanede 3 gün yatırılacak ara Thời điểm de bulunamayan ateşden nedeni saptanan hastaların ateş olarak tanımlanır.

Klasik NBA: üç haftadan uzun süren, bir kaç ölçümde 38,3 °C’yi geçtiği saatinin ve hastanede en az 3 vizitte veya hastanede 3 gün yatırılanın artırılması rağmen nedeni saptanamayan ateş olarak tanımlanır.

Nozokomiyal NBA: en az bir günden hastane ya
tan ve yatışı enfeksiyonu olmayan yada inkübasyon döneminde bulunmayan hastada, bir haftalık ölçümden 38,3 °C’yi geçtiği saatli ve en az 3 gündür süredir halde yapılan araştırmalara rağmen nedeni saptanamayan ateş olarak tanımlanır. Bu ateş, sağlıkt zihneti ile ilişkil bir NBA şekliidir.

Nötropenik NBA; nötrofilli sayısı 500/μL’nin altında olan hastada, bir kaç ölçümden 38,3 °C’yi geçtiği saatli ve en az 3 gündür süredir halde yapılan araştırmalara rağmen nedeni bulunamayan ateş olarak tanımlanmaktadır.

HIV enfeksiyonu ile ilişkilı NBA: HIV enfeksiyonu tan
cısı kommuş hastada hastane dışında 3 haftadan daha uzun süredir var olan yada hastanede yatan HIV enfekte hastanın 3 gündürde ise de uzun süredir devam eden, bir kaç ölçümde 38,3 °C’yi geçen ateş varlığı ve yapının uygun incelemeye rağmen nedeni bulunamamaktadır. Burada uygun inceleme ile kastelenen kültürler için 2 günlük inkübasyonu da içeren minimum üç günlük araştırılmadır.

NBA sebepleri çok çeşitli. Altta yatan hastalıklar, hastanın immün durumu, hasta yaşı, yaşlanılan coğrafya, etkenin araştırıldığı hastanın tanı olanları ve hekimin tecrübesi gibi pek çok faktöre bağlı olarak değişen oranlarda farklı etyolojiler saptanır. Bununla birlikte tüm NBA olgu gruplarında enfeksiyonlar ilk sıraya yer almaktadır.

Nozokomiyal NBA hastalarının yaklaşık yarısından enfeksiyon sorumludur. Septik tromboflebit, akciğer embolisi, kan transfüzyonuna bağlı ateş, Clostridium difficile enterokoliti, ilaç ilişkili ateş, apse gibi postoperatif komplikasyonlar ve sinüzit nozokomiyal NBA olgularında artıştırılması gereken diğer sebeplerdir. Hastalarnın yaklaşık olarak %20’sinde etyolojini tani konulamayabilmektedir.

Nötropenik NBA (immünyetmeliiği olan hastalarda NBA) etyolojisinde ise hastaların çoğununda fırsatlı bakteriyel enfeksiyonlar saptanmaktadır. Bunun yanı sıra hepatosplenik kandıdaya ve aspergiloz gibi mantar enfeksiyonları, daha az sıkılıktaki olmak üzere CMV, RSV, varicella-zoster ve herpes simplex virüs enfeksiyonları etken olabilmektedir. Yine malignite tanısı olan hastalar
da ateşin buna bağlı olabileceği yada altta yatan diğer hastalıklara bağlı olabileceği akıl getirilmektedir. Hastaların almakta oldukları profilaktik antibiotiklerin, kemoterapötik ilaçların da yada da Buenlerin ateş nedeni olabileceği, transplant hastalarında ateş reddinin ateş yapan olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Nötropenik hastalarda immün cevap bozuk olduğu için ateş dışında
daki enfamasyon bulgularının olmaması da yada azalması olabileceği ve tanının koy滿alı olabilecek radyolojik bulguların saptanmaya bilembilmektedir.

HIV enfeksiyonu ile ilişkilı NBA hasta grubunda hasta

NBA kategorileri içinde en sık görülen klasik NBA’dır. Klasik NBA olgularında uzun yıllardan beri etyolojide ön planda üçe temel hastalık grubu yer almaktadır, bunlar enfeksiyonlar, kollajen doku hastalıkları ve malign hastalıklardır.

Ülkemizde klasik NBA ile ilgili olarak bildirilen nedenler içerisinde enfeksiyonlar ilk sıraya almaktadır (Tablo 1). Türkiye’de bildirilen klasik NBA olguları Sıpaş ve arka
daşılar tarafından literatür taraması yoluya araştırılmış ve toplam 13 makalede 857 NBA olgusuna ulaşılmıştır. Sıpaş ve arkadaşlarının yaptığı araştırımya 1990 yili


Sonuç olarak NBA hastalıklarında halen enfeksiyonlar önemli bir sorundur. Hekimin ayrıntılı anamnez ve tekrar-layan fizik muayene bulgularına göre elde edeceğ verilere uygun şekilde belirleyici testlerlik ile tanıya ulaşması akılci bir yaklaşıma olacaktır.
Tablo: Ülkemizde bildirilen klasik nedeni bilinmeyen ateş olguları ve etyolojik tanıları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yazar, çalışma yılı, yer, olgu sayısı</th>
<th>Etyoloji</th>
<th>%</th>
<th>Yazar, çalışma yılı, yer, olgu sayısı</th>
<th>Etyoloji</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Küçükardalı Y ve ark. 1980-1999 İstanbul, 82</td>
<td>Enfeksiyon 59</td>
<td>40.8</td>
<td>İstanbul 1984-2001 Tabak F 117</td>
<td>Enfeksiyon</td>
<td>34.4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Malignite 10.9</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kollajen doku hst 23</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kollajenöz 7</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Malignite 19</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diğer 2.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Diğer 10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tanı konulamayan 19.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tanı koyulamayan 14</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td> </td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kollajen doku hst 21</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kollajen doku hst 23</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Neoplazi 11</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Malignite 14</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diğer 6</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Diğer 8.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tanı konulamayan 11</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tanı koyulamayan 8.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td> </td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Saltoğlu N ve ark. 1994-2002 Adana, 87</td>
<td>Enfeksiyon 58.6</td>
<td>35.0</td>
<td>1997-1999 Gaziantep, 40 Araz M ve ark.</td>
<td>Enfeksiyon</td>
<td>45.0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kollajen vasküler hst 18.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Malignite 22.5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kanser 13.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kollajenozlar 15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diğer 2.2</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Diğer 5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tanı konulamayan 6.8</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tanı koyulamayan 12.5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td> </td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erten N ve ark. 1998-2003 İstanbul, 57</td>
<td>Enfeksiyon 42</td>
<td>35.0</td>
<td>2001-2004 Çolpan A ve ark. Ankara, 71</td>
<td>Enfeksiyon</td>
<td>45.0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Enflamatuar Romatolojik hst 30</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kollajen vasküler hst 26.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Malignite 18</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Malignite 14.1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tanımlanamayan 10</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Diğer 5.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td> </td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kollajen vasküler hst 18.9</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kollajen vasküler hst 25.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Malignite 9.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Malignite 22.2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diğer 15.1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Diğer 7.4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tanı koyulamayan 24.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tanı koyulamayan 3.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td> </td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Küçükardalı Y ve ark. 2003-2004 Çok merkezli (12 merkez), 154</td>
<td>Enfeksiyon 34.4</td>
<td>35.0</td>
<td>2007-2008 Zorlu S ve ark. Bursa, 38</td>
<td>Enfeksiyon</td>
<td>50.0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Infeksiyon dışı enflamatuar hst 30.5</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kollajen doku hst 15.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Malignite 14.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Malignite 15.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diğer 5.2</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Diğer 2.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tanı koyulamayan 15.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tanı koyulamayan 15.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td> </td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Solay AH ve ark. 2007-2011 Ankara, 43</td>
<td>Enfeksiyon 45.2</td>
<td>35.0</td>
<td>2011-2012 Kifayet K ve ark. Ankara, 43</td>
<td>Enfeksiyon</td>
<td>50.0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kollajen vasküler hst 23.8</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kollajen doku hst 15.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Malignite 16.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Malignite 15.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diğer 14.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Diğer 2.6</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

KAYNAKLAR


Akut Menjeniti Hastanın Tedavisi

Prof. Dr. Onur URAL
Selçuk Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Konya

Akut menjeniti olgularının çoğununda etken virüslerdir. Fakat özgül tedavi verebildiğimiz grup bakteriylen menjenit olgularıdır. Akut viral menjenitler içinde etkene özgül tedavi herpes menjenitinde asıklovir (30mg/kg/gün top- lam doz 8 saat arayla 14-21 gün süreyle) verilmesidir(1). Bu nedenle sonumda ağırlıklı olarak akut bakteriylen menjenitte tedavi yaklaşımı gözden geçirilecektir. Akut bakteriylen menjenit en önemli enfeksiyon acilerverinden birisidir(1,2). Akut bakteriylen menjenitte (ABM) tedavide başlama kararı ve uygulama zamanı gelişebilecek sekelisin önlenmesinde ve mortaliteyi azaltmada çok önemlidir(1).

ABM tedavisinde kullanacağımız yönetim şemasını şu şekilde tanımlayabiliriz;

1. Acil servise başvuran olguna ABM menjenit dış ungüden ipuçları nelerdir?
2. ABM olgusunda ilk yapılması gereken inceleme nedir?
3. ABM'te Lumbar ponksiyon yapılmasına engel olan durumlar nelerdir?
4. Lumbar ponksiyon yapıldıktan sonra tedaviye ne zaman başlanmış, bu süre neden önemli? Yapılacak incelemeye engel bir durum varsa veya tetkikler uzun zaman alacaksa ne yapılmalıdır?
5. Acil serviste ABM dış ungüden olgularda radyolojik inceleme ne zaman yapılmalı?
6. ABM'te klinik ve laboratuar olarak hangi durumlar, tedaviye başlama kararında etkilidir?
7. ABM antimikrobiyalle beraber kortikosteroid verilmesi gereken durumlar nelerdir? Kortikosteroid uygulama zamanı önemli mi?
8. ABM antimikrobiyal tedaviye başlarken yaş, konajın durumu,MBOL, üyesi duyarlılık oranları sizi nasıl yönetendir? Hangi antimikrobiyaller hangi durumda önemlidir?
9. Antimikrobiyal seçiminde hangi farmakokinetik ve farmakodinamik parametreler önemlidir?
10. Tedavi süresi ne olmalı? Kontrol lumbar ponksiyon yapmak gerekli mi? Gereklidir ise ne zaman yapılmalı?

1. Acil servise başvuran olguna ABM menjenit dış ungüden ipuçları nelerdir?

AM ön tanısi ile başvuran hastadan veya yakından ayrıntılı bir öykü alınmalıdır. İlaç alerjisi, menjeniti başka bir kişi ile temas, son günlerde üst solunum yolу geçirmе, antibiotik kullanım, meningokok endemik alanları (Sahra altı bölge) seyahat, kafa travması, otore, rinore, HIV riski ve immunsupresyon olup olmadığı sorgulanmalıdır(3).

Ateş, baş ağrısı veya birlikte pulpurik, bir veya daha fazla nekrotik veya ekimotik lezyonlar olan hastalarda ABM (N. meningitidis ilk akla gelmek üzere) ön tanida akıl gelmelidir(4).

ABM'ye klasik üçlü olan ateş + ense sertliği + mental durum değişikliği bulgularının tandaki duyarlılığı %45 dir. Pnomokok en etken olduğu ABM'ye klasik üçlü bulgu daha sık görülür(4). Ateş, ense sertliği, baş ağrısı ve mental durum değişikliği bulgularında 2 veya daha fazla ABM olguları %95 de bulunur(4,5). Klinik bulgularla ABM tanısı koymak zordur. Bazı olgularda şikayet ve semptomların silik olması tanida gecikmeyi neden olur.

2. ABM olgusunda ilk yapılması gereken inceleme nedir?

Öncelikle yapılması gereken, lumbar ponksiyonuna alınan beyn omurilik sıvısının (BOS) incelemesidir(2,4). BOS basınıncı, görünümü, rengi tespit edilir. Sitolojik, biyokimyasal ve mikrobiyolojik inceleme için kontrendikasyon yoksa 2-5ml (40-100 damla) BOS alınmalıdır(4). Sitolojik incelemede mm³ dehik hücre sayışı (Thoma lamında), hücre tipi belirlenir. Biyokimyasal olarak BOS protein, şeker miktarı (es zamanı kan şeker) ölçülür. Mikrobiyolojik olarak Gram, EZN boyama yapılır. Kültür, PCR ile etkenin genetik materyali araştırılır(1,2,4)

3. ABM'te Lumbar ponksiyon yapılmasına engel olan durumlar nelerdir?

Lumbar ponksiyonun kontrendik olduğu durumlar:

- Papilödem (Venöz pulsasyon olması değerlendirilir. Bu-nuna birlikte acil şartlarda göz dişi değerlenlirmesi zordur. Ayrıca yeni gelişen beyn ödeminde papilö-dem olmayabilir),
- Fokal nörolojik deficit (dilate reaksiyon vermeyen pü-pil, anormal göz hareketleri, anormal görme alanı),
- Santral Sinir Sistemi hastalığı öyküsü (kafa içinde yer kaplanan tıtle, nöbet, fokal nöbet),
- Şuur durumunda bozulma ( Glasgow skoru < 11 ol-ması),
- İmmun sisteminde bakılamış olması (HIV, immun supresif tedavi, transplantasyon sonrası),
- Yeni geçirmiş nöbet (1 hafta içinde) olmasıdır(2,4,6).
B Bu durumda LP ertelenmesi, serbeste toptanın, en kısa sürede antimikrobiyal tedavi başlatılması önerilebilir(4).

ABM olgularının %1-6’sında 8-48 saat içinde henni-asyon olabilir. Bu herniasyayoların %30’u mortal seyredir(7,8). Uncal veya serebral herniasyon görülebilir. Herniasyon coğunlukla otopside tespit edilir veya şuur bul-gulardan en az ikisinin olması (puppiller asimetri ile birlikte şuur durumunda bozulma, pupiller işik reaksiyonu olma-
ması, düzensiz solunum, solunum durması, dekortike veya deserebre yatış temporarily herniasonu düştürür (7-10).

4. Lumbar ponksiyon yapıldıktan sonra tedaviye ne zaman başlanmalı, bu sürenin önemli? Yapılcak incelemeye engel bir durum varsa veya tetkikler uzun zaman alacağına ne yapılmalı?

LP yapılma imkanı varsa, LP yapılından sonra ABM olgularında en kısa sürede tedaviye başlanmalıdır. Tedavi geçmesi 2 önemli problem tanımlanmıştır;

1. Atipik klinik tablolar: Ateşin olmadığı, baş ağrısı veya enfeksiyonu destekleyen bir durum varsa veya tetkikler competitiveness tedaviye başlama zamanını geçiktirmektedir.

2. Radyolojik görüntüleme nedeniyle gecekleme olmaktadır (3).

Tedaviye başlama zamanı 4 saat geçerse olgular %15’inde genel durumda bozulma (11) bildirilmiş.


Açıl servise ABM ön tanı ile gelen olgularda antimikrobial verilme süresi 30-60 dakikaya geçmişmelidir (2,4). Yapılabacak tetkikler (Beyin tomografisi, konsültasyonlar, rutin tetkikler vb) nedeniyle tedaviye başlama süresi geçmişir ve kalici nörolojik seklerinin oranını azaltmaktadır (1,2).

5. Acıl serviste ABM düşünen olgularda radyolojik inceleme ne zaman yapılmalı?

LP kontrendike olan durumlarda;

- Bir set kan kültür alınmalı (Tedavi almamış olgularda kültür %50-90 pozitifdir)

- Antimikrobial tedavinin ilk dozu (kortikosteroid uygulaması tartışılacak) yapılından sonra beyin tomografisi çekilebilir (1,2).

6. ABM’te klinik ve laboratuvar olarak hangi durumlarda tedaviye başlama kararında etkili olur?

Klinik bulgulardan ateş, ense sertliği, baş ağrısı ve suur bozuklukta 2 veya daha fazla ABM olgularının %95’de bulunur. Kemig, bruzinski bulgularının olması durumunda ABM ön tanısmından uzaklaşılması (1).

Rutin laboratuvarı lökositoz, sola kayma bakteriyel enfeksiyonu destekler. Tedavi almamış olgularda BOS laktat seviyesindeki yükseme bakteriyel - bakteriyel olmayan menenjit ayrımcında değerlendirir. BOS laktat düzeyi 4 mmol/L, serum CRP düzeyi 150mg/dl, serum prokalitonin düzeyi 0,2-5ng/ml üzerinde ise ABM için yüksek duyarlılık ve özgüllüge sahiptir (2).

BOS incelenmesi sonucu elde edilen Gram boyama, hücre sayısı ve tipi, BOS biyokimyası tedavi seçimini yönlendirebilir. Aynın kan veya BOS kültüründe remorse olmasa tedaviye değişiklik yapmamiza imkân sağlar (1)

7. ABM antimikrobialle beraber kortikosteroid verilmesi gereken durumlar nelerdir? Kortikosteroid uygulama zamanı önemli mi?

ABM anti-inflammätar etki sağlamak için kortikosteroid kullanımı tartışılması bir konudur. De Gans J ve ar. 2002 yılında yayından gelen langue hasta, çift kör, randomize bir çalışmada 301 akut bakteriyel menenjitli olgu değerlendirilmiştir. Çalışmada 8 haftalık takip sonunda deksametazon verilen grupta komplicated oranında %26, verilememeyen grupta %52 bildirilmiş. Deksametazon grubunda mortalite %14, verilememeyen grubu ise %34 bildirilmiş (16).

2004 yılında yapılan bir meta-analizde (17) 623 erişkin ABM’lil olguda (234’in S. pneumoniae menenjidi; kortikosteroid kullanılan grupta mortalite %12, kullanmayan grupta %22 rapor edildi. Deksametazonun erişkin pnömokok menenjitinde mortaliteyi azalttıgı bildirilmiştir. Bu meta-analiz bulgularıla Infectious Diseases Society of America (IDSA) 2004 yılında hazırladığıkilavuz, erişkinde ABM’ten pnömokok üretebilecek veya şişebileceğini varsa süreli deksametazon kullanımını önermiştir (2).

Erişkin pnömokok menenjit olgusunda deksametazon antimikrobiyal tedaviden önce veya aynı anda 4x10 mg/g gün dozuunda 2-4 gün süreye verilebilir. Erişkin pnömokok menenjitinde 3. Kuşak sefasporin + vankomisin tedavisiyle birlikte deksametazon başlanır, vankomisinin kan beyni barierinin geçişi azalabilir (1). Bu nedenle tedavi rifampisin eklemesi önemlidir (1,2)

Çocuklarda H. influenzae menenjitinde 0.15mg/kg/6 saatte bir 2-4 gün verilmesi, mortalite üzerine etkilemek olmamakta birlikte etkisi看不见 azalttıgı bildirilmiştir (1,2). Deksametazon immun yetmezliği olan olgularda gelisen ABM tedavisini önermez (4).

Çocuklarda H. influenzae, erişkinde S. pneumoniae dişındaki diğer ABM etkenlerinde negatif etkisi bildirilmiştir (2).

8. ABM’te antimikrobiyal tedaviye bağlı riskler, konağın durumu, bölgesel duyarlılık oranları sizi nasıl yönlendirir? Hangi antimikrobiyalleri hangi duruma önermeliyiz?

ABM tedavisinde yaş, gram boyamada tepsi edilen mikroorganizma, konağın durumu ve bölgesel duyarlılık durumu seçilecek ilaçları belirlemeye faydalıdır.
Tablo 1: Akut Bakteriyel Menenjitte ampirik tedavi önerileri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Predispozan faktör</th>
<th>Etken mikroorganizma</th>
<th>Antimikrobiyel tedavi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>YAŞ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 1 ay</td>
<td>S. agalactiae, E.coli, L.monocytogenes, Klebsiella spp</td>
<td>Ampisilin + Sefotaksim veya Ampisilin + Aminoglikozid</td>
</tr>
<tr>
<td>Yaş</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2-50 yaş</td>
<td>S.pneumoniae, N.meningitidis, S. agalactiae, E.co-li, H.influenzae</td>
<td>Vankomisin + 3J sefalosporin</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;50 yaş</td>
<td>S.pneumoniae, N.meningitidis, L.monocytogenes, aerobik gram (-) basil</td>
<td>Vankomisin + Ampisilin + 3J sefalosporin</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kafa tabanı kirliği

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etken mikroorganizma</th>
<th>Antimikrobiyel tedavi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S.pneumoniae, H.influenzae, A-GBHS</td>
<td>Vankomisin + 3J sefalosporin</td>
</tr>
<tr>
<td>S.aureus, KNS, aerobik gram (-) basil (Pseudomonas dahil)</td>
<td>Vankomisin + sefepim veya</td>
</tr>
<tr>
<td>Aerobik gram (-) basil (Pseudomonas dahil), S.aureus, KNS</td>
<td>Vankomisin + seftazidim veya</td>
</tr>
<tr>
<td>KNS, S. aureus, aerobik gram (-) basil (Pseudomonas dahil), P. acnes</td>
<td>Vankomisin + meropenem</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**IDSA 2004** kilavuzundan alınmıştır(2).

Erişkin yaş grubunda ABM olgularında S.pneumoni-ae, N.meningitidis en sık izole edilen etkenlerdir(1,4). Bu türleri etkinliği içe alınan sefotaksim ve seftriaksion (L. monocytogenes menenjitli hariç) erişkin ABM’inde ampirik tedavisinde ilk seçilecek antimikrobiyallerdir(1).

Uygun antimikrobiyel tedavi ile birlikte elektrolit bozuklukları, ateş, kan şekerindeki değişiklikler, konvülsiyonlara yönelik tedaviler planlanmalıdır(1,4).

**9. Antimikrobiyel seçiminde hangi farmakokinetik ve farmakodinamik parametreler önemlidir?**

Kullanılan antimikrobiyallerin BOS ‘a penetrasyonunda, lipitine çözünebilmesi, moleküler ağırlığı, iyonyazasyonu, proteine bağlanması gibi farmakokinetik özelliklerin bilinmesi gerekmektedir. BOS’un özel öğrenci nedeniyle kullanılan antimikrobiyallerin dövürlü en farklı etkiler (BOS PH’si, protein konsantrasyonu, metabolizması, siner-jizm-antagonizm, inokulum etkisi gibi) oluşturabileceği unutulamamalıdır. Ayrıca antimikrobiyallerin farmakodina-mik etkilerine göre doz miktarı, doz aralığı planlanmalıdır(1,2).

**10. Tedavi süresi ne olmalı? Kontrol lumbar ponksi-yon yapmak gerekli mi? Gerekli ise ne zaman yapıl-malı?**

Tablo 2: Akut Bakteriyel Menenjit yapan etkenlerde te-davi süreleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etken mikroorganizma</th>
<th>Tedavi süresi (gün olarak)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neisseria meningitidis</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Haemophilus influenzae</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Streptococcus pneumoniae</td>
<td>10-14</td>
</tr>
<tr>
<td>Streptococcus agalactiae</td>
<td>14-21</td>
</tr>
<tr>
<td>Aerobik gram negatif basil</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Listeria monocytogenes</td>
<td>&gt;21</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ABM tedavi süreleri tabloda verilse de hastanın klinik durumuna göre süreler değişebilir. Antimikrobiyel ilaclar kan-beyin barriyeri geçmekte olan ABM’da, general sınıf olarak minimal inhibitory konsantrasyonunun (MIC) yenebilme süresi için en yüksek dozdan ve intravenöz yolla verilmesi önerilmektedir(1,4).

Uygun antimikrobiyel tedavi verilen ABM olgularında BOS hızla steril hale gelir. Klinik ve laboratuvar bulguları düzelen olgularda rutin olarak kontrol lumbar ponksiyon önerilir(1,4). Tedaviye yanıt vermeyen (ateş, düz, hafif bozulma), evrimsel veya devam eden ABM’lerde, stata nörolojik hastalıklar (Pseudomonas, S.pneumoniae, H.influenzae, N.meningitidis, L.monocytogenes) dışında ABM olgularında 48-72 saat sonra lumbar ponksiyon tekrar edilir(2,4).Gram negatif ABM olgularında BOS’un steril olup olmadığını göstermek için tedavi süresi belirlemek için en yüksek dozdan ve intravenöz yolla verilmesi önerilmektedir(1,4).

Akcik bakteriyel menenjit sıkalığında yollar içinde azalma olması, aşılama çalışmalarıyla bazı etkenlerin belirli yaş gruplarında daha az görülmese, etkin anti-mikrobiyaller kullanılmakta ve çocuklu ve adolesanlık fasifikasyonu sağlanan antimikrobiyel tedavi ve ester destek tedavinin verilmesi mortalite ve kalıcı sekiz oranını azaltıcı etkisine sahiptir.
Kaynaklar

13. Prolux N. Delays in the administration of antibiotics are associated with mortality from adult acute bacterial meningitis. QJM. 2005;98:291-8
Antibiyotik yan etkileri tedavi veya profilaksi sırasında gelişebilen ve nadiren hayatı tehdit edebilen reaksiyonlardır. Hastaneye yatırılanların %3-5’si ilac reaksiyonları oluşturmaktadır (1). Sistemlere göre antibiotik yan etkileri özetlenmiştir.

Hipersensitivite reaksiyonları (HR)

Hafif allerjik reaksiyonlar yalnız döüントüntüleyile karakterizeyken, ciddi allerjik reaksiyon anafalaksi veya mukozal tutumla birlikte görülmektedir. En sık HR yapan antibiotik beta laktamlardır (2, 3).

a. Anafalaksi: Tip I immünolojik mekanizmaya göre-)
çeşlenen anafalaksi genellikle antibiotiğin alınmasından sonra bir saat içinde ortaya çıkar. Penisilen alanlarda anafalaksi riski %0.01 oranındadır. Yapılan deri testi ile olguların %43-85’inde alerjisi taşıyıcı konulanın %10-20 olguda gerçek allerjisi göstermektedir. Deri testi pozitif olanların penisilen kullanımının durumunda, olguların yarısında erken tip reaksiyonlar gelişebilmektedir. Penisilen allerjisi öyküsü olanlarda sefalosporin ve sulfonamidlerin neden olabileceği bir ciddi deri waktı başlar. Hastane hattı ve dağla bu durumda antibiyotik tedavisi alınmalıdır. Ciddi reaksiyon yoksa antibiyotik beta laktamları kullanılmaktadır (4, 5).


c. Özefajit: Ender görülmekle birlikte en sık kili diyarelerden farklıdır. Antibiyotikler intestinal nekroz (TEN) ve DRESS (ilacı reaksiyonu, eozinofili ve sistemik semptomlar) SJDS ve TEN, en sık aminopenisilerin ve sülponamidlerin neden olduğu ve mukozaların tutulduğu %5 fatal seyrini olabildi Tip IV tipi reaksiyondur. Tedavide kortikosteroidlerin varlığı kanıtlanmamış olsa bile kullanılmaktadır (4, 6, 7).

Hastanın penisilen allerjisi öyküsü dikkatli alınmalıdır. Doğrultusu veya süpheli anafalaktik reaksiyon ya da ciddi deri reaksiyonu olanlarda, penisilen yine sefalosporin veya karbapenem verilmele birlikte hafif veya orta şiddetli makulopapüler reaksiyonlar olabildi. Bu durumda penisilen mutlaka gerekliyle beraberinde hafif reaksiyonların tedavisi yapılarak dikkatlice kullanılmalıdır (4, 8).

c. İlaci atesi: En sık neden olan antibiotikler beta laktamlar, sülponamidler ve amfoterisinidir. Tıpkı enfeksiyöz ates gibi yüksek, aralıklı ve tekrarlayan özellikte olabili- lir. Ateşin düşmesi, ilacın kesilmesi takiben metaboliz- m.flowLayoutPanel雜i olarak birkaç gün bulunabilir (4, 6).

Hematolojik etkiler


Gastrointestinal etkiler


c. Özfajit: Ender görülmekle birlikte en sık dosisiksin- line iliskidir. Önlenecek olan bir sol suyla beraber almak ve ilacı alktan sonra en az 30 dakika uzanmamak gerek- lir. (9-11).
Kardiyotoksis etkiler
Özellikle makrolider, bazı kinolonlar, azoller, pentamidin ve kinin QT uzaması ve aritmije neden olabilmektedir. Eritromisin kullanılanlarda ani ölüm oranında iki kat artış bildiren çalışma sonrasında, bazal QT aralığı >500 ms olanlarda alternatif antibiotitije geçmişse önerilmektedir. Koroner kalp hastalığı, kardiyomyopati, elektrolit bozukluğu, böbrek yetmezliği ve aditif etkili diğer ilaç kullanımı olanlarda QT uzaması riski daha fazladır.

Vankomisinin hızlı infüzyonunun miyokard depresyonu, hipotansiyon ve nadiren ani ölüm nedeni olarak bildirilmıştır. Amfoterisin B’nin hızlı verilmesi de özellikle böbrek fonksiyon bozukluğu olanlarda ventriküler fibrilasyonda rol oynamaktadır (4, 11).

Nefrotoksis etkiler
Nefrotoksisitesi en fazla olan antibiotitije aminoglikozidler, amfoterisin B ve kolistindir. Ayrıca sulfonamider, vankomisin, asiklovir; uzun süreli ve yüksek dozlardan kullanıldığında ampisilin ve imipenem-silastatin de nefrotoksis etki yapabilir (4, 5). Benzer etkiye sahip başka ilaç kullanımı veya özel durumlar sahip kişilerde nefrotoksisite riski artacağından böyle hastalar daha yakından takip edilmelidir.

Aminoglikozildire bağlı nefrotoksisite çocuklukta düzeltilmektedir. Serum kreatinin değerinde yükselme olmasına nefrotoksisiteyi işaret etmelidir. Uzun süreli tedavi ve yüksek aminoglikozid düzeyleri riski artırır.

Amfoterisin B kullanılanların %60-80’inde böbrek fonksiyonları bozulsa da, çoğu kez geri dönüşür. Bazal fonksiyonların bozuluğu, uzun süreli veya yüksek doz tedavi, eş zamanlı aminoglikozid veya diüretik kullanımı risk faktörlü olabilir. İnfüzyon öncesi sodyum açığının düzeltmesi ve hidrasyon yaparak nefrotoksisite riskini düşürebilir (4, 7).

Hepatotoksis etkiler

Sefalosporinlerin çoğu aminotransferazlar, ALP ve bilirubinde yükseleyebilir. ALP ve bilirubinde yükseleyene neden olur. Seftriaksonun özellikle uzun süreli tedavilerde kalsiyum tuzlarına bağlı olarak safra çamarına ve kolesitite yol açabileceği unutulmalıdır (4, 5, 10, 11).

Nörotoksis etkiler


d. Ototoksisite: Aminoglikozidler ve glikopeptitler ototoksis etkiye sahiptir. Uzun süreli ve yüksek doza antibiyotik kullanımı, İleri yaş, önceden var olan iştire sorunları ve başka ototoksis ilaçların kullanımı risk faktörlü arastırılmalıdır. İlaç düzeyi kontrolü, kreatinin klerens değeri göre doz ayarlanması ve kulak çıplakması, baş dönmesi vb. semptomların takibi yaparak ototoksisite önlenmeye çalışılmalıdır (7, 10, 13).

Kaynaklar
KKKA epidemiyolojik gelişmeler:

KKKAV doğada ixodid tür, esas olarak da Halomma cinsi kemeler tarafından sürdürülmekebdir. Birçok kene tarafından virüsün taşıdığı ve hatta akrabaların da taşıdığı olduğu belirtildi..bootstrap


Patogenezdeki iki erlemeler

İnsanlarda CCHF infeksiyonundan sonra hastalık geliştiği bilinen tek konaktır. KKKA'nın major patojik anormaliteleri doku içinde erisit ve plazma sintizini ile ilerleyen hemorajik belirtilelerle sonlandırılan vasküler disfonksiyona iliskiliidir. Endotel hasarı trombotik agregasyonunun diasizدول ve plazma uyanması ile koagülalı hatkat sağlayabilir, sırızı intirinisk koagülasyon kaskadının aktive olur, sonuç olarak da koagülasyon faktör eksikliği ve hemorajive yola açarak.

Endotel hücresinin hasarlıya veya endotel hücresi birleşim yerlerinin bozulmasının her biri ile vasküler sintizmayı neden olabilir. Vasküler disfonksiyon endotel üzerine virüsün direkt etkisi veya sükstitn rüzgarının bir sonrunda dolaydır. Hastalığın ilerlemesinde interrupton 10 (IL-10), 1L-1, IL-6 ve tümör nekroz faktör-alfd (TNF-a) esas oyunlarda. İn vitro çalışmalar CCHF'nün, insan dendritik hücresi ve makrofajlarla çoğaldığına, daha sonra in vitro endotel hücrelerini aktive ettiğini ve TNF-a, IL-6, IL-8 salınımına neden olduğun göstermiştir. Daha hafif KKKKA olgularının tersine, ölen olgulara infeksiyon- virusitotinin (TNF-a, IL-6, IL-10) ve vasküler aktivasyonunun serum bireylerecinlerin (sICAM-1 ve sVCAM-1) sevilerinin yüksek olduğu göstermiştir. Bir çalışmamızda VEGF ve sVEGFR1 her ikisinde CCHF'nün hastalarında yüksek, şiddetli olgularda kontrole göre yüksek olduğunu bulunmuştur. Şiddetli hastalığı olan grubu belirledi her ikisi leylhiceviyle önemli olduğu fakat şiddetli ve ölen olguları tespit etmede sVEGFR1'ın daha önemli olduğunu göstermiştir. CCHF'nün insan hedef hücre kültürlerinde in vitro gecek infeksiyon sonrası apoptozis in okuluklu- meli belirlemistir. Buda CCHF'nün damarlandan plazma sınırizsi inoküleyebileceği ve apoptozis ile lentinol kaybına neden olabileceğini gösterir. Ancak apoptozisin direkt virüsün replikasyonunun sonucu yoksa indirekt olarak infeksiyovurun mediatörleri indüklmesi sonucu gelmiştir, bu raporulardan.
şayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur.


**Klinik viroloji alanında gelişmeler**

Hastalığın ilk dönemde hemen ve güvenli laboratuvar tanısla hastaya kısa alınış ve hastalığın tanımlanmasında konununun önemlidir. Zaman alıcı olması ve biyogevenirilik nedeniyle virüs izolasyonu CCHFV tanı için seyreken olanın tanı olması önemlidir. 

Akut klinik örneklere CCHFV’nün tanı testi için sıkıksla serolojik ve moleküler yöntemler kullanılmaktadır.

**Moleküler yöntemler:** Klinik örneklere CCHFV’nün hızlı tanı testi için real time PCR’a bağlı tanı yöntemleri tanımlanmıştır. Primerler ya CCHFV unun büyük çoğunlukunu araçtırmak için veya soya özügl olmak planlanmıştır. Son yıllarda ticari kitatit kiter, basit ekipman kullanılan tetikler ve mikro yada makro dizi analiz yöntemleri de geliştirilmiştir.

**Serolojik yöntemler:** Hastalığın 5. günde sonra en büyük kullanıma sahiptir. Şiddetli hastalıklı KOKK olanlarla antikor oluşum gerçkemekte veya olasmamaktadır. ELISA ve IFA kiteleri insan IgM ve IgG CCHFV spesifik antikorlarının tanımlanması için ticari olarak elde mevcuttur. CCHFV N proteinini insanda erken, güçlü ve uzun süre immün cevabı oluşturur ve böylece doğal veya rekominant N proteinı çok kez serolojik tetiklerde antijen olarak kullanılmaktadır. CCHFV’na özgü IgM ve IgG antikorlarınıın tanı testi için capture ELISA yöntemi geliştirilmiştir.


Nötralizasyon tetikleri büyük teyit edici değere sahiptır. Son zamanlarda tanımlanan psudo-plak reduksiyon nötralizasyon testinin CCHFV nötralizan antikorlarının ölçümü için alternatif, hızlı, yeniden yapılabilir ve duyarlı bir yöntem olduğu teyit edildiştir.

**Profilaksi ve tedavi alanında gelişmeler**

Teyit edilmiş CCHFV tanıl hastalar genel olarak takip için yatırılmıştır. Tanın sayımı, serum elektrolitleri ve transaminazlar, renal fonksiyon testleri ve koagülasyon parametreleri (PTT, aPTT, INR) çok bilgi verici ve önemli olduğu için tanım olarak çalışılır. Organ yetersizliği gelişen hastalar YÜB de takip edilmelidir, özellikle renal ve solunum fonksiyonları için.

Sivi ikamesi, kan transfüzyonu ve taze donmuş plazma ve trombosit transfüzyonu gibi diğer destek tedavileri eğer gerekiyorsa hemen başlanmalıdır. Intravenöz immunoglobulin (IVIG) refratör trombositopenli şiddetli vakalarda verilmelidir. KKKA’lı oglularda metilprednizolon etkisini rapor eden bir çalışma vardır.

Antiviral tedavi


Genç ve bazi hastalar at immunglobulin ve insanlann konvalesan serumları ile tedavi edildiği fakat bu yaklaşımanın etkisi sınırlı bulunmaktadır.

Konvelasan CCHFV hastalarının plasmandan ede spesifik immunglobulin profilaktik ve tedavi amacıyla intramusuklar olarak verilir. Türkiye’de yapılmış bir çalışma sağlamak için dozları belirlmektedir. CCHFV hiperimmunglobulin yüksek viral yükü (10⁸ kopya/mL) olan CCHFV’li hastaya verilmştir. Anti-CCHFV hiperimmunglobulin uygulanması, özellikle yüksek riskli hastalarda terapotik yaklaşıma için uygulanabilir.

**Temas sonrası koruma:**

CCHFV ile teması ile takiben temas sonrası profilaksinin etkisi tartışılmalıdır. Yüksek riskli sağlık çalışanların-
daki çalışmalar ribavirin profilaksişinin faydaları olabileceğini tهyt eder.

**Hastaların şiddetinin belirlenmesindeki gelişi:***

Bakır ve arkadaşları tarafından geliştirilen şiddet de-recelezdirme skorlaması 5 günden daha kısa süreli sempolmalar olan hastalar alınmıştır. Hastalar mortalite riskine göre üç kategoriye ayrılmıştır. Skorlama-ya göre 4 ve altında skor alan hastalar orta şiddet deki olgularda %20, 9 ve üzeri skor alan olguların tamamı ölüm ve yüksek riskli grup olarak değerlendirilmiştir. Skorlama hastaların triajlarında ve takiplerinde yol gösterici olabilir.

Sonuç olarak KKKA ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Birçok yeni araştırmaya rağmen, hala kesin bir tedavi ve etkin bir aşısı bulunmamaktadır.

**Kaynaklar***


---


*Phlebovirus*, *Vesiculovirus* ve *Orbivirus'ler* tatarcıklar ile bulunan virüslər. Filebovirüsler dişli tatarcıkların Ma-yıs-Ekim döneminde kan emmelerini sırasında bulası. Filebovirüsler dişli tatarcıkların doğan yavrularına vertical ve infekte erkek tatarcıkların dışiye çiftleme sırasında horizontal olarak geçer. Tatarcık kaynaklı filebovirüslerin tanımlanmış rezervuar yoktur.


*Phlebovirus* cinsinin tüm üyeleri, üç segmentli, tek ıplıklı RNA genomonu sahiptir. L segmenti RNA-bağımı RNA polimeraz; M segmenti viral zarf glikoproteinleri, S segmenti viral nükleokapsid proteini (N) ve yapısal ol-mayan protein (NS s) kodlar.

Tatarcık işıkli filebovirüslerin varlığı ülkemizde ilk defa 1976 yılında yapılan seroprevalans çalışmalarda gösterilmiştir. Ülkemizden birlikte olanlar yakını zamana kadar Akdeniz, Ege ve İç Anadolu Bölgesi'nden; virüs izolasyonu ve moleküler tekniklerle yapılan çalışmalarla *"Sandfly fever Turkey virus" (SFTV) ve "Toscana virus" (TOSV)* ile oluşmuştur; yakın zamanda Doğu Anadolu Bölgesi'nde Malatya'dan da bir salgın bildirilmiştir.


Tatarcık atesinden korunmak için de hangi bir onaylı aşılı olmalıdır gibi, yararı kantıtanmış özel antiviral tedavi yoktur. Böcek kovucular ve insektisitler tatarcık kaynaklı hastalıkların yayılmasını azaltmak ve korunmak için temel seçeneklerdir.

**Kaynaklar**


Türkiye’de Arboviral İnfeksiyonların Laboratuvar Tanısı

Uzm. Dr. Dilek YAĞCI-ÇAĞLAYIK

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı Viroloji Merkez Laboratuvarı, Arbovirus ve Viral Zoonotik Hastalıklar Ünitesi, Ankara

Togaviridae, Flaviviridae, Bunyaviridae, Reoviridae, Rhabdoviridae, Orthomyxoviridae ve Asfarviridae virus aileleri içinde yeralan arboviraller, ani başlangıçlı, multisistemik seyreden ve ölümcül olabilen hastalıklara neden olmaktadır.

Arbovirallerin tanısında virüs izolasyonu ve nötrализasyon gibi teknik donanım ve biyogüvenlik düzenlemeleri düşündürücüdür. Nötralizasyon testleri, saptanabilecek en az 3, Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) teknikleri 4 ve daha fazla miktar sindirim hücrelere solvözyon testleri, Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) ve Enzyme-Linked Immuno Sorbent Test (ELISA) testi, antikorların tespiti için genellikle kullanılmaktadır.

Türkiye’de Arbovirusların laboratuvar tanıları, direkt incelemeler ve indirekt incelemeleri kapsamaktadır. Virüs izolasyonunun yanı sıra elektron mikroskobik incelemeler, antijen saptanması, nükleik asit saptanması, antikor testleri, nötralizasyon testleri, Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) ve Enzyme-Linked Immuno Sorbent Test (ELISA) testi serolojik tanıda yer bulan ve antikor saptamaya nedenlik veren vektörler için kullanılan testlerdir.

Arbovirusların laboratuvar tanıları, direkt incelemeler ve indirekt incelemeleri kapsamaktadır. Virüs izolasyonunun yanı sıra elektron mikroskobik incelemeler, antijen saptanması, nükleik asit saptanması, antikor testleri, nötralizasyon testleri, Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) ve Enzyme-Linked Immuno Sorbent Test (ELISA) testi serolojik tanıda yer bulan ve antikor saptamaya nedenlik veren vektörlerdir.


Tüm Türkiye’de Arbovirusların laboratuvar tanıları, Ulusal Referans Laboratuvar olarak merkezizice yürütülmekte olup, moleküler ve serolojik testlerin analizi Biyogüvenlik düzeyi 2, nötralizasyon testleri Biyogüvenlik düzeyi 3 faaliyetlerde yapılmaktadır. Arbovirus ve Viroloji Merkez Hastalıklar Laboratuvarları olarak tanısal kapasite tabloda özetlenmiştir.

Tibbi Laboratuvarlarının akreditasyonu için gereklilikleri belirleyen ISO 15189 standartlarında uygulanarak KKDPCR testi ile ilgili merkezizme metod validasyon çalışmalara yapılmaktadır olup laboratuvar arası karşılaştırma yöntemiyle Diş kalite kontrol programı merkezizim tarafindan oluşturulmuştur.

Kaynaklar


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Etken</th>
<th>ELISA</th>
<th>IFA</th>
<th>Nötralizasyon testi</th>
<th>Avidite testi</th>
<th>İmmunblot testi</th>
<th>PCR veya Ag testi</th>
<th>Sekans (Dizi analizi)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>KKKA virusu</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Hantavirus</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Tatarcık humması virusu</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Batı Nil virusu</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Kene kaynaklı ensefalit virusu</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Sarı humma</td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Japon ensefaliti virusu</td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Deng virusu</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Chikungunya virusu</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Ebola virusu</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tablo 1:** UAVZHÜ (Ulusal Arbovirus ve Viral Zoonotik Hastalıklar Ünitesi) Tanı Kapasitesi
Kolonizasyon ve Risk Faktörlerinin İnvaziv Kandida İnfeksiyonlarının Tanısında Kullanımı

Doç. Dr. Selçuk KAYA
Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon

İnvaziv Kadida İnfeksiyonu (İKI) Risk Faktörleri:
Son yıllarda fırsatçı mantar enfeksiyonu sikliğında artış söz konusudur. Kemik iliği-organ nakli yapılan hastalar, hiv ile enfekte hastalar, gastrointestinal cerrahi hastalar, neoplastik hastalar, ileri yaş grubu, bağırsaklıktaki sistemlere baskılanan tedavi alanlar, premature yeni doğanlar risk grubunun oluştururmaktaadır.

Mantar Enfeksiyonlarıyla İlgili Güncel Sorunlarımız
Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar (SHİ) içinde giderken artan oranda görülmektedir.setItem(5, 150, 515, 162) Hastanede yatırılan enfeksiyonlar Kandida'ya kaynaklanmaktadır. Albicans dışı Kandida'nın %5-30'unda ve ortalama 8 günde görülmektedir. Yoğun bakım ve antifungallere dirençli yeni mantar enfeksiyonu sıklıkta olarak ortaya çıkmaktadır.

İni az KANDIDA İNFESİYONLARININ (İKI) TANIMLANMASI:
Candida türlerinin idrar dışındaki steril vücud sivılardan izolasyonu olarak tanımlanmaktadır.


İNZİVİZ (DISSEMİNE-SİSTEMİK) KANDI DIYAZ:
Kandideminin yanı sıra histolojik olarak veya kültür ile Candida’nın endokard, meninks, göz veya diğer iç organlara invazyonunun gösterimleridir.

İKI Tanısında Elimizdeki Araçlar Nelerdir?
Doku örnek almak: İnvaziv bir işlem olup, komplikasyon riski vardır.
Oftalmolojik muayene: Kandidemide mutlaka yapılmalıdır.

Kandida spesifik hücre duvar komponentleri: Mannan, Beta D glukanın maliyetli yöntemler olup, duyarlıklarla salaries kısitlar göstermektedir. DNA tespitine dayalı moleküler yöntemler: Duyarlılık düşük olup, uygulama güçlükleri vardır.
Risk faktörlerinin tespiti/skorlamaları ve kolonizasyon indeksi: Son yıllarda önemli bir işe yaradığı için kullanılmaktadır.

İKI risk hesaplaması niçin önemlidir?
İFI için tedavi yaklaşımlını belirlemek, erken tedavi ve antimikrobiyal azaltmak ve geniş antifungal (AF) kullanımı önleyebilmek için önem taşımaktadır.

KANDİDEMİ GELİŞMESİ İÇİN BAĞIMSIZ RİSK FAKTORLERİ (IDSA 2009)
Geçirilmiş abdominal cerrahi, üç lümenli kateter kul lanımı, akut böbrek yetmezliği, TPN, >7 gün yoğun bakım, çoklu bağlıyetli hastalar, diabetik ya da transplantasyon thesdlerinde önemlidir. Bu testin negatif prediktif değeri %100 olmasa da, kandida izolasyonu, birlikte bağırsak kateteri ve antifungal (AF) kullanımları artmaktadır.

KANDİDA KOLONIZASYONU
YBO’deki hastaların %5-15'i Candida spp. ile kolonize olmaktadır (en sık asit, sepsis, barsak, kateter lümü içinde). Çoklu risk faktörlerine uzun süre maruz kalıhan hastaların %50'lerine yönelik risk faktörleri: Nisan, TPN, 7 gün üst organ progresif olarak artan abdominal cerra hi, total parenteral nütrisyon, vs. YBO yoğun hastalarda bu oran %50'lere çıkmaktadır. İKI kolonize olan hastaların %5-30'unda ve ortalamı 8 günde gelişmektedir.

KANDİDA KOLONIZASYON İNDEKSİ (KKİ)
Vücudun değişik yerlerinden alınan örneklerde kandida kolonizasyonu araştırılmalıdır.

Kültür pozitif bölge sayısı
KKİ = -------------------------------
Kültür yapılan bölge sayısı

KKİ > 0.20 Fungal kolonizasyon, KKI > 0.50 Yoğun kolonizasyon
Bu testin negatif prediktif değeri %100 olmasına rağmen...
men pozitif prediktif değeri kültür kuantitatif olarak yapılmasına % 66 olarak hesaplanmıştır. Dezavantajları iş yükü, maliyeti, yatak başı uygulamasının zorluğu, cerrahi dışı hastalarda sınırlı bilginin olması ve maliyet etkinliğiyle ilgili yeterli çalışmanın olmasıdır.

KANDIDA SKORU (KS):
TPN: 1 puan, Cerrahi: 1 puan, Çoklu kandida kolonizasyonu: 1 puan, Ağır sepsis: 2 puan

Sinir değeri: 2.5 (%81 duyarlı, %74 özgür)

Eğer bir hastanın Candida skoru >2.5 ise invaziv kandidiyaz riski 7.75 kat fazla (Leon C. Crit Care Med 2006; 34:730–737)

Kandida skoru sıralamaları:
Avrupa’dan 36 YBÜ non-nötropenik hasta değerlendirme, kandida skoru ≥3 ise İn vaziv kandidiazis için yüksek risk oluşturumaktadır. KS<3 ise İn vaziv kandidiazis oranı: %2.3 (p ≤ 0.001). Ayrıca (1–3)-Beta-d-gluca nin invaziv kandidoz için bağımsız belirleyici olduğu gösterilmiştir.

Skor= 2-3 invaziv kandidiasis= % 0, Skor= 4 invaziv kandidiyaz= % 17.6, Skor= 5 invaziv kandidiyaz= % 50. Erken tedavi başlamak ve gerekşiz antifungal kullanımı önelemde yararlı bulunmuştur (Leroy et al. Ann Int Care 2011;1:50)

OSTROSKY KLİNİK PREDİKSİYON KURALI
USA ve Brezilya’dan 9 YBÜ’nde en az 4 gün yatmakta olan 2890 hastada, ortalama İK gelişimi %3 (88 vaka) bulunmuş olup, en iyi İK gösterge parametreleri: 1-3 gün süreye sistemik antibiotik kullanımı , 1-3 gün santral venöz kateter olması ve takip eden durumların en az 2 sini olması: TPN 1-3 gün, diyaliz 1-3 gün, major cerrahi 1-7 gün, pankreatit 1-7 gün, steroid kullanımı 3-7 gün/diğer immunsupresif kullanımı 0-7 gün. NPD:%97, PPD:%1 olduğu gösterilmiştir (Ostrosky ZL, et al. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2007 Apr;26(4):271-6).

İKİ RİSK HESAPLAMALARI
Bu güne kadar farklı predispoze faktörleri içeren risk gruplamaları vardır. Bunların ortak özellikleri; negatif prediktif değer (NPD)’lerinin iyi olması ve pozitif prediktif değer (PPD)’lerinin zayıf olmasıdır. Dolayısıyla da gerekşiz antifungal kullanımını önelemde yararlıdır

Yoğun Bakım Hastalarına Ampirik tedavi başlanmalı mı?

Yoğun Bakımda AF Tedavi Kararı
Klinisyen kolonizasyonların yanında risk faktörlerini birlikte değerlendirek karar vermelidir. Riskli cerrahi hastalarda kolonizasyon dinamiklerinin peryodik değerlendirmesi ile İK daha güvenli olarak tahmin edilebilir.

SONUC
İnvazif Kandida İnfeksiyonlarının Tedavisi

Prof. Dr. Nur YAPAR
Dokuz Eylül Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastалıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D., İzmir


1. Bulunan birimin epidemiyojik özellikleri (Sık etken olan türler ve özellikle azol dirençli olanların sıkılığı),
2. Hastanın hemodinamik durumu,
3. Hastanın koşullu ve nötropeni varlığı ve süresi,
4. Organ disfonksiyonları varlığı (Böbrek yetmezliği ve nefrotizmin B’den ve kreatinin klinresi <50 mL/ dk ise intravenöz vorikonazoldan kaçınılmalıdır.),
5. Kullanılan diğer ilaçlar ve olası ilaç etkileşimleri (Özellikle sitokrom P450 enzimleri ile metabolize olan azol grupları ile),
6. Azol profilaksi uygulanmış olması ve
7. Maliyettir.


İnvazif kandidiyazda endokardit ve SSS infeksyonlarında flusitozinle yapılan kombinasyonlar dışında antifungal tedavinin yer yoktur.

Kaynaklar
Gözardı Edilen Özel Konak: Gebe: Aşılар

Doç. Dr. Neşe DEMİRTÜRK
Kocatepe Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Afyonkarahisar


Bazı infeksiyon hastalıkları gebelikte daha ciddi seyretmeleri ve daha fazla maternal mortalitete neden olmaları açısından önemli artışın (örn; influenza, su çiçeği gibi) gebelik infeksiyonları da yol açtılar teratojenite (örn; kizamlık gibi) ve yeniden doyma (örn; tetanoz gibi) nedeni ile önem taşır. Gebelikteki bir gebelik hastalığı ise maternal mortalite ve morbidity etkilemez, teratojenite yol açma ancak annede geçirilen HBV infeksiyonu vertical olarak fetusa bulaşabilir ve yenidoğanın HBV ile infekte olmasına neden olabilir. Tüm bu olumsuz sonuçlar, gebelik aracılığıyla karşı gebelerin ve hatta gebelik öncesi dönemde anne adaylarının aşılamanıları ile engelenebilir (1,2).

Amerika Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), gebelik planlanan tüm kadınlara başlıca klamorunun tamamlanması önemli olmaktadır. Gebelik döneminde tüm canlı aşılar kontrendikedir. CDC tarafından, gebelik döneminde yapılmasını tavsiye edilen aşılar; inaktif influenza aşıları, yaşanan bölgeye göre farklı bir öneri ise HAV aşıları, özel durumlarda HDV aşıları, tetanoz- difteri ve asellüler boğur makamları olup meningokok ve polio aşıları da gerekli ve varsa yapılabilir. Lecek aşılar olarak önerilmektedir (3). Ancak HAV aşıının gebelikteki güvenilirliği ile ilgili henüz veri bulunmamaktadır. Aşının inhibe etme ve canlı mikroorganizma içermemesi nedeni ile, infeksiyon riskinin aşı yan etki riskinden daha yüksek olduğu durumlarda yapılması önerilmektedir. Gebelikte kuduz aşıları da kontrendike değildir, risk değerlendirmesine göre temalı ve her günde temastan sonra temas sonrası profilaksi için CDC tarafından önerilmektedir (1).


Boğurmaca 2 aylıkta da küçük bebeklerde ciddi düzeyde maternal mortalite nedeni olmaktadır. Çokuç aşı se- malarında 2 aylıkta itibaren başlayan aşılama ile etkin başlıca aktarım ancak 6 ayda sonra elde edilmektedir. Bu nedenle annedeki başlıçlink düzeyi yenideninın boğurmacanın korunmasında önemlidir. İspanyada yapılan ve 228 gebeyi kapsayan bir çalışma, gebellerde 20 gebelik haftasında, bir doz boğurmaca aşısı yapılması ile kuru çocuk düzeyde boğurmaca başlıçlink olan gebel yön- desi %37.1 ‘den %90.7 ye çıkarılmış ve yenideninin da %94.7 ‘inde kuru çocuk düzeyde boğurmaca antikor bulunmuştur. Bu nedenle gebelik ve aşılar yenidoğan infeksiyon gelişimini önlemek için de önerilmektedir (4). Nitekim, Ekim 2012 tarihinde bu yüzden, CDC tarafından da, öncesinde boğurmaca olmayan tüm gebelere, 20 gebelik haftasından sonra, ikiçini trimestre sonu ya da üçüncü trimesterde, difteri ve azaltılmış tetanoz toksoidi ile beraber aşılar boğurmaca aşısının da yapılması önerilmektedir (1).

Kaynaklar
Yanık ve İnfeksiyon

Uzm. Dr. Nur BENZONANA
Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Deri, sivi hemostazi ve termoregülasyon sağlayıcı, imünolojik, nörosensör ve metabolik fonksiyonları olan ve önemli bir fiziksel barier oluştururan, vücudumuzdaki en büyük organlardan biridir. Termal, kimyasal, elektrik ve radıasyon gibi etkenler neden olduğu, primer olarak deri ve komşu dokulara zarar veren ancak hemen hemen tüm organ sistemlerini etkileyen yanık hasarı önemli bir morbidity ve mortalite sebebidir. Hastanın T hücre aktivitesini, inflamatur sitokin ve kompleman seviyelerini azaltan hücresel ve humoral bağılı sistemlerine zarar verirken, deri bütününe bozarak mкроorganizmaların için önemli bir giriş kapısı oluşturur, aynı zamanda hospitalizasyonun uzamasını, invazif tanı ve tedavi prosedürlerini infeksiyonların gelişmesine katkıda bulunur(1). Güncel resüsitasyon tedavilerinin gelişmesiyle, infeksiyonlar yanıklarda infeksiyonların gelişimlerinin %75'inden sorulu tutulmaktadır(1).


Amerikan yanık défini siniflama sistemine göre erişkinlerde tüm vücüt yüzey alanlarının (TVYA) %10, çocuğun ve yaşlıarda %5den daha az veya %2 den az tam kat yanıkları mimar; erişkinlerde TVYA %10-20'sini, çocuk ve yaşlıarda %5-10'unu kaplayan veya yüksek-voltaj hasarı, inhalasyon yanığı süphesi, sırıklar yanık, diyabet gibi hastanın infeksiyonlarına yatışlıyorluğu artıran komorbidite-lerin varlığı orta; erişkinlerde TVYA'nın %20'sinden fazlasını çocuk ve yaşlıarda %10 dan fazlasını tutan veya, %5'ten fazla tam kat yanığı, yüksek voltaj yanığı, bilinen inhalasyon yanığı veya yüz, gözler, kulaklar, genital bölige veya eklemelerin üzerinde dikkate değer yanıkların olması veya yanık hasaryla birlikte kırık veya major hasar gibi kayda değer diğer hasarların olması, yanık yaralardaki ve yanık hasarı gelişimi 2-3.4.

Yanık hastalarda yara infeksiyonları, kan dolaşımlı infeksiyonları, pnömoni ve üriner sistem infeksiyonları ön plana çıkar. D'Avignon ve arkadaşları ağır yanık olguların kapsayacak 97 olguluk bir otopsi serisinde kan dolaşım infeksiyonlarının %50 orana en onde gelen ölüm nedeni olarak saptamışlardır. Bu olgular, %44 ile pnömoni, %6 ile yara yanık infeksiyonları izlemiştir(5).

Deri bütünüğünün bozulması mikroorganizmaların derin dokulara geçmesine izin verir. Balançtağı steril olan, nemli ve proteinden zengin esker dokusu bakteriler için mükemmel bir besiyeri ortamına dönüştür. Yanık dokusunun ilk 48 saatte konağın ter bezlerinden ve kil follikülerinden köken alan Gram pozitif bakterilerle, 5-7'ci günlerde konağın üst solunum yolu, gastrointestinal sistemi veya hastane ortamı ve personelin ellerindeki, endojen veya exojen mikroorganizmalarla kolonize olur(1,6). Cerrahi müdahale ile nekrotik dokunun uzaklaştırılması ve yanık alanının oto ve allogreftlerle veya yara örtüleriyle ka- patılması yanık yara tedavisinin en önemli basamaklarından biri olarak birlikte özellikli bakteriyel kolonizasyon ve invazyonu engelliyerek, yara infeksiyonlarının tedavi ve önlenmesinde önemli bir yer tutar(7). Etkilenen TVYA'nın %30dan fazla olması, tam kat yanık, kolonize eden mikroorganizmanın virulans ve antiyotik direnç paterni, deri greftlerinin tutmaması, yanık yaralarının uzun süre açık kalması ve yara bakımı ile- tersiz kalması yara infeksiyonlarının gelişmesine açısından önemli risk oluşturur(8). Yanık alanın infeksiye olması, yanık dokusunun iyileşmesini engelliyerek yanık hasarının derinleşmesine yüzüyle bir yanığın tam kat yanığı dönüşmesini ve hatta sepsis zemin hazırlar(3).

Yanık hastası, yanık trauma arasındaki doyayacak hipermeta- bolik durum ve SIRS tablosundadır. Ateş, lüksotroz, so- lunum sayısında, kalp tepe atmalarında ve CRP gibi bazı serolojik belirteçlerde artış gibi geleneksel sepsis parametrelerinin bu hasta grubunda infeksiyonu düşündürmek açısından sensitivite ve spesifitesini yetersiz kalabilmek nedeniyle Amerikan Yanık Derneği 2007 yılı- linda yanık hastası için sepsis kriterlerini tanımlamıştır. Bu kriterlere göre aşırı (39,5 derece C veya <36,5 derece C), progresif ta- şıkardı (>110 atm/dak), progresif taşıkardı (>25 SS/dak veya ventilasyondaki hastada >12L/dak), trombositopeni (<100 000/µL, ilk resüsitasyondan sonraiki ilk 3 gün için geçerli değil), hiperglisemi (müdahale devre plazma glu- ku >200mg/dL, >7’ünite insulin/saat veya 24 saatte insulin gerekşiniminin >25’te faza artması), 24 saatten uzun süre gastrointestinal (abdominal distansyondan, beslenme hiszının iki kati rezidü, veya ≥500 ml’den fazla diya- rık) kriterlerinden 3’ten fazlasının bulunması infeksiyonu düşündürmelidir(9). Yanık hastasında klinik olarak sep- sis tanısının konması sağlıklığin nedeniyle özellikle prokalsitonin gibi biyomarkerlar karar aşılamasında yar- dimcı olur (10,11).

Kan dolaşımlı infeksiyonları ve sepsis, major yanık disclosure hastalarda önemlidir. Ve tehdit edici bir komplikas-
yondur. Yanık yarası infeksiyonu, santral venöz katet-
terler gibi invaziv aletlerin kullanımı ve gastrointestinal florının translokasyonu sonucunda ortaya çıkar(12). Santral venöz katetler tüm hasta gruplarında kan do-
laşma infeksiyona riskini arttırmakla birlikte bu risk yanık hastalarında daha fazladır. Zaman zaman yanık yüzey alanlarının geniş olması veya lokalizasyonu nedeniyle kaçınılmaz bir şekilde kateter giriş yerlerinin yanık yara-
nın üzerinde veya yakınlarında olması, kateterin kolonize olması ve yan kalsımla infeksiyonuna neden olmasılı-
ğını artırır(12,13). Merkezler arasında farklılıklar olmak-
la birlikte çoklu dirençli P. aeruginosa, A. baumannii ve K. pneumoniae gibi Gram (-) bakteriler etken olarak ön plan-
na çıkılmaktadır, bu etkenleri metisilin dirençli Stafilklokal ve Candida spp. ilezmektedir(5,14,15,16). Kan doлаşımı infeksiyonları hasta mortalitesini 4 katı arttırmaktadır ve P. aeruginosa infeksiyonları yüksek mortalite ile ilgili bulunmaktadır(16).

Deri bütünlüğünün bozulması yanık hastasının bakte-
riyal kolonizasyon ve invazonya düyarlı hale getirir. Yara infeksiyonları impetigo, yanık lískılı cerrahi yara infeksi-
yonları, yanık yara selülitü, ekzis magademliş yararın in-
vazif infeksiyonu olarak sınıflandırır Erken yara ekzisyonu, topikal antibiotik kullanımı ve yara bölgesinin erken ka-
patılması yara infeksiyonlarının azaltası da yara infeksi-
yonları hasta grubu için önemli bir sorun oluşturur. Erken dönemde Streptokok ve Stafilkok toller yaraya kolonize ederken, zaman geçtikçe özellikle ünitelerin flora-
rasinın bir yansıması olan P. aeruginosa, A. baumannii, ve enterik Gram (-) basiller bu bakterilerin yerini alab-
lır(12). Yanık yaralarda infeksiyon varlığının izlenmesi açısından yanık yaralarının düzenli olarak yüzeyel sürün-
tü veya doku biyopsis kültürleri alınmalıdır. Katıtaatif doku biyopsis kültürleri ve histolojik tani invazif yara infeksiyonu tanısında altın standart olmakla birlikte son dönemlerde özellikle erken ekzisyonların yapılmasi nedeniyile, birçok yanık merkezinde emek yoğun katıtaatif doku kültür-
lerinin yerine yanık yüzeyinin kalitativ veya semikatıtaatif sürünülü kültürlere de kullanılmaktadır. Yanık yaralarda infeksiyonun rutin süreyansı açısından en uygun olan önemeleme tekniği yanık yarasının tipine göre değişik-
lık gösterir. Semikatıtaatif veya katıtaatif doku kültürleri kolonizasyonla infeksiyonun ayırd edilmesine yardımcı olur(4,17). Doku önemeleme >10^4cfu/g dari fazla bakteri bulunması hemateno yağılı riskinin yüksek olduğuna işaret eder. Hastada yara infeksiyonu bulgularına ek ol-
arak sistemik infeksiyon bulgularının olması, infeksiyon kaynakının yumsuçu doku olduğu işaret eder ve bu hastalarda yara önemeleme ek olarak, kan, solunum yolu ve idrar kültürlerine alınmalıdır(18). Infeksiyonun bayan protokoli ve infeksiyonün riski 2 kati artırır. Uzun süre entübe kalan hastalarda ventilatör ilişkili prönomi
geme olasılığı daha fazladır. Infeksiyonun bayan olami-
yan hastalarda da atelektazi ve hipostatik akciğer gibi kompleksiyonlarla karşılaşılabileceğidir unutulamamalıdır. Etken mikroorganizmalar kurumdan kuruma farklılık gösterir(12). Akciğer grafisinde bir değişikliğe neden ola-
madan, atezin yükselmesi ve balgam miktarının artması pürulan trakeobronşit düsündümelidir. Etkenler pröno-
ni etkenlerine benzendir, mekanik ventilasyonun uzama-
sına neden olur(12).

Yanık hastasında empirik antibiotik tedavi tüm hastalarda olduğu gibi ünitein florasi ve bu floranın antibiotik paternleri göz önüne alınarak, infeksiyon bögesi ve olası etken mikroorganizmalar hedeflene-
rek planlanmalıdır. Hastaların geni yanık alanları-
ndan kayıplarının olması, hipermetabolik olması, böbrek fonksiyonlarının değişiklik göstermesi, zaman zaman sürekli renal replasman tedavilerinin uygulanması ge-
rellikli gibi sebepler antibiotiklerin farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerini etkiler. Bu da antibiotiklerin kan ve doku konsantrasyonlarının terapotik düzeylerini altında kalmasına neden olabilir. Özellikle yara infek-
siyonlarında ve pnömonide bakteriyel inokulum miktar-
nın yüksek olabileceği unutulmamalıdır. Ciddi ve hayati tehdit edici infeksiyon olasılığında, tedavi geçikmesinin mortalite nedeni olabilmektedir nedeniyle gerekli kültür-
ler alınarak hıza başlanmalıdır bakterisidal antibiotikler tercih edilmelidir. Başlanmış olan antibiotik tedavileri bakteriyolojik sonuçlara ve hasta yanıtına göre gözden geçirilmeli, gerekli durumlarla değişiklik yapılmalı veya de-eksalasyon uygulanmalıdır(18).

Yanık hastalarında ileri yaş, majaor yanık, diyabet, inha-
lasyon hasarı, hastane yataş süresinin uzaması, solunum cihazına bağlıma ve diğer komorbiditeler baño Candida spp. olmak üzere fungal infeksiyon riskini artırır(17).

Yanık hastalarında virüs infeksiyonları sık karşılaşı-
makla birlikte Sítomegalovirus, (CMV), Herpes simp-
lex (HSV) ve Varicella zoster virüslerin reaktivasyonu, primer infeksiyonu veya eksojen reaktivasyonu şeklinde karşıması clickable(20). HSV ve CMV nadiren infek-
son hasarı ve baş boyun yanıklarında ilişkilendirilen alt solunum yolu infeksiyonu etkeni olarak mortalite sebebi olmaktadır(5). Bunların dışında ülkemizde bu yanık ün-
tesinde salgın olur açan orf virüsü, yanık dokusuna olan özeli afinesini ve çok farklı bir klinik tabloya seyredebi-
leceğini göstermiştir(21).

Yanık ünitesinde bulaş, temas, damlakçı ve hava yolu-
yolu olur. Primer bulaş yolu, personel eilleri aracılığıyla veya uygun dekontamin edilmiş ekipmanla temas sonucunda direkt ya da indirekt temasıdır. Yanık has-
alara bulunduğu ortamındaki mikroorganizmalarla kolaylık-
a kolonize olurken aynı zamanda kolonize veya infek-
te olduğu dirençli mikroorganizmalar etrafta saçarak önemli bir rezervuar oluştururlar. Kontamine hidroterap-
ekipmanları, ortak tedavi alanları ve diğer kontamine ekipman ve yüzeyler de çapraz kontaminasyonlar yol açabilir. Yanık ünitesinde standart infeksiyon kontrol önlemlerine ve izolasyon kurallarına uymalı, el hiyeye-
nine önem verilmesi, koruyucu ekipman kullanımını tam uyum gösterilmelidir. Tüm ekipman düzgün olarak uygun dezenfektanlarla dekontamin edilmeli, çapraz konta-
imasyonlarla yol açılmaması için odalar arasında yer

deştirilmemelidir(22). Rutin olarak yapılan aktif kateter
ilişkili infeksiyon, prönomi, ürün sistem infeksiyonu sür-
veyasına ek olarak yanık ünitesinde yara yanık infek-
siyonu surveyanı da yapmalıdır(17).
Kaynaklar
Giriş


Sağlık hizmeti veren kuruluşlar birçok çalışma alından daha karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle çalışanların iş yerinde karşılaştıkları risklerin sayı ve çeşitleri daha fazladır. Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskleri aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır: (1, 2);

2. Kimyasal tehlikeler, glüteraldehid, etilen oksit, vb.
3. Fiziksel tehlikeler, görüntü, radyasyon, düşmele, vb.
4. Ergonomik tehlikeler, ağrı kaldıma, taşıma, vb.
5. Psikososyal tehlikeler, stres, vardiyali çalışma, vb.
6. Yangın ve patlama tehlikeleri, oksijen tüpü, alkol kullanımı, vb.
7. Elektriksel tehlikeler, elektrik hatti sorunları, vb.

Özellikle, hastayla hasta temas eden sağlık çalışanlarının iş ortamında kazançakları infeksiyonlar, diğer hastalar, diğer sağlık çalışanları, aile bileşenleri ve topluma temas halinde oldukları sağlıkli kişiler için de risk oluşturur. Infeksiyon etkenleri başlıca, perkütan yaralanmalar (Kesci-delici alet yaralanmaları, KDA), mukoza temas, bütününlü gözbozuluş deriyle temas sonrasında buluşturlar.


Yapılan çalışmalara bakıldığında yaralanmaların çoğunluğunun enjektör batımsı ile olduğu, bariyer önlemelerinin ise ancak çalışanların %30’u tarafından uygulandığı görülmektedir (3). Birleşmiş Milletler İş Sağlık ve Güvenliği Biriminin (Occupational Safety & Health Administration(OSHA) 1999 ve 2000 yılları arasında yapığı çalışmada 67363 sağlık çalıştisi mesleki yaralanma geçirmiş ve 28 sağlık çalışanının delici kesi yaralanmalarının neden olduğu komplikasyonlar sonucu olduğu rapor edmiştir (5). Ulkemizden yapılan birçok çalışma göre, doktorlarla hemsireler arasında yaralanma riski açısından fark olmadığı, cerrahi ve ünitede daha altında lere göre yaralanma oranının ince kat daha fazla olduğu, yaralanmaların %28’inde koruyucu önlem kullanıldığı ve yaralanma sonrası danışmanlık hizmeti için başvurunun sadece %9 olduğu savanmıştır (6).

Bu riskler göz önüne alınarak Ulusal İş Sağlık ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH), sağlık çalışanları arasında işe batanların büyük bir risk oluşturduğuna ve önlemek için gerekli girişimlerin önemini vurgulamıştır (7).

Delici Kesi Alet Yaralanmalarına Karşı Koruma

2. Tıbbi, cerrahi ya da dış ile ilgili sağlık bakımının son bulunduğu her ortamda, standard önlemeler uygulamalıdır.

El hijyeninin sağlanması en önemli noktadır. Dünya sağlık örgütünün beş endekasyonda el hijyeninin önresine uygunsuz hareket edilmelidir (9). Hastaya temasta önce, sonra ve eldiven çıkarılınca, her zaman el hijyen sağlanmasıdır. Sağlık çalışanlarının antibakteriyel sabunla el yıkama veya ellerde göze görüşür bir kırınma yoksa alkolsuz delzenfektanlaryla el hijyenin sağlanması gerektirir.

İğne, bıstü, jilet gibi “kesici aletler” ile yaralanmaların konurmak için, iğneleri atmadan önce bükmemek, kirmamak, enjektorunun açılması için esposa acı bakterilerle yaralanmalar. Bunun için kesici delici araç/gereç (özellikle süt) doktorlarla hem sonra ve eldiven çakılmalıdır. Hastaya temasından önce bükmemek ve enjektöründen ayrılmak için Mop'tan ve sert plastikten yapılmuş özel tutularda toplanmasına anlamsızdır.

Müköz membranlara ve sağlam oltamanın (bütünlüğü bozulmuş) deriye direkt temas varsa da bozuk veya vücut sıvıları ile bulas risk olduğunda her iki ile eldiven giyilmelidir.
**Yüz koruyucu maskeler kan ya da diğer vücut sıvılarının sıçraması riski olduğunda kullanılmalıdır. Cerrahi, vajinal girişimler, göğüs fizyoterapiyi ya da kaza geçirmiş kişilerin yaralanmaları ile ilgilenme bu durumlara örnek olarak gösterilebilir. Tüberkülozdan korunmak için basil davranışın doğal maske (N95 vb) kullanılmalıdır.**

Laboratuvar çalışmaları için gerektiği biyogüvenlik önlemlerinin alınması sağlanmalıdır

3. **Başvurusı programları**

Hastane çalışanlarının risk altında olduğu hastalık-lardan bazıları aşağıda öne çıkarılabilecektir. 🕵️‍♂️ Bu sayede bireylerin risk yönetebilmesi sağlanacaktır. Amerika Hastalıkları Koruma ve Önleme Merkezleri (CDC) Başvurularında Öneri Komitesi (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) sağlık çalışanlarına yapılması gereken aşılama ve aşı çalışmalarına röportaj gruplarına göre küçük gruplar haline getirilmiştir (11).


b. Özel durumlarda gerekli aşılar: Bacillus-Calmette-Guerin (BCG), hepatit A, meningokok hastalığı, boğmaca ve tifo.

c. Hastalik riski toplumdan fazla olmadığı için diğer erişimler gibi uygulanması gerekenler

4. **KDA yaralanmaları sonrası sağlık personelinin izlemi**


Perkutan yaranan persönlich aşı olarak, uygulanmadan sabun ve suyla yıkanmalı, antiseptik yüzmelmalıdır.

İnfekte materyalin göz teması sonrasında, göz su veya serum fizyolojik cells bolca yıkanmalı, kontakt lens varsa çıkartılmaya çalışılmalı, sabun veya dezenfektan kullanımalıdır.

İnfekte materyalin ağiza teması sonrasında, k open - tamine sıvi hemen tükürtülmeli, ağızı bol suyla çalanınp tükürtülmelidir.

HBsAg negatif olan sağlık çalışanı, HBsAg pozitif kişişyle parenteral teması olması halinde HBIG profilaksisi ile ilk doz hepatit B aşısı uygulanmalıdır. Aşılarnın 1 ve 6. aylarda rapel yapılmalıdır.

İğne batan, kesici aletle yaralanlan ve HCV-positif kanla mukozal ya da da günümüze bilmemiz de her teması olan sağlık çalışanlarına, HCV yönden test yapılmalıdır. Temas sonrası profilaksis standard immün globulin etkisi değildir. Bu nedenle temas eden kişinin iyi bir izlem protokolü alınması gereker. Temas sonrası ilk degerlendirmede temasın şekli, infekte sivi veya materyalin ne olduğu, kaynağını ve temas eden kişinin viral göstergelerin nasıl olduğu değerlendirilmelidir.

HCV’nin bulaşma olasılığı olan sağlık çalışanlarının izleminde ALT düzeyleri, anti-HCV ve HCV RNA testleri birlikte değerlendirilmelidir. Erken tanı konulanların isteniyor masa teması bir ay sonra HCV RNA’ya bakılmaktır, HCV RNA negatif saptanan olgulara test alınması aya trendenmelidir (12).


5. **Hizmetlerin kayıt edilmesi**


Sonuç olarak:

1. İğne gibi KDA kullanımı azaltmalıdır. Daha güvenli aletler tercih edilmeli, doğru hazırlık, uygulama ve uzaklaştırma yöntemleri kullanılmalıdır. İğneler aşı kapatılmamalıdır.

2. Sağlık kurumlarında her türlü yaralanma kayıt alta alınarak ulusal bildirimi yapıp ve gerçek veriler tespit edilemelidir.


Kaynaklar


3. Akbulut A. Sağlık personelinde Infeksiyon Riski ve Korunma: Kan
Akılci Antibiyotik Kullanımının Demet Bileşeni Olarak Yeri

Doç. Dr. Esra TANYEL
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun

Kişilerin hastalığı ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilaç, uygun dozda ve sürede, en düşük fiyata ve kolaylıkla sağlananları akılci ilaç kullanımı olarak tanımlanmaktadır.

Avrupa’da antibiyotik kullanımı tüm ilaçlar arasında 4. veya 5. sırada iken, ülkemizde antibiyotikler tedavi amaçlı tüketilen ilaçlar arasında ilk sırada yer almaktadır.


Hastalarda antibiyotik kullanımı gerektiren durumlar:
1. Tedavi amaçlı: Hastadaki enfeksiyon etkenini eradike etmek için, etkene yönelik veya ampirik tedavi başlanır
2. Profilaksi amaçlı antibiyotik kullanımı: cerrahi profilaksi ve cerrahi dışı profilaksi

Antibiyotik yönetimi (Stewardship):
- Kanıta dayalı yaklaşım
- İnfeksiyon/kolonizasyon ayırımı
- Ampirik başlama
- Tedavi süresi
- Bazı ilaçların kant veya etkisi yoksa kesilmesi

Antibiyotik kullanımın direnç yol açmasının nedenleri (Antimicrobial Stewardship Guidelines • CID 2007)

- Antibiyotik kullanımında değişiklikler direnç prevalansı ile ilgilidir.
- Direnç özellikle sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlarda (SHI) yüksektir.
- Önceden antibiyotik kullanışlı SHI olgularında direnç daha da yüksektir.
- Direnç hızı yüksek olan hastanelerde antibiyotik kullanım hızı da yüksektir.
- Antibiyotik kullanım süresi uzadıkça dirençli mikroorganizmalarla kolonizasyon artmaktadır.


Antibiyotik kullanım stratejileri olarak kilavuzda yer alan öneriler ve kanıt düzeyleri (Antimicrobial Stewardship Guidelines • CID 2007)

1. Sürekli denetim ve geri bildirim (A-I)
2. Kısalama ve onay alınması (A-II)
3. Eğitim (A-III)
4. Rehberlerin hazırlanması (A-I)
5. Antibiyotik rotasyonu (C-II)
6. Antibiyotik order formları (B-II)
7. Antibiyotik kombinasyonu (C-II)
8. De-eskalasyon (A-II)
9. Dozun optimal verilmesi (A-II)
10. Arısal tedavi (A-I)

Akılci antibiyotik kullanımında temel stratejiler; seçilmiş antibiyotiklerin kullanımının kısıtlanması ve kullanmadan önce onay alınması (A2) ve prospektif denetlene, gerektiğinde müdahale ve geribildirim alınmasıdır (A1).
Akılci Antibiyotik Kullanımında Hızlı Tanı Yöntemlerinin Yeri

Prof. Dr. Vildan AVKAN-OĞUZ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., İzmir


Amaç mikroorganizmanın tanımlanması ise, direkt mikroskob ve boyama yöntemi; en klasik, en kolay, en ucuz ve hala en önemli tetikleridir. Ancak daha iyi boyalar, daha iyi mikroskob ve daha iyi kültür yöntemlerinin kullanılması amaçlanırken; kıyısal, immünolojik, moleküler biyoloji, otomasyon, mühendislik, proteomik ve biyoinformatik konulardaki ilerlemeler mikroorganizma tanımlanmasına olanak vermiştir. Amerika İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (The Infectious Diseases Society of America (IDSA) infeksiyon hastalıklarının yönetiminde hızlı tanı testlerinin önemi dijit çekerken, Hastalık Kontrol Merkezi ( The Centers for Disease Control and Prevention)’de antibiyotik direncinin erken keşifteğinde yönlendirici gerekçin olduğu vurguladı. Geliştilen yöntemler arasında polimeraz zincir reaksiyonu (Polymerase chain reaction (PCR)) ve sekans çalışmaları gibi moleküler temelli yöntemler, Matriks ile desteklenmiş lazer desorpsiyon / iyonizasyon (MALDI-TOF MS) gibi kütle spektrometri (Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization time-of-flight, Mass Spectrometry (MALDI-TOF MS)) gibi kütle spektrometri yöntemi yaygın kullanılmaya başladı. Bu yöntemlerle bakteriyel-viral infeksiyondan, antibiyotik dirençin saptağanması ve gerekece arasında genlerin göstereklmesi, mikrobiyel genom sekans analizinin yapılması mümkündür. Özellikle moleküler yöntemler, Tropheryma whipplei gibi kültür yapılamayan mikroorganizmaların saptağanması veya pek çok viral etkenin gösterilmesinde ayı bir öneme sahip. Ancak bu testlerin hangi hastalarda hangisinin kullanılabileceği ve klinikteki gereksinin önemiyi, kullanıcılara testlerin kisitlları, laboratuvar adapteasyonu ve yorumlanmasında karşlaştırılan sorunlar tartışmaktadır. Takiben saptağan mikroorganizma özelliklerinin en kısa zamanda klimisine bildirilmesi ve bu sonuçların hastanın yönetimindeki etkisini idraklenmesi önemliddir. Bu aşamada infeksiyon hastalıkları uzmanları, laboratuvar ve diğer klinisyenler arasında iletişim/ bilgi paylaşımı sağlar. Çünkü saptağan her etken veya saptağan her dirençli bakteri infeksiyon etkeni olmayabilir. Özellikle konak özelliklerini ve inceellenen klinik önemini özelliklerini dikkate alınarak, alt standart kabul edilen yöntem göre kullanılan hızlı testlerin duyarlılığı, özgüllüğü, negatif ve pozitif prediktif değerleri, artı ve eksleri değerlendirilmelidir. Akılci antibiyotik tedavisinin sadece hızlı tanısal testler ile yönlendirilmesi mümkün değildir. Hasta izlemesinde anayem, fizik bakı bulguları, klinik bulguların takibi, lokal epidemiyolojik ve röveri yanı sıra laboratuvar bulguları ile birlikte hızlı tanısal testler yardımımlıdır. Bu testlerle hastanın has- tanelde yaşta suresinin kısmasmasına, morbidite ve mortalitenin azalmasına katkı sağlarlar.

Kaynaklar

POSTTRANSPLANT İMMÜN MONİTÖRİZASYONDA TEMEL MANTIK


PATOJENE ÖZÜ OLMAYAN MONİTÖRİZASYON

Serum immünoglobulin seviyeleri:

İmmün baskılama sonucunda ortaya çıkan hipogammaglobulinemi (HGG) bir komplikasyon olarak değerlendirilebilir. Yapılan çalışmaların değerlendirildiğinde transplanasyonu takip eden yıl içinde olguların %15 ile %39’unda ciddi (IgG<400mg/dl) veya orta derecede (IgG: 400-700mg/dl) HGG oluşubildiği görülmüştür. Post transplanasyon HGG oluşumunun mekanizması tam olarak açıklanamamakla birlikte, multifaktöriyal bir durum olduğu düşünülmekte ve en önemli faktörlerden birinin de CD4+ T hücre sayısının ve fonksiyonundaki azal-maya bağlı yetersiz B hücre uyarmasının olduğu değerlendirildirir. Doğrudan B hücresına yönelik baskılama yapan ajanlar da HGG oluşumuna yol açabilmektedir. Özellikle mikrofenolat mofetil (MMF) kullanılanlarda HGG insadiansında artış olduğu bildirilmiştir.


Serum Kompleman komponentleri:

Kompleman sistemi özellikle opsonizasyon ve hüc-cre lizisi ile anaflaktozın ve inflamasyon etkileri ile immün sistemin en önemli sıvisal komponentlerinden biridir.

Periferik kan lenfosit alt grupları:

Gerek induksiyon tedavisi için gerekse rejeksiyon ataklarında T ve/veya B lenfositler ya da plazma hücrelerini hedef alan monoklonal antikor ya da antigünların kullanımı giderek önem kazanmaktadır. Doğrudan hücre deplesyonuna yol açan bu ajanların kullanımı bir yandan organ/ doku rejeksiyonu tedavilerinde harikalar yaratırken diğer taraftan da ciddi farklı infeksiyonlara zemin oluşturacak diğer bir immün baskılama oluşturmaktaadır.림피ki HIV infeksiyonu hastaları takibinde olduğu gibi CD3⁺, CD4⁺ ve CD8⁺ hücre saylarının takibi bu hastalara farklı infeksiyonlardan korunma için büyük fayda sağlamaktadır. Özellikle CD4⁺ hücre sayısının <200/mm³ olması halinde başla pneumocystis jiroveci pnömonisi olmak üzere bir diğer farklı infeksiyonlar görülebilir. Bu nedenle bu hastalara multiaka trimethoprim-sulfamethoxazole profilaksi sı başlanmalıdır.

Soluble CD30:

CD30 moleküllü, TNF superaılisesine bağlı transmembran glikoprotein yapısında bir hücre yüzey moleküldür. Th1 ve Th2 yanıtlarının dengelenmesi ve regülasyonunda ve T hücre hafızasının oluşumunda rol oynadığı belirlimiştir. Bu molekülün soluble formunun (sCD30) serum konsantrasyonlarının T hücre aktivasyon göstergesi olarak kullanılabileceği gösterilmiştir. Henüz yeterince çalışma olamamakla birlikte Transplantasyon öncesi yüksek sCD30 seviyeleri rejeksiyon riskini işaret ederken, <90 IU/ml seviyeleri infeksiyon riskinde artışa işaret etmektedir. Transplantasyon sonrası takiplerde de pnömoni insidansı ile düşük sCD30 konsantrasyonları arasında ilişki gösterilmiştir. Bu konuda daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Uyarılmış CD4⁺ T hücrelerinde intrasellüler ATP (iATP) konsantrasyonu:

Fihoheglinatinin gibi nonspesifik mitojenerlerle uyarılmış CD4⁺ T hücrelerinde iATP seviyesinin tayini T hücre yanıtını ölçme kale kullanılabilecek de diğerle parametrelerden biridir. Bu konuda ticari bir test kit geliştirmiş olması nedeniyle yöntem kolaylaşımsız ise de maliyet ve teknoloji gerektirmesi nedeniyle yeterince kullanılabilirliği söylenemez.

PATOJENE ÖZÜ MONİTÖRİZASYON
CMV-ÖZGÜN IMMÜN YANIT:
SOT alıcılarında görülen en önemli infeksiyon etkenlerindendir. SOT alıcılarında görülen en önemli morbidite ve mortaliteye yol açan bir etkendir. IFN-γ üreten CMV-spesifik CD8⁺ T hücreleri CMV viremisini baskılamada temel rol oynamaktadır. ELISPOT ya da Quantiferon-CMV testi ile hastanın lenfositlerini viral proteinlerine inkübe edildikten sonra IFN-γ düzeyi ölçmektedir. Flow sitometrik olarak hücre içi sitokin tayini de bu amaçla kullanılacak yöntemlerden biridir. Son yıllarda kullanıma giren bir yöntem de flow sitometrik olarak CMV tetramer testi ile CMV spesifik sitotoksik T lenfosit sayımını.

Diğer virüs-özgün immün yantlar:
CMV-özgünün immün yanıt tayinine benzer çalısmalar EBV ve BKV için de yapılabilir.

SONUÇ
İnfeksiyon Hastalıklarında İmmünomodülyasyon

Doç. Dr. Şükran KÖSE
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon, Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

İmmünomodülatör Tedavi

İmmünomodülatörler, immün sistemin bir ya da birden çok elemanına direkt ya da indirekt yoldan etki ederek konağın immün yanıtına etki eden, biyolojik yanıt düzenleyen ajanlardır. Maligniteler, alerjik ve otoimmun hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, transplant reddi vb gibi birçok klinik tablonun patogenezinde immün sistemdeki çeşitli mekanizmalar rol almaktadır.

Son zamanlarda en dikkat çekici noktalardan birisi_immünomodülatör tedavilerin_enfeksiyon hastalığına_gözünden_kullanılmaya başlanmasıdır. Önemini kaybetmeye düşünülen hastalıkların (tuberkuloz, veba vb) yeniden ortaya çıkmış, yeni hastalik etkenlerinin bulunması, artan transplantasyonlar ve immünsupresif tedaviler nedeniyle fırsatçı enfeksiyonların artması, çoklu ilaç direnci görselen etkenlerin hızlı yayılımı gibi nedenlerle enfeksiyon hastalıklarının tedavi yöntemleri konusunda yeniden arayışlara ve yaklaşımlara neden olmuştur. Günümüzde klasik tedaviye ek olarak kullanılmaya başlanan immünomodülatör tedaviler, klasik yöntemlerin başarısı sınırlı arttırdıkları gibi bazı hastalıkların tedavisinde birinci seçeneğ haline gelmeye başlamıştır.

İmmün modülatörlerin etki mekanizmaları 4 şekilde özetlenebilir:
1. Immunsupresyon
2. Antijenlere karşı tolerans oluştururma
3. Immun potansiyalizasyon
4. Immuno lojik yerine koyma

İmmünomodulatör tedavi gerektiren durumlar:

- Nötropeni ve fagositik savunma sisteminde bozukluk:
  - Hematolojik malignitelerde (Lösemi, lenfoma v.s),
  - Kemoterapi-radyoterapi sonrasında
  - Monositer lösemiler, kronik granülomatöz hastalıklar,
  - Steroid tedavisi
  - CMV enfeksiyonlarında
- Hücresel immün yetmezlik:
  - Hodgkin hastalığı
  - HIV
  - Kemoterapi-radyoterapi sonrasında,
  - Steroid kullanımı
  - Sıklosporin tedavisi
- Hümoral immün yetmezlik:
  - Multipl myeloma
  - Kronik lenfosit lösemiler

İmmünomodülatörler

- 6 grupta incelenir;
  1.Rekombinant DNA teknolojisi ile üretilen doğal sitorkinler: Koloni sitüman faktörler (CSF), interferonlar (IFN), interleukinler (IL) ve timik hormonlar
  2.Monoklonal antikorlar
  3.İmmunoglobulinler
  4.Glikokortikoidler
  5.Sentetik bileşikler: 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A (HMG-CoA) reductaz inhibitörleri, pentoksifilin, imiquimod ve thalidomide
  6.Mezenkimal bağı doku kök hücrelerini içeren hücre basılı terapiler (MSC)

Kolonı-Stimulating Faktörler (CSF): Hematopoetik hücrelerin üretilmesini, diferensiyasyonunu, yaşamasını ve aktivasyonunu sağlayan glikoprotein yapılı sitokinlerdir. Eritropoetin; alyuvarlar üretmesinden, trombopoetin; megakaryositlerin üretmesinden, IL-6; eozinofil ve bazofillerin büyüme ve gelişmesinden, kök hücre faktör ve IL-3; tüm seri hematopoetik hücrelerin üretilmesinden sorumludur.

Granülösit koloni sitüman faktör (G-CSF), granülösit makrofaj koloni stimülate faktör (GM-CSF) ve makrofaj koloni stimülate faktör (M-CSF) hematopoetik hücrelerin immünomodülyasyonu yönetiminde görevlendir.

-141-
Tablo: Enfeksiyonların tedavi ve korunmasında kullanımı onaylanmış sitokineler

<table>
<thead>
<tr>
<th>SİTOKİN</th>
<th>ENDİKASYON</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>G-CSF (Filgrastim)</td>
<td>AML indüksiyon ve konsoldasyon kemoterapisi sonrası&lt;br&gt;Kemik ili kök hücre nakli (HSCT) sonrası myeloid yenilenmede&lt;br&gt;Ciddi kronik nötropenide&lt;br&gt;HIV enfeksiyonu sırasında gelişen nötropenide</td>
</tr>
<tr>
<td>Pegile G-CSF</td>
<td>Nonmyeloid malignitelerde myelosupresif kemoterapi sonrası</td>
</tr>
<tr>
<td>GM-CSF (Sargramostim)</td>
<td>55 yaş üstü AML hastalarının indüksiyon kemoterapisi sonrası&lt;br&gt;Otolog periferik kan hücre nakli sonrası&lt;br&gt;Hodgkin’s lenfoma, non-Hodgkin lenfoma veya ALL’də otolog HSCT sonrası myeloid yenilenmede&lt;br&gt;HLA uyumlu akabra donördenallojenik kemik iliği transplantasyonu takiben&lt;br&gt;HSCT başarısızlığı veya transplantasyonda geceke</td>
</tr>
<tr>
<td>IFN-alfa</td>
<td>Kronik HBV enfeksiyonu tedavisi&lt;br&gt;Kronik HCV enfeksiyonu tedavisi&lt;br&gt;Kondiloma akkümüluata tedavisi&lt;br&gt;HIV ilişkili Kaposi sarkomu tedavisi</td>
</tr>
<tr>
<td>Pegile IFN-alfa</td>
<td>Kronik HCV enfeksiyonu tedavisi&lt;br&gt;Kronik HBV enfeksiyonu tedavisi</td>
</tr>
<tr>
<td>IFN-gamma</td>
<td>Kronik granulamatöz hastalık tedavisi</td>
</tr>
</tbody>
</table>

İnterlökinler

İnterlökin 1: Romatoid artrit, inflamatuar barsak hastalığı, erişkin Still hastalığı ve otoimmün periyodik ateş sendromlarında etyolojideki rolünü tutur.

Bu hastalıklarda IL-1 reseptör antagonistleri (anakinra) kullanılır.


İnterlökin-7: Lökosit, NK ve B hücrelerinin gelişiminde rol oynar

İnterlökin-10: T hücrelerinden üretilir ve makrofaj aktivitesini baskilar


İmmünoglobulinler ve Monoklonal Antikorlar

İntravenöz immünoglobulin (IVIG), primer ve sekonder antikor yetmezliklerinin tedavisinde uzun süreli kullanılmaktadır. Öğzül olmayan IG ürünlerinde, özellikle enfeksiyon hastalıklarına karşı pasif immünizasyon için hiperimmün IG preparatlar kullanılmaktadır. IG tedavisinin en eski kullanım yeri, konakta eksik olan spesifik antikorların yerine konması şeklindedı. İnsan musülerler hiperimmün IG, pasif profilaksi ve enfeksiyon hastalıkları tedavisinde (hepatit B, varisella, kuduz, tetanoz), IVIG ise primer immün yetmezlik sendromlarının tedavisinde kullanılmaktadır. CMV hiperimmünglobulin (CMVIG) özellikle solid organ ve kemik iliği transplant olgularında, hem hastalığın önlenmesi, hem de hastalığın tedavisi içinde, gebellerde konjenital CMV enfeksiyonunun önlenmesinde de uygulanmıştır.

Palivizumban enfantlarda ve çocuklarda RSV profilaksisinde, RSV IVIG yerine kullanılmaktadır.

Motavizumab: Palivizumab’tan daha potent RSV nötoralizasyonu sağlayan monoklonal antikordur. Klinik olarak henüz onaylanmamıştır.

Ekulizumab: atipik hemolitik üremik sendrom ve paroksismal nokturnal hemoglobinüri tedavide Avrupa ve Kuzey Amerika’da onaylıdır.

Glukokortikoidler

Anti-inflamatuar etkiliidir. Efektif antimikrobial tedavi ile kombin edilir. Kullanılan alanlar:

- Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP)
- HIV-infekte kişiler,
- Ekstrapulmoner tüberkülozun bazı formları
- Bakteriyel menenjit,
- Sepsis
- Helmintlerin neden olduğu eozinofilk menenjitte İmmün rekonstitüsyon sendrom (IRIS) tablosu olan HIV tanılı olgularda anti-inflamatuar etkilerinden dolayı kullanılmaktadır.
- Kriptokok menenjitinde
Perikardit  
Romatolojik hastalıklar  
Histoplasmoz ilişkili mediastinal lenfadenit  
Diğer ciddi infamatuar sendromlar  

Antinflamatuar Stratejiler ve Sepsis Tedavisi  
Günümüzde kadar yapılan araştırmalarla denenen ancak henüz etkinlik gösterilemeyen ajanlar şunlardır:  
- Endotoksik nötrolizan ajanlar  
- Anti-TNF stratejileri  
- Rekombinant IL-1 reseptör antagonisti  
- PAF antagonisti  
- Bradikinin antagonisti (deltibant)  
- Antitrombin III  

Ritoron, Mezenkimal stromal (stem) cell (MSC) gibi tedavilerle ilgili çalışmalar yer almaktadır.  

Diğer ajanlar ve kullanımları:  
Imiğimod: Eksternal genital ve perianal kondyoma acınlı antibiotik tedaviinde onaylıdır. HIV enfeksiyon olan olgularda ve immünkompetan olgularda başarılı sonuçlar alınmıştır.  

Pentoksifilin/Lizofilin: Mukozal lejmyanızı tanılı olgularda 5 değerlikli antimon biyokimyasına kombine kullanılmıştır. Septik enfeksiyonlarla mortalite ile ilişkili araştırmı- 

Thalidomid: Multişitik ve eritema nodosum leprosum tedavisi için etkili.  

Antisitokin tedavi ilişkili enfeksiyon riski  


Enfeksiyon riskini artran Anti-TNF ajanlar şunlardır: Golimumab, sertolizumab, infliksimab, adalimumab, etanercept, tosilizumab, rituximab abatacept, anakinra. 

Kaynaklar  
2. Gonzalez Navajas JM, Lee J, David M, Raz E: Immunomodula- 
3. Quinti I, Soresina A, Guerra A, et al.: Effectiveness of immunoglo- 
bulin replacement therapy on clinical outcome in patients with pri- 
4. Morris SK, Dzolganovski B, Beyene J, Sung L: A meta-analysis of the effect of antibody therapy for the prevention of severe respira- 
tory syncytial virus infection. BMC Infect Dis. 9:106 2009  
5. Woodruff TR, Mandakumar KS, Tedesco F: Inhibiting the CS-C5a 
cents. Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Dise- 
8. Thanavirathananich S, Thanaviratananch S, Ngamasur C, Cotti- 
costeroids for parasitic eosinophilic meningitis. Cochrane Databa- 
syst Rev. (10)2012  

cebo-controlled trial of prednisone for paradoxical tuberculo- 
sis-associated immune reconstitution inflammatory syndro- 
mie. AIDs.2010; 24:2381-2390  
10. Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, et al.: Clinical practice gui- 
elines for the management of cryptococcal disease: 2010 up- 
11. Ranieri VM, Thompson BT, Barie PS, et al.: Drotrecogin alfa (acti- 
 
2064  
therapy on inflammatory cytokines in patients with bacterial infec- 
14. Mei SH, Haitsma JJ, dos Santos CC, et al.: Mesenchymal stem cells reduce inflammation while enhancing bacterial clear- 
ance and improving survival in sepsis. Am J Respir Crit Care 
Med. 2010; 182:1047-1057  
in the management of anogenital warts, actinic keratoses, basal 
carcinoma and other skin lesions. Drugs.2007; 67:2187-2210  
16. Haque KN, Pammi M: Pentoxifylline for treatment of sepsis and 
neutrophil extracellular traps in neonates. Cochrane Database Syst 
Rev.(10)2011  
bined with pentavalent antimony: a randomized trial for mucosal 
18. Teo SK, Resztak KE, Scheffer MA, et al.: Thalidomide in the treat- 
ment of leprosy. Microbes Infect. 2002; 4:1193-1202  
American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic 
agents in the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis Care 
Res. 2012;64:626-639
Monoklonal Antikor Tedavilerinde İnfeksiyon Komplikasyonları

Prof. Dr. Ergin AYAŞLIOĞLU
Kırıkkale Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., Kırıkkale

Hibridoma ve rekombinant DNA teknolojilerinin gelişmesi monoklonal antikorların tedavi amaçlı kullanımlarını girmelerini sağlaştırmış. Çeşitli hedef molekülere yönelik monoklonal antiklorlar romatoid artrit (RA), ankloza, hontilleri ve psoriasis artrit gibi çeşitli romatizmal hastalıkların, inflamatuar barsak hastalıkların ve kanser tedavisinde günümüz en etkin araçları arasında girmiştir.

Tümör nekrozis faktör (TNF)-alfa inhibiterleri inflamatuar yanıtın ön planda olduğu birçok hastalığın önemli bir tedavi yöntemi haline gelmektedir. Bu grup, biyolojik ajandaki bir klinik kullanım Alan, infiliksimab, etanersept, adalimumab, golimumab ve certolizumab. Günümüzün en etkin gözlem veriler ve meta-analizler TNF-alfa inhibiteri, viral, bakteriyel, fungal ve protozoal infeksiyonlara karşı monoklonal antikorların rolüne ırkla resespor füzyon proteinidir. Adalimumab ve golimumab, insan sabit ve değişik bölgelerini içeren humane monoklonal anti-TNF antikorlarındadır. Sertolizumab pegol humane monoklonal anti-TNF Fab' fragmentandır (1-4).

Konak savunmasında önemli bir rolü olan TNF-alfa'nın inhibisyonu infeksiyonları başla olmak üzere çok sayıda istenmeyen etkisi de beraberinde getirmektedir. Bu yüzden, alanlar kullanıma girdikten sonra infeksiyon riskini birelремek üzere çok sayıda çalışma yapılmıştır. Randome klinik çalışmalar bu ilgili göstermeke bazı karşılık, ancak belirlenmenin ve meta-analizler TNF-alfa inhibiterinin kullanımının artmış ciddi enfeksiyon riski ile ilişkilili olduğu düşünülüştür. Bu hastalar başla tüberkuloz olmak üzere, viral, bakteriyel, viral ve protozoal infeksiyonlara yakınlık açısından risk taşımaaktadır. Infiliksimab ve adalimumab kullanım değerlendirilen 9 randome klinik çalışmaların meta-analizinde, infeksiyon riskinin artığı ve biyolojik ajan kullanım toplam 3493 hasta, 12'si granülomatöz infeksiyon tüberkuloz (10), histoplazmoz (1), koksidiomikoz (1) olmak üzere 126 ciddi infeksiyon saptanmıştır (1-3).

TNF-alfa inhibiter tedavi alması planlanan tüm hastalar tüberkuloz, hepatis B ve hepatis C için taramalıdır. HIV infeksiyon taraması da bazı gruplar tarafından önerilmiştir. Endemik mantarlar ile muhtemel bir maruziyet hikayesi de önemli olmaktadır. TNF-alfa inhibiterlerinin kullanılması, aktif bakteriyel infeksiyon, aktif tüberkuloz veya tedavi edilmemiş latent tüberkuloz, aktif herpes zoster infeksiyonu, yazıla tehdit eden aktif mantar enfeksiyonu, ciddi bakteriyel ve viral üst solunum yolu infeksiyonu, ülseratif enfeksiyon, ciddi karaciğer hasarı ile birlikte olana kronik hepatit B ve C infeksiyonunun durumunda kontrendikedir (2).

TNF-alfa inhibiterleri latent tüberkulozun reaktivasyon riskini artırktadır. Infiliksimab ve adalimumab kullanılanlarda etanercept olanlara göre bu risk daha fazla bulunmuştur. Bu yan etkinin temelinde, TNF-α’nın granüloom oluşumu ve süründürülmesinde kritik önemi ve inhibisyonun durumunda tüberkuloz infeksiyon kontrolünün zorlaşmasını yaratmaktadır. Anti-TNF-alfa ilacıların kullanımına bağlı ekstrapulmonal tüberkuloz sikliği oldukça yüksektir ve bu olguların önlenmeli bir çoğunluğu dissemine tüberkulozdur. TNF-alpha inhibiterlerin atıpk mikrobakteri infeksiyonları riskini artırduğu da unutulmamalıdır (5,6).

TNF-alfa inhibiter tedavisi alması düşünülen hastaların, tüberkuloz riski yönünden değerlendirilmesi ve izlenmesi gereklidir. Bu hastalar anamnez, fizik muayene, aktif grafi, tüberkülın deri testi (TDT) ve/veya interfe- ron gamma salmon testleri (IGST) ile tüberkülöz hastalığını açısından araştırılmalıdır. Latent tüberkuloz infeksiyonu tedavi yapılması gereken hastalar; skarifyer grafi, normal olmasına karşın, TDT (<2 mm) ve/veya IGST pozitif olan hastalar, aktif grafi ve/veya IGST pozitifi olan, ancak aktif TB hastalığı dişilğe olmuş olan hastalar, son 1 yıl içerisinde aktif tüberkuloz hastalığı olan bir dıyeye yakın temas içinde bulunulan ve tüberkuloz açısından yüksek riskli sağlıklı personeli olan hastalardır. Bu durumda, anti-TNF-alfa ilacılandırın en 1 ay önce başlangıç koşuluya izoniazid 9 ay süreyle önerilmektedir (6).

Anti-TNF-alfa kullanıma alan hastalarda, deri, yumuşak doku, eklemeler, solunum sisteminde bakteriyel enfeksiyonlar siklikla gelişebilmektedir. TNF-alfa inhibiteri kullanarak hastalarda siklikla rastlanan bakteri infeksiyonları yani bir Listeria monositogenes ve Legionella pneumophila ile gelişen infeksiyonlar da bildirilmektedir. Amerikan gida ve ilaç dairesi (FDA) 2011 yılında tüm TNF-alfa inhibitörlerin için listeryoz ve leyonelloz riski hakkında uyarı eklemştir (2).

TNF-alfa inhibiterleri akut hepatit B ve ciddi karaciğer hasarı mevcut kronik hepatit B ve C hastalarında önerilmektedir. Infiliksimab tedavisi altında hepatit B virüsü, reaktivasyonu ve bazı hastalarda ilacın kesilmesi takiben serum aminotransferaz konsantrasyonu artmıştır. HBsAg pozitif hastaların infeksiyon riski artmıştır. Amerikan gida ve ilaç dairesi (FDA) 2011 yılında tüm TNF-alfa inhibitörlerin için listeryoz ve leyonelloz riski hakkında uyarı eklemştir (2).

TNF-alfa inhibitörleri, granülomatöz inflamasyon karakterize görülen infeksiyonlarada da artış risk ile birliktedir. Histoplasma capsulatum ve Coccidioides immitis gibi mantarlar endemik bölgelerde çevrede kolaylıkla bulunmaktadır. Özellikle infiliksimab olmak üzere, TNF-alfa inhibitörleri kullanımda, histoplazmoz ve koksidiomikoz gibi derin manzar infeksiyonları ge-
ileşimbilmektedirler. Ayrıca, bu biyolojik ajanları kullanan hastalarda Pneumocystis jiroveci pnömonisi de tanılanmıştır (2).

Alemtuzumab, rituximab, radayozotop ile konjuge tositumomab ve ibrutumomab tiuxetan, trastuzumab ve gemtuzumab bazı malign hastalıkların tedavisinde kullanılan monoklonal antikorlardır. Tümör damarlanmasında rol oynayan vasküler endotelyal büyüme faktörüne karşı geliştirilmiş bevacizumab kolorektal kanserin tedavisinde kullanılan anti-anjiyogenez monoklonal antikordur (1).


Kaynaklar

6. Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği ve Türk Toraks Derneği'nin Hazırladığı Ortak Uzlaşma Raporu.
Viruslar, Bakteriyel İnfeksiyonlara Nasıl Zemin Hazırlar?

Doç. Dr. Resul KARAKUŞ
Gazi Üniversitesi Tip Fakültesi, İmmünoloji AD., Ankara


Bu iliskiye dair literatürde çok sayıda epidemiolojik ve klinik ve deneylere kanıt vardır. Özellikle çok incidenmis olan influenza epidemisi ve pandemilerinde pnömokok, H. influenzae ve S. aureus pnömokollarında de artış gözlemlenmiştir. Influenzayı takiben sekonder bakteriyel pnömokinin gelişmesi ilk hastalık tablosunun iyileşmesini 3-5 gün ardından veya hiç iyileşme tablosu gelmeden.offsetWidth; tablo daha uzun sürede ve daha ağır septomlarla ilerler. Bu durum özellikle 65 yaş üzeri ve ek komorbid durumlar da varsa mortalite oranlarını da ciddi biçimde artırmaktadır. İnsanı yapılan postmortem çalışmaları bu birlilikte gösterilmistir. Çeşitli deneylerde uyanılan su bu "letal seneği"ye dair birçok patolojik veri sunulmuştur, alfa yatan mekanizmaların analamları sağlıklandırma teşvik edilmiştir. Viral infeksiyonlara sekonder gelişen bakteriyel infeksiyonlara dair mekanizmalar, özellikle pandemilerde birlitek topoludaki karşılığı da çok büyük çalışma olabildi Influenza A sonrasında kismen de olası anlaşılabilmistir.


İnfluenza sonrası dönemde alveolar makrofajlarda bulunan TLR’lerin uyarının final etkisini oluşturabileceği bazı transkripsiyon faktörlerinin nükleusa geçemediği ve bu nedenle de inflamatuar yanıtın relatif düşük tutulduğu gösterilmiştir.


Kaynaklar
Bakteriler İmmün Sistemden Nasıl Kaçar?

Prof. Dr. Vedat BULUT
Gazi Üniversitesi Tip Fakültesi, İmmünoloji AD., Ankara

On milyondan fazla olduğu tahmin edilen farklı bakteri türleri ekosistem içerisinde üreyebilir ve yaşamalarını sürdürülebilir için çeşitli stratejiler geliştirmişlerdir. Bu bakterilerin büyük çoğunluğu insanın konak olarak seçmediği gibi, yine pek çok birinci ve ikinci immün sistem yetersizliği olmayan insan bireyler için patojen değerleridir. Daha ötesi birçoğu (nonpatojen bakteriler) ekosistemde insan organizmasyyla kıskılık yarar üzerine ilişkiler (kommensalizm) geliştirirler.

Patojen bakteriler ise insan konakta üreyip, tehdit eden gerek doğal gerkeş edilmesi, immün yan etkileri de, sonucunda yıkılmışlardır. Bu bakteriler, özellikle C. psittaci ve C. Trachomatis, hayvanlarda ve insanlarda капиталın önemli bir mekanizmasıdır.

Mikroorganizmaların alternatif yola çığrılmasını ve immün sistemden kaçabilme stratejileri bulunmaktadır. Patojen bakterilerin immün sistemden kaçabilirlik için, bu bakterilerin büyük çoğunun büyük çoğunu ise kommensal bakterilerdir.

Patojen bakterilerin immün sistemden kaçabilme stratejileri aşağıdaki özetlenmiştir:

- Konakta uygun üreme alanları bulular
- Antijenlerini de birçoğu
- Metabolik düzenlemeler yaparlar
- Fagositoz ve makrofajlar
- Fagositoz ve makrofajlar
- Doğal immün yanet etkileri
- Kompleman ve antikorlardan korunma sağlarlar
- Metabolik düzenlenme yaparlar
- Konağın immün sistemini değiştirirler

Salmonella gibi Gram-negatif bakteriler yüzeylerinde uzun O-polisakkarit yan zinçirleri bulunan lipopolisakkaritlerle (LPS) kompleman kaskatı aracılığıyla immün sistemden kaçabilme stratejileri vardır. Bu bakterilerin büyük çoğunun büyük çoğunu ise kommensal bakterilerdir.


Mikroorganizmaların alternatif yola çığrılmasını ve immün sistemden kaçabilme stratejileri bulunmaktadır. Patojen bakterilerin immün sistemden kaçabilirlik için, bu bakterilerin büyük çoğunun büyük çoğunu ise kommensal bakterilerdir.

Patojen bakterilerin immün sistemden kaçabilme stratejileri aşağıdaki özetlenmiştir:

- Konakta uygun üreme alanları bulular
- Antijenlerini de birçoğu
- Metabolik düzenlemeler yaparlar
- Fagositoz ve makrofajlar
- Doğal immün yanet etkileri
- Kompleman ve antikorlardan korunma sağlarlar
- Metabolik düzenlenme yaparlar
- Konağın immün sistemini değiştirirler

Salmonella gibi Gram-negatif bakteriler yüzeylerinde uzun O-polisakkarit yan zinçirleri bulunan lipopolisakkaritlerle (LPS) kompleman kaskatı aracılığıyla immün sistemden kaçabilme stratejileri vardır. Bu bakterilerin büyük çoğunun büyük çoğunu ise kommensal bakterilerdir.
immün unsurlarından korunabileceğleri bir niş alan oluşturulurlar. Antijenik yapılarını genetik düzenlemelerle değiştirerek tekrarlayan enfeksiyon yapan patojenlerde sık görülen bir immün sistemden kaçış mekanizmasıdır.

Immün sistemde modulasyonu ve sitokinleri etkileyerek hücreli ve sıvısal immün yanıtı engelleyebilen bir diğer kaçış mekanizması olup *Mycobacterium leprae* bu mekanizmayı kullanarak değişik klinik tabolarla (tüberküloz, lepramatöz, borderline) karşıma çıkar. Bu bakteriyel immunomodulasyon immün sisteme Th1/Th2 plastiğini kontrollü eden iki temel sitokin olan İFN-γ ve İL-4’ü hedefler. Bakterilerin immün sistemden kaçış mekanizmaları tabloda özetle sunulmuştur.

**Tablo: Bakterilerin immün sistemden kaçış mekanizmaları**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Immün Sistem Unsuru</th>
<th>Kaçış Mekanizması</th>
<th>Bakteri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kompleman Sistem</td>
<td>C1 ve C3b bağlanmasını engelleme</td>
<td><em>Streptococcus pneumoniae</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>MAC’in membrana gömülmesini engelleme</td>
<td><em>Salmonella</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Faktör H bağlayan moleküller üretmek</td>
<td><em>Neisseria</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Borrelia burgdorferi</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Faktör H ve C4bp bağlama</td>
<td><em>Moraxella catharralis</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Haemophilus influenzae</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Streptococcus pneumoniae</em> (Hic)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Streptococcus pyogenes</em> (M protein)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DAF (CD55) ve CD46 moleküller aracılığıyla konak hücrelerine tutunma</td>
<td><em>Neisseria</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Escherichia coli</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Streptococcus pyogenes</em> (M protein)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Siyalik asit içeren yapıları artırma</td>
<td><em>Streptococcus agalactiae</em> (type III)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Neisseria</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>C5a yı parçalama</td>
<td><em>Streptococci sp.</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kompleman yolaklarının susturulması</td>
<td><em>Staphylococci sp.</em> (Staphylococcal complement inhibitor-SCIN)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kompleman reseptörü CR3’e bağlanarak hücre içine giris</td>
<td><em>Mycobacterium tuberculosis</em></td>
</tr>
<tr>
<td>Fagositoz ve hücre içi öldürme</td>
<td>Fagozom oluşunun engellemesi, ROI’nin ve lizozomal enzimlere direnç</td>
<td><em>Mycobacterium tuberculosis</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Mycobacterium leprae</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fagolizozom oluşunun engellemesi, ROI’nin ve defensinlere direnç</td>
<td><em>Salmonella typhi/S.paratyphi</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lizozomal enzimlere direnç</td>
<td><em>Brucella sp.</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fagolizozom oluşunun engellemesi, ROI’nin direnç</td>
<td><em>Legionella pneumophila</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fagozomlardan sitoplazmaya kaçış</td>
<td><em>Listeria monocytogenes</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fagolizozom oluşunun engellemesi</td>
<td><em>Rickettsia sp.</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Chlamydia trachomatis</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Chlamydia psittaci</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Chlamydia pneumoniae</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Siderofor üretimi</td>
<td><em>Pseudomonas sp.</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Enterobacter sp.</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Serratia marcescens</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Bacillus subtilis</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Bacillus anthracis</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Escherichia coli</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><em>Vibrio cholerae</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>... vb.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Endojen triptofan üretiminin artırma</td>
<td>Tüm bakteriler (Chlamydia sp. hariç)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sıvısıal unsurlar ve antikorlar</td>
<td>Hücre içine kaçış</td>
<td>Hücre içinde patojenler (Brucella, Listeria, M. lepra, Yersinia, Shigella, E. coli M. tuberculosis… vd.)</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>--------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Uygun üreme alanı seçme</td>
<td></td>
<td>Streptococcus mutans</td>
</tr>
<tr>
<td>-Diş çürükleri</td>
<td></td>
<td>Vibrio cholera</td>
</tr>
<tr>
<td>-GIS</td>
<td></td>
<td>Salmonella typhi</td>
</tr>
<tr>
<td>-Safras kesesi</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uygun niş alanı oluşturma</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Decorin bağlayan protein A (DbpA) üretimi</td>
<td></td>
<td>Borrelia burgdorferi</td>
</tr>
<tr>
<td>Fibronektin sivanma</td>
<td></td>
<td>Treponema pallidum</td>
</tr>
<tr>
<td>Koagülaz ve Clf A üretimi-fibrinle sivanma</td>
<td></td>
<td>Staphylococcus aureus</td>
</tr>
<tr>
<td>Antijen yapısı değiştirme (M protein, pilin)</td>
<td></td>
<td>Neisseria gonorrhoeae</td>
</tr>
<tr>
<td>Moleküler taklit (mimicry)</td>
<td></td>
<td>Streptococcus pyogenes</td>
</tr>
<tr>
<td>Ortama çözünür antijen dökme (mop up)</td>
<td></td>
<td>Borrelia sp.</td>
</tr>
<tr>
<td>-Kapsül polisakkaritler</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Protein A</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ig proteazlar üretme</td>
<td></td>
<td>Neisseria gonorrhoeae</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>N. meningitidis</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Haemophilus influenzae</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Streptococcus pneumoniae</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Streptococcus mutans</td>
</tr>
<tr>
<td>Antikorların aglutinasyon</td>
<td></td>
<td>Porphyromonas gingivalis</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Staphylococcus aureus (Protein A)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hücresel unsurlar</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fenolde çözünür modulin üretimi ve Lükositlerin lizisi</td>
<td></td>
<td>Staphylococcus sp. (MRSA)</td>
</tr>
<tr>
<td>IL-8’i parçalama ve Nötrofillerin alana göcünü engelme</td>
<td></td>
<td>Streptococci sp.</td>
</tr>
<tr>
<td>MHC tarafından antijenleri sunulamaz</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>İmmün sistem ve sitokintere etki (Bakteriyel immunomodulasyon)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IL-2 azaltır</td>
<td></td>
<td>Mycobacterium leprae</td>
</tr>
<tr>
<td>TGF-β ve IL-10 üretearnını artırm</td>
<td></td>
<td>Mycobacterium tuberculosis</td>
</tr>
<tr>
<td>Th1/Th2 plastisitesini değiştirirler</td>
<td></td>
<td>Mycobacterium leprae</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Kaynaklar**

Cerrahi Alan İnfeksiyonlarında Etkenler ve Epidemiyoloji

Prof. Dr. Nurcan BAYKAM
Hitit Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., Çorum

Cerrahi alan infeksiyonları (CAİ) cerrahi girişimden sonra 30 gün içinde gelişen (veya ameliyat tipine göre 90 gün) insizyon yerini veya cerrahı bóğedeki derin dokuyu ilgilendiren infekşyonlardır. Bu infekşyonlar yuzeyel, veya derin insizyonel yana da organ/böşük cerrahi alan infekşyonları olarak tanımlanmaktadır. Cerrahi alan infekşyonları infekşyon kontrol önlemlerindeki ve cerrahi tekniklerde gelişmelerle rağmen halen morbide ve mortalitenin en önemli nedenlerindendir. Bu infekşyon insidansını azaltmaya olanca hasta, cerrahi işlemler, hasta- ne ortami ile ilgili tüm risk faktörlerine karşı sistemik bir yaklaşım içinde, sürekli tetikte olunmalıdır.

CAİ'nin epidemiolojisi ile ilgili çalışmalar, bu infekşyonların heterojen niteliklere sunulan olabilmekte-dir; cerrahi girişimin tipleri arasında, hastaneler arasında, cerrahlar arasında ve hastalar arasında infekşyon insidanslarında büyük farklılıklar gözlemektedir.

2010 yılı içinde A.B.D.'de tahminen 16 milyon, ül kemizde ise sadece 2013 yılı için 4.685.000 cerrahi girişim yapıldığı bildirildi. CAİ, hastanelerde cerrahi girişim uygulanan olguların %2-5 inde gelişmekte- dir. A.B.D.'de yılda 160,000–300,000 kadar CAİ tespit edilmektedir ve hastanede yatan hastalardaki tüm hastanın kaynaklı infekşyonları %20 si CAİ olup bu oranla hastane kaynaklı infekşyonların içinde en sık ve en maliyetti olan infekşyonları olduğu bildirildi. Avrupa ülkelerinde de CAİ oranları cerrahi prosedüre, surveyan kriterlerine ve veri toplama kalitesine göre değişmeke birlikte %20 lere kadar çıkabilirmektedir. Ülkemizde ise 2010 yılı itibariyle %21 ile 3. sıktıktaki olanların hastane kaynaklı infekşyonlardır. CAİ ile ilgili verilerle bakıldığında %60 inin kanıta dayalı rehberler uygulandığında önlene-bildiği gözlemektedir.

Minimal invaziv cerrahi tekniklerin (laparoskopik) ar-tan kullanımları CAİ oranlarında azalma neden olmuştur. Örneğin laparoskopik kolesistektomi sonrası CAİ oranları %1,1 olarak bildirilmeke olup aksi kolesistektomi de oranlar %4 dür. CAİ'nin insidansını azaltan diğer muh-te-mel nedenler ise daha küçük insizyon, erken mobilizasy-on, postoperatif aşırın azaltılması, immun sistem fonksiyonlarının daha iyi korunması ve santral venöz katetere kullanımı azaltılması olarak sayılabilir. CAİ gelişen hastalar, gelişmeyenlere kıyasla % 60 oranında daha fazla olasılıkla yoğun bakıma yatmaktadır. Bu olguların tekra hastaneye yatma olasılıkları beş kat daha fazla- dir ve ölüm riski iki kat artmıştır. Nozokomiyal CAİ olup kaybedilen olguların %77'sinde ölüm nedeni infekşyon- na afetdilmiştir, ölmenin %93'ünde neden organ/böşük infekşyonudur. CAİ, hastanedeki kals süresini ortalama 7-11 gün uzatır ve ciddi maliyet artışına neden olur.

Risk Faktörleri

Cerrahi alan infekşyonlarına neden olan risk faktörlerinin bilinmesi ve gerekli önlemlerin alınması CAİ insidansında azalmaya neden olur. CAİ nın gelişmesini etkileyen hasta- ilişkili ve cerrahi girişim-İlişkili birçok risk faktörü tanımlanmıştır(Mangram et al. ).

Hasta-İlişkili risk faktörleri:

- Yaş
- Beslenme durumu
- Diyabet
- Sigara kullanımı
- Obezite
- Başka bir vücut bölgesindeki nöritenli infekşyon varlığı
- Mikroorganizma ile kolonizasyon (özellikle Staphylococcus aureus)
- Baskılanmış immün cevap
- Preoperatif hospitalizasyon süresinin uzunluğu

Cerrahi girişim- ilişkili

- Cerrahi temizlik süresi
- Cerrahi teknik
- Cerrahi drenler
- Cerrahi bölgedeki yabancı cisim
- Cerrahi drenler
- Cerrahi teknik
  - Yetersiz hemostaz
  - Ölüm dokunun iyi temizlenmemesi
  - Doku travması


Kaynaklar

1. Anderson,DJ et al. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update.Infection control and hospital epidemiology .2014;35;6 (s h e a / i d s a p r a c t i c e recommendation)

Cerrahi operasyonlarının oluşturduğu infeksiyon risklerine göre kategorize edilmişleri profilaksi uygulaması konusunda bilgi vermektedir. Yağlın olarak kabul gören bu sınıflama göre cerrahi girişimler:

- Temiz
- Temiz, kontamine
- Kontamine

- Kırılı şeklinde sınıflandırılmaktadır (Tablo 1). Temiz-kontamine cerrahi girişimlerde antibiotik profilaksi rutin olarak önerilenken, temiz cerrahi girişimler için görüş farklılıkları bulunmaktadır.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cerrahi yara</th>
<th>Tanım</th>
<th>CAİ riski</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Temiz</td>
<td>Cerrahi alanda inflama-syon-infeksiyon yok/ solunum, gastrointestinal, genitoüriner boşlukla girişim/Yara yerinde travma yok/Steril tekniğe aksama yok</td>
<td>1,3-2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Temiz, kontamine</td>
<td>Cerrahi alanda inflamasyon-infeksiyon yok/ Yara yerinde travma yok/ Elektif şartlarda solunum, gastrointestinal, genitoüriner boşlukla girişim/ Steril tekniğe aksama var</td>
<td>2,4-7,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontamine</td>
<td>Cerrahi alanda pürüzlü akıntı olmasızın akut infilmasyon var/ Steril tekniğe major aksama var/ Gastrointestinal boşlukta belirgin kırınamе var/ İnfekte safra veya idrar varlığında genitoüriner ve safra yollarına girilir/Yara yerinde travma var (&lt;8 saat)</td>
<td>6,4-15,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Kırılı</td>
<td>Nekrotik dokuların olduğu eski travmatik yaralar/Akut bakteriyel infeksiyon var/ Perforasyon var</td>
<td>7,1-40</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 2’de cerrahi girişimlere göre olası etkenlerin listesi verilmiştir.

**Tablo 2:** Cerrahi girişimlere göre olası etkenler

<table>
<thead>
<tr>
<th>CERRAHI GİRİŞİM</th>
<th>OLAŞI ETKEN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Graft, protez, implant</td>
<td>S. aureus, KNS</td>
</tr>
<tr>
<td>Kardiyağı</td>
<td>S. aureus, KNS</td>
</tr>
<tr>
<td>Toraks</td>
<td>S. aureus, S. pneumoniae, Gram negatif basiller</td>
</tr>
<tr>
<td>Beyin cerrahi</td>
<td>S. aureus, KNS</td>
</tr>
<tr>
<td>Meme</td>
<td>S. aureus, KNS</td>
</tr>
<tr>
<td>Göz</td>
<td>S. aureus, KNS, streptokok, Gram negatif basiller</td>
</tr>
<tr>
<td>Ortopedi</td>
<td>S. aureus, KNS, Gram negatif basiller</td>
</tr>
<tr>
<td>Apendektonomi</td>
<td>Gram negatif basiller, anareoblar</td>
</tr>
<tr>
<td>Safra yolu</td>
<td>Gram negatif basiller, anareoblar</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroduodenal</td>
<td>Gram negatif basiller, streptokok, orofaringeal anareoblar</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolorektal</td>
<td>Gram negatif basiller, anareoblar</td>
</tr>
<tr>
<td>Ürolojik</td>
<td>Gram negatif basiller</td>
</tr>
<tr>
<td>Başı-boyun</td>
<td>S. aureus, streptokok, orofaringeal anareoblar</td>
</tr>
<tr>
<td>Obstetriz-Jinekoloji</td>
<td>Gram negatif basiller, enterokok, grup B streptokok, anareoblar</td>
</tr>
</tbody>
</table>


FDA tarafından cerrahi profilaksı için önerilen antibiyotikler sefazolin, sefuroksim, sefoksitin, sefotetan, ertapenem ve vankomisinidir.

Profilaksi amaçlı uygulanan antibiyotığın dokudaki düzeyinin cerrahi işlem süresince minimal inhibitör kontrasıasyonun (MİK) üzerinde olması amaçlanır. Serum ve dokuda ulaşılması istenen antibiyotik düzeyleri ilacin uygulama yolu ve farmakokinetik özellikleri ile değişken-lik gösterebilirktedir. Profilaksiden maksimum fayda sağlanabilmesi için antibiyotığın operasyondan hemen önce uygulanması gerekmektedir. Birçok rehberde bu konudaki ideal süre operasyondan önce 60 dakika içinde (30-60 dakika öncesi) Kinonolonlar ve vankomisin için bu süre 2 saatir.

Cerrahi profilaksı önerilen ve tercih edilen antibiyotiklerin yan desarımı önumsü rastlamakta, ancak operasyon süresi kısa olan girişimlerde bu durum sona ermeke birlikte süresi uzun olan operasyonlarda etkili konsantrasyonlarının sürdürülmesi için ek dozlarla iyi duylmaktadır. Ameliyat süresinin ilacin iki yari ömrü kadar süreyi geçmesi, fazla kanamalı ameliyatlar (>1500 mL) ve ilacin yari ömrünü kısıtlamalar durumlarda ek doz uygulanmasına gerek duymmaktadır.


Glikopeptid grubu antibiyotiklerinin profilaksise rütin olarak kullanılması önerilmemektedir. Fakat MRSA infeksiyon hızlarının yüksek olduğu merkezlerde glikopeptidlerin profilaksise kullanılabilmesi bildirilmektedir.

Tablo 3’de cerrahi girişimlere profilaktik antibiyotik önerileri ve kanıt düzeyleri özetlenmiştir.
Tablo 3: Sıklıkla yapılan cerrahi girişimlerde profilaktik antibiotik önerileri ve kanıt düzeyleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cerrahi</th>
<th>Önerilen antibiotik</th>
<th>Alternatif antibiotik (β-laktam alerjisi)</th>
<th>Kanıt düzeyi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>BAŞ/BOYUN</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Temiz</td>
<td>Önerilmez</td>
<td>Klindamisin</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>-Protez ameliyatları (Kulak tüpü)</td>
<td>Sefazolin, sefuroksim</td>
<td>Klindamisin</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>-Temiz kontamine (Kanser, sinüs, mandibula cerrahisi)</td>
<td>Sefazolin+metronidazol</td>
<td>Klindamisin</td>
<td>A (Kanser cerrahisi)</td>
</tr>
<tr>
<td>-Elektif kraniyotomi</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin, Vankomisin</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>-Şant operasyonu</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-İntratekal pompa yerleştirme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BEYİN</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Hemi onanımı</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Gastroduodenal cerrahi</td>
<td>Sefazolin, sefuroksim</td>
<td>Klindamisin/vankomisin+gentamisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-İnce barsak (obstrüksiyonuz)</td>
<td>Sefazolin+metronidazol</td>
<td>Klindamisin/vankomisin+gentamisin</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>-İnce bağırsak (obstrüksiyonlu)</td>
<td>Sefazolin+metronidazol</td>
<td>Klindamisin/vankomisin+gentamisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Apendektomi</td>
<td>Ampisilin-sulbaktam**</td>
<td>Klindamisin/vankomisin+gentamisin</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Kolorektal cerrahi</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/vankomisin+gentamisin</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Akciğer rezeksiyonu</td>
<td>Ampisilin-sulbaktam**</td>
<td>Klindamisin/vankomisin+gentamisin</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Temiz</td>
<td>Önerilmez</td>
<td>Klindamisin/vankomisin</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GENEL CERRAHİ</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Herni onarımı</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Spinal cerrahi</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Total eklem protezi</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/vankomisin</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>KARDİYOVASKÜLER VE TORASİK CERRAHİ</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Koroner bypass</td>
<td>Sefazolin, sefuroksim</td>
<td>Klindamisin/Vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Kardiyak cihaz yerleştirme</td>
<td>Sefazolin, sefuroksim</td>
<td>Klindamisin/Vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-VAD (Mekanik pompa)*</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/Vankomisin</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>-Akciğer rezeksiyonu</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/Vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Torakoskopik cerrahi</td>
<td>Ampisilin-sulbaktam**</td>
<td>Klindamisin/Vankomisin</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ORTOPEDİ</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Temiz (implant gerektirmeyen, diz, el vb.)</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/Vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Spinal cerrahi</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/Vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Kalça kırığı onarımı</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin/Vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>OBSTETRİ ve JİNEKOLOJİ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
</tr>
<tr>
<td>-Sezeryan</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin+gentamisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Histerektomi/ Ürojinekolojik ameliyatlar</td>
<td>Sefazolin+metronidazol</td>
<td>Klindamisin/vankomisin+gentamisin/ florokinolon ya da metronidazol +gentamisin/ florokinolon</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Cerrahi abortus</td>
<td>Doksisiklin, metronidazol p.o</td>
<td>Önerilmez</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Histerosalpingografi</td>
<td>Doksisiklin p.o</td>
<td></td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>-Tanısal laparoskopi, transervikal cerrahi, histeroskopi, intrauterin araç takma</td>
<td></td>
<td>Önerilmez</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>PLASTİK CERRAHHİ</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>-Temiz ameliyatlar</td>
<td>Sefazolin, Ampisilin-sulbaktam</td>
<td>Klindamisin, vankomisin</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>-Temiz-kontamine</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin, vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Meme implantı</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin, vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Meme Ca cerrahısı</td>
<td>Klindamisin, vankomisin</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>TRANSPLANTASYON CERRAHHİ</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>-Kalp</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Klindamisin, vankomisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Akciğer ve akciğer-kalp</td>
<td></td>
<td></td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Böbrek</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Karaciğer</td>
<td>Sefotaksim+ampisilin, Piperasilin tazobaktam</td>
<td>Klindamisin/vankomisin + gentamisin/florokinolon</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Pankreas</td>
<td>Sefazolin+flukonazol</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Pankreas-böbrek</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ÜROLOJİ</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>-Sistoskopi***</td>
<td>Florokinolon, TMP-SXT (p.o), Sefazolin</td>
<td>Gentamisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Sistoskopi (Üst ürinere dokunulan)</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Gentamisin+klindamisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Açık/腹aroskopik cerrahi</td>
<td>Sefazolin</td>
<td>Gentamisin/florokinolon+ klindamisin</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Transrektal prostat biyopsisi</td>
<td>Sefazolin+metronidazol, sefokstitin, Gentamisin+ amoksisilin-klavulanik asit</td>
<td>Gentamisin/florokinolon+ klindamisin/metronidazol</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>-Protez ameliyatları (Penil/testis/sifkter)</td>
<td>Sefazolin+gentamisin, Vankomisin/ Teikoplanin+gentamisin</td>
<td>Gentamisin+klindamisin Vankomisin/Teikoplanin+ gentamisin</td>
<td>A</td>
</tr>
</tbody>
</table>
*Enfekte VAD değiştirme operasyonlarında etkene yönelik profilaksi verilir.
**Lokal direnç oranları dikkate alınmalı.
***Risk faktörü olanlarda önerilir
İncizyon öncesinde yapılmalıdır.
Kimolon/Gentamisin eklenebilir.
Böbrek transplantasyonunda diğer seçenekler aminoglikozidlere tercih edilmelidir.

Kaynaklar
5. SIGN guideline in adult urology 2012.


CLSI’ya göre üstünlükleri ve Türkiye’nin yakın çevresi ile birlikte duyarlık/direnç oranlarını belirleyebilmesi için 2013 yılında Türkiye’de de EUCAST standartlarının kullanılması kararlaştırılmıştır. EUCAST’e geçiş sürecini Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti’nin Antimikrobiyel Duyarlık Testlerinin Standardizasyonu (ADTS) Çalışma Grubu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığını birlikte yürütülmektedir.

Antibiyotik Duyarlılık Tesleri ve Laboratuvar

Doç. Dr. Füsun CAN
Koç Üniversitesi Tip Fakültesi, İstanbul

Antibiyotik duyarlılık testleri enfeksiyonlarda empirik tedaviyi doğrudan yönlendiren ve tedavi protokollerini değiştiren uygulamalar olmaları nedeniyle mikrobiyoloji laboratuvarlarında çalışılan en önemli testlerden birisidir. Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında antibiotik duyarlılık testleri kadar yoğun iş gücü ve kaynakların kulanımına gereksinim duyulan başka uygulama çok azdır. Bu nedenle klinik laboratuvara bu testlerin ne kadar doğru yapıldığı, d征信tmesi gereken alanların neler olduğu tartışılmalıdır.

Bu sunuda tartışacak ilk konu MİK inhibisyon testleri (MİK) dir. MİK ile duyarlı, dirençli ve dirençli olmak üzere 3 kategoride değerlendirilen antibiotik duyarlılık testleri ile tedavi nasıl yönlendirilebilir? In vitro MİK test sonuçlarının klinik tedavinin belirlenmesinde ne kadar belirleyici rolü vardır? Son yıllarda iki önemli uluslararası komite The Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) ve The European Union Committee for Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) MİK sınırlarının belirlenmesinde 4 kriter dikkate almaktadır: a) MİK dağılımları b) MİK değerlerinin bilinen bir direnç mekanizması varlığında değişimi c) PK/PD analizlerin sonuçunda ilacin serum konsantrasyonunun klinik değeri d) klinik korelasyon

Sunumun ikinci bölümünde antibiyotik duyarlılık testlerinin prediktif değerleri tartışılacaktır. Bir laboratuvar CLSI veya EUCAST kriterlerine göre standartlara uyun test sonucu verdiği zaman, bu sonuç tedavi başarısını ne kadar güvenilir bir şekilde öngörebilir? Yapılan çalışmalarda görülen, maalesef şu anda antibiotik duyarlılık testlerinin pek çok hastada klinik seyri belirleyemediğini gösterir.

Sunumun üçüncü bölümlüğe, uygun antibiotik seçimin duyarlılık testlerindeki önemi ve hastaya özel algoritmlerin belirlenmesi tartışılacaktır.

Son bölümde, klinik materyalden veya laboratuvara izole edilmiş mikroorganizmadan doğrudan bazı direnç profillerinin moleküler yaplarının gösterilmesini öne-lik sağlamak sunulacaktır. Direnç genlerinin varlığına patojenik bakterilerde doğrudan gösterilmesi, geleneksel fenotipik yöntemlere alternatif olmuştur. Bu testlerin avantaji hızlı sonuç alabilmesidir. MİK değerlerinin klinik yanıt üzerine etkisi için bir sorun bu testlerle aşılması, ancak bu test sonuçlarının klinik yanıt etkilerinin ayrıca değerlendirilmesi gerektirir.
MALDI-TOF

Doç. Dr. Görkem YAMAN
Düzen Laboratuvarlar Grubu, Mikrobiyoloji ve Tüberkuloz Birimi, İstanbul

Matriks-yardımlı lazer deozpsiyon uygulamalarını ve taş küt le spektrometriyesi (Matrix-assisted laser desorption ionization–time of flight, MALDI-TOF MS) mikrobiyoloji laboratuvarlarında rutin klinik tanı veya araştırma amacıyla yaygınlaşan kullanılan ve çalışma paternerleri di değiştiirdiği için devrim nitelidirde olduğu vurgulanır, hızlı, keskin ve güvenilir bir mikroorganizma tanımlama metodudur.

Klinik mikrobiyoloji laboratuvarlarının temel görevlerinden biri; infeksiononyonun yoğunlaşması, kaynaklarını ve uygun tedavisi tam olarak anlayabilmek için gerekli olan, infeksiyon etkeninin zanında ve doğru olarak tanımlanması. Neredeyse bir asırdır geleneksel olarak mikroorganizmaların tanımlanma süreci: çeşitli boyalar kullanlarak mikroskobik morfolojik açıdan sınıflandırma, çeşitli kültür yöntemleri, biyokimyasal veya antijenik yöntemlerle ileri metabolik ve fenotipik analizler kapsayan siraali basamakları içermektedir (1). Her ne kadar bu basamaklar referans standartlar olarak kabul edilebilir de, moleküler biyoloji, klinik yanlarda ve hastalar için sağlayıcı olan etmen mikroorganizmanın büyüme hızıdır. Kültür için beklenen süreye ilave etkenin fenotipik özelliklerinin bu oranın ve aktif biyokimyasal faaliyeti hızla artması tanımlanmaya girmesine ve azamiğinjetme ve aktif biyokimyasal faaliyeti ihtiyaç duyma. Moleküler mikrobiyolojik yöntemler; klinik örneklerden sızlanan analit moleküllerine matriksten enerji transferi ile uçulyon ve biyoinformatikte önemli gelişim olmuştur. Örnek-matriks karışımlar yaratmış olmak üzere, MALDI-TOF MS yönteminde; üremi ve nükleik asit temelli metodlar sonuçlarını deşifre etmektedir. Rutin klinik mikrobiyoloji tanımlamada; fenotipik yöntemler gibi standartdiz, tekrar edilebilir, güvenilir, kolay uygulanabilir ve nispeten ucuz ama zamanı ve moleküler yöntemleri gibi hızlı ve keskin bir yöntem geri gürüntülmeye ve bu metod MALDI-TOF MS olabilir. Yüksek cihaz maliyetinden dolayı günümüzde sadece büyük referans laboratuvarların kullanıldığıda da zanyaman cihaz maliyetinin azalmasıyla rutinde ççoğu tanışl laboratuvar tarafından kullanılmaya uygun bir yöntem olabilecektir.


MALDI-TOF MS’inde; hızlı, uygun olarak klinik ve maliyet emeklerin bir klinik maliyetin azaltılması ve laboratuvar iş akışı ve daha proqnozuna anlamlı katkılı sağlamıştır (3). Genetik se-kanslansa da moleküler mikrobiyoloji analizlerinde en kesin sonuç veren yöntem olarak değerlendirilmektedir ve mikroorganizma tanımlanmasında yeni standardın bir parçası olmuştur (4). Bununla beraber moleküler metod- lerin kullanılması en önemli kısıtlayıcı faktörler bu yöntemlerin çoğunun infeksyon yolu acesso şeklinde ilmek etken-ler açısından ön bilgi gerektirmesi, fenotipik yöntemlere göre maliyetin ve yüksek olması, özel laboratuvar alanları ve personele ihtiyaç duymasdır. Bu sebeplerden ötürü bakteriye izolat için otomatize sistemlerle fenotip analizlerin zaman ve kesinlikle ilgili kısıtlar olma-sınırın aşırı, hala rutin tanımlammanın temelleni olustur maktadır. 30 yıldan edile edilen veriler moleküler metodların daha hızlı ve sıkı daha kesin sonuçlar iverdini ortaya koymasına rağmen birçok laboratuvar rutin tanımlamalarında uygulamlarında bu metodları tercih etmektedir. Rutin klinik mikrobiyoloji tanımlamada; fenotipi-pik yöntemler gibi standartdize, tekrar edilebilir, güvenilir, kolay uygulanabilir ve nispeten ucuz ama zama nda moleküler yöntemleri gibi hızlı ve keskin bir yöntem geliştirmesi tüm ihtiyaçları karşılayabilecek gibi görünmek teder ve bu metod MALDI-TOF MS olabilir. Yüksek cihaz maliyetinden dolayı günümüzde sadece büyük referans laboratuvarların tarafından kullanıldığında da zanyaman cihaz maliyetinin azalmasıyla rutinde ççoğu tanışl laboratuvar tarafından kullanılmaya uygun bir yöntem olabilecektir.
Mikroorganizma tanımlama imkanı sağlar. Ana-

Kaynaklar
SÖZEL SUNUMLAR
UYBİS
SU-01
Karbapenem dirençli Acinetobacter baumannii susuş olup enactran kolonilerin desenleri de monitora alınmıştır. Fareler, ilac tedavisi verilmesi sonucu kontrol grubunda, kolistin + imipenem, kolistin + sulbaktam ve kolistin + tigesiklin kombinasyon tedavileri kullanıldığında 5 gruba ayrılmıştır. Cerrahi işlem sırasında kaybedilen farelerin sesli madanda çıkarlanmalarının sonra ilk iki grupta 8'er, diğer grupta 9'er YÖNTEM: Çalışmamızda hastanemizden izole edilen karbapenem dirençli A. baumannii susuşyla gelişen infeksyonların artması ve yeni tedavi seçenekleri bulunmamak nedeniyle mevcut antibiyotiklerin kombinasyonlarıyla tedavileri değerlendirme çalışmaları çekilmaktadır. Çalışmamızda etkisi kombinasyon tedavisinin belirlenmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamızda hastanemizden izole edilen karbapenem dirençli A. baumannii susuşyla gelişen infeksyonların artması ve yeni tedavi seçenekleri bulunmamak nedeniyle mevcut antibiyotiklerin kombinasyonlarıyla tedavileri değerlendirme çalışmaları çekilmaktadır. Çalışmamızda etkisi kombinasyon tedavisinin belirlenmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Onur Ünal1, Onur Kaya1, Tuba Öztürk2, Emel Sesli Çağrı3, İpek Gönen3, Esra Nurul Temel1, Füsun Zeynep Akça1

1Süleyman Demirel Üniversitesi, İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Isparta
2Süleyman Demirel Üniversitesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Isparta

GİRİŞ-AMAÇ: Dünya çapında karbapenem dirençli A. baumannii susuşlarıyla gelişen infeksyonların artması ve yeni tedavi seçenekleri bulunmamak nedeniyle mevcut antibiyotiklerin kombinasyonlarıyla tedavileri değerlendirilmesi çalısmaktadır. Çalışmamızda etkisi kombinasyon tedavisinin belirlenmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.


SONUÇ: Çalışmamızda karbapenem dirençli A. baumannii pronomi kombinasyon tedavisinde kolistin + sulbaktam ve kolistin + imipenem kombinasyon rejimlerinin, istatistiksel olarak anlamli bulunamakla birlikte diğer tedavi gruplarına göre daha etkili olduğu saptanmıştır. Bu kombinasyon rejimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi için daha büyük çalışma gruplarmız için deneysel ve klinik çalışmalarla ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Gruplara göre her bir gram akciğer doku kültürünün araştırma 10 cisindende bölge olanılarını karşılaştırılması

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gruplar</th>
<th>Grup 1</th>
<th>Grup 2</th>
<th>Grup 3</th>
<th>Grup 4</th>
<th>Grup 5</th>
<th>p*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>cfu/gr-log10</td>
<td>5.60±0.071</td>
<td>1.24±0.615</td>
<td>0.00±0.000</td>
<td>0.00±0.000</td>
<td>0.67±0.446</td>
<td>0.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi, p<0.01 anlamli

Tablo 2. Kolistin, kolistin+sulbaktam, kolistin+imipenem ve kolistin+tigesiklin tedavisi alan grupların akciğer dokusunda üreyen kolonilerin sayısını ve logaritma 10 cisindendirin, dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gruplar</th>
<th>Kolistin</th>
<th>Kolistin + Sulbaktam</th>
<th>Kolistin + Imipenem</th>
<th>Kolistin + Tigesiklin</th>
<th>Kontrol</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kolistin</td>
<td>-</td>
<td>p=0.051</td>
<td>p=0.051</td>
<td>p=0.438</td>
<td>p=0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolistin + Sulbaktam</td>
<td>-</td>
<td>p=1.000</td>
<td>p=0.146</td>
<td>p=0.001</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kolistin + Imipenem</td>
<td>-</td>
<td>p=0.001</td>
<td>p=0.146</td>
<td>p=0.001</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kolistin + Tigesiklin</td>
<td>-</td>
<td>p=0.001</td>
<td>p=0.146</td>
<td>p=0.001</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Ki-kare test, p<0.05 anlamli

Tablo 3. Kolistin, kolistin+sulbaktam, kolistin+imipenem ve kolistin+tigesiklin tedavisi alan grupların kultur pozitifliği yönünde birbirleri ile kontrol grubunda ve karşılaştırılması

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gruplar</th>
<th>Kolistin</th>
<th>Kolistin + Sulbaktam</th>
<th>Kolistin + Imipenem</th>
<th>Kolistin + Tigesiklin</th>
<th>Kontrol</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kolistin</td>
<td>-</td>
<td>p=0.471</td>
<td>p=0.471</td>
<td>p=0.028</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kolistin + Sulbaktam</td>
<td>-</td>
<td>p=1.000</td>
<td>p=1.000</td>
<td>p=0.029</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kolistin + Imipenem</td>
<td>-</td>
<td>p=1.000</td>
<td>p=1.000</td>
<td>p=0.029</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kolistin + Tigesiklin</td>
<td>-</td>
<td>p=1.000</td>
<td>p=1.000</td>
<td>p=0.029</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Ki-kare test, p<0.05 anlamli
SU-02
Piperasillin-Tazobaktam (TZP)’a bağlı hematolojik yan etkiler

Aysun Sarıbuğa, Serap Şimşek Yayvuz, Seniha Başaran, Atahan Çağatay, Halit Özsüt, Haluk Eraksoy

İstanbul Üniversitesi, İstanbulTips Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çapa-İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışma, uzun süreli TZP kullanan hastalarda hematolojik yan etkilerin gözelemini nedeniyile planlandı. TZP kullanan hastalarda hematolojik yan etki gelişme sikliğinin ve buna neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi hedeflandı.


BULGULAR: 103 hastada, 113 kez on günden fazla TZP tedavisi uygulandığı belirlendi. Hastaların 60%(58)’i erkek, 43%(42)’ü kadın, ortalama yaşları 59±16.2’ydi. On günden fazla TZP kullanan 103 hastanın 20%(19.4)’ünde lökopeni, 12%(11.6)’nda nötropeni, 21%(20.3)’inde anemi, 7%(6.7)”nda ise trombositopeni saptandı. Ane-mi ve trombositopeni gelişiminde toplam TZP dozu ve süresi etkili bulunmamış (p>0.05). Tek değişkenli analizlerde toplam TZP dozu ve süresi, TZP ile kombinе bir bşka antibiyotiqin kullanımı, TZP ile birlikte siprofloksasin kullanımı ve >15 gün TZP kullanımı lökopeni için; toplam TZP dozu, TZP ile kombinе bir başka antibiyotiqin kullanım, TZP ile birlikte siprofloksasin kullanımı ve >19 gün TZP kullanımi ise nötropeni için risk faktörü olarak belirlendi. Çok değişkenli analizlerde ise >19 gün TZP kullanımı ve TZP ile kombinе bir başka antibiyotiqin kullanım lökopeni için; >20 gün TZP kullanımı ise nötropeni için bağımsız risk faktörü olarak belirlendi (Tablo).

SONUC: TZP kullanan hastalarda, tedavinin iki haftadan uzun sürürülmesi, özellikle siprofloksasin olmak üzere başka bir antibiyotiktе kombinasyon yapılmış lökopeni ve nötropeni riskini artırmaktadır. Bu yan etkilerin gelişmesini engellemek için mümkünse tedavi süresi iki haftadan kısa tutulmalı ve diğer antibiyotiklerle kombinasyon-
dan kaçınılmalıdır.

Tablo:On Günden Fazla Piperasillin-tazobaktam Kullanan, Lökenopi veya Nötroopeni Gelişen ve Gelişmeyen Hastaların Karşılaştırılması

<table>
<thead>
<tr>
<th>Özellikler</th>
<th>Lükenopi Gelişen Hastalar (n=28)</th>
<th>Lükenopi Gelişmemeyen Hastalar (n=63)</th>
<th>Tek Değişken Analiz p</th>
<th>Çok Değişken Analiz (p=0.05, 95% CI)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KADIN CINSYET</td>
<td>6/41</td>
<td>4/43</td>
<td>0.246</td>
<td>0.758</td>
</tr>
<tr>
<td>YAS (ortalama±SD)</td>
<td>55.2±16.4</td>
<td>61±15.1</td>
<td>0.124</td>
<td>0.53±18.4</td>
</tr>
<tr>
<td>CHARLSON KOMORBITDE SKORU (ortalama±SD)</td>
<td>1.9±10.5</td>
<td>2.5±10.2</td>
<td>0.062</td>
<td>2±1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>KOAH (n)</td>
<td>2/22</td>
<td>2/22</td>
<td>0.236</td>
<td>1.000</td>
</tr>
<tr>
<td>CAB BELIR</td>
<td>10/29</td>
<td>6</td>
<td>0.108</td>
<td>0.323</td>
</tr>
<tr>
<td>DIARI YAPIŞMA SÜRESI (ortalama±SD)</td>
<td>27±70</td>
<td>20.3±24.3</td>
<td>0.007</td>
<td>25.64±13.50</td>
</tr>
<tr>
<td>TZP TOPLAM SÜRESİ (ortalama±SD)</td>
<td>230.4±147.05</td>
<td>0.001</td>
<td>308±161.99</td>
<td>241.9±152.84</td>
</tr>
<tr>
<td>KOMBİNASYON LÖKENOPİ (n)</td>
<td>18/48</td>
<td>0.002</td>
<td>0.042 (1.084, 1.064-28.02)</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>SİPROFLOKSAZIN (n)</td>
<td>12/27</td>
<td>0.008</td>
<td>8</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>GİLLEKSPİT (n)</td>
<td>3/14</td>
<td>1.000</td>
<td>1</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>TZP TOPLAM SUEEİ 14 GİN (n)</td>
<td>18/70</td>
<td>0.235</td>
<td>10</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>TZP TOPLAM SUEEİ 15 GİN (n)</td>
<td>18/51</td>
<td>0.004</td>
<td>10</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>TZP TOPLAM SUEEİ 16 GİN (n)</td>
<td>17/43</td>
<td>0.002</td>
<td>9</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>TZP TOPLAM SUEEİ 17 GİN (n)</td>
<td>17/41</td>
<td>0.001</td>
<td>9</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>TZP TOPLAM SUEEİ 18 GİN (n)</td>
<td>17/37</td>
<td>0.001</td>
<td>9</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>TZP TOPLAM SUEEİ 19 GİN (n)</td>
<td>16/33</td>
<td>0.001</td>
<td>0.08 (0.061-0.18-20.02)</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>TZP TOPLAM SUEEİ 20 GİN (n)</td>
<td>16/31</td>
<td>0.001</td>
<td>9</td>
<td>38</td>
</tr>
</tbody>
</table>
SU-03
Direnciğli Gram negatif bakterilerle hastane kökenli kan dolaşımı infeksiyonu gelişmesini belirleyen faktörler

Özgür Ünal, Alpay Azap, Gülden Yılmaz, Osman Memişoğlu

Ankara Üniversitesi Tip Fakültesi infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ve servis hastalıklarında, hastane kökenli gram negatif bakterilerin dirençli ve dirençli gram negatif bakterilerle bakteremi ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin belirlenmesidir.


BULGULAR: Çalışmaya alınan 234 bakteremi olgusunun (%60.6’sı erkek), yaş ortalaması 55.9 (sd 18.4), % 59.5’i YBÜ’de izlemli, %49.1%’ı son bir ay içinde cerrahi işlem görmüş, %92.2’si son 3 ay içinde gram negatif bakterilere etkili antibiotik kullanılmış, %38.4’ü aynı zamanda ventilatör ilişkili pnomoni (VIP) tanısı almış ve %66.2’sinde de santral venöz kateter bulunmaktaydı. Olguların, %58.1%’ı sekonder bakteriemiydi; en sık bakteri odağı akciğerdi (%56.1). Bakterilerin %31.2’si Acinetobacter spp., %26.9’u E.coli, %23’ü Klebsiella spp idi. %45.2’si Karbapenem rezistan bakteriemiydi ve APACH-HE II skorları da yüksekti (p<0.001). Cerrahi işlem görüşü olanlarda karbapenem direnci faydali (p=0.005), YBÜ’de yaşın karbapenem direncine etkişini saptandı (p=0.33). Infeksiyondan kaynaklanan mortalite %38.8’di; uygunsuz antibiotikranlanan mortalite daha fazla faydayı (p=0.001). APACHE II Skoru yüksek vakalarda da infeksiyondan ölüm daha fazla faydayı (p<0.001).

SONUC: Başlangıçta uygun olmayan ampirik tedaviyeinfeksiyon nedeni hematit tayin edilemedi. Klinik yant süresi, hastanede kalış süresini, etkifek tedaviyi, maliyeti, mortalitesi ve morbidityi belirleyen önemli bir parametreydi. Non-fertamentatif bakteri (p=0.04), karbapenem dirençli bakteremi (p=0.008), VIP bulunmuş (p<0.001), YBÜ’de yaş (p<0.001), APACHE II skoru yüksekliği (p=0.04), cerrahi işlem görmüş (p=0.018), 65 yaş üstü hastalar (p=0.04), polimikrobial infeksiyon (p=0.04) yanıt süresi uzamasında ve dolayısıyla bağırsak-sız tedavide etkili faktörler olarak tespit edildi.

SU-04
Yoğun bakım üniteinde gelişen sağlık hizmeti ile ilişkili infeksiyonların maliyet analizi

Erkan Yenilmez1, Hüsrev Diktaş4, Asım Ölçay5, Ali Acaş4, Vedat Turhan5, Hakan Erdem4, Oral Öncü5, Levent Görenek6

1Kasımpaşa Asker Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul
2GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul
3N.Ü. İstanbul Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul
4Tatvan Asker Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Bitlis
5Ankara Mevki Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Ankara


YÖNTEM: Bu amaçla Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi (AYBÜ), Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi (DYBÜ), Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi (NYBÜ), Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi (GYCBÜ) ve Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi (BCYBÜ)’nde 2011 yılı boyunca takip edilen hastalarдан; HE gelişen 115 hasta Vaka Grubuna (VG), HE gelişmeden 230 hasta ise Kontrol Grubuna (KG) dahil edilerek prospektif olarak takip edildi. İki grup arasında yaş, cinsiyet, yaş süresi ve altta yatan risk faktörleri açısından anlamlı farklılık bulunmamaktaydı (p<0.05).

BULGULAR: Çalışma sonunda VG ve KG arasında ortala maliyetler, ortalamada mortalite ile YBÜ’lerde ve hastanede toplan yaş süresinde istatistiksel olarak anlamalı farklılık bulunmaktaydı (p<0.05). HE gelişen grupa gelişmenin gruba göre ilave maliyet 4.368 TL (2.696,3 $) ve 4,55 kat toplam maliyet artışı olduğu saptandı. Ayrıca HE gelişen grupa gelişmenin gruba göre antibiotik maliyetinde 2.047 TL (1.263 $) ve 11,9 kat artış olduğu saptandı. Hastanede yaş süresi HE gelişen grupa 17 gün ve 2 kat, yoğun bakımda yaş süresi ise 17 gün ve 3,3 kat daha yüksek bulundu. HE’lere bağlı ek mortalite oranı %35 olarak bulundu.

SONUC: Sonuç olarak YBÜ’lerde gelişen HE’leri mortalite oranlarında, hastane ve yoğun bakım süresinde ve hastane maliyetlerinde önemli artışa sebep olmuştur. Bu konuda ülkemizde daha fazla sayıda çalısmaların yapılması suretiyle HE’lerin getirdiği mali yük saptanmış olacak ve sonucda HE’leri önlemek amacıyla stratejileri geliştirilmesi için önemlidir.
SU-05
Sağlık personelinin rutin kullanılan izolasyon önlemleri sembollerı konusunda farkındalığı

Necla Tülek, Ebru Topal, Şule Çınar, Pınar Yalçın, Melisa Çağla Sönmez, Melin Özoysu, Fatma Şebnem Erdinç, Günüy Tuncer Ertem
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara


BULGULAR: Çalışmaya 27 hemşire, 26 asistan doktor, 10 eğitim görevlisi ve yedi yearınıcisi sağlık personeli olmak üzere toplam 70 kişi katılmıştır. Ortalama meslekte geçilen süre 10,8 yıl (1-36 yıl) ve bu hastaneden çalışma süresi 5,8 yıl (1-21) yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların 37’i (%52,9), kullanılan izolasyon önlemleri ve sembollerle ilgili eğitim aldıklarını bildirmişlerdir. Eğitim alanlarının %39’u tüm sembollerle ilgili doğru yanıt verırken, alanların %21’i doğru yanıt vermiştir. Genel olarak bakıldığına doğru yanıt oranı %30, yanlış yanıt oranı %27 olarak bulunmuş, katılımcıların %43’ü ise sembollerden en az birine doğru yanıt vermiştir. Tüm sembollere doğru yanıt oranı hemşireler arasında %33, doktorlar arasında ise %27 olarak bulunmuştur.

SONUÇ: İzolasyon önlemleri ile ilgili semboller hastanelerde infeksiyon kontrol önlemlerini uygulamada yardımcı olabilir fakat uygulamaya konmadan önce eğitim verilmesi ve daha kolay anlaşılır sembollerin kullanılması önem kazanmaktadır.
SÖZEL SUNUMLAR
SS-01 Gaziantep Nizip ilçesinde görülen gastroenterit salgını-Ekim 2014

Nalan Karakuş¹, Zeynep Güneş¹, Fehminaz Temel¹, Şenol Yılmaz², İlkзор Gündüz³

¹Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Erken Uyarı Cevap ve Saha Epidemiyolojisi Dairesi Başkanlığı
²Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı
³Nizip Toplum Sağlığı Merkezi

GİRİŞ-AMÇA: Su kaynaklı salgınlar altı ay önce büyük çatışmaları ve kurumlar arası işbirliğinde zaman zaman yaşanan sorunlar nedeniyle ülkemizde sik olarak gündeme gelmektedir. 15 Ekim 2014 tarihinde Erken Uyarı Cevap Birimince TSYİ önlemleriyle salgını Nizip ilçesindeki hastane ve sağlık kuruluşlarına ishal, bulanık ve kuşma şikayetleriyle başvuruların arttığı saptanmıştı, vaka sayısıın 2751’e yükselmesi üzerine Saha Epidemiyoloji Birimi tarafından etken ve kaynağı saptanması ve kontrol önlemlerinin alınması amacıyla bu çalışma yapmıştır.


BULGULAR: Atak hızı %2,15 olan salgınla vakaların yaşam ortancası 18 (0-83) yaşydı. Başlıca şikayetler karın ağrısı (%91), bulanık (%90), ishal (%87), kusma (%82) ve ateş (%56) idi. Salgı eğrisi incelendikte yuvarlak yuvarlık sonrası sebebe suyunun kontamine olması taşır 48 saat sonra pik görülmekte idi (Grafik 1). Genel olarak kullanılan işlem suyu kaynakları değerlendirildi; musluk suyu içme tahmini rotatif riskinin vakaların kontrolere göre 1,9 kat (%95: 1,2-3,0) olduğu, salgının görülüşü son haftada içilen su kaynakları değerlendirildi; yine musluk suyu içme tahmini rotatif riskinin 1,6 kat (%95: 1,1-2,4) olduğu saptandı. ReaTime PCR yöntemi ile 10 gaita örneğinin içinde No rovirus, birinde Adenovirus, birinde ise astro ve adeno virus vakası, bakterioloji örnekleri olmadığı, beş kişide E.histolytica kistleri görüldü. Şebekeden alınan 9 su numunenin tümünde koliform bakteri, yedisinde E. coli (100/100 ml²) öndü. Kirilik nedeniyle kullanılmayın ancak yaşış öncesi sebekeye su veren bir yanakta alan numunede koliform bakteri ve E. coli saptandı.

SONUCU: Bu salgın yaşışlar sonrası kirliliği artan suların karşıtı sebebe suyunu içme suyu olarak taktığı düşünülmektedir. Etkenin norovirus olduğu düşünülmektedir. Kirili su kaynağına kapatılması, su klor dozörü 1,0ppm’ye yükseltilmiş ve halka salgın konusunda bilgilendirme ve hijyene yönelik önlemler hakkında anons-
Çalışması başlatılmış ve ortak kaynak bulunamamıştır. Bu süreçte izlenen 58 olguya kantilmanış Q atesi tanısi konulmuştur. Klinik bilgilerine tam olarak ulaşılan ve ekibimiz tarafından izlenen kantilmanış 40 olgu değerlendirilmiştir. Hastaların ortalama yaşları 34.8±10.5, 35'i (%87.5) erkek idi. Hastaların %97.5'i hepatit ile seyreden, %12.5'i ise pnömoni saptanmıştır. Hastaların %87.5'i erkek idi. Hastaların %87.5'i erkek idi. Olguların laboratuvar bulguları Tablo-1'de görülmektedir. Hastaların %97.5'i hepatit ile seyreden, %12.5'i ise pnömoni saptanmıştır. Tanıda kompleman fiksasyon (CF) yöntemi, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ve indirekt floresan antikor (IFA) yöntemleri kullanılmıştır. Tanıda kullanılan yöntemler Tablo-2'de görülmektedir. Hastaları hafta süreyle doksisiklin tedavisi verilmiştir. Tablo-1: Olguların laboratuvar değerlerni.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lökosit (4.50-10.20 K/μL)</th>
<th>PNL* (37-80%)</th>
<th>Trombosit (142-424 K/μL)</th>
<th>AST** (11-25 IU/L)</th>
<th>ALT*** (7-28 IU/L)</th>
<th>Sodimanasyon (2-20 mm/saat)</th>
<th>CRP**** &lt;0.5mg/dL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ortalama</td>
<td>5.97</td>
<td>62</td>
<td>178.000</td>
<td>122</td>
<td>159</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Std. sapma</td>
<td>2.79</td>
<td>13.5</td>
<td>115.000</td>
<td>110.4</td>
<td>152.6</td>
<td>7.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimum</td>
<td>1.39</td>
<td>36</td>
<td>40.600</td>
<td>21</td>
<td>35</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Maksimum</td>
<td>14.40</td>
<td>84</td>
<td>636.000</td>
<td>617</td>
<td>860</td>
<td>39</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Polimorfonükleer lökosit **Aspartat amino transferaz ***Alanin amino transferaz ****C- reaktif protein

Tablo-2: Tanıda kullanılan yöntemler.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hasta sayısı (n)</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CF</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>IFA</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>PCR</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SS-03 Malatya'da bir toplu konut inşaati alanındaki İşçilere tatarck atesi salgımı: Epidemiyolojik, klinik özellikleri ve salgın kontrollü çalışmaları

Ünver Kayabas1, Dilek Yaşçı Çağlayan2, Mahmut Süneetçioğlu3, Engin Burak Selçuk4, İhsan Durmaz2, Fatma Bayrakdar2, Serhat Murat Hopoğlu2, Hakan Oğuztürk2, Mustafa Kasım Karahocagil2, Yaşar Bayındır5, Ümit Murat Topçu6

1İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya
2Ulusal Arbovirus ve Viral Zoonozlar Referans ve Araştırma Laboratuvarları, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara
3Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van
4İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimi Anabilim Dalı, Malatya
5İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya
6İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar ve Kontrol Programları Şube Müdürlüğü, Malatya


BULGULAR: Olguların demografik ve klinik bulguları Tablo 1’de, laboratuvar bulguları Tablo 2’de gösterildi. Hastaların tanışı SFV’ye karşı “immunofluorescence assay (IFA)” ile IgG/IgM ve/veya “real time reverse transcription” PCR ile tatarck atesi olarak kondu. Hastaların takibi izlendi oldukları dönemde memleketleri Van’da yapıldı.

SONUÇ:Tatarck atesi olguları acil servise bir salgın seklinde gelebilirler. SFV IgG ve/veya IgM hastalığın erken dönemde negatif bulunabilir. Bu nedenle erken dönemde gelen tatarck atesi düşündüren hastaldan SFV
Tablo1: Tatarc atesi tanısı konan hastaların demografik özellikleri ve şikayetleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Özellikler</th>
<th>Sonuçlar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Yaş (yıl±SS)</td>
<td>25,8±8,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinsiyet (erkek), n (%)</td>
<td>25 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sinek ısırgı, n (%)</td>
<td>23 (92)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hastalık süresi (gün±SS)</td>
<td>2,4±0,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ateş, n (%)</td>
<td>25 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bağışıklık, n (%)</td>
<td>25 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>Terleme, n (%)</td>
<td>18 (72)</td>
</tr>
<tr>
<td>İştahsizlik, n (%)</td>
<td>22 (88)</td>
</tr>
<tr>
<td>Titreme, n (%)</td>
<td>21 (84)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertigo, n (%)</td>
<td>21 (84)</td>
</tr>
<tr>
<td>Yan ağrısı, n (%)</td>
<td>21 (84)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sirt ağrısı, n (%)</td>
<td>19 (76)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bulantı, n (%)</td>
<td>19 (76)</td>
</tr>
<tr>
<td>Artralji, n (%)</td>
<td>18 (72)</td>
</tr>
<tr>
<td>Harekete artan göz ağrısı, n (%)</td>
<td>17 (68)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gözlerde yanma, n (%)</td>
<td>11 (44)</td>
</tr>
<tr>
<td>Karın ağrısı, n (%)</td>
<td>11 (44)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kusma, n (%)</td>
<td>10 (40)</td>
</tr>
<tr>
<td>Boğaz ağrısı, n (%)</td>
<td>9 (36)</td>
</tr>
<tr>
<td>Burun kanaması, n (%)</td>
<td>8 (32)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gözlerde sularma, n (%)</td>
<td>7 (28)</td>
</tr>
<tr>
<td>Miyalji, n (%)</td>
<td>7 (28)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ishal, n (%)</td>
<td>6 (24)</td>
</tr>
<tr>
<td>Burun tikanıklığı, n (%)</td>
<td>6 (24)</td>
</tr>
<tr>
<td>Oksürük, n (%)</td>
<td>4 (16)</td>
</tr>
<tr>
<td>Göğüs ağrısı, n (%)</td>
<td>4 (16)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gözlerde kaşıntı, n (%)</td>
<td>2 (8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Konuşma bozukluğu, n (%)</td>
<td>1 (4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo2: Tatarc atesi tanıısı konan hastaların fizik muayene ve laboratuvar bulguları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fizik muayene bulguları</th>
<th>n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Göreceli bradikardi</td>
<td>5/6 (83,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Konjunktival hiperemi</td>
<td>15 (60)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hipotansiyon</td>
<td>14 (56)</td>
</tr>
<tr>
<td>Orotarifgeal hiperemi</td>
<td>14 (56)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tonsiller hipertofi</td>
<td>7 (28)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bradikardi</td>
<td>6 (24)</td>
</tr>
<tr>
<td>Fasial hiperemi</td>
<td>2 (8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Göz kapağına ödem</td>
<td>1 (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Laboratuvar bulguları</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SFV PCR pozitifliği</td>
<td>23 (92)</td>
</tr>
<tr>
<td>SFV IgG pozitifliği</td>
<td>4 (16)</td>
</tr>
<tr>
<td>SFV IgM pozitifliği</td>
<td>4 (16)</td>
</tr>
<tr>
<td>Yükselmiş LDH (&gt;243 U/L)</td>
<td>18 (75)</td>
</tr>
<tr>
<td>Yükselmiş AST (&gt;35 IU/L)</td>
<td>17 (68)</td>
</tr>
<tr>
<td>Lökopeni (&lt;4000 hücre/μl)</td>
<td>12 (48)</td>
</tr>
<tr>
<td>Yükselmiş CK (&gt;200 U/L)</td>
<td>11 (45,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anemi (&lt;13,5 mg/dl)</td>
<td>9 (36)</td>
</tr>
<tr>
<td>Artrit ALT (&gt;55 IU/L)</td>
<td>8 (32)</td>
</tr>
<tr>
<td>Trombositopeni (&lt;150000 hücre/μl)</td>
<td>7 (28)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SS-04
Zonguldak ilinde gebelerde toksoplazma, rubella ve sitomegalovirüs seroprevalansı

Aynur Aynoğlu1, Öner Aynoğlu2, Elif Sarg Altunok3

1Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Zonguldak
2Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Zonguldak
3Bitlis Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Bitlis

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada gebe kadınlarda Toxoplazma gondii, rubella ve sitomegalovirus (CMV) seroprevalans oranlarının araştırılması, yaş gruplarına göre dağılımının incelenmesi ve elde edilen verilerin ülkemiz ve dünya literatürlerinde yer alan diğer çalışmalar ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği'nin ocak 2012-ocak 2014 tarihleri arasında başvuran 1800 gebede T. gondii, rubella ve CMV IgM ve IgG seropozitiflik oranları retrosektif olarak incelenmiştir. Verileri yeterli olan 910 gebe çalışma-
ya dahil edilmiştir. Hastaların serumları kemilümenesans immunassay yöntemi ile üretici firmanın (Cobas E411 Analyzer, Roche Diagnostics, Mannheim, Germany) önerilerine göre çalışılmıştır. Edil eden veriler SPSS 18.0 (SPSS Inc.,Chicago IL,USA) paket programı kullanılarak istatistiksel değerlendirme yapılmıştır.

BULGULAR: Toplam 1800 gebe kadının verileri retrospektif olarak tarandı, verileri yeterli olan 910 gebe calmaya dahil edildi. Çalışma alanda gebelerin yaş ortalaması 29.13 ± 5.34 (min:17, max:46), ortalama gebelik haftası 9.37 ± 3.72 idi. T. gondii IgM pozitifiği %2.5, IgG %43.9, rubella IgM pozitifiği %1.5, IgG %93.8, CMV IgM pozitifiği %2, IgG %91.5 olarak saptanmıştır.


SS-05 Gebelerin tetanoz aşısı yapıtırma oranlarının değerlendirilmesi

Güle Aydın1, Zerrin Aşçi1, Elçım Bayrak2, Ufuk Yeşildaşer2, Murat Bükêr3

1Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları
2Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Kadin Hastalıkları ve Doğum
3Ege Üniversitesi, İstatistik Ana Bilim Dalı


YÖNTEM: Hastanemiz kadın ve çocuk hastalıkları polikliniklerine başvuran toplam 80 gebe bugün düz gürüş ve yöntem ile gönüllülük esasına dayananar yaş, eğitim düzeyi, kaçacını gebelik olduğu, gebelik haftası, daha önceki gebeliklerinde ve şu anki gebeliklendiğinde tetanoz aşısı yapıtırıp yapıtmadığı ya da yapıp yapımamayacağını, eğer yapıtmadıysa nedeni sorulmuştur.


SS-06 Genişlemiş spektrumu beta-laktamaz üreten Escherichia coli veya Klebsiella pneumoniae’ya bağlı gelişen alt üriner sistem infeksiyonlarının tedavisinde amikasin tedavisinin klinik ve bakteriyolojik etkinliği

Derya Seyman1, Hande Berkt2, Tümey İpekç2, Orçun Çelik3

1Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya
2Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uroloji Kliniği, Antalya
3İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uroloji Kliniği, İzmir

GİRİŞ-AMAC: Polikliniğe başvuran hastalarda toplum kökenli veya saçlı hizmetleri ile ilgili genişlemiş spektrumu beta laktamaz(GSBB)üreten bakterilere bağlı gelişen üriner sistem infeksiyonlarının(UŚI)siyliği artmaktadır.Bu bakterilerle gelişen alt UŚ’ nin tedavisinde nitrofurantoin ve fosfomisine karışı direnç gelişiminde artış olması ve karbapenem tedavisinin hastane ve yaşıtgerektirmesi,pahali olus ve komplike infeksiyonlar için sıknaması, alternatif tedavi ihtiyaçını doçuruyordur. Çalışmamızda, GSBB üreten Escherichia coli (Ec) veya Klebsiella pneumoniae (Kp)’ye bağlı gelişen toplum kökenli alt UŚ’nin tedavisinde amikasin tedavisinin klinik ve bakteriyolojik etkinliği araştırıldı.

YÖNTEM: Ocak 2013-Şubat 2014 döneminde Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesine alyanak başvuran,alt UŚ’ tanış almış hastalar retrospektif incelendi. 18 yaş ve
Üzü, dizi veya sıvı idrar gitme veya idrar yaparken zorlanma şikayetleri; piyüri ile beraber idrar kültüründe 10⁶ cfu/ml GSBL pozitif ve nitrofurantoin, fosfomisin, kinolonlar ile trimetoprim/sulfametoksazol dirençli Ec veya Kp üriner sistem infeksiyonu olarak değerlendirilmiştir. Hastaların %22.2'sinde Kp etkendi. Hastaların %77.8'inde tekrarlayan ÜS öyküsü, %92.9'da anasını klinik özelliklendiren, %11.1'den bir komplike edici risk faktörü olduğu 10-15 gün süreyle amikasin tedavisi alan hastalar çalıtılmıştır. 

**SONUC:** GSBL üreten Ec veya Kp'ye bağlı alt ÜS'lerde tüm oral antibiyotiklere karşı direnç varsa karabempe tedavisinde amikasin tedavisinin etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğu klinisyenler tarafından akılda tutulmalıdır.

**Tablo:** Amikasin Tedavisi Alan Hastaların Klinik Özellikleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kadın</th>
<th>Erkek</th>
<th>Toplam</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hasta Sayısı</td>
<td>21 (58.3)</td>
<td>15 (41.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Diyabetis mellitus</td>
<td>2 (9.5)</td>
<td>1 (6.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ürolojik Malignite</td>
<td>0 (0)</td>
<td>2 (13.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Jinekolojik Patoji (myoma uteri, vajinal hipoaplazi)</td>
<td>4 (19)</td>
<td>0 (0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Benign Prostat Hipertrofisi</td>
<td>0 (0)</td>
<td>7 (46.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nefrolitiazis</td>
<td>7 (33.3)</td>
<td>4 (26.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Üriner Katarer Varlığı</td>
<td>0 (0)</td>
<td>3 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>Malignite (ürolojik malignite hariç)</td>
<td>2 (9.5)</td>
<td>2 (13.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>İmünsupresif Tedavi</td>
<td>4 (19)</td>
<td>2 (13.3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tezkirlayan Üriner Sistem Infeksiyon Öyküsü (±3/yl)***

| Sistemin Kliniketi | 17 (80.1) | 10 (66.7) | 27 (75) |
| Escherichia coli | 15 (71.4) | 13 (86.7) | 28 (77.8) |
| Klebsiella pneumoniae | 6 (28.6) | 2 (13.3) | 8 (22.2) |

**SS-07 Toplum başlangıçlı E. coli'nin neden olduğu üriner sistem infeksiyonlarında siprofloksasin direnci ve risk faktörleri: Prospektif kohort Çalışma**

**Türkkan Tüzün**, Selda Sayın Kutlu, Murat Kutlu, İlknur Kaledi

1'Dumlupınar Üniversitesi, İnfenksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Kütahya
2'Pamukkale Üniversitesi, İnfenksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli
3'Pamukkale Üniversitesi, Tibbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

**GİRİŞ-AMAÇ:** Üriner sistem infeksiyonları (ÜSL), tüm dünyada her yıl 150 milyondan fazla atak sayıısı ile en sık rastlanlan bakteriyeことができan hastalıklarındadır. Antibiyotiklerin yoğun kullanımı, çoklu dirençli öpatrojenlerin şekilde artmasına neden olmuştur. Bu çalışmada ÜSL' nin en sık etkeni olan *Escherichia coli'*in neden olduğu toplum başlangıçlı ÜSL'de siprofloksasin direncinin prevalansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEMET:** Bu prospektif kohort çalışma, Ocak 2012-Mart 2014 tarihleri arasında yürütüldü. Risk faktörlerini belirlemek için, idrar kültüründe siprofloksasin dirençli *E. coli* ürengi vaka grubu, idrar kültüründe siprofloksasin duyarsız *E. coli* ürengi kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 305 hasta (189'u kadın, 116'sı erkek; yaş aralığı: 16-87 yıl, yaş ortalaması: 57.76±18.06) dahil edildi. Siprofloksasin direnci, 187 hastada (% 61.3) saptandı. Tek değişkenli analizde; erkek cinsiyeti, kronik böbrek yetmezliği, kanser, üriner kateter varlığı, son alt ayda antibiyotik kullanımı, son alt ayda hastane batışı öyküsü, son alt ayda ürolojik girişim yapılması, üst üriner sistem infeksiyon varlığı, birçok alt üriner sistem infeksiyon geçirilmesi ve sağlık bakım iliskili infeksiyon saptanması, risk faktörleri olarak bulundu. Çok değişkenli analizde ise; erkek cinsiyeti [odds ratio (OR): 2.358, %95 güven aralığı (GA): 1.341-4.233, p= 0.004], üst üriner sistem infeksiyon varlığı (OR: 2.415, %95 GA:1.346-4.332, p= 0.003), son alt ayda antibiyotik kullanımı (OR: 5.718, %95 GA:2.104-15.541, p= 0.001) ve son alt ayda antibiyotik kullanımını (OR: 4.306, %95 GA:1.929-9.614, p< 0.0001) siprofloksasin direnci için bagimsiz risk faktörleri olarak bulundu. Siprofloksasin direnci grupta, son alt ay içinde siprofloksasin kullanımı 33 (%18), sefalosporin kullanımı 28 (%15.1) ve betalaktam-betalaktamaz inhibitörü kullanımı 8 (%4.3) hasta saptanmıştır (sirasıyla p değerleri <0.0001, 0.008, 0.025).
Geniş spektrumlu betalaktamaz pozitifliği, siprofloksasin direnci grupta 141 hastada (75.4%) iken, siprofloksasin duyarlı grupta 13 hastada (11%) bulundu (p<0.0001).

SONUÇ: E. coli'nin etken olduğu toplum başlangıç ÜS'te, siprofloksasin direncinin çok yüksek olması, bu antibiyotikin ampirik tedavide kullanımını zorlaştırmaktadır. Toplum başlangıç ÜS'te ampirik tedavisinde, siprofloksasin direnç oranı ve risk faktörlerinin bilinmesi önemlidir.

BULGULAR: Bu çalışma, bölgemizdeki HCV genotip dağılımını yansıtan ilk geniş kapsamlı araştırımdır. Kötu prognozlu ilkişili durumlu ve Türkiye'de en yüksek prevalansa sahip olan genotip 1, %78.6 oranında bolümden de en yaygın genotip olarak belirlenmiştir. Genotip 4 oranı ikiçini siklikta saptanmış olup, Türkiye ortalamasına göre yüksek oranlarda tespit edilmiştir. Çalışmamızda kullanılan ticari yöntemin özelliği nedeniyle alt tipler çalısla-mamıştır.

SS-09 Kronik hepatit B’li hastalarda oral antiviral tedavilerin değerlendirme

Dişgöm Özer Yıldırım1, Reşit Mıstık2, Esra Kazak2, Harun Ağca3, Yasemin Heper2, Emel Yılmaz2, Halis Akalın2

1Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi
2Üludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D
3Üludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji A.D.

GİRİŞ-AMAÇ: Nükleotid(iz) analogları HBV'nin replikasyonu durdurarak etkilerini gösteren, özellikle dekompanse sırozlu hastalarda alternatif olmayan ilaçlardır. Bu çalışmada kronik hepatit B nedeniyle oral antiviral tedavi alan hastaların 8 yıllık sûrede tedavide yanıt, direnç gelişimi, yan etki profili değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniği’ne başvuran kronik viral hepatit B nedeniyle oral antiviral tedavi alan hastalar dahil edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya 112 hasta dahil edildi. 48 hastanın lamivudin (%42.8), 45 hastanın entekavir (%40.1), 10 hastanın tenofovir (%8.9), 5 hastanın telbivudin (%4.4), 1’er hastanın sirayla zidovudin, lamivudin+adefovir, interferon+entekavir ve tenofovir+entekavir tedavi-si aldıkları saptandı. Ortalama tedavi süreleri: lamivudin: 34,6; entekavir: 36,5; tenofovir: 37,8; telbivudinin ise 13 ay bulundu. Lamivudin alının 48 hastanın 15’inde (%31,2), entekavir alının 45 hastanın 6’sında (%13), telbivudin alının 5 hastanın 1’inde (%20) tedavi değişikliği yapıldığı gözlendi. Tenofovir alının hastaların hiçbirinde tedavi değişikliği yapılmadığı saptandı. Lamivudin tedavisini kesilerek farklı tedavide geçen 15 hastadan 3’ünde (%20) genotip direnç saptandığı, 12’inde (%80) entekavir tedavisi 1. yıldan itibaren, 8 hastadan 1’inde (%20) tenofovir tedavisi 1. yıldan itibaren direnç saptandığı, 1’inde (%16,6) genotip direnç saptandığı, 4’ünde (%66,6) tenofovir tedavisi 1. yıldan itibaren direnç saptandığı saptandı. Tedavinin 1. yılında HBV DNA negatifliğini açısından lamivudin ile entekavir arasında istatistiksel fark saptanmamış (p=0,05); lamivudin ile tenofovir tedavisi arasında istatistiksel fark gözlenmemiştir (p=0,356). Tedavinin 24. yılında lamivudin ve tenofovir tedavisi arasında hastaların %100’inin HBV DNA’sının negatif olduğunu görüldü; lamivudin ile entekavir arasında 24 ay HBV DNA negatifliği açısından istatistiksel farklı gözlemdi.
(p=0.517). İlaç yan etkileri açısından değerlendirildiğinde tenofovir grubunda 2 osteopeni, 1 fosfor düştüğü ve kreatinin yüksekliği; entekavir grubunda 1 kreatinin yüksekliği, telbivudin grubunda 1 kreatinin fosfokinaz yüksekliği gözlandı.

**SONUC:** Çalışmamızda 1 yıllık izlemde HBV DNA kabı açısından en etkili tedaviler lamivudin ve tenofovir olarak bulundu. Lamivudin en direnç oranlarımızın ortalaması 3 yıllık tedavi süresince %50’i altında olması hasta popülasyonumuz için lamivudinin halen iyi bir tedavi seçeneği olduğunu düşündürüldü.

**SS-10 Kronik hepatit C hastalarında değişen genotip dağılımları**

Derya Kelen1, Evrim Gülderen1, Süleyman Kuloto1, Ahmet Çalışkan2, Ali Gürün1

1’Necip Fazıl Şehir Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve IMM Kliniği, Kahramanmaraş
2’Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Tibbi Mikrobiyoloji, Kahramanmaraş

**GİRİŞ-AMAÇ:** Hepatit C virus (HCV)’u hızlı replikasyona uğrasması ve replikasyon sırasında RNA’da oluşan mutasyonlar sonucu kronikleşme oranı yüksek olan mikroorganizmadır. HCV’nin yayılması infekte kan ve kan ürünleri aracılığıyla olmaktadır. Diğer vücut sıvıları ile bulaş riski düşüktür. Çalışmamızın amacı 4 yıl içinde hastanemize başvuran, kronik hepatit C tanısı alan hastaların incelenmesidir.

**YÖNTEM:** Mart 2000- Nisan 2014 tarihleri arasında İnfeksiyon Hastalıkları polikliniklerine başvuran kronik hepatit C hastalarının sosyodemografik verileri, risk faktörleri, laboratuvar verileri ve HCV genotip özellikleri incelenmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya kronik hepatit C tanıısı konulan 289 hasta dahil edildi. Kadınlara yaş ortalaması, erkeklerde göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur (p=0.000). Hastaların risk faktörleri incelendiğinde %53.3 (n:154)’unde risk saptanmamışken, %46.7 (n:145)’inde risk faktörleri saptanmıştır. Risk faktörü belirlenen 145 olgunun %75.6’sında intrenöz ilac kullanımı, %17.8’inde diş yapımı, %5.2’sinde kan transfüzyon ve %1.5’inde operasyon öyküsü belirlemiştir. AST değerlerinde cisimler arasında farklılık saptanamamış, erkeklerin ALT ortalaması kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.001). ALT değerleri, genotip 3 saptan hastalarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.000). HCV genotip dağılımı incelendiğinde %54’ü genotip 1, %44.6’sı genotip 3, genotip 2 ve genotip 4 %0.7 olarak bulunmuştur.

**SONUÇ:** Dünyanın genelinde HCV genotip 1 oranı en sık görülen alt tip (%46.2) olmasına karşın Doğru Asya’daki kümelemehurstektir. İkinci sıktıkla HCV genotip 3 (%30.1) Güney Asya’da yoğun görülmektedir. Diğer genotipler nadir görülmektedir. Dünyada ve ülkemizde (%61-94) yapılan çalışmalar incelendiğinde en sık görülen alt tip genotip 1 olması çalışmalarımız ile uyuşmu bulunmuştur. Ancak, genotip 3 olguları ülkeye genelinde nadir görülmese rağmen çalışmalarımızda genotip 3 (%44.6) oranları ülkeye verilerin üzerinde bulunmuştur. Bu yüksekliğin damar içi madde kullanımı ve genotip 3 olanlarda %97.1’inde damar içi madde kullanımı belirlenmiştir. Verilerimizle literatür verileri karşılaştırıldığında damar içi madde kullanımında genotip 3 bulaşının önemli olduğu saptanmıştır.

**SS-11 Anti-HCV pozitif, HCV-RNA negatif olgulara HCV spesifik T lenfosit yanıtının saptanması**

Uluhan Sili1, Abdurrahman Kayar2, Selda Aydin3, Nur Hondur4, Ali Mert5, Ferhat Tabak6, Reşat Özasra7, Recep Öztürk8

1’Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve IMM Kliniği, İstanbul
2’Süleymaniya Kadin Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH, İnfeksiyon Hastalıkları Bölümü, İstanbul
3’İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve IMM Kliniği, İstanbul
4’İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve IMM Kliniği, İstanbul
5’İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İc hastalıkları AD, İstanbul


**YÖNTEM:** Çalışmaya 8 anti-HCV (+)/HCV-RNA (-) olgu, 7 interferon-γ/ ribavarin tedavisine kalıcı virolojik yanıt vermiş hasta ve 5 HCV-RNA (+) kronik HCV infeksiyonlu hasta dahil edildi. ELISPOT (İng. enzyme-linked immunosorbent spot-forming cell) metodu kullanarak T lenfosit yanıtına bakıldı. Antijen olarak HCV-proteinerlerı NS2, core ve NS3’ten türetilmiş 15-mer uzunluğunda, 11-mer.Driver peptit dizinlerini kullanıldı. Pozitif kontrol olarak influenza antijeni NP1’den türetilmiş peptit dizinleri kullanıldı. Hasta ayarıntımı onamaları alındıktan sonra kanları alınarak periferik kan mononükleer hücreleri saflaştırıldı. Bu hücreler 0.5 μg/mL HCV ve influenza peptitleri ile uyuşarak 10–13 gün kültür edildi. Bu kültür sonucunda elde edilen lenfositler ELISPOT testine tabi tutularak 100,000 hücre başına düşün SFU (İng. spot
forming unit) sayısı belirlendi.

BULGULAR: Tibbi geçimde akut ikterik hepatit öyküsü olmayan anti-HCV (+)/ HCV-RNA (-) hastaların %83’sinin periferik kanında HCV’ye spesifik T lenfosit yantısı (ortanca 22.9 SFU; aralık 0–124.2 SFU) saptanmıştı. Bu lenfosit yantısı kalici virolojik yantı olanlara benzer (ortanca 39.6 SFU; aralık 11.2–114.5 SFU; p=0.654), ancak kronik HCV’li herden çok daha yüksek düzeydeydi (ortanca 4 SFU; aralık 0–18 SFU; p=0.024). Influenza spesifik T lenfosit yantısı tüm gruplarda HCV’ye oranla daha yüksek bulundu.


SS-12
Kırım-Kongo kanamalı ateş hastalarında ağırlık ve ölüm riskinin tahmin edilmesinde plazma cell-free DNA düzeyinin önemi

Mehmet Bakır1, Ayşur Engin1, Mert Ahmet Kuşçu2, Sevtap Bakır3, Ömür Gündoğ1, Kenan Midilli2

1Cumhuriyet Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
2İstanbul Üniversitesi, Çerrahpaşa Tip Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
3Cumhuriyet Üniversitesi Tip Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı


SS-13
Kan kültürlerinde üreyyen koagülaz-negatif stafilokoklarda kontaminasyonun değerlendirmesi

Gülden Kocasakal, Elvin Dinç, Mustafa Taner Yıldırım, Çiğdem Arabacı, Kenan Ak

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada kontaminasyon oranlarını saptamak için kan kültürlerinde Koagülaz negatif Stafilocok (KNS) üremesini olan hastaların analiz edilmesi amaçlandı.

bilgilerine ulaşılamanızı hatalar çalışma dışı bırakıldı.

**BULGULAR:** Bir yıllık süre içerisinde değerlendirilen kan kültürlerinin; üreme sahaptan toplam 996 kan kültüründen 566’şı (%56) stafylokok olarak identifiye edildi. Bunlardan 475’si (%47) KNS, 91’inin (%9) *Staphylococcus aureus* olduğu görüldü. KNS üremesi olan 100 hasta seçeneklerindeki 93’ü kontaminasyon, 7’si etken kabul edildi. İki grup arasında karşılaştırılan parametrelerden; santral venöz kateder mevcudiyeti, üreken KNS’lerin antibiyotik duyarlılıklarının aynı olması, KNS üremesi olan kan kültür sayısının 2 veya daha fazla olması, eş zamanlı anılan kan kültürlerinden 2 veya daha fazlasında KNS üremesi olması etken grubunda kontaminasyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamli olduğu saptandı.

**SONUÇ:** Günümüzde, KNS’lerin gittikçe artan sayıda kan kaynaklı infeksiyona neden olduğu anlaşılmatmaktadır. Bu çalışmada; kontaminasyon/etken ayrımının iyi yapılması, eş zamanlı ve birden fazla kan kültürünün alınmasını önemli vurgulanmıştır.

**SS-14**

**Diyabetik ayak infeksiyonlarında *Pseudomonas aeruginosa*’ın etken olmasına yol açan risk faktörleri**

- **Bülent Ertugrul**, Benjamin A Lipsky, **Mevlut Türe**, Serhan Sakarya, Türkiye İntraelezyonel E.g.f. Çalışma Grubu

- **Adnan Menderes Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfection Hastaletleri ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Aydın**

- **University of Washington (Emeritus), Visiting Professor of Medicine University of Geneva, University of Oxford, Oxford**

- **Adnan Menderes Üniversitesi Tip Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Aydın**

- **Türkiye İntraelezyonel EGF Çalışma Grubu**

**GİRİŞ-AMAC:**Diyabetik ayak infeksiyonları (DAİ) etken dağılımları açısından ülkemizde göre değişiklik gösterse de yapılan çalışmalarda *Pseudomonas aeruginosa* etkenler içinde önemli bir oranda bulunmaktadır. Öne mi direnç mekanizmalarını ortaya çıkaranılabilecek ve bu bakteriye bağlı ayak infeksiyonları çoğunun bu ayak bıyıla sonlanabilmektedir. Bu çalışmadan, DAI etkenlerinde *P.aeruginosa*’ın rol almasında neden olan faktörleri ortaya çıkarmayı amaçladık.

**YÖNTEM:**Bu çalışma “Diyabetik Ayak Ulserinde İntraelezyonel Epidemiyal Bülüm Faktörü Tedavisi; Türkiye Deneysim” başlıklı ana çalışmada kullanılmayan, başka bir bilimsel ortamda sunulmayan/yayılmamayan mikrobiyolojik verilerini kapsamaktadır. Çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tip Fakültesi Etik Kurulunun 27.03.2014 tarih, 11 nolu kararı ile etik onayı almıştır. Çalışma retrospektif olarak planlanmış ve Ocak 2012 – Aralık 2013 tarihleri arasında 25 merkez DAİ nedeniyle başvuran hastaları kapsamaktadır. Tüm hastaların bilgileri diyabetik ayak için risk faktörleri (yaş, cinsiyet, diyet setüresi, diyet ayak yarası setüresi, önceden hastaneye yatış öyküsü, amputasyon öyküsü vb.) içinforma kaydedilmiştir. Hastaların ayak lezyonları PEDIS siniflamasına göre değerlendirilmiştir. *P.aeruginosa*’nun etken olmasına yol açan faktörlerin tek ve çok değişikli istatistiksel analizi yapılmış ve p≤0,05 değerleri analiz kabul edilmiştir. Sonuçlar: Toplam 174 hasta çalıştayla alınmış ancak infeksiyon etkenini saptamak amaçı mikrobiyolojik inceleme yapılan 90 hastanın verileri analiz edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo 1’de gösterilmiştir. Mikrobiyolojik incelemede 20 hastanın sonucu steril çıkmış, geriye kalan 70 hasta 89 etken saptanmıştır (Tablo 2). En sık saptanan etkenler sırası ile *P.aeruginosa* (n=23), %25,8’dir. Staphylococcus aureus (n=12), %13,5’dir. Tek değişikliği analize *P.aeruginosa* üremesi etkenin etkilediği faktörler tablo 3’de gösterilmiştir. Çok değişikliği analize hastanın önceden minör amputasyon ve özel yara örtüsü kullanımı öyküsünün bulunması *P.aeruginosa* üremesi açısından anlamli olarak saptanmıştır (Tablo 4). Tartışma: Çalışmamızın sonuçlarının tek ve çok değişikliği analizi birlikte değerlendirildiği ve bu nedenle de etken grubunun birlikte değerlendirildiği ve bu nedenle de etken grubunun önemini bir素食 etmetmektedir.

**Tablo 1:** Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Özellik</th>
<th>N (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Yaş (ortalama ±SD, yıl)</td>
<td>61,11 ±11,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkek</td>
<td>64 (71,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Diyet setüresi (median [25% - 75%], yıl)</td>
<td>9 (5 - 19)</td>
</tr>
<tr>
<td>Diyet setüresi Tip 1</td>
<td>6 (6,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Diyet setüresi Tip 2</td>
<td>84 (93,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bogrek yetmezliği</td>
<td>25 (27,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Diyayiz tedavisi</td>
<td>19 (21,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sigara kullanımı (aktif veya geçmişte) (n=81)</td>
<td>37 (45,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>HbA1c median (25% - 75%)</td>
<td>8 (6 - 9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hastaneden yatış öyküsü</td>
<td>66 (74,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>(n=89)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diyet ayak yarası setüresi (median [25% - 75%], gün)</td>
<td>74 (42 - 180)</td>
</tr>
<tr>
<td>(n=89)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ayakta osteomiyelit öyküsü</td>
<td>25 (27,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>(n=89)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Minör amputasyon öyküsü</td>
<td>41 (45,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>(n=89)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vasküler cerrahi öyküsü</td>
<td>22 (25,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>(n=89)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hipperbarik oksijen tedavisi öyküsü (n=86)</td>
<td>17 (18,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Negatif basınçlı yara kapama tedavisi öyküsü (n=87)</td>
<td>13 (14,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Özel Yara Örtüsü Kullanımı öyküsü (n=88)</td>
<td>56 (62,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Etken mikroorganizma</td>
<td>N (%)</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>Gram pozitif aerobik kok</td>
<td>36 (40,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Staphylococcus aureus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Metisiline dirençli</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Metisiline duyarlı</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Koagülaz negatif stafilocok</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Metisiline dirençli</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Metisiline duyarlı</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Streptococcus spp.</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterococcus spp.</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Gram negatif aerobik basil</td>
<td>49 (55,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomonas aeruginosa</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Escherichia coli</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Klebsiella pneumoniae</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Proteus spp.</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Morganella morgagni</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter spp.</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Serratia marcescens</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Stenotrophomonas maltophilia</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Anaeroblar</td>
<td>3 (3,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Candida parapsilosis</td>
<td>1 (1,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>89 (100)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo2: Kültür sonucu etken mikroorganizmalar

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Pseudomonas aeruginosa</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Negatif</td>
</tr>
<tr>
<td>Son bir ayda antibiyotik kullanımı</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Var</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Tekrarlayan ayak yarası öyküsü</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Var</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>Osteomiyelit öyküsü</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>Var</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Debridman öyküsü</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Var</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Ampütasyon öyküsü</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>Var</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Özel yara örtüsü kullanımları süresi</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Var</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Yara Derinliği</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evre 1=20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evre 2=35</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evre 3=35</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nöropati</td>
<td>Yok=22</td>
</tr>
<tr>
<td>Var=68</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Infeksiyon</td>
<td>Evre 1=14</td>
</tr>
<tr>
<td>Evre 2=19</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evre 3=49</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evre 4=8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo3: Tek değişkenli analizde Pseudomonas aeruginosa üremesini etkileyen faktörler
Tablo4:Çok değişkenli analizde Pseudomonas aeruginosa üremesini etkileyen faktörler

<table>
<thead>
<tr>
<th>Değişken</th>
<th>P</th>
<th>Odds Ratio</th>
<th>95% Confidence Intervals</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ampütyasyon öyküsü</td>
<td>&lt;0,001</td>
<td>12,865</td>
<td>3,865 – 42,439</td>
</tr>
<tr>
<td>Özel yara örtüsü kullanılmış öyküsü</td>
<td>0,018</td>
<td>5,993</td>
<td>1,364 – 26,328</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SS-15
HIV/AIDS olgularında kizamık, kizamıkçık, kabakulak ve şuçeği seroprevalansının değerlendirilmesi

Aysel Kocagül Çelikbaş1, Ezgi Gülten1, Gül Arslan1, Şebnem Eren Gök1, Adalet Aypak1, Nurcan Baykam2, Mustafa Necati Erdoğan1, Başak Dokuzoğuz1

1Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
2Hittit Üniversitesi, İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çorum

GİRİŞ-AMAÇ: Kizamık, kizamıkçık, kabakulak ve şuçeği, DSO’nün yakın gecektede dünyadaki erişilebilir mesini planladığı aşı ile önlenebilen infeksiyonlardır. Uzak hava koşulları, yolların).* Kabakulak ve şuçeği olguların kabakulak ve şuçeği seroprevalansının beş ilini ve şa gereksinimini ortaya konması amaçlanmıştır.


BULGULAR: Toplam 216 HIV/AIDS olgusunun %75’i erkek ve yaş ortalamaları 40 olarak belirlendi. Bu olgulardan 87’sinin kizamık, 110’unun kizamıkçık, 87’sinin kabakulak, 88’inin VZV’e ait serolodik test sonuclarına göre seropozitifiyir olguları sırasıyla %87, %95, %94 ve %92 olarak belirlendi. 11 olgunun kizamık, 6 olgunun kizamıkçık, 5 olgunun kabakulak, 7 olgunun VZV’e karşı duyarlılığı ve bağımsızlamanın aday olduğu saptandı. Kizamık, kizamıkçık, kabakulak ve şuçeği grubunda seronegatif olguların sırasıyla 9/11, 5/6, 3/5 ve 5/7’sinin CD4 T hücre düzeyleri aşı uygulamasına uygun düzeyde olduğu saptanmıştır.


Tablo . Olguların kizamık, kizamıkçık kabakulak ve şuçeğine karşı serolodik değerlendirme ve CD4 sonuçları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kizamık</th>
<th>Kizamıkçık</th>
<th>Kabakulak</th>
<th>Şuçeği</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(-)</td>
</tr>
<tr>
<td>78 (%)</td>
<td>11 (%)</td>
<td>104 (%)</td>
<td>6 (%)</td>
</tr>
<tr>
<td>351.4</td>
<td>303.21</td>
<td>511.6</td>
<td>319.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Min:7</td>
<td>Min:5</td>
<td>Min:186</td>
<td>Min:103</td>
</tr>
<tr>
<td>Mak:594</td>
<td>Mak:975</td>
<td>Mak:975</td>
<td>Mak:406</td>
</tr>
<tr>
<td>309.82</td>
<td>279.6</td>
<td>310.82</td>
<td>412.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Min:150</td>
<td>Mak:644</td>
<td>Mak:644</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

SS-16
Bruseloz’da TNF-A ve IL-10 gen polimorfizmi

Özgür Günlal1, Ömer Atıcı2, Şener Barut3, Fazilet Duygu4, Şafak Kaya5

1Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun
2Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji AD, Tokat.
3Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Tokat.
4Dr.Apdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
5Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi. Diyarbakır

GİRİŞ-AMAÇ: Bruseloz tüm dünyada yaygın olarak görülüyor ve ciddi halk sağlığı sorunlarına yol açabilen zoonotik bir infeksiyon hastalığıdır. Интернетe de bruselozis ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Sito-
kinler immün ve inflammatur yanantın pek çok aşamasında görev alırlar. Bu çalışmaların amacı TNF-α and IL-10 gene polimorfizm ile bruselloz arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Çok merkezli olarak planlanan bu çalışmaya 121 bruselloz hastası ve 140 sağlıklı görülen dahil edildi. Brusella tanısını klinik bulguları ve fiziki (aşes, artralji, halsizlik, splenomegalı vb.) ve spesifik antikor titresinin yüksekliğine bakılacak konuldu. Spesifik antikorlar Standartıp agarlütinasyon testi (≥1/160) veya Coombs’s testi (≥1/320) pozitifliği ile belirlendi. Hasta ve kontrol grubu aynı coğrafı bölgede yaşayanlardan oluşturuldu. DNA genomu kan örneklerinden Invitrogen DNA izolasyon kiti (Invitrogen Life technologies, Carsbad, CA, USA) kullanarak elde edildi.

**BULGULAR:** Hasta grubunda yaş ortalaması 38.18±15.34 (72 erkek, 48 kadın) iken kontrol grubunun 56.14±7.2 (84 erkek, 56 kadın) idi. Hasta grubunda TNF-308G/A polimorfizmi açısından değerlendirildiğinde A allele daha az görülünen, G allele daha fazla görülmekteydi (p:0.002). Bu durum bize G allele için yatkın bulun olmadığını gösterdi. IL10-819C/T polimorfizmde Invitrogen DNA izolasyon kiti (Invitrogen Life technologias, Carsbad, CA, USA) kullanılarak elde edildi.

**SS-17**

Hastanedeki yatan hastaların el hijyeninin genelliklerini 

Çağrı Bükę1, Güül Kitapçığlu2, Günel Güleveya3, Uğur Önal1, Hasan Sabri Akdeniz1, Ezgi Aydııın2, İsa Karaca3, Bedirhan Kılıçaslan3, Ekin Koç3

1Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bornova, İzmir
2Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tibbi Bilşim Anabilim Dalı, Bornova, İzmir
3Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bornova, İzmir

**GİRİŞ-AMAÇ:** Bu çalışma ile hastanedeki yatan hastaların el hijyeninin konusundaki bilgilerinin ve el hijyeninin beklentilerinin saptağanı amaçlanmıştır.


**BULGULAR:** Çalışmaya 347 kliniklerde yatan hasta katılmıştır. Bunların 186 (%53.9) u kadınıdır. Üniversite mezunu olanların sayısı 178 (%55.8) saptağanmıştır. El hijyeninin ne anlama geldiği bildiğini belirtenlerin oranı %79 (n:267) dur. Pozitif yanıt skoru el hijyenı kavramını bilenlerde daha yüksek bulunmuştur. (10.43’e karşın 9.7; t=2.409 p:0.018). Yatan hastaların çoğu (%97.4) sağlık şanslarını hastaların hasta ile temas etmeden önce el hijyenı uygulamasını gerektğini bildirmişlerdir. Ancak bunlardan yalnızca 240 (%69.4)’ü sağlık şanslarını kendi ile temas etmeden önce el hijyenı uygulamalarını görmez istemislerdir. Temastan öncekinin aksine hastalar ile temas etmeden sonra sağlık şanslarının el hijyenı uygulaması gerektiğini belirtenlerin oranı daha düşük bulunmuştur (%93.4). El hijyen için hem sabun ve su ile yıkamayı hem de el antiseptiklerini ele uyuşturarak uygulaymayı belirtenlerin sayısı 188 (%54.8) bulunmuştur. El hijyen için el antiseptiklerini ele uyuşturarak uygulamasını tanımlayanların oranı yalnızca %9.15 (n:67) saptağanmıştır. Hasta ile temas öncesi sağlık şanslarını belirtenlerden el hijyenı uygulamalarını isteyeceklereki belirtenlerin oranı kadın hastalarda daha yüksek bulunmuştur (%97.6’ya karşın %87.0; ki kare: 9.8869 p:0.043). Yine el hijyenı kavramını bilenler arasında da oran yüksek saptağanmıştır (%72.7’ye karşın %56.3) Fischer Exact p=0.009.

**SONUÇ:** El hijyenin kavramının ne anlama geldiği ve han-gi durumlarda uygulamasını gerektiği konulardan hasta-nede yatan hastaların bilgilendirilmesi sağlık şansları-nın el hijyenine uyunum biraz daha artırılmasında bir rol oynayabilir.

**SS-18**

Solunum yolu infeksiyonlarında viral etkenlerin rolü

Önder Ergönül, Pelin Ispıır, Elif Nurtop, Füsun Can

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü

**GİRİŞ-AMAÇ:** Solunum yolu infeksiyonları arasında viral etkenlerin rolünü bağlı olarak bilinmektedir. Solunum yolu infeksiyonu olan hastalar arasında viral etkenlerin belirlenmesi

**YÖNTEM:** Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi’nde 2013 ve 2014 yılları solunum yolları virus infeksiyo-nun düşüşünen hastalardan polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile solunum virüsleri araştırılan hastalar çalışma-ya dahil edildi. Hastalara ait klinik veriler ve diğer labora-tuvar bulguları retrospektif olarak kaydedildi.

**BULGULAR:** Toplam 179 hasta çalışmaya dahil edildi,
yaş ortalaması 38 (ss 27, 0-100), hastaların %51'i kadın, %57'isi yatan hastalardı. Hastaların %20'sinde alt solunum yolu enfeksiyonu saptandı. Nazofarenks sürün-" üstü örneği ile PCR yapılan 179 hastanın 62'sinde (%35) solunum virüsü saptandı. Sıklık sırasına göre rinovirüs, adenovirüs, humanmetapneumovirus (hmpv), coronavi-" rus, influenza B, RSV, influenza A ve parainfluenza virüs-" ler saptanmıştı (Şekil 1). Tüm hastalara fatalite oranı %5'dir, virüs saptanmış hastalarda fatalite oranı %5'dir, oysa bu oran hmpv saptanmış hastalarda % 20 (p:0.088) olarak bulunmuştur. Yaşı 70'ın üzerinde olan hastalarda ölüm oranı %13 olarak saptanmıştır (p:0.015).


YÖNTEM: Laboratuvar çalışmalarında 2010- 2013 Mayıs ara-" sında IGRA test istemleri için Quantiferon (Cellestis, Avustralya) kullanılmıştır. İndetermine (belirlenenmemeyen) sonuç oranının yüksekliği nedeniyle, 2013 Haziran ayın-" daki bir elispot yöntemi olan T-SPOT.TB Test (Oxford Immunotec, UK) kullanılmaya başlanmıştır.

BULGULAR: Çalışılan Quantiferon sayısını 231’ dir. 47 ( % 20.35) hastada pozitif, 162 ( % 70.13) hastada negatif ve 22 ( %9.52) hastada indetermine (belirlenenmemeyen) sonuç alınmıştır. 1319 hastanın T-SPOT.TB test çelişmiş, 298 ( %22.5) hastada pozitif, 1021 ( % 77.5 ) hastada negatif sonuç alınmıştır.

SONUÇ: Toplamda 1550 gibi yüksek bir sayı değerlendirilmştir.

T-SPOT.TB Test ile 1319 hastadan % 22.5’ u pozitif bulunmuştur. Bu durumda, kaba bir ortala ile Türkiye’de tüberkülozu bas" erreur! Tuteur non défini.

SS-19
IGRA (interferon gamma releasing assay) testler tüberkülozu kanıtlanma için mi yoksa dışlamak için mi kullanılmalıdır?

Şafak Göktatış, Zehra Çağla Karakoç, Demet Yalçın, Burçak Yöntem Varol, Funda Yüksel Koçdoğan, Paşa Göktatış

1Gelişim Tip Laboratuvarları, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
2Liv Hospital, Bahçeşehir Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
3Göztepe Medical Park Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
4Bahçelievler Medical Park Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: IGRA testler, kanda salgılanan gamma interferon düzeyini ölçmesi ile kişinin tüberkülozu bas" erreur! Tuteur non défini."

SS-20
Kırım-Kongo kanamalı ateş için endemic bir bölge 2008-2014 yılları arasındaki olguların ve kene temasi ile başvuran hastaların değerlendirilmesi

Fatih Temocin, Tugba Sari, Necla Eren Tülek, Mehmet Parlık

1Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Yozgat
2Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Denizli
3Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
4Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü, Bulaşıç Hastalar Stübe
Müdürlüğü, Yozgat


YÖNTEM: 2008-2014 yılları arasında kene tutunmasıyla ilişkili merkez ve ilçe hastanelerinin acil servislerine kene teması ile başvuran hastaların numerator ve denominator denklemine kene teması ve KKKA tanısal ve inanılmaz derecede yüksek oranlarında görüldüğü. Tıbbi servise başvuran hastaların en çok tedavi edildiği bölgeler Kene teması ile ilgili, kene teması ile başvuran hastaların %40,8’si kadın olarak bulundu. Bu etkenlerden biri genelde tıbbi servise başvuran hastanın %39,7 ve en sık olarak yapışan ve hayvancıların ve hayvanvenida çalıştığı bölgeler KKKA hastalığı genelde hiperendemik olarak görüldü. 


SS-21
Adenovirus 36 ile indüklenen adipogenez; morfolojik ve immünolojik parametrelerdeki değişimlerin irdelemesi

1Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji AD
2Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji AD

GİRİŞ-AMAÇ: 3T-L1 preadiposit hücreleri, diyet, obezite ve ilişkili hastalıkların temel hücresel mekanizmalarının anahtarı olarak kullanılan model olmayaktadır. Bu hücreler, bazı hormon ve kimsesizler (ör. insulin, epinefrin, izoproterenol vb.) indüksizliklerin mikroskobik, histokimyasal ve immünohistokimyasal yöntemlerle araştırılmasının ırade altındaki. Genel nekrotik (KKKA) ve kene teması ile ilgili, kene teması ile başvuran hastaların %40,8’si kadın olarak bulundu. Bu etkenlerden biri genelde tıbbi servise başvuran hastanın %39,7 ve en sık olarak yapışan ve hayvancıların ve hayvanvenida çalıştığı bölgeler KKKA hastalığı genelde hiperendemik olarak görüldü. 

YÖNTEM: 3T-L1 preadiposit hücre hâtti stoktan çıkarıldığı sona DEMEM, HEPES, Bovin Calf Serum, Penislin, Streptomisin, Amfoterasin B içeren 3T-L1 Preadiposit Medium (ZenBio, Inc, USA) vasati içinde 10 gün, her iki günü bu vasatlari değiştirilmek üzere inkübe edildi. Hücreler %80 konfluanslı olarak kültürden çıkarılmıştır. Kene teması ile ilgili, kene teması ile başvuran hastaların %40,8’si kadın olarak bulundu. Bu etkenlerden biri genelde tıbbi servise başvuran hastanın %39,7 ve en sık olarak yapışan ve hayvancıların ve hayvanvenida çalıştığı bölgeler KKKA hastalığı genelde hiperendemik olarak görüldü. 

BULGULAR: Kontrole göre karsılıklıdadır Ad36 ile enfekte 3T-L1 preadiposit hücrelerde yağ vakuollerinin en az 5 kat arttıgı ve yuvarlaklaşarak olgun adipositlere dönüştüğü gözlemlendi. Bu farklılaşma özellikle 5. günden sonra daha net olarak izlenmeye başlandı. Ayrıca Ad36
ile enakte hücrelerde leptin ve IL-6 immünoreaktivite-si saptandı (Resim). Ancak TNF-alfa reaktivitesi her iki grupta da farklılık göstermedi.


Resim: Adv36 ile indüklenen 3T3-L1 preadiposit hücrelerin olgun adipositlere farklılaşması ve bazı immünolojik parametrelerdeki değişimin pozitif örnekler figürde ok ile gösterilmiştir. Faz kontras mikroskopi (A=kontrol, B=Adv36 ile enfekte); Oil Red Boyama (C=kontrol, D=Adv36 ile enfekte); Leptin immünoreaktivitesi (E=kontrol, F=Adv36 ile enfekte); IL-6 immünoreaktivitesi (G=kontrol, H=Adv36 ile enfekte).

SS-22 Bazı mikroorganizma sağlıklı biyofilm formasyon aktivitelerinin değerlendirilmesi

**YÖNTEM:** Çalışmada 15 adet bakteri ve 2 adet mayo standart suyunun biyofilm üretimi kapasiteleri mikrotiter plate metodu kullanılarak belirlenmiştir. Oluşan biyofilm formasyonları negatif kontrolun absorbans değerleri bazı alınarak değerlendirilmiştir. Suşlar % 1 (w/v) glukoz ilave edilmiş tryptic soy broth (TSB) içerisinde süspanse edilerek 72 saat sonra 37°C’de bir gecelik inkubasyon sonrasında kuyucuklardaki plaktonik hücreleri uzaklaştırma ve 96 kuyucuklu mikrotiter plaklara transfer edilmişdir. Negatif kontrol olarak bakteri süspansiyonu ilave edilmiş TSB kullanılmıştır. İzolasyondan sonra antibiyotik ve antibiyotik plaklarına enzümler okunmuştur. Doğru antibiyotik tersine antibiyotik rezistansı pozitif olarak kabul edilmiştir.

**SONUCU:** Yaprak büyüme (C=kontrol, D=Adv36 ile enfekte); Leptin mikroskopi (A=kontrol, B=Adv36 ile enfekte); Oil Red Boyama (C=kontrol, D=Adv36 ile enfekte); pozitif örnekler anlamlı boyanmıştır. Pozitif örnekler figürde ok ile gösterilmiştir. Faz kontras mikroskopi (A=kontrol, B=Adv36 ile enfekte); Oil Red Boyama (C=kontrol, D=Adv36 ile enfekte); Leptin immünoreaktivitesi (E=kontrol, F=Adv36 ile enfekte); IL-6 immünoreaktivitesi (G=kontrol, H=Adv36 ile enfekte).

**SS-23 Aile hekimlerin HPV ve zona aşıları hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarının araştırılması**

**YÖNTEM:** Çalışma 19-23 Kasım 2014 tarihleri arasında

BULGULAR: Çalışmaya 26-60 yaş arasında değişen (ortalama: 43.3) 267 aile hekimi (%84.8 erkek) katılmıştır. Katılımcıların mesleki tecrübeleri 1-32 yıl (ortalama: 18.6 yıl) aralığıdır ve %58.2’si her gün 9-25 yaş arasındaki 20’den fazla hasta hasta görmektedir. Katılımcıların 234’ü (%89.3) HPV aşışından sahiptir ve 161’i (%65.7) zona aşışından sahiptir. Ancak aşı önerenlerin %32’si aşışından etkili ve etkilemeyenlerin %51.3’ü aşıya karşı çıkmıştır. Katılımcıların biyopsi türlerini belirlemek ve biyopsi uygulamaları 35 aile hekim tarafından araştırma olarakvertisilmiştir. Aile hekimleri kendi kurumların %84.8’i, ancak aile hekimlik eğitiminin ve teknik değerlendirilmesi açısından %89.3 de etkili ve etkilemeyenlerin %51.3’ü aşıya karşı çıkmıştır.

SONUÇ: HPV ve zona ağrısını önermede ve HPV aşışında etkili ve etkilemeyenlerin %89.3 de etkili ve etkilemeyenlerin %51.3’ü aşıya karşı çıkmıştır. Katılımcıların kendi kurumların %84.8’i, ancak aile hekimlik eğitiminin ve teknik değerlendirilmesi açısından %89.3 de etkili ve etkilemeyenlerin %51.3’ü aşıya karşı çıkmıştır.

SS-24 Ultraslonografi eğitiminde uygulamalı karaciğer biyopsisi kursunun klinik uygulamalardaki sonuçları

Ahmet Cem Yardımcı1, Berivan Tunca2

1 Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa
2 Kızıltepe Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Mardin

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik viral hepatitlerde karaciğer hastalarının belirli birホテル de karaciğer biyopsisi altını standart olarak görülümler. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK) Viral Hepatit Çalışma Grubu (VHÇG) düzenli olarak ultrasonografi eğitiminde uygulamalı karaciğer biyopsisi kursu vermektedir. Ultrasonografi (USG) eğitiminde uygulamalı karaciğer biyopsisi kurs katımlının çocukların karaciğer biyopsisi deneysel ve uygulamaları sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: KLİMİK VHÇG karaciğer kursu katımlarına on beş sorudan oluşan bir anket sunuldu. Bu anketle katımların demografik özellikleri ve karaciğer biyopsisi pratikleri belirlendi.

BULGULAR: Anket çalışması bu kurslardan dokuzuna katılan 188 kişiye gönderilmiştir. Anket sorularına yanıt veren 64 kişinin %79.7, yaş ortalaması 35.6 (27-50), 43 (%67.2)’ü uzman doktordur. Katılımcıların çalışmaları kurumlarının dağılımı grafik-1’ de belirtilmiştir.27 (%42.2) kişi karaciğer biyopsisi yapmakla olup bunların %7 (25.9)’ü bir durumdan sonraki biyopsi yapması çağrılmıştı. Karaciğer biyopsisi yap早就 bir anket sorularına cevabın tablo-1’ de belirtilmiştir. Karaciğer biyopsisi yaprman 35 katımlının biyopsi yapmama nedenleri tablo-2’ de belirtilmiştir. Düşünken birlikte standartları asırın 58 (%90.6)’dır.

SONUÇ: Bu çalışmada ele alınan hekimlerden 37’i bir durumdan sonraki karaciğer biyopsisi uygulamamaktayken, bir durumdan sonraki biyopsi yapılmamak durumları 97’in 7’sinin uygulamayışa olmasının dikkati için, klinik uygulama etkisini %18.9 olarak görülmüş ve 27’indeki bu durumdan sonraki karaciğer biyopsisi yapmakla olup bunların %25.9’u bir durumdan sonraki biyopsi yapması çağrılmıştı. Karaciğer biyopsisi yaprman 35 katımlının biyopsi yapmama nedenleri tablo-2’ de belirtilmiştir. Düşünken birlikte standartları asırın 58 (%90.6)’dır.
SS-25  
Antifriz protein: Anti-bakteriyel, anti-biyofilm etkinliği ve antibiyotik sinerjizmi

Ali Acar, Nabil Abraham, Martin Heisig, Erol Fikrig

Yale Üniversitesi, İç Hastalıklar Kliniği, İnteraksiyon Hastalıkları Servisi

GİRİŞ-AMAÇ: Antifriz proteinleri soğuk ortamda yaşanan canlıların soğuk dayanıklılığını sağlamak için kullanılan major makanizmalarından biridir. Bu çalışmada Ixodes scapularis kenelerinden izole edilen anti-friz proteininin (IAFGP), S. aureus katetlerle ilişkili infeksiyonların tedavisinde anti virulans etkinliğinin in-vitro ve in-vivo olarak artırılması, insan ökaryotik hücrelerine toksik olup olmadığını incelemesi ve çeşitli antibiyotiklerin sinerjistik aktivitelerinin test edilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: S. aureus ve MRSA suşlarının kontrol peptid ve IAFGP içeren kültürlerinin in-vitro biyofilm oluşumunu inhibitör konsantrasyonunu tespiti ile değerlendirildi.


SONUÇ: Ixodes scapularis kene antifriz glikoproteini MSSA ve MRSA biyofilm oluşumunu invitro ve invivo olarak engellemektedir. IAFGP S. aureus'a karşı Gentamisin, Siprofloksasin ve Daptomisin ile sinerjistik aktivite göstermektedir. İnsan hücreleri üzerinde toksik etkisi yoktur. Bu sonuçlar ile IAFAQ'nın S. aureus’un biyofilm kaynaklı infeksiyonlarından yeni bir tedavi seçeneği olaçağı söylenebilir.
POSTER SUNUMLAR
UYBİS
PU01-01
Yoğun bakım ünitesinde hastane infeksiyonu etkenleri ve antibiyotik direnç durumları
Gürsel Ersan, Sükrün Köse, Sabri Atalay, İşıl Köse, Pelin Adar
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İzmir


YÖNTEM: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi yoğun bakım servisinde, 1 ocak 2014 - 31 Aralık 2014 tarihleri arasında izlenen hastaların çeşitli klinik örneklerinden alınan kültür sonuçları İnfeksiyon Kontrol Komitesi surveyan surerlerine göre retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan toplam 219 klinik örnek 66’si (%30.1) derin trakeal aspirat kültür, 62’si (%28.3) idrar kültür, 55’i (%25.1) kan kültür, 32’si (%14.6) yara kültür, 4’ü (%1.9) kater ucu kültür idi. En sık izole edilen mikroorganizmalar Acinetobacter baumannii (%19.6), Pseudomonas aeruginosa (%14.6), Escherichia coli (%14.1) ve Candida spp. (%11.4) idi. Antibiyotik direnç profilleri incelendiğinde karabapenem direnci Acinetobacter baumannii’nin 25’inde (%58.1), Pseudomonas aeruginosa’nın 18’inde (%56.2), Klebsiella pneumoniae’nin 2’inde (%13.3) saaptandi. Metisilin direnci ise Koagülaz negatif stafilocokların 9’unda (%52.9), Staphylococcus aureus’in 1’inde (%20) tespit edildi. Enterococcus faecium’ün 1’inde (%10) vankomisin direnci görüldü (Tablo). Kolistin direnci ise tespit edildi.

SONUÇ: Çalışmamızda klinik örneklerden izole edilen etkenler çoğunlukla %69.4 oranla Gram negatif mikroorganizmalar ve %29.6’sında karabapenem direnci saapanlardır. Gram pozitif mikroorganizmaların %23.8’inde metisilin direnci, %2.4’ünde vankomisin direnci saapanlardır. Çoku direnci ve antibiyotik dirençli morbidite ve mortalite nedeni olmaktadır. Gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda karabapenem direnci, metisilin ve vankomisin giderek daha fazla karşılaşıldığı ortaya çıkmaktadır.

Tablo:
Klinik açıklından önemli olan mikroorganizmaların antibiyotik direnç oranları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Direnç profili</th>
<th>Karbapenem direnci (%)</th>
<th>Metisilin direnci (%)</th>
<th>Vankomisin direnci (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Acinetobacter baumannii</td>
<td>58.1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomonas aeruginosa</td>
<td>56.2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Klebsiella pneumoniae</td>
<td>13.3</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Koagülaz negatif stafilocok</td>
<td>-</td>
<td>52.9</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Staphylococcus aureus</td>
<td>-</td>
<td>20</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterococcus faecium</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

PU01-02
Nosokomial Acinetobacter spp infeksiyonları ve antibiyotik direncinin 5 yıllık değerlendirilmesi
Nagehan Didem Sari, Mehmet Berfe Canberk, Muzufer Fincancı, Suna Koyuncu, Nurcan Demirkiran
S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: SB. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi son 2010-2013 yılları arasında bildirilen nosokomial Acinetobacter infeksiyonlarının ve direnç durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.


SONUÇ: Yillarda ise Acinetobacter spp’ye bağlı hastane infeksiyon oranlarında, belirgin artış görülmemesine
rağmen dirençlerdeki artış anlamli bulunmuştur. Bu da kolistin ve tigesiklin tedavilerini ön plana çıkarmış ancak bu antibiotiklerde de direnç oranlarında artış başlatmıştır.

Tablo: Tigesiklin, aminoglikozid, karbapenem ve kolisinin yollarla göre direnç değisişi (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Tigesiklin</th>
<th>Aminoglikozid</th>
<th>Karbapenem</th>
<th>Kolisin</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2010</td>
<td>0</td>
<td>29</td>
<td>85</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>9</td>
<td>40</td>
<td>94</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>12</td>
<td>53</td>
<td>98</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>15</td>
<td>58</td>
<td>100</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SONUC: Ampirik tedavide kullanılan antibiotiklerin ünitinin mikrobiyolojik flora ve antibiotik direncine göre yönlendirilmesi önemlidir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde infeksiyon kontrol önlemleri ön plana çıkarlarak infeksiyon hızları düsürülmelidir.

PU01-04 Nososomial infeksiyonlar da etken olan enterokok suşlarının antibiotik direnci

Nagehan Didem Sarı, Gürşen Yöрук, Muzaffer Fincancı, Mehmet Berfe Canberk, Suna Koyuncu, Nurcan Demirkiran

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Son yıllarda sıkça sahip olmaları, izolasyon ve kolay bulaşılabilmesi nedeniyle günlük uygulamada zorluklar yaşatan enterokoklar'ın hastanemizde infeksiyon etkeni olarak izole edilen isolatllerde direnç durumlarını idiremeyi amaçladık.


BULGULAR: Ocak-2010- Aralık 2014 tarihlerinde toplam 38 nososomial infeksiyon tespit edildi. 10(26,3) cerrahi alan infeksiyonu,12’si(31,57),kan dolasi-mi infeksiyonu, 12’si(31,57) üriner infeksiyon,4’ü (10,5) Ventilatör ilişkili Plonemi de izole edilmiş tı.izole edilen Enterokok suşlarının 28’i (%73,6) E. faecium, 10’u (%26,4) E. faecalis olarak belirlendi. İzolatlardan 20’sinde (% 52) Vankomisin Rezistan Enterokok (VRE) tespit edilmiş. VRE tespit edilen 20 suşun 15’inde es zamanlı teikoplinin direnci tespit edildi. Suşların hiç birinde linezolid direnci saptanmadı. Suşların antibiotik direncileri tablo da sunulmuştur.

SONUC: Nososomial infeksiyonlar arasında izole edilen Enteroxoklara bağlı infeksiyonların tedavisi yapılır yapımz izolasyon önlemlerinin sağlanması yar-lımı öne çıkmaktadır.
BULGULAR:


Tablo: Kan ve/veya ETA örneklerinde izole edilen 23 Streptococcus pneumoniae suşunun antibiyotik duyarılığı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antibiyotik</th>
<th>Mik50 (μg/ml)</th>
<th>Mik90 (μg/ml)</th>
<th>MİK Aralığı</th>
<th>Duyarlı n (%)</th>
<th>Orta Duyarlı n (%)</th>
<th>Dirençli n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Penisilin - oral</td>
<td>0.25 ≤ 0.06 - 10</td>
<td>1 (43.5)</td>
<td>12 (52.2)</td>
<td>1 (4.3)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Penisilin - menenjit</td>
<td>0.25 ≤ 0.06 - 10</td>
<td>1 (43.5)</td>
<td>-</td>
<td>13 (66.5)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sefotaksim - menenjit</td>
<td>≤ 0.12</td>
<td>1 ≤ 0.12 - 18</td>
<td>16 (78.2)</td>
<td>5 (21.8)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sefotaksim - diğer</td>
<td>≤ 0.12</td>
<td>1 ≤ 0.12 - 23</td>
<td>(100)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Seftriyaksin - menenjit</td>
<td>≤ 0.12</td>
<td>1 ≤ 0.12 - 18</td>
<td>(78.2)</td>
<td>5 (21.8)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Seftriyaksin - diğer</td>
<td>≤ 0.12</td>
<td>1 ≤ 0.12 - 23</td>
<td>(100)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Levofloxasin</td>
<td>0.5 ≤ 0.25 - 23</td>
<td>(100)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eritromisin</td>
<td>≤ 0.12</td>
<td>≥ 8 ≤ 0.12 - 14</td>
<td>60.9)</td>
<td>9 (39.1)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kloridamisin</td>
<td>≤ 0.25</td>
<td>≥ 1 ≤ 0.25 - 14</td>
<td>60.9)</td>
<td>9 (39.1)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Linezolid</td>
<td>≤ 2</td>
<td>≤ 1 ≤ 2 - 23</td>
<td>(100)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vankomisin</td>
<td>0.5</td>
<td>0.5 ≤ 0.12 - 16</td>
<td>(69.6)</td>
<td>4 (17.3)</td>
<td>3 (13.1)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo: Enterokoklarda antibiyotik direnci

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antibiyotik</th>
<th>AMP (%)</th>
<th>AG (%)</th>
<th>KINOLON (%)</th>
<th>TEC (%)</th>
<th>LNZ (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VRE</td>
<td>100</td>
<td>90</td>
<td>100</td>
<td>75</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>NON-VRE</td>
<td>88,88</td>
<td>72,2</td>
<td>72</td>
<td>0</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>
PU03-01
Çoklu ilaca dirençli Acinetobacter izole edilen hastaların epidemiyolojisi

Ayşeşgül Yeşilkaya, Özlem Kurt Azap, Hande Arslan
Başkent Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dali, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarına 2014 yılında gelen tüm örneklerden izole edilen Acinetobacter suşlarının epidemiyolojik değerlendirilmesi


BULGULAR: İkiyüzerkürdoksz hasta Acinetobacter spp. üredi. Hastaların %93’üne (231/249) çoklu ilaca dirençli (ÇİD) Acinetobacter izole edildi. ÇİD Acinetobacter hastaların %16’sında (36/231) kan kültüründe üredi. Genel mortalite oranı %58 olup; çoklu ilaca dirençli Acinetobacter izole edilen hastalarda tespit edilen mortalite %62, duyarlı Acinetobacter izole edilen 18 hastadaki mortalite %11 idi. Duyarlı Acinetobacter izole edilen ve klinik seyirleri mortalite ile sonuclanlan iki hastanın alt’ta yatan hastalıkları ağır olup; biri geriatrisk 87 yaşında, diğer ise 36 yaşında serviks kanseri tanısı ile tedavi alan hastayı. İkiyüzerkürdoksz hastanın 24’ü (%10) solüd organ transplantasyonu yapılmış hastaydı. Nakil hastaların %96’ında izole edilen Acinetobacter ÇİD olup; %7’sinde (%30) bakteriyemi ile seyretmiş; %1’inin sadece sürveyans kültürlerinde izole edilmiştir. Nakil hastalarında mortalite oranı ise %58 olup; solüd organ tipine göre dağılımları ise: böbrek (6/10; %60), karaciğer (4/8; %50), kalp (4/6; %67).

SONUÇ: ÇİD Acinetobacter izole edilen hastalarda genel mortalite %62 olup; solüd organ transplantasyon hastalından da benzer oranı görülmüştür. Dikkat çekici olan sonuç transplantasyon hastalardında ÇİDAcinetobacter’e bağlı kan dozalması infeksiyonunun genelocratsının iki katı olduğudur; daha detaylı irdelenmeldir.

PU11-01
Sepsisli hastalarda lökosit sayışı, c-reaktif protein, prokalsitonin ve lipopolisakkarit binding protein düzeylerinin prognostitik değeri

Şükrün Köse, Sabri Atalay, Sakir Güler, İker Ödemiş
Sepsisli Hastalarda Lökosit Sayısı, C-Reaktif Protein, Prokalsitonin ve Lipopolisakkarit Binding Protein Düzeylerinin Prognositik Değeri


YÖNTEM: Çalışma Ocak 2013 - Aralık 2014 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakımda sepsis tanıları ile izlenen 38 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastalardan sepsis tanısı konulduğu gün serum örnekleri alınmış ve lökosit sayışı (WBC) (4.000 - 10.000), CRP (0 - 0.8), prokalsitonin (0 - 0.5) ve lipopolisakkarit bağlayıcı protein (LPSb) (5-20) düzeyleri ölçülmüştür. Daha sonra hastaların 30 günlük süreye izlenerek sahɭ kalımları takip edilmiştir. İzlem sonunda ölçülen parametreler ile 14 ve 30 günlük mortalite arasındaki ilişki incelenmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 38 hastanın ortalaması yaş: 67 yıl, %48’i kadını. Hastaların %55.2’yi ilk 14 günde, %7.9’u 14-30 günlük dönemde eksit olurken %55.2’i ilk 14 günde, %36.8’ü izlem süresince hayatta kalmasıdır. Hastalardan alınan serum örneklerinde incelenen biyokimyasal parametrelerle il ki gideği arastıarak hipotize Tablo’da sunulmuştur.


Tablo: Biyokimyasal parametrelerin mortalite ile ilişkisi

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Genel ortalama</th>
<th>0-14 gün mortalite n:21</th>
<th>14-30 gün mortalite n:3</th>
<th>30.günde sah kalan n:14</th>
<th>Kontrol</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>WBC (K/ul)</td>
<td>14.537</td>
<td>14.964</td>
<td>17.133</td>
<td>13.342</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>CRP (mg/dL)</td>
<td>18.2</td>
<td>20.4</td>
<td>10.6</td>
<td>16.5</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Prokalsitonin (ng/mL)</td>
<td>21.5</td>
<td>26.7</td>
<td>4.3</td>
<td>15.6</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>LPSb (μg/mL)</td>
<td>13.5</td>
<td>10.6</td>
<td>24.4</td>
<td>15.6</td>
<td>10.8</td>
</tr>
</tbody>
</table>
PU18-01
Hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde alet ilişkili infeksiyon hızları ve etken mikroorganizma dağılımları

Avşegül Emekşiz, Songül Kayaalp, Funda Şimşek, M. Taner Yıldırımk, Elvin Dinç, Kenan Ak, Erdoğan Ağacı
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Yoğun bakım üniteleri hastanemiz diğer klinikere göre hastane infeksiyonlarının daha sık olarak görüldüğü kliniklerdir. Infeksiyonların sık görülmekte nedenleri yapılan invaziv işlemler, hastalığın cididiyeti, uzun süreli yatış, capraz kontaminasyonlardır.


BULGULAR: 1612 hasta 6843 gün izlendi. Tespit edilen toplam 58 adet alet ilişkin infeksiyon dağılımları ise VİP 33, Kl-ÜSI 16 ve SVKl-KDI 9 idi. Etken mikroorganizma dağılımında bakımda infeksiyonun 25 (%43.1)'inde Acinetobacter baumannii, 10 (%17.2)' ununda Klebsiella pneumoniae, 7 (%12)'inde Pseudomonas aeruginosa ilk 3 sırada izole edildimiştir. Invaziv Alet ilişkili Infeksiyon (İAİ) hizlari, kullanım oranları ve Etken dağılarını Tablo 1'de ve 2'ye sunulmuştur.

SONUÇ: YBU'de alet ilişkili infeksiyon hızlarının UHESA Türkiye ortalamaları ile karşılaştırıldığında oranlarının daha düşük olduğunu görmekteyiz. Etken mikroorganizmalar bakımda gr(-) mikroorganizmaların daha sık izole edildiği bu nedenle yoğun bakım hastalarının takip ve tedavisinde ampünik antibiyotik başlama gerekliğini doğudguna bu mikroorganizmalar dikkate alınmalıdır.

Tablo1: Yoğun bakım ünitelerimizde invaziv alet kullanımı ve infeksiyon oranları.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Invaziv Alet İlişkili Infeksiyon Türü</th>
<th>Infeksiyon Sayısı-%</th>
<th>Alet Güncü</th>
<th>Alet Kullanım Oranı</th>
<th>UHESA Türkiye 2014</th>
<th>Daniste</th>
<th>UHESA Türkiye 2014</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VİP</td>
<td>33(56.8)</td>
<td>3602</td>
<td>0,52</td>
<td>0,64</td>
<td>9,16</td>
<td>11,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Kl-ÜSI</td>
<td>16 (27.5)</td>
<td>6306</td>
<td>0,92</td>
<td>0,96</td>
<td>2,53</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td>SVKl-KDI</td>
<td>9 (15.5)</td>
<td>3752</td>
<td>0,54</td>
<td>0,60</td>
<td>2,39</td>
<td>5,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo2: Alet ilişkili İnfeksiyonların Etkenleri ve Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mikroorganizmalar</th>
<th>Sayı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Acinetobacter baumannii</td>
<td>25</td>
<td>43,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Klebsiella pneumoniae</td>
<td>10</td>
<td>17,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomonas aeruginosa</td>
<td>7</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Candida spp</td>
<td>4</td>
<td>6,8</td>
</tr>
<tr>
<td>E.coli</td>
<td>3</td>
<td>5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Acinetobacter spp.</td>
<td>2</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>MRSA</td>
<td>2</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Candida albicans</td>
<td>2</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterococcus faecium</td>
<td>2</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter aeruginosa</td>
<td>1</td>
<td>1,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

PU18-02
Yoğun bakım ünitelerinde gelişen sağlık bakımı ile ilişkili infeksiyonların maliyeti

Alpay Azap, Ismail Ağırbaş, Menekşe Örçelik, Necmettin Ünal, Neriman Defne Altuntaş, Ahmet Nezih Erverdi

1.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara
3.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Ankara
4.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD YBO'nun Bakım AD, Ankara
5.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Sağlık bakımı ile ilişkili infeksiyonlar (SBİ) morbidite ve mortaliteye artışı yanı sıra tedavi maliyetlerinde de ciddi yüksemlere neden olmaktadır. Bu çalışmada üçüncü düzey yoğun bakım ünitelerinde (YBU) gelişen hastane infeksiyonlarının maliyetini, geri ödeme kurumu perspektifi ile incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışma, üniversitemiz hastanelerinde faaliyet gösterekte olan Reanimasyon YBU, Genel Cerrahi YBU ve İç Hastalıkları AD YBU'de gerçekleştirilmiştir. Temmuz-Ekim 2014 yıllarında 48 saatte daha uzun süre takip edilen hastalarda gelişen SBİ'ler prospektiv olarak kayit altına alınmış, bu hastalara yapılan tüm harcamaları içeren belgeler hastane bilgi yönetim sisteminde (HBOYS) alınarak bir infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji öğretim üyesi tarafından hasta bilgileri işiğinde değerlendirilmiş, doğrudan infeksiyonu bağlı görülen harcama kalemleri işaretlenmiştir.

BULGULAR: Çalışmanın yürütüldüğü süre içinde 39
BULGULAR: lama toplam maliyeti 32.488,37 TL bunun içinde SB harcamaları teri infeksiyonlar ve 21 atak ile kateter ili

YÖNTEM: Ç. tür. Tedavi maliyeti en yüksek SB ve toplam harcamaların %14,9, tış cerrahi ilerişikleri amaçlanır. hastane kökenli pnömoni (3.666,09 TL) izlemektedir. Influenza hastalığında mortalite artışına neden olan risk faktörleri, 41.28 güne karımda tır. 

SONUC: Böbrek yetmezliği mortalite açısından risk faktörü olarak saptanmıştır. Karabener en dirençli GN bakterileri, 24.1 % ile, coagulaz (-) Pseudomonas aeruginosa (n:6), klebsiella pneumoniae (n:5), Escherichia coli (n:2) diğer sürtün YİBÜ infeksiyonu etkenlerini oluşturmışlardır.  

PU18-04 Yoğun bakım ünitelerinde gelisen invaziv araç ilişkili nozokomiyal infeksiyon huzunun değerlendirilmesi

Merve Türkmen, Nurettin Erben, Saygın Nayman Alpat, İlhan Özgüneş

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dali, Eskişehir

GİRİŞ-AMAÇ: Bir üniversite hastanesinde yoğun bakım ünitelerinde görülen invaziv araç ilişkili hastane infeksiyonunun insidansını tanımlamak ve karılaşımaktır. 


BULGULAR: İzlemde; 4612 hasta, 22820 hasta günü, 6151 ventilatör günü, 8406 santral venöz kateter günü 16575 üriner kateter gündemi izlemi yapıldı. 103 ventilatör ilişkili pnömoni (VIP), 103 santral venöz kateter ilişkili kan dolama infeksiyonu (SK-KDE), 114 kateter ilişkili üriner sistem infeksiyonu (KÎ-ÜSE) görüldü. Tüm infeksiyonlar değerlendirildiğinde infeksiyon hızı 6.94 ve infeksiyon dansitesi %14 olarak bulundu. VIP hızı 16.7, SK-KDE hızı 12.6, KÎ-ÜSE hızı 6.9 olarak bulundu. Bu oranlar, NNIS verilerine göre % 90 persentlinden üstüne çıkmaktadır. 

SONUC: Yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili infeksiyonlar halen NNIS tarafından bildirilen oranlarının
PUI9-01
Yoğun bakımında ventilatör ile ilişkili pnömoni etkenleri ve direnç durumları

Şükran Köse¹, Sabri Atalay¹, Gürsel Ersan¹, İslı Köse², Mehmet Ceylan¹

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanınasyon Kliniği


BULGULAR: VIP tanısı 70 hastaya konuldu.17 hastada iki etken saptanmıştır. VIP en sık izole edilen suslar ve direnç durumları sırasıyla: Acinetobacter baumannii (n=45, % 64), Pseudomonas aeruginosa (n=18, %26), Klebsiella pneumoniae (n=10, %14). En sık saptanan bakterilerin bazı antibiyotiklere duyarılılıkları tabloda gösterilmiştir. Metisiline dirençli koagülaz negatif statloflak susların tüm glikopeptid antibiyotiklere ve linezolid’de duyarlı bulunmaktadır.


Tablo: VIP de en sık izole edilen bakterilerin etkenleri ve duyarlılık oranları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antibiyotikler</th>
<th>A.baumannii (%)</th>
<th>P.aeruginosa (%)</th>
<th>K.pneumoniae (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Amikasin</td>
<td>25</td>
<td>57</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Gentamisin</td>
<td>47</td>
<td>67</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Sefaperazon-sulbaktam</td>
<td>9</td>
<td>40</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Meropenem</td>
<td>0</td>
<td>36</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>İmipem</td>
<td>0</td>
<td>36</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Piperasilin-tazobaktam</td>
<td>0</td>
<td>50</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Sefazidim</td>
<td>0</td>
<td>53</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Siprofloksasin</td>
<td>0</td>
<td>60</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolistin</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>
POSTER SUNUMLAR
P01-01
Hastanemizde GSBL üreten Klebsiella pneumoniae izolatlarının antibiyotik duyarlıklarını

Demet Hacıseyitoğlu1, Ayşegül Dokuran1, Yasemin Zeytin2, Sabahat Çağan Aktaş3, Yasemin Çağ2, Serdar Özer1

1Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, İstanbul
2Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul


BULGULAR: Çalışılan 168 K. pneumoniae izolatının 103’unun (%61) GSBL ürettiği saptandı. GSBL üreten izolatların sefuroksim ve seftazidimine %100, seftazidime %72, sefepime %50, siprofloksasinе %64, piperazilin-tazoaktama %59, imipeneme %34 ve meropenem %36 direnci olduğu belirlendi. Ayrıca bu izolatların 8'i (%8) kolistine dirençli bulundu. Hastanemiz 2012 yılı GSBL oranı %56, imipenem direnci %8 ve meropenem direnci %6 iken kolistine direnci şu yoktu.

SONUC: 2012-2014 yılı verileri ile karşılaştırıldığında imipenem direncinin 4 kat, meropenem direncinin 6 kat arttığı, kolistin direncinin ortaya çıktığı görüldü.

P01-02
Febril nötropenik hastalardan izole edilen mikroorganizmaların dağılımı ve antimikrobial duyarlıklarını: Beş yıllık değerlendirme

Burcu Deniz1, Birsen Mutlu1, Seda Kabukçu1, Aydın Aynoğlu1, Devrim Dündar2, Abdullah Hacihanefioglu3

1Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kl.Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları AD, Kocaeli
2Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kl.Mikrobiyoloji AD, Kocaeli
3Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Hematoloji BD


BULGULAR: 2010-2014 yılları Hematojok kanserli 465 hastanın febril nötropenik epizodlarında toplam 5857 kültür örnekleri alınmıştır. Bu kültürlerden genellikle %82,5 (n=974) idrar kültürleri, %7,8 (n=101) idrar kültürleri, %7,3 (n=89) deri-yumuşak doku kültürleri, %41 (n=504) solunum sistemi kültürlerdir. Üreyen mikroorganizmaların %58 (n=724) gram pozitif bakteriler, %38 (n=467) gram negatif bakteriler, %3 (n=39) ise Candida türlerdir. Tüm mikroorganizmalar sırfı olarak her sene gerekli kültürlerde ve stafilocoklarda %22 (n=278), 2.sirada E.coli %18 (n=228) ve 3.sirada Klebsiella spp %15 (n=189) yer almaktadır.

P01-03
Fosfomisin trometamolun Gram pozitif bakterilere in vitro etkinliğinin değerlendirilmesi

Tülin Demir¹, Burcu Uysal²

¹Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kırşehir
²Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kırşehir


BULGULAR: Test edilen 667 örneklerin 614’ü (%92) fosfomisin duyarlıydı. Vankomisin dirençli S. aureus izolarlarında izlenmedi ancak iki E. faecalis ve bir E. faecium izolatında tespit edildi (MIC 12-24 mg/L). Kandandan izole edilen bir MRSA dışında tüm S. aureus izolatları DD ve E-test ile fosfomisin duyarlı olarak belirlendi (Fosfomisin MIC 1.5-8 mg/L). MRSA izolarlarında %1.5, E. faecalis'de %18.6 ve E. faecium izolarlarının %9'ununda direnç izlenmiştir. Vankomisin MIC düzeyi fosfomisin dirençli MRSA izolarında 96 mg/L; fosfomisin dirençli Enterococcus spp. izolatında 96-256 mg/L olarak belirlendi. Fosfomisin duyarlılık analizinde EUCAST ve CLSI kriterleri karşılaştırıldığında ise herhangi bir farklılık izlenmedi.


P01-04
Pediatrik yaş grubunda toplum kökenli üriner sistem infeksiyonu etkeni olarak izole edilen E.coli suşlarının in vitro antibiotik direnç profili

Nergis Ağın¹, Aytaç Bilgic², Elcin Kal Çakmaklioğulları³

¹Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dali, Karabük
²Karabük Üniversitesi, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Karabük
³Karabük Üniversitesi, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tibbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Karabük

E. coli suşlarında ampsilin ve amoksilin-klavulanik asite yüksek oranda direnç saptanmıştır. Bu nedenle ampirik tedavide sefiksim, fosfomisin, nitrofurantoin ve sefuroksimin tercih edilebileceği görülmektedir. Öte yandan direnç gelişimini engellemek açısından kültür ve antibiyogram yapılmasının gerekliğini unutulmamalıdır.

Grafik 1: E. coli izolatlarının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı

Grafik 2: E. coli izolatlarının antibiyotiklere direnç oranları

P01-05
Bir üniversite hastanesinde karbapenemaz üreten Enterobactericeae
Gülden Yılmaz¹, Elif Mükleme Öztürk¹, Sibel Kaymakçı², İkay Taşdan¹, Kemal Osman Memişoğlu¹
¹Ankara Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dali, Ankara
²Ankara Üniversitesi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, Ankara


YÖNTEM: Bir üniversite hastanesinde 2012-2014 yılları arasında yatakar izlenen hastalara ait tüm klinik örneklerden ( idrar, kan, yara, steril vücut sıvıları ve idrar) izole edilen karbapenemaz üreten Enterobactericeae suşları社群は、抗生物質耐性の高いグループで、特に耳鼻咽喉科領域において問題となっている。

BULGULAR: Ocak 2012- Aralık 2014 tanıları arasında bir üniversite hastanesinde 177 hastada, çeşitli klinik örneklerde toplam 214 adet karbapenemaz üreten Enterobactericeae suş izole edilmiştir. Suşlar en sık anestezioloji ve reanimasyon (%16,8), genel cerrahi (%15) ve benzer cerrahi bölümlerinde (%13,5) saptanmıştır. Karbapenem direnci izole edilen suşların %42’si dahili bölümlerde, %58’si cerrahi bölümlerinde izole edilmişdir. Suşların: %20,6’sı trakeal aspirat, %19,1’i idrar ve %17,2’si ise kan kültürlerinden izole edilmiştir. En sık izole edilen suş Klebsiella spp’dir (%72,4). Antibiyotik duyarlıklarına bakıldığında suşların %71,4’ü tigesiklin, %75,6’sı amikasin, %81,5’i kolitsin duyarlardır. Zilek ve meropenem kombinasyonunun kullanılabildiği görülmüştür.

SONUC: Karbapenemaz üreten Enterobactericeae suşları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de özellikle de yoğun bakım alanlarında giderek artmaktadır. Hastalıklar suşların hizicada identifikasyonu ve bu hastalıkların hizicada izole edilmiş etkenin kaynağı olarak önemli bir öneme sahiptir.

P01-06
Kan kültüründen izole edilen staflokoklarda makrolid-linkozamin-streptogramin direnci
Behive Dedeg, Ayten Kadanali, Zeynep Şule Çokar, Gül Karagöz, Şenol Çomoğlu, Salim Aksoy, Mehmet Fatih Bektasoglu, Sinan Öztürk, Arzu İvem, Fidan Kuş Doğan
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Makrolid-linkozamid-streptogramin B (MLS) grubu antibiyotikler, staflokoklar da dahil olmak üzere Gram pozitif bakteri infeksiyonlarının tedavisiinde kullanılır ve oluşan mutasyonel bir değişiklik için farklı antibiyotiklerden direnç gelişmesi (MSLR direnci) ile sonuçlanır. Bu çalışmada, kan kültürlerinden izole edilen staflokok-
arda makrolid-linkozamid-streptogramin B (MLSB) direncinin araştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmamızda Temmuz 2012- Mart 2014 tarihleri arasında istemi yapılan ve stafilokok üremesi saptanan 367 kan kültür retropектив olarak değerlendirilmiş. Kan kültürleri BACTEC 9120 (Becton Dickinson Maryland, ABD) otomatize sistem ile çalışılmıştır. Üreme saptan stafilokoklarda gerekli ön işlemler yapılmış ve VITEC 2® (bioMerieux, France) sisteminde mikroorganizmaların idendifikasyonu, metisilin direnci, MLSB direnci ve fenotipleri belirlenmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya 367 stafilokok suçu alınmıştır. Tanımlanan 51 S. aureus suçuunun 11 (%21.7) metisiline dirençli (MRSA), beş (%78.3) metisiline duyarlı (MSSA), 316 koagülaş negatif stafilokoklar (KNS) suçuunun ise 226’şı (%71.5) metisiline dirençli (MRKNS), 90 (%18.5) metisiline duyarlı (MSKNS) bulunmuştur. S. aureus ve KNS suçlarının makrolid ve linkozamid direncileri ve fenotipleri Tablo 1 de verilmiştir.

**SONUC:** Genel olarak yapısaldan ve indiklenebilir direnç olmak üzere çalışmamızda MLSB direnci yüksek tespit edilmiştir. Çalışmamızın en yüksek suçu ile yapılmış olası vMRKNS oranının yüksek olması yüksek MLSB direnciyle açıklanabileceğini düşünülmektedir.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etkenler (n)</th>
<th>Ertapenem dirençli Suarez n (%)</th>
<th>Imipenem dirençli Suarez n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>E. coli (40)</td>
<td>2 (5)</td>
<td>1 (2.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Klebsiella spp. (21)</td>
<td>5 (23)</td>
<td>4 (19)</td>
</tr>
<tr>
<td>Proteus spp. (5)</td>
<td>3 (60)</td>
<td>3 (60)</td>
</tr>
<tr>
<td>Acinetobacter spp. (8)</td>
<td>1 (12)</td>
<td>4 (50)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomonas spp. (6)</td>
<td>6 (100)</td>
<td>3 (50)</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter spp. (3)</td>
<td>3 (100)</td>
<td>3 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>E. faecium (17)</td>
<td>9 (52)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E. faecalis (10)</td>
<td>1 (10)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**P01-07**
Yatan hastalarda görülen idrar kültürlerinde üretilen suçlarda karbapenem direnci

A. Melik Kayıkcı, Gönül Şengöz, Filiz Pehlivanoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Üriner sistem infeksiyonlarında daha önceleri birinci seçenek olan antibiyotikler günümüzde direnç sorunu nedeniyle kullanılamamaktadır. Çoğu dirençli bakterilerde karşı kaliyorumuz karbapenemlere de direnç gelişimi günümüzde önemli bir sorun haline gelmiştir. Çalışmamız 2014- Ocak 2015 tarihleri arasında yatan hastalardan görülen orta akım idrar kültürlerinden izole edilen suşlardaki karbapenem direncinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmada Kasım 2014- Ocak 2015 tarihleri arasında Mikrobiyoloji Laboratuvarı’na gönderilen 500 adet yatan hasta idrar materyallerinde izole edilen suşlardaki karbapenem direnci incelenmiştir. Çalışmada duyarlılık için bazı suşlar Kirby-Bauer disk düfüzyon yöntemi ile bazı suşlar ise VITEK 2® (BIOMERIEUX, France) cihazi ile çalışılmıştır.

**BULGULAR:** Yatan hastalardan gönderilen 500 idrar kültür içerisinde karbapenem duyarlılığı çalışan 110 suşun 40’ı E. coli (%36), 21’i Klebsiella spp. (%19), beş Proteus spp. (%4), 17’si E. faecalis (%15), sekiz Acinetobacter spp. (%7). altısı Pseudomonas spp. (%5), üç E. faecalis (%5) olarak izole edilmiştir. Antibiyotik duyarlılıkları tabloda verilmiştir.

**SONUC:** Üriner sistem infeksiyonları hastane içinde ve hastane dışında en sık görülen infeksiyonlardır. Üriner sistemin infeksiyonlarında ampirik olarak tedaviye başlamak için en sık etken olan bakterilerin duyarlılıklarının bilinmesi gerekmemektedir. Sıkl kullanılan antibiotiklere karşı direnç durumunda üriner sistem infeksiyonlarında karbapenemler kullanılabilmektir. Karbapenemlere de dirençli suşlarda tedavi seçenekilermiz dairadmaktadır.

**P01-08**
Toplum kökenli üriner sistem infeksiyonlarında ESBL pozitifliği ve siprofloksasın direnci

Sinem Akkaya Işik, Gönül Şengöz, Hatice Erdoğan, Filiz Pehlivanoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Üriner sistem infeksiyonlarının tedavi sırasında karşılaştığımız zorluklardan birisi ESBL pozitifliği

---

204-
ve antibiotik dirençidir. Yetersiz ve gerekşiz antibiyotik kullanımı, kültür alınması ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle direnç oranı giderek artmaktadır. Çalışmamızda 2014 yılında polikliniklerde takip edilen hastalardan laboratuvarımza gönderilen idrar örneklerinde izole edilen bakterilerin ESBL pozitifiğini ve siprofloksasin direncinin araştırılması amaçlanmıştır.


SONUÇ: ESBL pozitifiği hastalarda siprofloksasin karşı direnç oranı yüksek saptanmıştır. ESBL pozitifiğini alternatif tedavi olarak düşünülen kinolonlara karşı direnç oranının yüksekliği ayaktan tedavide kullanılabilecek antibiyotik seçeneklerini sınırlamaktadır.

P01-09
Ayaktan hastaların idrarlarından izole edilen enterokoklar ve antibiyotik direncileri

Sinem Akkaya Işık, Filiz Pehlivanoğlu, Gönül Şengöz, Hatice Erdoğan
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul


BULGULAR: Anlamlı üreme tespit edilen 1.156 idrarın %12’si (%12) E.coli ve Klebsiella spp.’dir. Izole edilen enterokoklar arasında 2014 yılında %68’inde %19’u 19-65 yaş arasında, %68’inde %19’u 19-65 yaş arasında. Cinsiyetle karşılaştığında %68’i kadın, %32’i erkek olarak tespit edilmiştir. İzole edilen enterokoklar ambiguous %89, kloramfenikole %84, siprofloksasin %70, gentamisine %82, penisilin G’ye %92, nitrofurantaine %96, rifampisine %72, tetrasikline %40 ve vankomisine %99 duyarlı tespit edilmiştir. Ayrıca linezolidde %100 duyarlı saptanmıştır.

rinden izole edilen E. coli ve Klebsiella spp. suşları retrospektif olarak incelenmiştir. Örneklerin bakteri identifikasyonunda standart mikrobiyolojik yöntemler kullanılmıştır. Antimikrobiyal duyarlılığı, CLSI önerileri doğrultusunda disk difüzyon yöntemi ile araştırılmıştır.

BULGULAR: Polikliniklerden laboratuvarvizaya göre, 6.385 idrar örneğinin 1.256’sında (% 20) anlamlı üreme tespit edilmiştir. Anlamlı üremenin ise %60’ı E. coli, %16’sı Klebsiella spp. olarak tespit edilmiştir. İzole edilen E. coli’erin %21’inde ESBL pozitifi-ği tespit edilmiştir. Hastaların %84’ü kadınlarдан, %16’ı erkeklerden oluşmaktadır. Amoksilin-klavulonik asit %36, ampiisol-sulbaktam %67, sefuroksim %68, seftriaksan %69, sefotaksim %69, sefoperazeron-sulbaktam %96, siprofloksasin %68, gentamisin %84, fosfomisin %97, nitrofurantoyn %97, TMP-SMX %62 ve karbapenem %99 duyarlı tespit edilmiştir. İzole edilen Klebsiella spp.’erin %20’sinde ESBL pozitifi-ği tespit edilmiştir. Hastaların %65’i kadınlardan, %35’i erkeklerden oluşmaktadır. Amoksilin-klavulonik asit %18, ampiisol-sulbaktam %60, sefuroksim %68, seftriaksan %73, sefotaksim %69, sefoperazeron-sulbaktam %88, siprofloksasin %70, gentamisin %85, fosfomisin %54, nitrofurantoyn %71, TMP-SMX %68 ve karbapenem %95 duyarlı tespit edilmiştir.


P01-11

GSBL üreten Escherichia coli suşlarında 2010 ve 2012 yıllarında eretapenem ile tigesiklin duyarlılıklarının in vitro olarak araştırılması

Feride Göçek İnan1, Asuman İnan1, Seniha Şenbayrak2, Simin Cevan1, Seyfi Çelik Özyürek1, Serpil Erol1

1Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
2Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tibbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Genişlemiş spektrumu beta-laktamaz (GSBL) ürettikleri, antibiyotiklere direnç gelişiminde en önemli mekanizmalarından biridir. Çalışmamızda GSBL üreten E. coli suşlarının yol açtığı infeksiyonlarda yay- gın olarak kullanlan antibiyotiklerin duyarlılık oranlarının araştırılması, yillarda duyarlılık profillerinde değiş- min ortaya konulması ile eretapenem ve tigesiklin duyarlılıklarının MİK düzeyinde belirlenmesi amaçlandı.


BULGULAR: Disk difüzyon yöntemi ile 2010 yılında piperasini-tazobaktam %20, gentamisin %44, amikasin %6, siprofloksasin %86, levofloksasin %80 ve TMP-SMX’e %70 oranında direnç saptanırken, 2012 yılında ise direnç oranları piperasini-tazobaktam %48, gentamisin %50, amikasin %26, siprofloksasin %72, le- vofloksasin %76 ve TMP-SMX %56 olarak belirlendi. Her iki yılında de imipenem ve meropeneme direnç tespit edilmedi. E-test yöntemiyle, 2010 yılında izole edilen GSBL pozitif E. coli suşlarında eretapenem MİK değerleri 0.006-4 μg/ml iken; 2012 yılında ise MİK değerleri 0.008-32 μg/ml olarak saptandı. Tigesiklin için, 2010 yılı-nda izole edilen GSBL pozitif E. coli suşlarında MİK değerleri 0.016-1.5 μg/ml bulunurken; 2012 yılında MİK değerleri 0.094-1.5 μg/ml olarak belirlendi.

SONUÇ: GSBL üreten dirençli mikroorganizmalarla geleşen infeksiyonların tedavisinde karbapenemlerin en etkin tedavi seçeneği olduğu halen hakim bir görüş olmamakla birlikte, karbapenemlerin yaygın kullanım enetiker bakterilerle GSBL enziminin gölgildiği yaygınlaşmasına, dolayısyi ile dirençli suşlar arasında artışa yol açmaktadır. Bu çalışmada GSBL üreten E. coli suşlarında yüksek giderek artış gösteren eretapenem direnci, yaygın ve uygunsuz karbapenem kullanımı ile ilgili dikkati çeker olması gerektiğini ortaya koymaktır. Çalışmamız, tigesiklinin bu dirençli mikroorganizmalarla gelişen infeksiyonların te- dasivinde iyi bir alternatif olduğunu göstermektedir.

P01-12

Hematoloji ünitesinde kan kültürlerinde üreyen Gram-negatif bakterilerin antibiyotik duyarlılıkları

Gülsen Yörük, Cansu Çimen, Münnire Fidan, Muzaffer Fincancı

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

izole edilen gram negatif bakterilerin çoğu antibiyotiklere duyarlılık durumunu araştırarak empirik antibiyotik kula-nımımızın uygunluğunu sorgulamayı amaçladık.


BULGULAR: Toplam 33 hemokültürde gram negatif bakteri izole edildi. Bunların 12’inde (%36) Klebsiella pneumoniae, 7’inde(%21) E.coli, 6’ında(%18) Pseudomonas aeruginosa, 5’inde(%15) Acinetobacter baumannii ve 3’ünde(%10) Enterobacter cloacae üredi. Bu bakteri lerden ampi-si-lin-sulbaktam 23’tür (%70) dirençli, 10’u (%30) hassas; 3. kuşak sefalsosorinlere 16’sı (%49) dirençli, 17’si (%51) hassas; aminoglikozidlere 4’ü (%12) dirençli, 29’u (%88) hassas; kinolonlara 13’ü (%39) dirençli, 20’si (%61) hassas; piperasilin-tazobaktam ve sefaperazon-sulbaktam 7’si (%21) dirençli, 16’sı (%51) hassas; imipeneme 10’u (%30) dirençli, 23’ü (%70) hassas; meropenem 9’u (%27) dirençli, 24’ü (%73) hassas; tigesiklin 7’si (%21) dirençli, 26’sı (%79) hassas; kolistine 33’si (%100) de hassası.


-207-

Şekil 1: Yillara göre artış gösteren mikroorganizmalar

Şekil 2: Yillara göre düşüş gösteren mikroorganizmalar
**Tablo 1:** Yillara göre sağlık hizmeti iliskili infeksiyonu nedeni olan mikroorganizmalar

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Acinetobacter spp.</td>
<td>3.8%</td>
<td>2.8%</td>
<td>3.1%</td>
<td>3.0%</td>
<td>3.2%</td>
<td>3.0%</td>
<td>3.1%</td>
<td>3.0%</td>
<td>3.2%</td>
<td>3.0%</td>
<td>3.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomonas spp.</td>
<td>11.8%</td>
<td>12.0%</td>
<td>12.3%</td>
<td>12.0%</td>
<td>12.3%</td>
<td>12.0%</td>
<td>12.3%</td>
<td>12.0%</td>
<td>12.3%</td>
<td>12.0%</td>
<td>12.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterokok spp.</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
<td>3.3%</td>
</tr>
<tr>
<td>E. coli</td>
<td>26.2%</td>
<td>28.6%</td>
<td>27.8%</td>
<td>28.2%</td>
<td>27.6%</td>
<td>28.0%</td>
<td>27.8%</td>
<td>28.2%</td>
<td>27.6%</td>
<td>28.0%</td>
<td>27.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>BNR</td>
<td>20.4%</td>
<td>22.3%</td>
<td>21.9%</td>
<td>22.6%</td>
<td>22.3%</td>
<td>22.1%</td>
<td>21.9%</td>
<td>22.6%</td>
<td>22.3%</td>
<td>22.1%</td>
<td>21.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>S. aureus</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
<td>3.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter spp.</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
<td>5.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Candida spp.</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
<td>0.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
<td>57.4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**BULGULAR:** Hastanemizde bir yılda toplam 116.271 adet 3. kuşak sefalosporin kullanılmış olup bunların % 77’si seftriaxson, % 1’i seftazidim, % 4’ü seftoksikam ve % 18’i sefoperazon-sulbaktam idi. Kullanım indeksleri ise sırasıyla 21.08, 0.09, 0.59 ve 2.4 olarak sonuçlandı. Bu ajanların % 111’çi, % 89’u ise erişkin hastalarda kullanılmıştır. Toplam kullanım miktarları ile kliniklere göre kullanım yoğunlukları tablo ve grafik halinde gösterilmiştir.

**SONUC:** Hastanemizde 3. kuşak sefalosporin tüketim miktarını bakıtımda en fazla seftriaxson kullanıldığı görülmüştü. Özellikle de acil servise ait alanlarda çok fazla tüketilmiş ve fakat bu kullanımın önune geçilerek için ilgili klinik branşlara ve özellikle de acil servis hekimlerine eğitim verilmesi, ayrıca infeksiyon kontrol ekibi çalışmalari aksayan yönlerin düzeltileceği gerekmedektir. Akıllı antibiotik kullanımı için sürekli arz eden ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Şekil 1:** Antibiotiklerin kliniklere göre kullanım sıkılığı

---

**Şekil 3:** Yillara göre Acinetobacter spp. ve Pseudomonas spp. karbapenem direnci

**Şekil 4:** Yillara göre S. aureus ve koagülü negatif stafi-lokoklarda metisilin direnci

**Şekil 5:** Yillara göre Enterokok türlerinde vankomisin direnci

---

**P02-02**

Bir eğitim araştırma hastanesinde 3. kuşak sefalosporin kullanımının değerlendirilmesi

Çiğdem Moroğlu¹, Mustafa Taner Yıldırım¹, Funda Şimşek⁰, Yasemin Varol²

¹Okmeydani Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
²Okmeydani Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hastane Eczanesi
Tablo 1: Hastanemizde 2014 yılı 3. kuşak sefalosporin kullanım verileri

<table>
<thead>
<tr>
<th>ETKEN MADDE</th>
<th>01.01.2014 İLE 31.12.2014 ARASI TÜKETİM ADEDİ</th>
<th>ATC KODU</th>
<th>TOPLAM GÜN DOZ DDD (G)</th>
<th>DDD KARŞILIĞI KUTU ADEDİ</th>
<th>01.01.2014 İLE 31.12.2014 ARASI YATAK GÜN SAYISI</th>
<th>TÜKETİM/ KUTU ADEDİ (H)X100</th>
<th>(I)/ YATAK GÜN SAYISI</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SEFOTAKSİM 1 G</td>
<td>5042 J01DD01</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>213.049</td>
<td>1.260,50</td>
<td>126.050</td>
<td>0,59</td>
</tr>
<tr>
<td>SEFTRIAKSON 1 G</td>
<td>770 J01DD02</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>213.049</td>
<td>192,50</td>
<td>19.250</td>
<td>0,09</td>
</tr>
<tr>
<td>SEFOPERAZON 1 G</td>
<td>89.830 J01DD04</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>213.049</td>
<td>44.915,00</td>
<td>4.491.500</td>
<td>21,08</td>
</tr>
<tr>
<td>SEFOPERAZON 1 G</td>
<td>20.629 J01DD62</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>213.049</td>
<td>5.175,25</td>
<td>515.725</td>
<td>2,42</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P02-03
Uygun olmayan antibiyotik profilaksisi ne kadar pahalı? Nokta prevalans çalışması

Eser Kaya Kılıç1, Devrim Selvi2
1Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2Bandırma Devlet Hastanesi


BULGULAR: Çalışmanın yapıldığı gün hastanenin cerrahi kliniklerinde yatan hasta sayısı 130 olarak belirlendi. Bu hastaların 79’u unun (%60,7) antibiyotik almakta olduğu saptanırdı. Antibiyotik tedavişi almakta olan hastaların 37’sinin (%46,9) uygunsuz antibiyotik alığı belirlendi. Uygunsuz kullanımın en sık nedeni profilaktik kullanılan antibiotiklerin verilir sürelerinin uzamış olması olduğu tespit edildi (%54,1). Kliniklere göre uygunsuz antibiyotik kullanım oranları Tablo-1’de gösterilmiştir. Sefazolin sodyum (n=47, %59,4), seftriakson (n=13, %16,4), ampinisilin-sulbaktam (n=9, %11,3), levoflokzasin (n=3, %3,78), gentaminsin (n=3, %3,78), siprofloksasin (n=2, %2,52), klindamisin (n=2, %2,52) sırasıyla en sık kullanılan antibiotikler olarak belirlendi. Çalışmanın yapıldığı günkü toplam antibiyotik maliyeti 1094 TL/gün (hasta başına 13,85 TL/gün) olarak hesaplandı. Uygunsuz kullanım sonucu harcanan tutar ise 513 TL (hasta başına 13,87 TL/gün) olarak belirlendi.

SONUÇ: Profilaktik antibiotiklerin uygunsuz kullanımındaki en büyük neden profilaksisinin uygun doz ve sürede verilmemesidir. Çalışmamız göstermiştir ki profilaktik antibiotiklerin uygunsuz kullanımı göreveli olarak az olsa da özellikle cerrahi girişimlerin çok yapıldığı hastanelerde yüksek mali yük getirmektedir.

Tablo 1: Uygunsuz antibiyotik kullanımının kliniklere göre dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klinik</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Klinik</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Ortopedi</td>
<td>66,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Beyin Cerrahisi</td>
<td>66,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Genel Cerrahisi</td>
<td>57,7</td>
</tr>
<tr>
<td>BAŞ-Boyun Cerrahisi</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Göğüs Cerrahisi</td>
<td>33,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalp-Damar Cerrahisi</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Üroloji</td>
<td>12,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Çocuk Cerrahisi</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
P02-04
Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ndeki serbest eczacıların antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Kaya Süer¹, Aslı Aykaç², Şanda Çalışt¹

¹Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD. Lefkoşa, KKTC
²Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyofizik AD. Lefkoşa, KKTC
³Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Lefkoşa, KKTC

GİRİŞ-AMAÇ:: Uygunuz antibiyotik kullanımını günümüzde değerlendirme ve geliştirme olan ülkeler yelpazesinde önemini hala korumaktadır. Antibiyotik direncinin gelişimindeкатksi olan önemli bir diğer faktör ise ülkeye antibiyotiklerin reçete olmadiği kullanılanların serbest olmasıdır. KKTC’dede serbest eczacıların antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi önemlidir.

YÖNTEM: KKTC’de bulunan 168 serbest eczana seçilen 84 eczanenin %50 yapan ve yeterli sağlık eczanede seçilmiştir. Antiklimatik antibiyotik kullanılarak (82/84) %97.6’inin bu talebi kararlaştırılmıştır. Anketler sorumlu eczacı uygun düşünceye uygulanmıştır.

Sonuçlar: KKTC’deki bulunan 168 serbest eczanedeki tabakalı systematic örnekleme yöntemi ile seçilen 84 eczanenin 4 bölgeye göre dağılımları; (36/84) %42.9’u Lefkoşa’da, (16/84) %19.0’ı Girne’de, (26/84) %31.0’ı Maşuşa’da ve (6/84) %7.1’i Güzelyurt’ta bulunan eczanedenden oluşmaktadır. Eczacılarda 2014 yılında en çok kişileri yapılan antibiyotiklerin hangi sistem ait olduğu sorulduğunda, dermatolojik infeksiyonlar için (1/84) %1.2, (73/84) %86.9 solunum sistemine, ürün sistem ve yüksek ateş için antibiyotiklerin (5/84) %6.0 eş dağılması sahip olduğu görülmüştür. Antiklimatik antibiyotik kullanılarak (82/84) %97.6’inin bu talebi karşılıklarını görülmektedir.

BULGULAR: Çalışma günü hastanemizdeki cerrahi kliniklerinde profilaktik antibiyotik kullanımı ve uygun olmayan antibiyotik kullanımının değerlendirilmesi önemlidir.

GİRİŞ-AMAÇ: Çalışmanın amacı hastanemizdeki cerrahi kliniklerinde profilaktik antibiyotik kullanımı ve uygun olmayan antibiyotik kullanımının değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: Yunus Emre Devlet Hastanesi’nde cerrahi servislerde antibiyotik profilakside ve uygun olmayan antibiyotik kullanımı bir iş yılında nokta prevalans çalışması ile değerlendirildi.

Çalışma süresi 2014’te Ortopedi, KVC, Genel Cerrahi, Uroji, Beyin Cerrahi, KBB kliniklerinde toplam 81 hasta dahil edildi. Hasta ve kullanılan antibiyotiklerin bilgisi bilgileri hastanenin infeksiyon kontrol komitesi hemşirelerin, hastanenin cerrahi bölümlerinde yatakta olan hastalar ziyaret edildigine ekiksiz dolduruldu.

Çalışmaya Yunus Emre Devlet Hastanesi’nde 02.04.2014 tarihinde Ortopedi, KVC, Genel Cerrahi, Uroji, Beyin Cerrahi, KBB kliniklerinde toplam 81 hasta dahil edildi. Hasta ve kullanılan antibiyotiklerin bilgisi bilgileri hastanenin infeksiyon kontrol komitesi hemşirelerin, hastanenin cerrahi bölümlerinde yatakta olan hastalar ziyaret edildigine ekiksiz dolduruldu.

Çalışma Süresi: 2014’te Ortopedi, KVC, Genel Cerrahi, Uroji, Beyin Cerrahi, KBB kliniklerinde toplam 81 hasta dahil edildi. Hasta ve kullanılan antibiyotiklerin bilgisi bilgileri hastanenin infeksiyon kontrol komitesi hemşirelerin, hastanenin cerrahi bölümlerinde yatakta olan hastalar ziyaret edildigine ekiksiz dolduruldu.

Çalışma Süresi: 2014’te Ortopedi, KVC, Genel Cerrahi, Uroji, Beyin Cerrahi, KBB kliniklerinde toplam 81 hasta dahil edildi. Hasta ve kullanılan antibiyotiklerin bilgisi bilgileri hastanenin infeksiyon kontrol komitesi hemşirelerin, hastanenin cerrahi bölümlerinde yatakta olan hastalar ziyaret edildigine ekiksiz dolduruldu.

Çalışma Süresi: 2014’te Ortopedi, KVC, Genel Cerrahi, Uroji, Beyin Cerrahi, KBB kliniklerinde toplam 81 hasta dahil edildi. Hasta ve kullanılan antibiyotiklerin bilgisi bilgileri hastanenin infeksiyon kontrol komitesi hemşirelerin, hastanenin cerrahi bölümlerinde yatakta olan hastalar ziyaret edildigine ekiksiz dolduruldu.
Tablo 1: Kullanılan antibiyotikler ve değerlendirilmeleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kullanılan antibiyotik</th>
<th>Uygun değil</th>
<th>Uygun</th>
<th>Toplam</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sefazolin</td>
<td>44</td>
<td>15</td>
<td>59</td>
<td>72.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Seltriaxson</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ertapenem</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Daptomisin</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Siprofloksasin</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>6.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Sefuroksim</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>2.5</td>
</tr>
<tr>
<td>İmipenem</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>2.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sulbaktam ampiplin</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>3.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Antibiyotik kullanımayan</td>
<td>7</td>
<td>81</td>
<td>88</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>51</td>
<td>23</td>
<td>74</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>


P02-06
Infektif endokardit tedavisinde daptomisin deneyimi

Serip Öztürk, Fatma Metin
İstanbul Mehmet Akif Erson Göküş Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Geniş aerobik ve anaerobik gram pozitif etkinliğe sahip, hızlı bakterisidal etkinliği, düşük yan etki profilini ve gündeme tek doz uygulama avantajları olan daptomisinin infektif endokarditli hastalardaki etkinliği araştırılmıştır.

YÖNTEM: 2013-2014 yılları arasında takip edilen 9 infektif endokardit olgusunda daptomisin 6mg/kg dozunda uygulanmıştır. Tüm vakaların adı kalp endokarditidir. Vakaların dördü protez, 5'i doğal kapak endokarditidir. Tüm vakalarda TEE'de vejetasyon tespit edilmiştir. 7 vaka opere edilmiş ve tümünde vejetasyon görülmüştür. 6 vakada kan kültür pozitifliği (2 MSSA, 2 MRSA, 1 MRKNS, 1 E. faecium) tespit edilmiştir. 1 vakada kan kültür ile uyumu doku kültür pozitifliği tespit edildi. Protez kapak endokarditinde daptomisininfampisının ile, doğal kapak endokarditinde gentamisin ile kombine edildi. Bir vaka postoperatif erken dönemde kaybedildi. Diğer vakalar 6 haftalık tedavi sonunda şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Daptomisin geniş gram pozitif patojen etkinliğine sahip olan silik lipopeptit sınıfi bir antimikrobiyaldır. Komplike deri ve yumuşak doku infeksiyonları, Staphylococcus aureus'un etken olduğu bakteriyemi ve sağ kalp infektif endokarditi için onay almıştır. Hızlı bakterisidal etkinliğinin yanında düşük MIC değerlerine sahiptir ve günde tek doz 4-6mg/kg infuzyon şeklinde uygulanabilir. Doku geçiş iyi olan, güvenli ve toler edilebilir bir ajan sayışı da da sol kap infektif endokardit tedavisinde önemli bir seçeneğ olarak karışıma çıkmaktadır.

P02-07
Kuzye Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde halkın antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışların değerlendirilmesi

Kaya Süer1, Aslı Aykaç2, Şanda Çalış3
1'Yükün Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD; Lefkoşa, KKTC
2'Yükün Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyofizik AD; Lefkoşa, KKTC
3'Yükün Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD; Lefkoşa, KKTC

GİRİŞ-AMAÇ: KKTC’de yaşayan kişilerin antibiyotik kullanım konusundaki bilgi, tutum ve davranışları araştırılmıştır. Yöntem; KKTC’de bulunan 168 eczanedan tabakalı sistemlik örnekleme yöntemi ile seçilen 84 eczana cecizciya ankette uygulandığı sırada eczanneden ilaç almachalı olan yetişkin bir kişiye uygulanan 22 soruluk ankettekiki kazanılmıştır.

BULGULAR: Anketi katılanların %58.3’ü kadın, %41.7’si erkek. Eğitim düzeyleri düşük (okuma/ yazma bilmeyen, ilköğretim mezunu) %7.2, eğitim düzeyi orta (lise mezunu) %33.3, eğitim düzeyi yüksek (yüksek öğretime, yüksek lisans/doktora) %59.5 olduğunu göstermektedir. Hastal kurumda hekim danışanlar %77.4; eczacıya danışanlar %14.3; tandik, komşu, akrobaya danışanlar %1.2; bitkisel tedavi uygulayanlar %4.8; evde bulunan ilaçları kullananlar %12.2, internetten araştırma yapılanların oranı %1.2 iken hemşere, sağlık personeline danışımı diyen kimse olmuştur. Arta kalan antibiyotikleri gerekliği zaman kullanmak üzere saklayanlar %61.9; çöpe atılanlar %28.6; sağlıklı kurulusaha verenler %6; isteyen tandıklara verenler %1.2, tuvaletli olanların oranı %2.4’ür. Evde hiç antibiyotik bulundurmayanların oranı %33.3; 1-5 kutu arasi antibiyotik bulunduranlar %60.7; 6-10 kutu arasi antibiyotik bulunduranlar %3.6; 10 kutuda fazla antibiyotik bulunduranlar %1.2’dir. Tarih geçtiği için atılan antibiyotik sayısı: 1-3 kutu arasi %54.8; 4-7 kutu arasi %8.3; 8-10 kutu arasi %1.2; 10 kutudan faz-
la %1.2 ve hiç atılmamaktadır diyenlerin oranı %34.5'tir. Saklama koşulları ile ilgili bilgi düzeyi soruları saklanıcı yar ve saklanırken dikkat ettiklere naktalar olmak üzere 2 ana başlıkta toplanmıştır. Saklanıcı yar: Buz dolabında %23.8, buzluğa/derin dondurucuda %1.2, oda sıcaklığında, serin ve kuru bir yerde saklandığı söyleylenin sayısı %75. Dikkat ettiğimiz: Hastalığa uygulununa bakanlar %86.9; son kullanma tarhine bakanlar %86.9; kullanma tarhina bakanlar %44; ambalajın bozulmamı olması bakanlar %32.1; hiç olmayan dikkat etmekle barcelona abant isaporlu olanlar %41.7, hekime danışarak antibiotik kullanlanlar %58.3. Antibiyotiklerin soğuk algınlığı ve öksürdüğü tedavi ettiği ne anılanların oranına %27.4 olduğu görürmektedir.


P02-08
Penisilin G: Unutmak için çok mu erken?

Denef Berzeg Deniz1, Serap Şimşek Yavuz2, Mutlu Şeyda Öcalmaz1, Ayfer Eren Şensoy1, Ayşe Ertürk3, Sabahat Çeken4

1'Dr. Siyami Ersek GKDC Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji /İstanbul
2İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD/Istanbul
3'Dr. Siyami Ersek GKDC Hastanesi, Tibbi Mikrobiyoloji / İstanbul
4'Dr. A.Y.Onkoloji EA Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji /Ankara

GİRİŞ-AMAC: Modern antimikrobiyal tedavi çağı penisilinin 1928’de Alexander Fleming tarafından keşfi ve 1940’lı yıllarda klinik kullanım girmesile başlayan ve infeksiyon hastalıklarının medikal tedavisinde büyük bir devrim yaşamıştır. Zamanla yeni antibiotiklerin kullanım girmesile penisilin giderek popülaritesini yitirmiş ve özellikle ülkemizde neredeyse hastane eczanelerinin ambalaj hekimine muayene olmadan eczaneden antibiyotik alanlar hiç birine dikkat etmeden antibiyotik kullanan %1.2. Antibiyotiklerin soğuk algınlığı ve öksürüğü tedavi ettiği ne anılanların oranına %27.4 olduğu görürmektedir.

SONUÇ: Türkiye’de IE’ti infeksiyon etkeninin izolasyon oranındaki artış (%5-84) (ortalama %68) olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran %72.4 olup, hastanemiz IE için referans hastanesi olarak olması ve birçok kompleks vakaların başvurularını merkezlerden hastanemeлизasyon oranlarınının daha yüksek olmasına nedeniyle bir engel oluşturur. Viridans grup streptokoklar penisiline ve diğer antibiyotiklere dirençli viridans streptokoklar çok nadirdir. Penisilin G ile tedavi edilen hastalardaki mortalite oranına göre çok daha düşük olması penisilin G’nin doğru endikasyonda ve MİK bakılarak kullanıldığında etkin tedavi sağladığı ve bu en eski antibiyotik unutulmamış bir göstergi olduğunu düşündürmektedir.

P02-09
Son bir yılda çalışılan kültür sonuçlarının değerlendirilmesi: Bir doğruevi örneği

Onur Ünal1, Tuba Öztürk1, Füsun Zeynep Akçam2

1Isparta İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Isparta
2Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Isparta

GİRİŞ-AMAC: Hastanemizde yatak kazanılan hastaların durumları arasında laboratuar semptomları idrarda ve takip kültür sonuçları ile üreyen bakterilerin antibiyotik direnç durumları retrospektif olarak incelenmiştir.

YÖNTEM: Çalışmamızda 01.01.2014-01.01.2015 tarihleri arasında hastanemizde yatak kazanılan hastaların durumları retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Bir yıllık dönemde hastanemiz başvuran hastalardan 4420 idrarda örneği, 219 kan örneği kültür için gönderilmiştir. Idrar kültürlerinin 686 (%15.5)’inde üreme saptanmıştır. En sık izole edilen etken E. coli (%72.9) iken, bunu siklik sırasına göre Klebsiella spp. (%9.7), Koagülaz-negatif stafilocok (KNS) (%7), Enterobacter spp. (%4.1), Proteus spp. (%3.6), Enterococcus spp. (%1.6), Pseudomonas aeruginosa (%1.1) izlemiştir. E. coli ve
Klebsiella spp. izolatlarının %13.6 ve %30.3’ünde genişlemiş spetktrumu beta laktamaz (GSBL) varlığı arastırılmış, bunların %72 ve %95’inde pozitif olarak bulunmuştur. Üreyen bütün E.coli ve Klebsiella spp. izolatlarının değerlendirilmesinde ise 3. kuşak selalosporin duyarlığı sırasıyla %80.2 ve %47 olarak saşlanmış, karbapenem dirençli su gözlenmemiştir. Pseudomonas suşırlarında da karbapenem direnci gözlenmemiştir. İzole edilen enterokoklar arasında glikopektit direnci saşlanmış, %36.3’ünde ampinsil dirençli gözlenmiştir. KNS suşırlarının %58.3’ünün oksasıl direnci olduğu görülmüş. Kan kültürlerinin %14.1’inde üreme olup, izole edilen etkenler Koagülaz-negatif stafilokok (%80.6), streptokok türleri (%16.2), E.coli (%3.2) olarak tespit edilmiştir. Kan kültürlerinde üre做的 KNS suşırlarının %68’inin oksasıl direnci olduğu, üreyen tek E.coli suşunun GSBL salgıladığı görülmüş.


P02-10 Kandidüri ve kandidemi tedavisinde anidulafugin deneyimi

Filiz Kızılates. Nefise Öztoprak, Alper Tahmaz, Mustafa Yorulmaz

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya


BULGULAR: Toplam 104 hasta ve 122 antibiyotik kullanımı değerlendirildi. Hasta olgusunda %43’ü kadın, yaş ortalaması 59 (ss: 23, 3-93) olarak bulundu.
Tablo 1: Vankomisin, teikoplanin ve linezolid kullanım uygunluğunun değerlendirilmesi

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Vankomisin N=54(%)</th>
<th>Teikoplanin N=48(%)</th>
<th>Linezolid N=20(%)</th>
<th>Toplam N=122 (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kullanım uygunluğu</td>
<td>34(63)</td>
<td>42(88)</td>
<td>18(90)</td>
<td>94 (77)</td>
</tr>
<tr>
<td>Başlama uygunluğu</td>
<td>40(74)</td>
<td>44(91)</td>
<td>18(90)</td>
<td>102(84)</td>
</tr>
<tr>
<td>Başlanmadan önce kültür alınması</td>
<td>42(78)</td>
<td>33(68)</td>
<td>18(90)</td>
<td>93(76)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ortalama Süre(gün)</td>
<td>8</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 2: Vankomisin, teikoplanin ve linezolid antibiyotiklerinin gereksiz kullanımının değerlendirilmesi

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Vankomisin N=13(%)</th>
<th>Teikoplanin N=29(%)</th>
<th>Linezolid N=11(%)</th>
<th>Toplam N=53(%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gereksiz devam</td>
<td>5(38)</td>
<td>3(17)</td>
<td>2(16)</td>
<td>12(23)</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;7 gün</td>
<td>5(100)</td>
<td>3(60)</td>
<td>2(100)</td>
<td>11(92)</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;14 gün</td>
<td>2(40)</td>
<td>2(40)</td>
<td></td>
<td>5(42)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Toplamlarda 122 kullanılan 93’ünden kültür alınmış ve bunların 61 kullanımda örne olmayan 2 kullanımda MRSA izole edildi. Toplam 54 vankomisin kullanımın %7’inde ilk 7 giinde "vankomisin düzeyi" 1 kez kontrol edildi, 1 tanesinde ilk 14 giinde "vankomisin düzeyi" kontrol edildi.

SONUÇ: Bu çalışmanın güçlü tarafı prospektif olarak yapılmış olmasıdır. Çalışmanın kısıtlılığı ise kullanım haftada 1 gün yapılan kontrollerde tespit edilmiştir. Tüm kullanımlar değerlendirilmemiştir.

GİRİŞ-AMAÇ: Kendi kendine antibiyotik kullanımı ülkemizde yaygın bir sorundur ve hizla artan antibiyotik direnç oranları gibi nedenlerle toplum sağlığına olumsuz etkileri vardır. Bu çalışmada hasta nesilin sağlık çalışanlarının kendi kendine antibiyotik kullanım durumlarının ve davranışlarının incelenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışma sağlık çalışanlarının antibiyotik kullanımı davranışlarının belirlenmeye yönelik yüz yüze uygulan anket çalışması şeklinde planlandı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan personelin 15 tanesi erkek ve 54 tanesi kadın olup yaş ortalamaları 31.63±1.55 yıl olarak hesaplandı. Son 3 ay içerisinde herhangi bir antibiyotik kullanmanın oranı %68.1 (n=47) olarak belirlendi. İlç alınanların büyük bir kısım (%50.7, n=35) kullanımları ilacı rezetesi olarak almıştı. En çok daha önce kullanulan ve iyi geldiğine inanan antibiyotikler kullanılar, ikincisi slıkhtı herhangi bir doktorun sözsel tavsiyesi, üçüncü sıxlıkta da eczacı tavsiyesi ile kullanıldıgı belirlendi. Antibiyotik kullanımların yoğunluğunun siyakatleri geçtiğinde antibiyotik kullanımı bıraktığı tespit edildi. Yine en çok both ağrısı siyaketi nedeniyle antibiyotik başlandı, bunu geniş aktıntısı, ateş, öksürük, balgam, halsızlık gibi siyakatların izlediği belirledi. İşte be-ta-laktam grubunun ikinci sıxlıkta kinolonların kullanıldığı, beta-laktamlardan da en sık beta-laktam+beta-laktamaz inhibitorüli kombinasyonların kullanıldığı, bunu penisilinler ve sefalosporinlerin takip ettiğiaptarılandı.

SONUÇ: Sağlıklı çalışanlar arasında da kendi kendine antibiyotik kullanım oranlarının yüksek olması uygunsuz antibiyotik kullanımının tehlikesi boyutlarına ulaşabileceği göstermektedir. Bu nedenle akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili tüm toplumun kapsayacak şekilde etkin eğitim programları düzenlenmelidir.

P02-13 Daptomisin kullanımına bağlı kreatin kinaz (CK) yükseklüğü: Olgu sunumu

Zeynep Süle Çakar, Ayten Kadanali, Behiye Dede, Şenol Çomoğlu, Sinan Öztürk, Gül Karagöz, Mehmet Fathi Bektasoğlu, Fidan Kuş Doğan

Umranıye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul


OLGU: Ateş yükseklüğü ve bel ağrıısı nedeniyile acil servise başvuran 52 yaşında bayan hastanın lomber vertebra MR’ında L4-L5’te sp sondiplodiskiti uymulu görünümü olması üzerine Umranıye EAH Beyin Cerrahi Kliniğinde disk biyopsisi yapılmıştır. En sonuncusu bir buçuk yıl önce olmakta beraber, bilinen dört kez lomber disk herni operasyon öyküsü olan hasta, biyopsi sonrası...
infeksiyon hastalıkları servisine nakil alındı. Ampisilin-tazobaktam 4x1,5 mg iv ve daptomisin 1x500 mg iv başlandı. Alınan materialde MSSA üreven hastada; yatışının 11. güne, alt ve üst ekstremitelerde siddetti kas ağrısı gelişti. CK değerinin 2940 U/L gelmesi üzerine daptomisin kesildi. Kontrol CK değeri 6358 U/L gelen hastanın dahiliye ve nefroloji görüşü alınarak parenteral sıvi tedavi düzenlendi. Güncük CK takibi yapıldı. Takipinde CK’i normale gelen hastanın 4 hafta tamamlandığı sonucunda 3 ay daha oral tedavi alma planlanarak taburcu edildi.


P02-14
Piperasilin-tazobaktam preperatif uzun sürelli kullanımının gerekli durumlarda gelişen lökopeni ve nötropeni olguları

Kemal Avşar, Arzu Tiğlı
Isparta Devlet Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Günümüzde antimikrobiyal kullanımı yaygınlaşmış, antibakteriyel ilaçların çeşitliliği de artmış bulunmaktadır. Kullandığımız ilaçların advers etkilerinin konusunda ise bildirim konusunda eksiiklik olduğunun duşundüğümüz için kendi hastanemizde literatür eşliğinde bir icat olmasına karşı bir ekip olarak advers etkisini sunmayı amaçladık. YÖNTEM: Isparta Devlet Hastanesinde uzanmış antibiyotik kullanımı gerektilen laparoskopik kolesistektomide, appendektomi, postoperatif rétroperitoneal apse tanısı ve akciğer apsisi tanısı ile piperasilin-tazobaktam 4,5 gr 3x1 iv başlanmış 2 hasta cerrahi servisinde antimikrobiyal tedavi izlenmiş.

SONUÇLAR: İki hastanın klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi sonucunda birinci hastada tedavinin 25., ikinci hastada ise tedavinin 29. günesine tabi tutulması gerekli olduğu bildirildi. Her iki hastanın da ek hastalıkları nedeniyle ilaçlanılmış olgu medikal tedavilerde bu tabloyu yavapabileceğini düşündüğümüz olasak bile süpheli ilaç olduğu tahmin ettikimiz piperasilin-tazobaktam kullanımının kesilmesi takiben ertesi gününde lökopeni ve nötropeni tablolarının düzeldiği gözlenmiştir.

SONUC: Literatürde; Clinical Infectious Disease dergisinde yayılan bir makalede çokluaklarda 2 hafta-yan aphan tedavilerde piperasilin-tazobaktam tedavisinin tıkarsılın-klavulanol ile karşılaştırıldığında artmış nötropeni ile birlikte olduğu bildirilmiştir. Bizde uzmanı tedavi gerekçesinden ve piperasilin tazobaktam kullandığımız 2 hastada tedavinin 25 ve 29. günlerinde nötropeni ve lökopeni ile karşılaştık. İlcimiz réussimiz günden sonra 24 saat içinde advers etkinin ortadan kalktığını gördük. Bu bildiride uzmamız tedavilerde antimikrobiyal tedavilerle küçük bir dayanak olması ve daha fazla bu ve buna benzer konularda bildirim yapılması gerektiği düşündüğümüz için hazırlanıktır.

Table 1: Hasta BG

<table>
<thead>
<tr>
<th>Giriş-Amaç</th>
<th>31.12.2014 2.gün</th>
<th>02.01.2015 4.gün</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>WBC</td>
<td>1700/ul</td>
<td>3100/ul</td>
</tr>
<tr>
<td>PNL</td>
<td>390/ul</td>
<td>1080/ul</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5400/ul</td>
<td>3200/ul</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Table 2: Hasta HY

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>WBC</td>
<td>2800/ul</td>
<td>3300/ul</td>
<td>4400/ul</td>
</tr>
<tr>
<td>PNL</td>
<td>1460/ul</td>
<td>1570/ul</td>
<td>1570/ul</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P02-15
Ertapenem tedavisi bağılı epileptik nöbet gelişen olguların değerlendirilmesi

Melisa Çağla Sönmez, Ebru Aktepe, Metin Özsoy, Necla Tülek, Fatma Şebnem Erdinç, Günay Ertem
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji


OLGU: Ocak-Aralık 2014 tarihleri arasında klinikimizde takip edilen 48 hastada toplum kaynaklı ve nozokomiyal infeksiyonların tedavisinde ertrapenem tedavisi kullanıldı

-215-

SONUC: Çalışmalarda karabşanav kullanımı bağlı santral sinir sistemi yan etkilerinin sıklığı farklı oranlarda da bilirlenirken (en sık baş ağrısı) epileptik nöbet gelişimin sıkılıguna etkileyici olarak verir yoruk. Özellikle yaşayan hastalarda, geçirilmiş epileptik nöbet ve serebrovasküler olay öyküsü olan, eşlik eden kronik böbrek hastalığı varlığında er étapenem tedavisi sırasında nöbet gelişimi açısından dikkatli olunması gerektiği vurgulamaktayız.

Tablo 1: Ertapenem Tedavisi Srasında Epileptik Nöbet Gelsen Olguların Klinik Özellikleri ve Önemli Laboratuvar Sonuçları

GİRİŞ-AMAÇ: Akut pankreatit pankreasın akut inflamasyonunudur. Akut pankreatit tanısı için genellikle sıra doğru yayan akut başlangıcı, israrlı, şiddetli epidetik ağrı, serum amilaz veya lipaz değerinin 3 katı artması veya üst sınırların üzerinde olması, görontüleme yöntemleri ile akut pankreatite özgül bulguların olması kriterlerinden ikisinin bulunması yeterlidir. Olguların %80 kadarında etyolojik ajan olarak safra taşları ve alkollar karışımı çıkmına rağmen nadir nedenlerden biri de ılaçlardır.


P02-16
Tigesikline bağlı gelişen nadir bir yan etki: Akut pankreatit

Nur Benzonana1, Zeynep Dereli2, Yasemin Zeytin1, Müjdettar Özbek2, Hakan Ahmet Acar2, Serdar Özer1

1'Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
2'Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanezi, Yara ve Yanık Merkezi, İstanbul

P03-01
Kafkas Üniversitesi Tip Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarında kan kültürlerinden izole edilen bakterilerin dağılımı

Murat Karameş1, Osman Acar1, Eda Tuğçe Şimşek2, Zakir Zeki Çalış1

1Kafkas Üniversitesi, Tip Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dali, Kars
2Kafkas Üniversitesi, Tip Fakültesi, Kars
**GİRİŞ-AMAÇ:** Yapılan çalışmada, Kafkas Üniversitesi Tip Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 01.01.2013 – 30.10.2014 tarihleri arasında tedavi gören hastaların kan kültürlerinden izole edilen mikroorganizmaların dağılımı ve antibiyotik duyarlılıklarını saptamak amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Hastanemiz Mikrobiyoloji Laboratuvarında kan kültürleri Becton Dickinson kan kültür cihazında takip edilmiştir. Araştırma süreci boyunca 1456 can kültürü üzerinden çalışılmış ve 240’ında (%16.5) üreme saptanmıştır. Bu 240 hastanın 143’ü (%59,6) erkek 97’si (%40,4) kadındır.

**BULGULAR:** Üreme saptanan 240 izole; dahiliye yoğun bakım (n=114, %47.5), cerrahi yoğun bakım (n=22, %9.1), kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım (n=16, %6.6), pediatri (n=7, %2,9), göğüs hastalıklar (n=8, %3.3), uroloji (n=10, %4.1), dahiliye (n=22, %9.1), nöroloji (n=9, %3.7), genel cerrahi (n=4, %1,6), kardiyoloji (n=2, %0.8), infeksiyon hastalıkları (n=20, %8.3) ve acil (n=6, %2,5) servislerinden gelmiştir. Laboratuvarımıza gelen kan kültürlerinde en çok izole edilen bakteriler koagüla negatif stafilocoklar (KNS) olarak saptanmıştır. İzole edilen diğer bakterilerin dağılımı Tablo-1’dede verilmiştir. İzole edilen 63 S.aureus suşunun 32’si metisiline dirençli (MRSA), 311 metisiline duyarlı (MSSA); KNS’lerin ise 38’i metisiline dirençli (MRKNS), 54’ü metisiline duyarlı (MSKNS) olarak bulunmuştur. Metisiline direnci S.aureus için %50,7 KNS’ler için %41,3 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalar- da ESBL pozitif bakteri sayısı 17 olarak belirlenmiştir.

**SONUÇ:** Her hastane belirlialarla infeksiyon etken dağılımlarının ve antimikrobiyal duyarlılığı belirlenmelidir. Böylece antibiyotik kullanım politikalarının belirlenmesi ve etkin ampırık tedaviyi sağlamak adına önemli bir adım atılacaktır.

**Tablo 1:** Kan kültürlerinden izole edilen bakteriler ve oranları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mikroorganizmalar</th>
<th>N</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Brucella spp.</td>
<td>5</td>
<td>2,1</td>
</tr>
<tr>
<td>E.coli</td>
<td>39</td>
<td>16,1</td>
</tr>
<tr>
<td>K. pneumoniae</td>
<td>11</td>
<td>4,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Difteroid basil</td>
<td>6</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td>P. mirabilis</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>P. aeruginosa</td>
<td>12</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Candida spp.</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterococcus spp.</td>
<td>3</td>
<td>1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Hafnia alvei</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Micrococcus spp.</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>S. aureus</td>
<td>63</td>
<td>25,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Koagüla Negatif Staphylococcus (KNS)</td>
<td>92</td>
<td>37,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Acinetobacter baumannii</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>240</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**GİRİŞ-AMAÇ:** Hepatit C virüsü (HCV), kronikleşen viral infeksiyon nedenlerinin başında gelmesi nedeniyile dünyada ve ülkemizде önemli bir sağlık sorunu olarak öne sürülmüştür. Bu çalışmada son iki yıl içerisinde anti-HCV pozitifik oranlarının saptanarak, yaş gruplarına göre dağılımlarının incelenmesi amaçlanmıştır.


**BULGULAR:** Toplam 8138 hastanın anti-HCV verileri analiz edildi. Anti-HCV pozitiflik saptanılgı hastaların sayısı 41 (%0,5) olarak bulundu. Bunların 24’ü (%58,5) erkek ve 17’si (%41,5) kadın hastalardır. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; anti-HCV pozitifliği 0-16 yaş grubunda %0,0, 17-30 yaş grubunda %19,5, 31-40 yaş grubunda %9,8, 41-50 yaş grubunda %17-1, 51-60 yaş grubunda %7,3 ve 60 yaş üzerinde %46,3 olarak saptandır. İlk başvuruların infeksiyon yanda iç hastalıkları polikliniklerine yapan anti-HCV pozitif 17-30 yaş grubu hastaların oranı %87,3, 30 yaş üzerinde hastaların oranı ise %21,2 olarak saptandır.

**SONUÇ:** Seropozitif oranının 60 yaş üzerinde en yüksek seviyede olduğu tespit edildi. 0-16 yaş grubunda ise pozitiflik görülmüştür. Genç hastaların siklika ilk başvurularının infeksiyon yada iç hastalıkları polikliniklerine yapmaları, yaşlı hastaların ise çocuklukla diğer servis ve polikliniklerde görülüyor olması, HCV’nin gençlerde daha sempatik seyrediyör olabileceği düşünüldür. Anti-HCV pozitifliği farklı bölgelerde farklı prevalansa sahip olması nedeniyle, her hastanenin epidemiyolojik verilerini ortaya koyarak, olası bulaş yollarının tespit edilmesi ile hastalığın siğlinece azaltabileceği, ayrıca erken dönemde saptanması ile ilerleyen dönemde gestiónlecek kompleksiyon riskinin önüne geçilebileceği düşünülmüktedir.
GİRİŞ-AMAC: Bu çalışmada son iki yıl içerisinde Ünye Devlet Hastanesine başvurulan kişilerde anti-HBs ve HBsAg pozitiflik oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ocak 2013-Aralık 2014 tarihleri arasında Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na çeşitli kliniklerden gönderilen hasta serumlardan ELISA yöntemiyle test edilen HBsAg ve Anti-HBs sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya ait hastaların tekrar sonuçları dahil edildi. HBsAg ve Anti-HBs pozitifliği saptanan olgular, cinsiyetlerine ve yaş gruplarına göre dağılımları irdeledi.

BULGULAR: HBsAg pozitif çalışanın 20934 hastanın 635'inde (%3.0) pozitif sonuç saptandı. Bunların 346’ı (%53.5) erkek, 295’i (%46.5) kadın hastaydı. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde HBsAg pozitifliği en sık (%25.6) 17-30 yaş grubunda ve ikinci sıralıkta (%23.7) 31-40 yaş grubunda görüldü. HBsAg pozitif hastaların yalnızca %2.3’ü 0-16 yaş grubunda saptandı. Anti-HBs pozitif 15583 hastanın 6788’inde (%43.5) pozitif tespit edildi. Anti-HBs pozitif hastaların %58.5’inin 0-30 yaş grubunda yer aldığı görüldü.


GİRİŞ-AMAC: Bir otele hekiminin, Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü’ne,常务副クラスにquote;06.10.2014 tardehden itibaren akut gastroenterit semptomları gösteren vakalar olduğunu bildirdiği üzerine olası salgının bo- yetmek için etken/etkenleri, kaynağı ve bulaş yolunun Epidemiyoji' olarak sahnelemek ve gelecekte ortaya çıkabilecek salgınları önyetmek için kanıta dayalı öneriler geliştirilmesi amacıyla incelemeye yapılır.

leçe düşünüldü. Otelde çevresel hijyen uygulamaları ve suyun klorlanmasını ile salgın kontrol altında alındı. İlgili otoriteler bilgilendirildi; içme ve kullanıma amaçlı ruhsat alınan kuyuların etkin kontrollerinin gerektiği haturlatıldı.

**Şekil 1:** Otel Kuyu Suyu Bilgisi ve 14.10.2014 Tarihinde Numune Alınan Noktalar

**Şekil 2:** Olası vakaların semptom başlama zamanına göre dağılımı (n=66)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tablo 1: Araştırıldığında alınan su numuneleri sonuçları</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Örnek (Numune sayısı)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Otel muhtarı ve Bulapkhane Mutfak Suyu (8 adet)</td>
</tr>
<tr>
<td>Personel yemekhanesi Sebil suyu (1 adet)</td>
</tr>
<tr>
<td>Buz makinesi (1 adet)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuyu Suyu (6 adet)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**P03-05**
Osmaniyeli İl, Kadirli İlçesi Gida Kaynaklı Salmonella Enteritis Salgını- Nisan 2014
Nalan Karakoc1, Nesrin Ata2, Ali Göktepe3, Fehminaz Temel1, Kahraman Tunçkol2, Belkıs Levent2, Eftal Bilge Demir2
1Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Erken Uyan Çevap ve Saha Epidemiyolojisi Dairesi
2Osmaniyeli Kadirli Toplum Sağlığı Merkezi
3Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarı

**GİRİŞ-AMAC:** Salmonella, kontamine gidalardan kaynaklanan sağlık sorunlarında sık rastlanmıştır. etkenlerden birdiri. 19 Nisan 2014 tarihinde Osmaniyeli-Kadirli İlçesinde bir okulda ishal salgını yaşandığı iddia edildi. Personel yemekhanesi ve Sahanın etkin kontrollerinin gerekliliği haturlatıldı. Enformasyonun alınması amacıyla sağa araçılması yapılmıştır.

**YÖNTEM:** İçecek hastaların müracaat ettiği iki hasta- ne kayıtları taranarak ve okul kayıtları ile karşılaştırıldı. Retrospектив kohort çalışması planlandı ve o gün okulda bulunan 461 öğrencinin dokunulduğu yüzde yüzü anket uygulandı. 18-20 Nisan tarihler arasında okulda bulunan, ishal veya kusma, karın ağrısı ve ates şikayetleri ile kesin bir vaka, kişide kültüründe S.Enteridis kullanılanın vaka olarak kabul edildi. Yemekhanelerdeki numuneleri alınanın ana teşhisini, kontrol önlemlerinin alınması amacıyla sağa araçılması yapılmıştır. yenilenmesi kontrol önlemlerinin alınması amacıyla sağa araçılması yapılmıştır.

**SONUÇ:** Salmonella etkeninin neden olduğu bu salgının kontamine eklerpastanın tüketimine bağlı olarak ortaya çık-tiği düşünülmektedir. Kontaminasyon Salmonella içeren yumurtanın kullanılması kabin uygun şekilde temizlene- denkremannın hazırlanması sırasında dağıtılmış olması. İçle Gida ve Tarım Müdürlüğü tarafından imalathanenin gheçi olarak kapataıldığı ve okul mutfağı ve yemekhanesinde hijyen denetimi sağlanması. Infeksiyon kontroi önle- miz için gida madde salgınının sertifikasyonu, öğrencinin ve sağlıkçinin güvenliği konusunda eğitilmesi önerildi. Halk sağlığı açısından toplu yemek servislerinde hijyen ve sanitasyon; gida hazırlanma, pişirme nakil ve servisin her aşamasında önem taşımaktadır.
**Şekil 1:** Salgın Eğrisi, Vakaların zamana göre dağılımı (18-21 Nisan 2014)

---

**Tablo 1:** Vakalar ve Sağlamlarda Yemeklerin Tüketiminin Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yemekler</th>
<th>Hastal Sayısı</th>
<th>Hasta-Yüzde</th>
<th>Sağlam Sayısı</th>
<th>Sağlam-Yüzde</th>
<th>Rüyatif Risk (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eker Pasta</td>
<td>341</td>
<td>95</td>
<td>20</td>
<td>5</td>
<td>34.5 (8.8-135)</td>
</tr>
<tr>
<td>Çökelesi Ekmek</td>
<td>159</td>
<td>87.4</td>
<td>23</td>
<td>12.6</td>
<td>1.2 (1.1-1.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Patateslı Börek</td>
<td>262</td>
<td>79.2</td>
<td>69</td>
<td>20.8</td>
<td>1.0 (0.8-1.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mercimek Çorba</td>
<td>127</td>
<td>84.1</td>
<td>24</td>
<td>15.9</td>
<td>1.1 (1.0-1.2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ayran</td>
<td>273</td>
<td>79.8</td>
<td>69</td>
<td>20.2</td>
<td>1.0 (0.9-1.1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**P03-06**
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hastalarda pnömokok, influenza, hepatit B aşılama oranları

İnci Yilbaş Kılıç¹, Erdal Kılıç²

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Kayseri
²Sağlık Bakanlığı Ahmet Övezissor Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği, Kayseri

**GİRİŞ-AMAÇ:** Aşılama, korunulabilir hastalıkların ve ölümün önlenmesi açısından en önemli toplum sağlık özelliği müdühaleleri arasında yer almaktadır. Altmış yaş ve üzeri yaş grubunda kontrendikasyon yoksas herkese influenza, pnömokok aşısı önerilmektedir. Bu çalışma ile Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi (KEAH) genel dahilinde polikliniklerine herhangi bir şekilde başvuran 40 yaş üzerindeki kişilerde pnömokok, influenza, hepatit B aşılama oranlarını ve aşılamanın kişilerde aşılamanın nedenlerini saptamak amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** KEAH’ne başvuran 40 yaş üzerindeki 1000 hasta bu çalışmaya alındı. Hastaların demografik veri, hastalıklar kaydedildi. Bin kişiye toplam 13 soruluk anket uygulandi. Tüm veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences 20) istatistik programında kaydedildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 1000 kişinin %46.9’u kadın (469/1000), %53.1’i erkekti. Çalışmadaki kişilerin %45.3’ü işsizdi ve %77.2’si kentsel bölgede %22.8’i kırsal bölgede yaşamaktaydı. Bin kişinin %49.9’unda alt hastalığ mevcuttu. Alt hastalıkların yaklaşık %6 ile 12 sırasıyla; hipertansiyon (%25.3), diabetes mellitus (%22.8) ve kronik obstruktif akciğer hastalığı (%21.9) saptanmıştır. Anket sonuçlarına göre 819 kişinin (%81.9) pnömokok aşısı, 736 kişinin (%73.6) influenza aşısı ve 733 kişinin (%73.3) hepatit aşısı yaptıkları saptanmıştır. Anket katılan kişilerin %9.1%’ı anket diye soruları 569 kişinin ne olduğunu bilirken 339 kişinin ne olduğunu belirtmediği gözlemiştir. Kişilerin eğitim düzeyi ile aynı doğru tanımlayabilmek amacıyla istatistiksel bir fark saptanamamıştır ($p=0.094$). Neden aşılanmamış ve sorusuna alınan Şekil 1’den de gösterilmiştir.

**SONUÇ:** Ülkemizde erişkin dönemde aşılama ve aşılı programları ile ilgili hazırlık olma durumu ve ulaşılayabilirmiçocukluğunuz dönemini kadar yetişirildi. Sağlıklı hastalığı zaten yapan çok ve üzerindenki kişiler için özellikle bu üç aşısı kapsayan risk grupları belirlenemeli ve kontrendikasyon yoksas kişiler aşılantılı, şahsinin durumları da mutlaka düzenli kontrollerle takip edilmelidir. Sağlık hizmetlerinde ilk hedeflerimizden biri toplumu bulaşıcashastalıkları karşı korumak olmalıdır.

**Şekil 1:** Ankete katılan kişilerin neden aşılamanamadıklarını daired verileri cevaplar

---

Cevap 1: Bu aşılardan haberim yoktu; cevap2: Bu aşılardan haberim yoktu; cevap3: Bu aşılardan haberim yoktu; cevap4: Bu aşılardan haberim yoktu; cevap5: Bu aşılardan haberim yoktu; cevap6: Aşı alışkanlığı yaşamışım, bu yüzden bu aşılardan haberim yoktu.
GİRİŞ-AMAÇ: Dünyada yaşlı populasyonu giderek artmaktadır ve bu nedenle yatan hastalıkları nedeniyle hastaneye daha fazla başvurmaktadır. Bu çalışmada, hastanemizde 65 yaş üzerindeki hastaların %61’si ve tedaviler arasınacluslarının bu gruptaki sikliği ortaya koymak ve iki yıl arasındaki değişimleri ortaya koyma amaçlanmıştır. 


BULGULAR: 711 yatakla hastanemizde, çalışma günü olan hasta sayısı 617 idi. Hastaların %26’sı (n:158) %65 yaş üzerindeydi. Hastaların %40’ı (n:63) kadın, %60’ı (n:95) erkekti. Hastaların %52’si (n:82) dahi, %41’i (n:65) cerrahi serviserde ve %7’si (n:11) YBÜ lerinde yatmaktadır. Bu yaş grubundaki hastaların %38’ine (n:60) infeksiyon tespit edildi. Infeksiyon tespit edilen hastaların %78’i (n:47) dahi serviserde yatmaktadır ve infeksiyon hastaları, göğüs hastalıkları ve hematoloji servislerini infeksiyonu olan hastaların en sık yatığı servislerdi. En sık altta yatan hastalar maligniteler, hiper-tansiyon, KOAH ve diyabetti. En sık görülen infeksiyonlar sırasıyla pnömoni, yumuşak doku infeksiyonları ve üriner sistem infeksiyonlardı ve bu infeksiyonların %58’i (n:35) toplum kökenliydi. Infeksiyon gelişen 60 hastanın %23’ü (n:14); toplam 17 etken izole edildi. İzole edilen mikroorganizmaların %59’unu (n:10) gram negatif, %29’unu (n:5) gram pozitif bakteriler ve %12’sini (n:2) mantarlar oluşturmuştur. E.coli, P aeruginosa ve E. faecalis en sık izole edilen mikroorganizmalarıdır. En sık kullanılan antibiotikler beta laktam- beta laktamaz inhibitoirleri, karbapenemler, teikoplanlar ve daptomisin olarak tespit edildi.


BULGULAR: Olguların 66(%56.9)’u erkek, 50(%43.1)’si kadının, yaş ortalamaları 42 idi. Yaş ortalamaları erkek hastalarda 42,42±14,85, kadın hastalarda 43,38±15,55 saptandı. Hastaların 101 (%87.1)’inin kısral kesimden, 15(%12.9)’unun ise bir kısral kesiminden gelmekezinden belirlendi. En sık buluş yolu hastaların 70(%60.3)’inde ciğ süt ve ürünlerin kullanımını, 94 (%81)’ünde hayvancılık ugraşın adı. Olguların önceden 21 olgunun (%18.1) Mayıs, 22 olgunun (%19) Haziran ve 23 olgunun (%19.8) Temmuz aylarında olduğu görülüyor. Olguların çocukluluğunu çifçil ile 75(64.7)’olustrumaktaydı. hastaların en sık başvurdu çifçil etek 85(73.3), terleme 91(78.4), halsizlik 99(85.3), ek olarak ağrısı 68(58.6), bel ağrısı 69(59.5), diğer olarak ise 68(58.6) iken en sık saptan fizik muayene bulguları da ortalatış 64(55.2), atriit 8(6.9), skrotal sızıkli 6(5.2), lenfadenopati 1(0.9) idi. Olguların 77(66.4)’inde C-reaktif protein, 72(62.6)’inde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH)’nda artış, 34(29.3)’ünde serum transaminaz yüksekliği, 23(19.8)’ünde anemi, 11(9.5)’inde lükostoz, 5(4.3)’inde lükopeni, 9(7.8)’unde trombo-sitopeni saptandı. Olguların 104(89.7)’ünde Wright testi 1/160 ve üzeri saptandı. 21 olguna (%18.1) kan kültüründe Brucella melitensis üremesi görülüyor. Olguların 9 (%7.8)’unda sakroile, 4(3.2)’ünü spondilo-diskit, 8(6.9)’undaki atriit, 6(5.2)’sında epididimoşrit, 3(2.6)’ında depresyon komplikasyonları saptandı.

SONUÇ: Bruselloz, ülkemizde en yaygın olarak görülen sistemik zoonotik bir hastalıktır. Bruselloz, brusellozun semptom ve bulgularının değerlendirilmesi için, özellikle endemik bölgelerde hayvancılık ugraşının önlenmesi, ciğ süt ve ürünlerin kullanımını, atriit, terleme, ek olarak ağrının saptanması ile hayvancılığın etkileşimi ile bu bulguların önlenmesi ve önlenmesi açısından önemini dünyaktır.
P03-09  
S.B. Ankara Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2008-2014 yılları arasında vankomisin direnci enterokok surveyası

Yunus Gürbüz, Asiya Tekin, Ganie Sevinç, Emin Ediz Tütüncü, Esgenül Şendağ, Ayşun Acun, Günül Çiçek Şentürk, İrfan Şencan

Sağlık Bakanlığı Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, Ankara


BULGULAR: 2008-2014 yılları arasında toplam 4419 hastadan 7966 rektal sürüntü kültür alınmıştır. Toplam 482 hastada VRE kolonizasyonu saptanmıştır. Ayı döndeme 197’si yoğun bakım ünitesi, 189’u dahili ve cerrahi klinikler, 6’sı ise acil servisten alınan hastanın immun sistemini baskılama kapasitesi olmaktadır. VRE’nin saptanığı hastaların dördü rektal ve genital izolatlardır.

SONUÇ: Rektal sürüntü kültürlerini VRE taraması yapılmasına rağmen, hastaların yanı sıra VRE infeksyonu sansesinde kolonizasyonun gösterilmesini olanak olmayanları saptanmıştır. VRE surveyasının saptanmasından sonra, standart önlemlere yer vermekle hastaların tedavi açısından daha avantajlı bir duruma girebilmektedir.

Tablo 1: Yillara Gore Etken Olarak Belirlenen VRE İzolatlarının Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yılı</th>
<th>Kan</th>
<th>İdrar</th>
<th>Yara</th>
<th>Periton Sıvısı</th>
<th>BOS</th>
<th>Toplam</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2008</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>23</td>
<td>17</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
<td>51</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

P03-10  
Hastanemiz kandidemi etkeni C. glabrata izolatlarının klonal yakınlık ve antifungal duyarılıkları

Yasemin Çağ1, Demet Haciseyitoğlu2, Mustafa Yılmaz1, Serdar Özer1

1Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyolojileri Kliniği, İstanbul
2Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Son yıllarda immun sistem baskılanmış ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların sayısındaki artışta bağlı olarak invaziv kandida infeksyonlarının görülme sıklığı artmıştır. Profilaksi veya tedavi amacıyla fluconazol kullanılmaktadır. Candida glabrata fluconozol direnci süslar arasında
en sik izole edileniard ve hastanemizde yatan hastaların kandidemi izolatlarını arasında C. albicans ve C. parapsilosis'ten sonra 3. sıradan geldiklerdir. Bu çalışmada hastanemizde kandidemi etkilenmiş olan C. glabrata izolatlarının antifungal duyarlılık durumunun ve aralardaiki klonal yakınının incelenmesi dolayısıyla hastanemiz epidemiyojik verilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.


SONUÇ: İzolatların tamamının fluoronazol duyarlı olmamması bize kandidaların tür düzeyinde tanımlanması ve antifungal duyarlılık çalışmasıın uygun tedavi açısından önemini göstermektedir. Klonal yakınının birlerlmesi özellikle yoğun bakım ünitelerinde izolatların yapılamasıyla mediana gebelecek salgınların önleri ve tespit edilmesinde çok önemlidir.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tablo 1: Candida glabrata izolatlarının MİK değerleri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MİK aralari</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluconazol</td>
</tr>
<tr>
<td>Amfoterisin B</td>
</tr>
<tr>
<td>Kashopuginsin</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorikonazol</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P03-11
Aydın ili Kırım-Kongo kanamalı așısı açısından riskli bölgeler içinde tanımlanmalı mı?

Barın Ş. Öztürk 1, Sevin Kirdar 2, Bülent M Ertuğrul 1, Çetin Turan 1, Mevlüt Türe 3

1 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dali, Aydın
2 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tibbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dali, Aydın
3 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dali, Aydın


YÖNTEM: Çalışmaya 293 nIndexli katıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Ankette gönlüllerine demografik ve olgusal özellikler ile ilişkili 17 soru soruldu. Gönlüllerin serum örneklerinde virüse karşı spesifik antikoru saptakmak için VectroCme tıg-Igg ELISA diagnostik kit kullanıldı. Çalışmada, kategorik değişkenleri belirlemek için ki-kare testi, yaş ve serozoitifikinin normal dağıtım uygulanımın belirlenmesi Kolmogorov-Smirnov testi, yaş ile serozoitifik arasi ilişkinin incelenmesinde Mann-Whitney U testi kullanıldı. Serozoitifik etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesinde CHAID analizi ve çoklu uyguluk analizi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık için p<0.05 olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışma grubunda IgG serozoitifik %ı 19.7 (n= 58) olarak bulundu. 100 kadın gönlününun 27’si (%27) ve 193 erkek gönlününun 31’i (%16,1) serozoitifik bulundu (p<0.05). Serozoitifik ile meslek, yaşanan boğe, hayvan besleme ve avcılık arasında ilişki saptanmadi (p>0.05). Kadınlarda serozoitifikin anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü (p=0.02). Aydın merkez ve Köşk iki ilçesinde diğer bölgelerde göre anlamlı ve yüksek mevcuttu (p=0.006).

TARTIŞMA: Hoogstraal ve arkadaşları epidemilerde KKKA için beklenen seroprevalans % 10 olarak belirtilmiştir. Ülkemizde yüksek riskli bölgelerde IgG seroprevalans % 12.8 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda Aydın’ın non-endemik bölgelerinde saptanen serozoitifik oranın (%19.7), endemik bölgeleri (%19.6) ile benzerlik gösterdiğini saptadık. Yüksek serozoitifik ile kara olgununun sayısının azlığı беременнin subkinin olgunların fazla olduğunu veya hastalığın tanısının atlançosunun gösterge olabileceğini gibi Aydın’ın KKKA açısından riskli bir bölge olduğunu ortaya koyması açısından da önemlidir.
P03-12
Ankara’da neler oluyor? Son bir ayda başvuran silliliz oğulların duş 경우에는leri

Aysel Kocagül Çelikbaş1, Nirgül Kilicaslan1, Halime Araz1, Şebnem Eren Gök2, Adade Aypak1, Nurcan Baykam2, Mustafa Ergüloğlu1, Başak Dokuzoğuz1

1Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
2Hilmi üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çorum


YÖNTEM: Bu olgulardan sonra silliliz ile ilişkili başvuru durumunda artış dikkate çekti. Son 5 yılda silliliz nedeniyle hastanemizde başvuran oğullar sayısını yillarda göre değerlendirildi.


Tablo 1: Son beş yılda silliliz tanısıyla ihbar yapılan oğullar sayları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yıllar</th>
<th>Vaka Sayısı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2010</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>43</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P03-13
İkinci basamak bir devlet hastanesi sağlık çalışanlarında bağırsak parazitlerinin görüleme sıklığı

Güle Aydin1, Zerrin Açıl2, Sema Akgün2

1Afyonkarahisar Zübeide Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları
2Afyonkarahisar Zübeide Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Tıbbi Biyokimya


BULGULAR: İçenlenen 90 tanesin personelin 10 tanesinde karın ağrısı, 3 tanesinde mide bulantısı, 2 tanesinde ışışat kaybı, 1 tanesinde kilo kaybı, 30 tanesinde eklem ağrısı, 5 tanesinde baş dönmesi, 4 tanesinde anüs kaşılması, 1 tanesinde anüs kaşması, 90 dışkı örneklerinin 5 tanesinde (%5,5) direkt bakı ile pozitif saptandı. Parazit satılan örneklerin 3'ünde Entemoebla kistleri, 1'inde Entemoebla trofozoidi, 1 tanesinde de Giardia kisti görüldü. Parazit satılan personellerden 2 tanesinde iştah kaybı, 1 tanesinde kilo kaybı, 2 tanesinde eklem ağrısı, 1 tanesinde anüs kaşımı, 1 tanesinde mide bulantısı, 1 tanesinde anüs kaşımı vardı. Yine parazit satılan personellerden 2 tanesi ameliyathane çalışan, 2 tanesi hasta bakıcı, 1 tanesi de hemşire idi. Mutafak personellerinin hiçbirinde parazit saptanmadi belirlendi.

P03-14
Konjenital kardiyak cerrahi sonrası hastane infeksiyonlarının sırname
Ayfer Şensoy1, Nurgülgür Yurtseven1, Sezer Karabulut2, Bahar Çelebi2, Şeyda Öcalmaz1, Denef Deniz1

1Dr. Siyami Erseğin Kâzım Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Infeksiyon Hastalıkları Bölümü, 2Dr. Siyami Erseğin Kâzım Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Konjenital kardiyak cerrahi sonrası gelişen hastane infeksiyonlarının mortalite ve morbidite artışı, hastanedeki kalış süresinin uzaması ve maliyet artışının en önemli nedenleridir. Bu bildirimde hastanemizde konjenital kardiyak cerrahi operasyonları sonrası gelişen hastane infeksiyonlarının sırname olasılıklarını incelendirmiştir.


BULGULAR: Takip edilen 681 hastanın 39’unda hâlîne infeksiyon saptandı. 4 hasta ko-kaliliği kaltıklar (%0.58), 1 peritonit (%0.14), 5 primer bakteriye-mi (%0.73), 5 sertal cerrahi alan infeksiyonu (%0.73), 24 ventilatör iliskiği pnömoni (%3.52) tespit edildi. Etken mikroorganizmalar incelendiğinde Klebsiella pneumoniae (%33.33) ve Pseudomonas aeruginosa (%12.82) en sık izole edilen mikroorganizmalarıdır.

SONUÇ: Konjenital kardiyak cerrahi sonrası özellikle VIP oranının diğer infeksiyon Türlerine göre daha yüksek olduğu ve Gram negatif bakterilerin hakim florayı oluşturduğu görülmüştür. Her birinin kendi infeksiyon sırnameşini izlemesi hastane infeksiyonlarının azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasına yol açacaktır.

P03-15
Bir Eğitim Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği’nde yatan hastaların değerlendirilmesi: 2014 yılı verileri
Melih Çağla Sönmez1, Necla Tülek, Şile Çınar, Pınar Yalçın, Ebru Aktepe, Metin Özsoy, Fatma Şebnem Erdinç, Güney Ertem
S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Bu çalışmada sırname planda de infeksiyonlar ve konjenital kardiyak cerrahi sonrası hastaların sırname olasılıklarını incelemek, özellikle yatan hastaların sırname profilizminin ve sırname tedavisinin düzeltmesinin önemine vahim edildi. Bu klinik durumlarla ilgili tedaviye girmenin, sırname tedavisi ve mortaliyet artışı riskini önlemek ve mortalite oranını düşürmek, hastaların sırname profilizminin önemine vahim edildi.
P03-16
Erzincan bölgesinde Coxiella burnetii antik serum prevalansının araştırılması

Aytekin Çıkman¹, Merve Aydin¹, Barış Gülgan¹, Faruk Karakeçili², Adalet Özcıklı³, Mehmet Parlak⁴

¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
²Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
³Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van, Türkiye


P03-17
Servise yatan hastaların influenza, pnömokok ve tetanoz aşları ile ilgili bilgi düzeylerinin verilen eğitimde değişiminin değerlendirilmesi (Ön çalışma)

Mehmet Sevgi¹, Selma Tosun², Seval Demir³

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği servis hemşiresi
²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği
³İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği sorumlu hemşiresi

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmamın amacı, yatan hastaların bazı aşlar hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve eğitim sonrası değişim izlenmesidir.

P03-18
Servise yatan hastaların viral hepatitlerle ilgili bilgi düzeylerinin verilen eğitimle değişiminin değerlendirilmesi (Ön çalışma)

Seval Demir¹, Selma Tosun², Mehmet Sevgi¹

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği servis hemşiresi
²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, yatan hastaların viral hepatitler konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve yapılan eğitimın etkinliğini değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: İzmir Bozyaka EAİ BİHospital Hastalıkları Kliniği’nde yatan hastaları bir anket uygulannarak viral hepatitlerle ilgili bilgi düzeyleri, tetkik ve aşı yapımı durumları öğrenilmiş, daha sonra doğru yanıtlandır ve viral hepatitlerle ilgili bilgilendirmeleri içeren broşürler verilip her birine yüzüze eğitim yapılmış; taburcu olmadan önce de eğitim sonrası anket uygulannan yapılan eğitim etkinliği değerlendirilmiştir.


SONUÇ: Viral hepatitler ülkemiz için halen önemli bir dürmeye olan infeksiyon hastalıklarıdır. Özellikle HBV infeksiyonundan korunmadan buluš yollarının iyı bilinmesi ve seronegatif kişilerin aşılamanın korunması çok etkili olmaktadır. Bu çalışmada hastaneyetmatış kişilerin bu fırsatı yararlanlarak viral hepatitlerin bulušma ve korunma yolları hakkında bilgilendirilmesi; bu şekilde hem kendilerinin hem de verilen broşürlerle ailelerin eğitim mesesi amaçlanmıştır. Çalışmamızın, halen devam etmekte olan fikir verici olması bakımından ön verilerin paylaşılması uygun bulunmaktadır. Bu tür eğitimler ve bilgilendirmeler toplum genelinde de sürdürülmeli yararlı olacaktır.

P03-19
Sağlık Meslek Liseleri öğrencilerinin viral hepatitlerle karşılaşma ve aşılamanın durumlarının değerlendirilmesi

Selma Tosun¹, Serap Arıcan², Seida Sayın²

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği servis hemşiresi
²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hizmet İşçi Eğitim Birimi Eğitim hemşiresi

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmanın amacı Sağlık Meslek Liseleri (SML) öğrencilerinin hepatit A ve B virüsler ile karşılaşma ve aşılamanın durumlarının belirlenmesidir.

YÖNTEM: İzmir il merkezi ve ilçelerindeki Sağlık Meslek Liselerinin hastanemize staj için gelen öğrencilerin viral hepatitlerle karşılaşma ve aşılamanın durumlarının belirlenmesi; bu öğrencilerin bu konuda bilgilendirilmesi amaçlanıyor ve daha sonra döşeme ve konsantrasyon değerlerinin üzerinden HAV ve HBV aşısının verildiği, 10-35 IU/mL aralığına uygulanması sağlanmaktadır. Ancak HAV ile karşılaşma ve bağışıklık kazanma oranları oldukça düşük bulunmaktadır. Öğrencilerin hiçbirine HAV aşısı yapılmadığı öğrenilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya girilen 15-17 arasında değişen 22’si erkek, 57’si kız toplam 79 öğrenci katılганmıştır. Bir öğrenci HBsAg pozitifi fakat antitit olarak saptanırsa, diğer öğrencilerin tümü antihbs titresi 10-20 IU/mL aralığında bulunmuş ve hemşiresi ve konsantrasyon değerlerinin üzerinden HAV ve HBV aşısının verilmesi; bu öğrencilerin seronegatif olduğu öğrenilmiştir.

SONUÇ: Hepatit A ve hepatit B aşları sağlık çalışanlarına uygulanması gereken aşları arasında yer almaktadır. Çalışma grubunda yer alan SML öğrencileri ülkemizdeki universal HBV aşılamanın başladığı yıldarda doğmuş olan ve muhtemelen 2005-2006 yılındaki catch up HBV aşılama kampanyası sırasında da aşılannam olan çocuklardır. Bu nedenle annesi HBsAg pozitif olan bir öğrenci dışında hepsinde >10 IU/mL antihbs düzeylerin saptanması ve HBsAg pozitif olanın serumda antitit yüksek değişiklikler gözlemlenmiştir. Ancak HAV ile karşılaşma ve bağışıklık kazanma oranları oldukça düşük bulunmuştur. Öğrencilerin hiçbirine HAV aşısı yapılmadığı öğrenilmiştir.
Son yıllarda ülkemizde de dünyada gözlennenen HAV se-roprevalansındaki değişime uygın olarak HAV ile karşı-laşma yaşılı ileri kaymaya başlamıştır. Çalışma grubu-muzda da öğrenciler %89’u HAV açısından seronegatif olarak saptanmıştır. Ancak HAV infeksiyonu açısından ülkemiz halen orta derecede endemik olduğundan ve sağlıklı meslek lisesi öğrencilerin de maruziyetlerini toplumdaki diğer kişilere göre daha fazla olacağını HAV aşısının da ücretsiz olarak kararlaştırılması ve öğrencilerin si-rasında aşılamanları uygulunacaktır.

P03-20
Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin HIV bulaşma yolları hakkında bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının değerlendirilmesi
Selda Sayın¹, Selma Tosun², Serap Arıcan³

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hizmet Içi Eğitim Birimi- Eğitim hemşiresi İzmir
²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnsֆeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmanın amacı Sağlık Meslek Lisesi (SML) öğrencilerinin HIV bulaşma yolları hakkında bilgi düzeylerini ve farkındalıklarının değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: İzmir il merkezi ve ilçelerindeki Sağlık Meslek Liselerinden hastanemize staj için gelen öğrencileri önceki yüzüze bir anket uygulanarak mevcut bilgi ve farkındalık durumları belirlenmiş, ardından konuya ilgili eğitimler verilmiştir.


P03-21
Brucella suis’in etken olduğu bir nörobruselloz olgusu
Murat Kutlu¹, Nural Cevahir², Şerife Akalın³, Mehmet Uçar³, Selda Sayın Kutlu⁴

¹Pamukkale Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Denizli
²Pamukkale Üniversitesi Tip Fakültesi, Tibbi Mikrobiyoloji AD, Denizli


BRUSELLOZ: Türkiye’de insan brusellozunun eradike edildiği ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde yaban domuz ve tav-ışanlarında B. suis’in varlığı gösterilmiştir, insan ve evcil hayvanlara etkenin bulaşmasında neden oldukları saptanmıştır. Türkiye’deki brusellozunun eradike edildiği ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde yaban domuz ve tav-ışanlarında B. suis infeksiyonu için yaban domuzu sayışı ve bunlarda Brucella infeksiyonunun tespit, Türkiye’deki bruselloz kontrol çalışmaları için yararlı olacaktır. Bu nedenle, Türkiye’de insan brusellozu etkeni türler arasında yer almayı, B. suis’in etken olduğu bu nörobruselloz olgusu sunulmaya değer bulunmuştur.

-228-
P03-22
Mukormikozu taklit eden Laceyella spp. etkenli akut pansinürit ve orbital osteomyelit olgusu

Hande Berk¹, Nefise Öztoprak¹, Derya Seyman¹, Filiz Kızılateslı², Erdal Kurtoğlu², İdris İnce³, Betül Baysan³

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfectioson Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya
²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği, Antalya
³Akdeniz Üniversitesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dali, Antalya


OLGÜ: Miyelodisplastik sendrom nedeniyle takip edilen 61 yaşındaki erkek hasta, akut lösemik transformasyon gelişmesi üzerine kemoterapi için yatırıldı. Kemoterapi ile beraber posaconazol profilaksisi almakta olan hastada kemoterapinin 10. gününde sağ göze ağrı ve febril nötropeni tablosu gelişti. Paranazal sinyele yönelik olarak len bilgisayarlı tomografide sağ tarafta akut pansinürit saptanan hastaya piperazilin-tazoaktam 4x4.5 gr intravenöz (iv) tedavi başlandı. Üçüncü güne şikayetleri artan ve sağ yüzde odem gelişen hastanın tedavisi, meropenem 3x1 gr/gün, linezolid 2x600 mg/gün ve lipozomal amfoterisin-B (LAB) 5 mg/kg/gün iv ile değiştirildi. Manyetik rezonans görüntülemede sağ maksilla duvarında kemik defekt ve pansinürit saptandığı; bu bulguların fungal sinüüt ve orbital osteomyelitle uyumlu olabileceğini belirtildi. Hastaya endoskopik nazal sinus debridmanı ve lomber ponksiyon (LP) yapıldı. LP bulguları menenjitle uyumlu olduğu için meropenem ve LAB dozu artırıldı (sirasyla, 3x2 gr iv ve 10 mg/kg/gün iv.). Doku kültüründe üçüncü güne koyun kanıagara beyaz renkli, kuru, hemoliz yapmayan koloniler üretildi. Mikroskopik incelemeye, Gram-pozitif dallanmış hifler; histopatolojik incelemeye kemik dokusuna yakın bölgelerde ve sinus dokusu içinde dallanmış hif elemanları görüldü (Şekil 1 ve 2). Konvansiyonel metodlar ile tanımlandıyan izolatın 16S rRNA gen sekans analizi Laceyella spp. ile uyumlu geldi. Hastanın ampirik başlanan tedavisi altı haftaya taşınlandığı, takipte hasta sekelsiz tamamen düzdüldü.

SONUÇ: Oldukça nadir bir etken olan Laceyella spp.'ye bağlı infeksiyonlarla ilgili klinik deneyim oldukça azdır. Bu olgu immunsüpresif bir hastada Laceyella spp.'nin hızlı invazif infeksiyonlara neden olabileceğini gösterme-
P04-01
Kandidemi etkenleri, antifungal duyarlılıklar ve kandidemide mortaliteyi etkileyen faktörler

Ayşe Ünal Eşiyor, Mustafa Bülent Ertuğrul, Çetin Turan, Esra Çöreklı, Serhan Sakarya

Adnan Menderes Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ-AMAÇ: Kandidemi, kan dolaşımı ile ilişkilili infeksiyonlar arasında en yüksek mortaliteye neden olanlardan biridir. Bu çalışmada hastanemizde çıkan kandidemilerde mortaliteyi etkileyen faktörler ve kandida türleri arasında üreme için risk faktörlerinin idraklenmesi amaçlanmıştır.


BULGULAR: Hastaların demografik özellikleri ve klinik bulguları tablo 1’de özetlenmiştir. Çalışmamızda en sık izole edilen kandida türü C. parapsilosis’tir (n=30, %43.5). İzole edilen kandida türleri ve sıklığı tablo 2’de belirtilmiştir. Tek değeri en yüksek mortaliteye etkili en önemli faktör parenteral nütrisyon almak (p=0.004; OR: 5.8; %95 CI: 1.5 - 23.0) ve diyaliz (p=0.004; OR: 5.8; %95 CI: 1.5 - 23.0). Bu faktörlerin, özellikle yoğun bakım odadaki mortaliteye olumsuz olarak etkili olduğu belirlenmiştir. Çok türli kandida türleri ve antibiyotik terapileri yan etkileri ve yan etkileri olmaması sonucunda mortaliteye olumsuz etkili olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ: Sonuç olarak genelde kandidemilerde en sık izole edilen kandida türü C. albicans olmasına karşın bizim hastanemizdeki çalışmamızda en sık tür C. parapsilosis olarak saptanmış, özellikle yoğun bakım odasında yatışmış olma C. parapsilosis üremeesi açığında riskli olduğu belirlenmiştir. MIC değerlerine bakıldığında hastanemizde empirik tedavide uygun seçenekler ekinokandinler ve amfoterin B olduğu saptanmıştır.

Tablo 1: Çalışma hastalarının demografik ve klinik verileri

<table>
<thead>
<tr>
<th>N (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Yaş (ortalama ±SD, yıl)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinsiyet</td>
</tr>
<tr>
<td>45 (65)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonuç</td>
</tr>
<tr>
<td>35 (51)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hastanede yatış süresi (gün) median (25-75%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Diyabet</td>
</tr>
<tr>
<td>Böbrek yetmezliği</td>
</tr>
<tr>
<td>Nütrisyon</td>
</tr>
<tr>
<td>Travma</td>
</tr>
<tr>
<td>KOAH</td>
</tr>
<tr>
<td>Steroid kullanımı</td>
</tr>
<tr>
<td>Son 1 ayda KT</td>
</tr>
<tr>
<td>Malignite</td>
</tr>
<tr>
<td>Hematolojik</td>
</tr>
<tr>
<td>Solid</td>
</tr>
<tr>
<td>Yoğun bakımda yatış</td>
</tr>
<tr>
<td>Urın kateret</td>
</tr>
<tr>
<td>Santral kateret</td>
</tr>
<tr>
<td>Hemodiyaliz</td>
</tr>
<tr>
<td>Entübasyon</td>
</tr>
<tr>
<td>Kan transfüzyonu</td>
</tr>
<tr>
<td>Parenteral nütrisyon</td>
</tr>
<tr>
<td>Cerrahi girişim</td>
</tr>
<tr>
<td>Antibiyotik kullanımı</td>
</tr>
<tr>
<td>Geçişte antifungal kullanımı</td>
</tr>
<tr>
<td>Başka odakta mantar üreme</td>
</tr>
<tr>
<td>Eş zamanlı bakteriye</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 2: Üreyen kandida türleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sayı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>C.albicans</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>C.tropicalis</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>C.parapsilosis</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>C.glabrata</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>C.guillermondii</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Candida spp.</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>C.kruzei</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>69</td>
</tr>
</tbody>
</table>
BULGULAR: Çalışma süresince her biri en az iki şişe olarak alınmış toplam 15.819 kan kültürü değerlendirildi. Bunların 1.155(7.3)% pozitif olarak sonuçlanmıştır. 169'unda(14.6%) Candida spp. izole edilmiştir. Toplam 650 hastada saptanmış 1076 bakteriyemi/kandidemi atığının 110'u kandidemi idi ve 74 hastada saptanmıştır. Üretilen süslərin 58'i(78.4%) C.albicans olarak tiplendiirdi. Albicans-dışı izolatlar içinde en sık C. fadama(6.8%), C. glabrata(2.7%) ve C.parapsilosis(2.7%) saplandı. Olgulara ait demografik ve klinik özellikler ile ölen ve ölümeyen hastaların özelliklerinin karşılaştırılması Tablo'da verilmiştir. Kandidemi mortalite hızı %63.5 olarak saptandı. Hastaların en sık altta yatan hastalıkları sarsıstylmalignant(47.3) (malignite operasyonu nedeniyle yaralımsı hastalar), tip 2 diabetes mellitus(%24.3) ve pnömoni(%16.2) idi. Hastaların %69.8'yu cerrahi servislerinde tıklık edildiyorken, üreme sırasında %48.6'i YÜB'de yatamaktaydı. Hastaların 12'i(16.2%) kan görüntü gönderildiği sırada empirik ya da hemokültür dişi Candida spp. üremesinde dayalı önemli bir antifungal tedavi almakta yaşayor. 52(70.3) hastada kan kültüründe dişigler klinik örneklerinde della Candida spp. üremesi saptandi. Kandidemi kompleksiyonu olarak 3 hastada pnömoni, 1 hastada endoftalmit ve 1 hastada endokardit saptandı. C.albicans ve Albicans-dışı izolat üretilen hastaların demografik ve klinik verilerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak önemli farklilik saptılmadı. TPV varlığı birden fazla kandidemi atağı için risk faktörü olarak bulundu (p=0.01). YÜB ile diğer servislere yatan hastaların mortalite analizinde YÜB dişi birimlerde yatay mortalite için anlamlı bulundu (p=0.017). Kandidemide nefrotoksisite varlığının, YÜB dişi klinikte takip edilemek, Charlson komorbidite indeksinin ve CRP değerinin yüksek olması mortaliteye etki eden önumsüz risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

SONUÇ: Kandidemi gelişmiş hastalarda, altaş yatan hastalığın arviği mortalite açısından önemli bir risk faktörüdür. Çalışmamızda altaş yatan hastalıkların varlığı, arviği, CRP yükseklüğü önemli risk faktörleri olarak bulundu. YÜB dişi kliniklerde kandidemi gelişen hastalarda mortalite riskinin yüksek olması farkındalığın düşük olduğunu ve YÜB'de duzenli vizitlerin yapılmasını rolü olduğunu düşünüldü.
Tablo 1: Kandidemi Saptanan Hastalarda Demografik Özellikler ve Mortaliteye Etki Eden Risk Faktörleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Özellik</th>
<th>Toplam (n=74)</th>
<th>Mortalite gelişmeyen (n=27)</th>
<th>Mortalite gelişen (n=47)</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Yaş (Ortalama±SD)</td>
<td>60.8±16.0</td>
<td>57.19±14.23</td>
<td>62.87±16.78</td>
<td>0.14</td>
</tr>
<tr>
<td>Cins (Kadin, n %)</td>
<td>42 (56.8)</td>
<td>18 24.6</td>
<td>24 (32.4)</td>
<td>0.229</td>
</tr>
<tr>
<td>İmmunosüpresyon (n, %)</td>
<td>13 (17.6)</td>
<td>6 (8.2)</td>
<td>7 (9.4)</td>
<td>0.529</td>
</tr>
<tr>
<td>Diyaliz (n, %)</td>
<td>4 (5.4)</td>
<td>0</td>
<td>4 (5.4)</td>
<td>0.119</td>
</tr>
<tr>
<td>Charlson komorbidite indeksi (Ortalama±SD)</td>
<td>4.38±2.4</td>
<td>3.67±2.201</td>
<td>4.79±2.449</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Yakın geçmişe cerrahi girişim (n, %)</td>
<td>52 (70.3)</td>
<td>18 (24.3)</td>
<td>34 (46)</td>
<td>0.609</td>
</tr>
<tr>
<td>Cerrahi girişim sonrası reoperasyon (n, %)</td>
<td>28 (37.8)</td>
<td>14 (18.9)</td>
<td>14 (18.9)</td>
<td>0.082</td>
</tr>
<tr>
<td>Santral ven kateteri (n, %)</td>
<td>71 (95.9)</td>
<td>25 (33.8)</td>
<td>46 (62.1)</td>
<td>0.268</td>
</tr>
<tr>
<td>Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) yatısı (n, %)</td>
<td>68 (91.9)</td>
<td>23 (31)</td>
<td>45 (60.9)</td>
<td>0.109</td>
</tr>
<tr>
<td>Ateş (n, %)</td>
<td>64 (86.5)</td>
<td>21 (28.3)</td>
<td>43 (58.2)</td>
<td>0.097</td>
</tr>
<tr>
<td>Üreme olduğu sıradaki yatı süresi (Ortalama±SD)</td>
<td>32.0±24.7</td>
<td>30.48±21.73</td>
<td>32.94±26.46</td>
<td>0.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Öncesinde geniş spektrumlu antibiyotik tedavi (n, %)</td>
<td>72 (97.3)</td>
<td>26 (35.2)</td>
<td>46 (62.1)</td>
<td>0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Lökosit sayısı (Ortalama±SD)</td>
<td>11625±6831</td>
<td>11618±6315</td>
<td>11628±7177</td>
<td>0.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Prokalsitonin düzeyi (Ortalama±SD)</td>
<td>10.8±33.0</td>
<td>3.23±10.37</td>
<td>15.3±40.37</td>
<td>0.14</td>
</tr>
<tr>
<td>CRP (Ortalama±SD)</td>
<td>169.2±102.2</td>
<td>139.3±75.86</td>
<td>186.47±111.8</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Total parenteral nütrisyon (TPN) (n, %)</td>
<td>28 (37.8)</td>
<td>11 (14.8)</td>
<td>17 (23)</td>
<td>0.805</td>
</tr>
<tr>
<td>Uygun antifungal başlanması (n, %)</td>
<td>52 (70.3)</td>
<td>23 (31)</td>
<td>29 (39.3)</td>
<td>0.08</td>
</tr>
<tr>
<td>Nefrotoxite (n, %)</td>
<td>51 (68.9)</td>
<td>16 (21.6)</td>
<td>39 (52.7)</td>
<td>0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Kandemidi önesi 2 ay içinde azol türevi antifungal kullanımı (n, %)</td>
<td>9 (12.2)</td>
<td>5 (6.8)</td>
<td>4 (5.4)</td>
<td>0.205</td>
</tr>
<tr>
<td>C. albicans (n, %)</td>
<td>58 (78.3)</td>
<td>21 (28.3)</td>
<td>37 (50)</td>
<td>1.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Albicans- dışı Candida (n, %)</td>
<td>16 (21.6)</td>
<td>6 (8.1)</td>
<td>10 (13.5)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

P04-03
Cryptococcus laurentii’ye bağlı komplike üriner sistem infeksiyonu

Kamuran Türker1, Pelin Altınok Süt2, Pınar Bulut3, Bilge Özdemir3, Münnir Korkmaz Fidan4

1Başçılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Bülümü, İstanbul
2Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojiyi Bölümü, İstanbul
3Başçılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Bülümü, İstanbul
4İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Bülümü, İstanbul

OLGU SUNUMU: 82 yaşında erkek hasta idrarında yakinca şıkayeti ile hastanemize başvurdu. Hastanın hiyayesinde mesane tümörü nedeniyle opere olup bir ay sonrasında üç siklus pakitaksel (80 mg/m2/d) ve karboplatin(AUC 2) 4 hafta süre ile alidiği bulunmaktaydı. E. faeícium’a bağlı üriner sistem infeksiyonu nedeniyle son 14 gündür Teikoplanin 1x400 mg/gün tedaviye almaktaydı. Fizik muayenesinde hipotansif olduğu, idrar sonda-li olduğu ve suprapubik hassasiyeti gözle çarpıyordu. Hastanın idrarda yanma ve suprapubik hassasiyeti gözle çarpıyordu. Ya- pilan idrar kültüründe Cryptococcus laurentii üretilmiştir. İletişime Vitek sisteminde identifikasyon ve duyarılılık raporlandığı. C. laurentii’nin Flukonazol, Amfoterisin B, Vorikonozol’e ≤ 0,5, ≤ 0,12 ve Flusitozin’e ≤ 1mg/l MİK değerleri ile duyarlı olduğu görüldü. Hasta uygun cultura 200 mg iki doz /gün PO 14 günlük tedavi uygulanarak tedavi sonrası idrarın steril olduğu görüldü.

birsiz birlikte bildirilen olguların %80’inden sorumludur. Cryptococcus laurentii infeksiyonlarının oluşmasında önemli risk faktörlerinden biri; hücresel immunitenin bozulmasıdır.

**P04-04**
Hematolojik maligniteli bir hastada gelişen nadir bir tiroidit etkeni: *Aspergillus fumigatus*

Gülsen Yilmaz1, Belgin Coşkun1, Müge Ayhan1, Elif Mükme Öztürk1, Meltem Kurt Yüksek2, Alpay Azap1

1Ankara Üniversitesi, Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dali, Ankara
2Ankara Üniversitesi, Hematoloji Ana Bilim Dali, Ankara


**ÇEVIR:**


**SONUÇ:** Blastoschizomyces capitatus; ciddi immünosupresyon, uzamış nötropeni, santral venöz kateter vs. gibi risk faktörleri varlığında cilt/ iç organ tutulduğu ve son dekadilardaki artış nedeniyle özellikle akut lösemi- lerde invazif fungemi etkenleri arasında akla gelmelmektedir.

**Resim 1:** Hastanın cilt döküntüleri

Döküntülerin ilk aşamada varisella'ya bağlı olduğu düşünülmüş ancak sonrasında aynı tanı tanıma amacı ile yapılan biyopsis de Blastoschizomyces capitatus üremesi saptanarak fungemiye bağlı döküntü olduğu anlaşılmıştır.

**P04-06**
Kardiak transplantasyon hastasında gelişen bruselloz

Şirin Menekşe Yılmaz¹, Mehmet Emirhan Işık¹, Sibel Doğan Kaya¹, Demet Haciseyitoğlu¹, Suzan Şahin², Serdar Özer²

¹İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul
²Dr Lütfi Kirdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Kliniği


**Resim 1:** Periferik yaya

Periferik yaya
P04-07
Rinoserebral bir mukormikoz olgusunda ardışık posakonazol tedavisi

Ayse Kocaçıl Çelikbaş1, Adalet Aypak1, Salıha Kazor1, Serra Kayaçetin2, Sebnem Eren Gök1, Nurcan Baykam1, Mustafa Eroğlu1, Başak Dokuçoğuz1

1Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara
2Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Mukormikoz nadir görülen ve siklikla ölüme sonتخاذca farsatı manzar feksiyonundur. Özellikle bağırsıklık sistem baskılanmış kişilerde vasküler invazyon ve doku nekrozları ile seyreden bu bildiride erken tanı ve uygun antifungal tedavi sonucunda vasküler invazyon ve doku nekroz gelişimi önlenen, idame tedavisinde posakonazol kullanılan bir rinoserebral mukormikoz olgusunun sunulmuştur.

OLGUN: Altı ay önce tiroid medüller Ca tanısına opere edilen ve 3 kür kemoterapi almış 68 yaşında baya gen hastada 10 gündür olan, kızarıklik, propitozis ve şişli şişketi ile Onkoloji kliniğinde hospitalize edildi. Muayenede sağ gözde propitozis, akut konjunktivit dışında patolojik bulgu yoktu. Laboratuar testlerinde beyaz küre 5900/mm³, (3600 nütrofili, 2300 lympho) ve sistematis 56 mm/h, CRP 55 mg/L saptandı. İnfeksiyon Hastalıkları değerlendirmesi sonucunda mukormikoz şüphesi ile 1 mg/kg/gün dozda klasik amfoterisin B tedavisi başlandı. Tedavinin üçüncü gününde hipopotasemi ve böbrek fonksiyon testlerinde bozulma olması üzerine tedavi liposomal amfoterisin B (3mg/kg gün) olarak değiştirildi. Gözde şişlik ve kızarıklik gelişen ve reçine almanın proptozis devam etti. Beyin tomografisinde; sağ maksiller sinüs kalsifikasyonlar içeren yumuşak doku görünümü, sağ maksiller sinus medial duvarından demineralizasyon, sol orta konkada bülbül formları saptandı. KBB tarafından yapılan girişime de doku örneklemesi ile beraber unicinokti ve middle meatal antrostomi yapıldı. Alman materyalden yapılan kültürde IBL (alkolizm, kalp kapak hastalığı) ve bilinen kalp hastalığı olmayan risk faktörü olmayan doğal kapaklı hastanın 69 yaşında, 34 gün önce albicans Candida spp. üreli, 6 hafta kaspofungin tedavisi alınıp postop 24. gününde amfoterisin B (3mg/kg gün) ve sol üst kadran da hassasiyet nedeniyle uyanılan abdominal CT jant sektörlü ve sistemik antibiyotik tedavisinde etkili olduğu için tamamen reçine alındı. Türkiye'deki ve uzmanları tarafından aktif ve nadir görülen ve nadir görülen ve nadir görülen ve nadir görülen ve nadir görülen ve nadir görülen bir oltu olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ: Alttı yatan hastalık hematojik malignite ve diabetis mellitus olmasa bile immunosupres yapabiliyorsunuzda mukormikoz gelişebilme olasılığı oldukça yüksektedir. Olgumuz posakonazolün mukormikoz tedavisi etkin bir ajan olduğunu, amfoterisin B yan etkisi gelişen olgularda güvenle tercih edilebileceğini, uzun süreli idame tedavide kullanılabileceğiğini göstermesi açısından önemlidir. Tedavisinde posakonazol kullanılmamıştır.

GİRİŞ-AMAÇ: Yüksek mortalite riski taşıyan ve nadir görülen fungal endokarditin doğal kapaka çözümü daha da nadir durumudur. Hiçbir predispozant faktörü olmayan (alkolizm, kalp kapak hastalığı, TPN, yabancı cinsim varlığı, konjenital kapl Hastalığı) bir hastada doğal mukormikoz endokarditi tanısı, tedavi, olası komplikasyonlar ve takibinin iki tane olmakta ve net olarak açıklanmıştır.

OLGULU: 69 yaşında erkek hasta diagnosis mukoza pelvis ile 10 aylık arızalar sonucunda 14 aylık bir tıbbi dönmeye gelmiştir. Yeryüzünde bu hastanın adlı ve doğal kapaka nedeniyle tedavinin 6 aylık bir süre sonra hastanın klinik ve laboratuvar bulgularında değişiklik olmasına rağmen, tedavisinde etkili olduğu için tamamen reçine alınmıştır. Türkiye’den ve uzmanları tarafından aktif ve nadir görülen ve nadir görülen ve nadir görülen ve nadir görülen ve nadir görülen bir oltu olarak değerlendirilmiştir.

P04-09
Olgu sunumu: idrar kültüründe Cryptococcus laurentii

A. Melik Kayıkçı, Gönül Şengöz, Filiz Pehlivanoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul


Tahillarında WBC:16.03 10e9/uL, nötro yüzeyel infeksiyona da yol açabilir. etkeni olarak, genellikle immünsüprese hastalarda sap-tanır. Fungemiye, menenjide yol açabilir. gibi keratif gibi yüzeyel infeksiyona de yol açabilir.


Tahillarında WBC:16.03 10e9/uL, nötro yüzeyel infeksiyona da yol açabilir. etkeni olarak, genellikle immünsüprese hastalarda saptanır. Fungemiye, menenjide yol açabilir. gibi keratif gibi yüzeyel infeksiyona de yol açabilir.

P04-10
Plevral sıvında artrokonidyalar: İstanbul’dan ABD’ye taşınan bir koksidiodimikozik olgu

Seniha Başaran1, Nilgün Karabacak2, Serap Şimşek Yavuz3, Nathan P Wotherlde4, Seda Şafak5, Annette W Fothergill6, Aysun Sariquâ7, Deanna A Sutton8, Züleyha Bingöl4, Atahan Çagatay4, Halit Oszüt4, Zeki Kılıçaslan4, Seda Musano başoğlu6, Haluk Erakoşy1

1İstanbul Üniversitesi Istanbul Tip Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
2Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Mikoloji Referans Laboratuvarı
3Patoloji Bölümü, UTHSCSA, San Antonio, TX, ABD
4İstanbul Üniversitesi Istanbul Tip Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
5Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programı

GİRİŞ-AMAÇ: Coccidoides immitis veya posadasii’nin neden olduğu koksidiodimikoz endemik bölgeler dişinda nadir bir infeksiyon hastalığıdır. Burada, Türkiye’de görülen 2. import koksidiodimikozik olgu sunulmuştur.


-236-
negatif belirlenmiştir.


Resim 1: Plevral sıvının Gram boyamasında artrokonidyalar

P04-11
Akciğer nakilli hastada anastomoz bölgesinde gelişen hafif seyirli mucor olguşu

Şirin Menekşe Yılmaz¹, Merih Kalamanoğlu Balci², Mehmet Emirhan Işık¹, Sibel Doğan Kaya¹, Şermin Çoban Kökten¹, Ayşe Nimet Karadayı³, Asım Kutlu²

¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul
²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Organ Nakil Kliniği, İstanbul
³Dr Lütfi Kirdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Mukormikoz, hızlı ilerleyen ve sıkıkla ölümüçü seyreden, Mucorales takımı bulunan Mucor, Rhizopus, Rhizomucor ve Absidia cinsi küf mantarlarının neden olduğu invazif bir fungal infeksiyondur. Transplantasyon yapılan ve yüzük doz kanser kemoterapisi alan hastayaכוונת gidecek, mukormikozlu hastaların da artışına neden olmaktadır. Özellikle akciğer nakilli hastalarda anastomoz bölgesini tutabilmektedir. Çok sağ ağırlık gelişen neden olduğu bilinen mukormikozun erken tanısı ve debridemanı ile birlikte antifungal tedavi de önemlidir bir tutmaktadır. Bizim olgumuz tanısı erken konuldu ve cerrahi uygulanmaya, antifungal tedavi ve debridman uygulanan bir hastardır.

OLGU: Bronşektazi ve son dönemde KOAH tanıları ile takip edilen ve 37 gün önce bilateral akciğer nakli uygulan

nan, kırk dokuz yaşındaki erkek hasta hırıl hırsız solunum şayetleri ile Göğüs Hastalıkları Nakil Polikliniğine başvurdu. Nakil sonrası immunosupresif indüksiyonu (Basiliki-simb-Simulect), üçlü immünosupresif (mikofenolat mofetil, Metilprednizolon, Tacrolimus) ve antifungal profilaksi amaci ile inhaler amfoterisin B tedavisi alan hasta nakil sonrası 13.günde kompleksiyonu olarak taburcu edildi. Taburculuk sonrası haftalık kontrole de ek sempo

SONUCU: Transplantasyon olgularının gittikçe artması fungal infeksiyonları gözeninde bulunurumamızı gerektirmektedir.

P05-01
Laboratuvarımızda, gastrointestinal patojenlerin multiplexes PCR yöntemiyle sahtanmasında alnan sonuçlar

Safak Göktas¹, Demet Yalçın², Özlem Onay Demirel³, Funda Koçdoğan¹, Nilay Malkoç¹, Paşa Göktas¹

¹Gelişim Tip Laboratuvarları, İnfeksiyon Hastalıkları ve Kli. Mikrobiyoloji, İstanbul
²Göztepe Medical Park Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Kli. Mikrobiyoloji, İstanbul
³Göztepe Medical Park Hastanesi, Tibbi Biyokimya, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, gastrointestinal infeksiyon ön tanıysıyla laboratuvarınıza gönderilen dışkı örneklerinde, yapılan multiplexes PCR testlerinde sahtanılan patojenlerin bilimsel ortam ile paylaşılmadır.
YÖNTEM: Laboratuarlanmiza, gastrointestinal enfeksiyon ön tanısi olan 81 hastadan alınan dışkı örnekleri gönderilmiştir. Örneklede, multiples PCR ile patojen araştırılmıştır. Bu amaçla, PathoFinder (Hollanda) firmasının 9 bakteri, 4 virüs, 4 parazit araştırılan multiples PCR kiti kullanılmıştır. Bu kit tarafından saptanılan 9 bakteri Campylobacter jejuni, Campylobacter spp., Clostridium difficile toksin A/B, E.coli O157:H7, Salmonella spp., Yersinia enterocolitica, Aeromonas spp., Shigella spp., Shiga toxin-producing E.coli (STEIC)‘dir. 4 virüs Adenovirus (F40/41), Astrovirus, Rotavirus (A), Norovirus (G1-G2,G3) ve 4 parazit ise Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium spp., Dientamoeba fragilis dir.

BULGULAR: 2014 yılı içinde gönderilen 81 hastanın dışkı örneklerinden 54 (%67)’nde patojen saptanmıştır. Bunlardan 44 (81%)’inde tek patojen, 6 (11%)’te 2 patojen saptanmıştır. Bunlardan 34 (70%)’inde bakteri ve virus, 24 (40%)’inde bakteri ve parazit, 11 (22%)’inde virus, 10 (20%)’inde Bakteri ve parazit, 3 (6%)’inde tek parazit saptanmıştır. 8 hastada ise tek viral patojen saptanmıştır. 54 hastanın %67’inde patojen saptanmıştır. E.coli, Salmonella spp., Clostridium difficile toksin A/B, E.coli O157:H7, Salmonella spp., Campylobacter spp., Dientamoeba fragilis, Yersinia enterocolitica, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium spp., Dientamoeba fragilis birlikte görüldü.

SONUC: Multiples PCR ile patojen saptama oranı taba-min edicidir (%65) Multiples PCR ile, diğer tanı yöntemleriley kolaylıkla saptanamanayacak enkaten, kısa sürede saptanabilirktedir.

5 hastada (60%) Dientamoeba fragilis, diğer etkenlere eşlik etmiştir. D.fragilis in patojenliği tartışılmaktadır.

Multiples PCR in gastrointestinal patojenlerin tanısında yüksek verimlilik taşıyan, hızlı ve etkin bir tanı yöntemi olduğu, epidemiyolojik olarak da değerli veriler sunduğu, çalışma sayılarnın artırılmasıyla bu verilerin daha da zenginleseciğini görüşüne varılmıştır.

P05-02 Peritonit tanıları hastaların periton sıvısında üreyen mikroorganizmaların dağılımı ve antimikrobiyal direnç profiliinin incelenmesi

Şükran Kose, Melda Türken, İlker Ödemiş

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Peritonitler; özellikle sirozlu ve periton diyализine giren hastalarda sık görürlü. Peritonit etkenlerinin duyuları farklılıklar gösterir. Çalışmamızda peritonit tanıları hastaların alınan periton mayı kültürlerinde üreyen mikroorganizmaların dağılımı ve antibiyotik direnç perfilinin incelendi.

YÖNTEM: İzmir Yenişehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve İnfeksiyon Hastalıkları servisine peritonit tansısıyla yatan hastaların periton mayı kültürleri sonuçları retrospektif olarak incelendi. İzolatların identifikasyonu ve antibiyotik duyuları konvansiyonel yöntemler ve otomatize Vitek 2 (Biomerieux, Fransa) ile çalışıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 41 hastanın dışkı örneklerinden kültür örnekleri incelendi. Hastaların 25’si (%60) erkek, hastaların yaş ortalaması 55.9 yıl sıaptıldı. Hastaların 29’u (%70) spontan bakteriyeli peritonit 12’si (%30) sekonder bakteriyeli peritonit tansısı izlendi. Çalışmaya alınan 41 örnekten 21’inde (%51.2) üreyen bakteri saptanmıştır. İkinci hastada 2 farklı etken üremesi saptandı. Üreyn etkenler tablo-1’de belirtilmiştir.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Üreyn Etken</th>
<th>Sayı %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>E.coli</td>
<td>5 (%27.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>P.aeruginosa</td>
<td>4 (%17.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Streptokok spp.</td>
<td>4 (%17.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Koagülaz-negatif stafilkok</td>
<td>3 (%13.0)</td>
</tr>
<tr>
<td>K.pneumoniae</td>
<td>2 (%8.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>K.oxytoca</td>
<td>1 (%4.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter spp.</td>
<td>1 (%4.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>E.cloacae</td>
<td>1 (%4.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>S.marcescens</td>
<td>1 (%4.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>M.tuberculosis kompleks</td>
<td>1 (%4.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>23</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Üretn etkenlerin üreme sayıları ve yüzdeleri

Streptokok suşlarında kinolana, vankomisin, teikoplanin, daptomisin ve linezolid direnç saptanmıştır. İlk (%50) etkende Trimethoprim-Sulfamethoxazole, 1 (%25) etkende klindamisine, 1 (%25) etkende penilisine, 1 (%25) etkende ampolisile direnç saptandı. Koagülaz negatif stafilkokların tanımının metilin direnç olmasına dikkat edilmesi gerekir. Stafilkokların hibritlarında vankomisin, daptomisin ve linezolid direnci saptanmıştır. Etkenlerin %2si (%66) kinolonlar, 1’si (%33) teikoplanin, 1’si (%33) klindamisin dirençli saptandı. Tüm gram negatif etkenler incelendiğinde karabapen direncine rastlanmamaktadır. E.coli suşlarında ampolisine %80, sefazole %80,
Sefuroksime %60, seftazidime %60, ampsilin-sulbaktama %80, sefoperazon-sulbaktama %20, piperasilin-tiazobaktama %40, siprofloksasine %40 direnç saptandı. Amikasin direncine rastlanmadı. *Pseudomonas aeruginosa* suşlarında seftazidime %25 direnç saptandı diğer anti-pseudomonal antibiyotiklere direnç saptanmadı.

**SONUC:** Peritonitlerde direnci dirençli mikroorganizmaların görülme sıklığının artması ampirik tedavi seçiminde zorluklara neden olmaktadır. Her hastanede antibiotik kullanım politikalarının belirlenmesi ve ampirik tedavide antibiotik seçimin yardımcı olması için izole edilen mikroorganizmalar ve antibiotik duyarlıkların tespit edilmelidir. Çalışmamızda peritonit etken olarak en sık baştı *E.coli* olmak üzere gram negatif mikroorganizmalar saptanmıştır. Hastalarının çoğunun spontan bakteriyel peritonit tanıları göz öne alındığında yapılan diğer çalışmalarla uyumlu dürür.

**P05-03**

**İnfeksiyon hastaları ve klinik mikrobiyoloji kliniğinde 2007-2014 yılları arasında diyare nedeniyle izlenen olguların değerlendirilmesi**

Sükrün Köse, Şakir Güler, Sabri Atalay, Melda Türkmen, Aysu Özkan, Tuba Kış

İzmir Tepeçik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ-AMAÇ:** Diyare; infeksiyöz veya non-infeksiyöz pek çok durumda görülebilen bir klinik tablodur. Çoğunlukla kendini sınırlı olmayan olgularda, yaşlılar ve immün yetmezliği olan kişilerde artır seyreden bir hastalıktır. Hastaneyede yatmaya girecek olan hastaların %40.8'inde dengeli travma hastanesinde doktor tarafından peritonite yönelik antibiyotik terapisi verme kararı alınmıştır. Yüksek riskli olgulara antibiyotik tedavi uygulanmıştır. Çalışma ile İzmir Tepeçik Eğitim ve Araştırma Hastanesi enfeksiyon hastaları ve klinik mikrobiyoloji kliniğinde 2007-2014 yılları arasında gastroenterit tanısıyla izlenen olguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNETM:** Çalışmaya alınan hastalar demografik özellikler, dışkından doğrudan mikroskopik incelenmesi, bakteriyolojik, parazit, virüs incelemeleri ve kolonoskopik biyopsi sonuçları değerlendirilmiştir. Dışı örneklerin bakteriyolojik incelenmesi konvansiyonel kültür yöntemleri ile yapılmıştır. Viral incelemeler rota virus antijenlerinin varlığı katiitif immunomakroskopik test (Toyo Diagnostics Rota-Adeno Combo Test, Gesan Production, Italy) ile araştırılmıştır. Parasit incelemeler doğrudan mikroskob ile yapıldı.


**SONUC:** Hastaneye yatmayi gerektiren olgular klasik bilgiler ile uyuşmuyor olarak genelde orta ve yüksek yaşta kişilerdir. Çalışmalarda enfamatuvar diyare nedeniyle izlenen bu kişilerde infeksiyon etkenleri yanında non-enfeksiyöz nedenler de araştırılmıştır.

**P05-04**

**Nadir bir abse etkeni: *Pediococcus pentosaceus***

Elif Mukime Öztürk¹, Ufuk Ilgen², Gülden Yılmaz³, Müge Ayhan¹, Belgin Coşkun¹, Ismail Bali⁴

¹Ankara Üniversitesi, *İnfeksiyon Hastaları* ve *Klinik Mikrobiyoloji* Kliniği
²Ankara Üniversitesi, *İç Hastalıkları Ana Bilim Dali*, Ankara
³Ankara Üniversitesi, *İç Hastalıkları Ana Bilim Dali*, Ankara

**GİRİŞ-AMAÇ:** İlk olarak 1800’lü yıllarda tespit edilen *Pediococcus* türleri; aerobik, hareketsiz, gram pozitif koklur. Patojenlerin halen tartışmalı oluş kan, periton sivisi, karaciğer absesi ve solunum sisteminde ait örneklerden etken olarak izole edilmektedir. Burada intraabdominal abse nedeniyle *Pediococcus pentosaceus* izole edilen bir olgu sunulmuştur.

**OLĞU:** Esansiyel hipertansiyon dışında ek bir hastalığı olmayan 77 yaşında kadın hasta; ateş, karın ağrısı gibi kavramları ile başvurmuştur. Fizik muayenesinde kanın sağ alt kadranında hassasiyeti izlenen doktorla saptanmıştır. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küresi 16,200 109/L (%82.8 nötrofil), C-reaktif peptid (CRP) 323.4 mg/L, tam idrar tetkikinde pyüri saptanmıştır. Sonuç aya içinde antibiyotik kullanım kıyıya olun hastaya üriner sistem infeksiyonu ön tanı ile meropenem (3x1 gr/gün) başlanmıştır. İdrar kültüründe üreme olmayan ve karın ağrısı devam eden hastaya abdominal ultrasonografi çekilmiştir. Uterus sağ alt üst komşuluğunda 8.5x4x5 cm boyutlarında koleksiyon tipi tespit edilmiştir. Çekilen abdominal-pelvik bilgisayarlı tomodrafide sağ alt kadrondaki koleksiyonun, abse ile uyuşmu muhtemel appendiks periforasyonuna bağlı olduğu görülmüştü. Mevcut meropenem tedavisi altında ateş düşen, CRP’si geriyeleyen hastanın antibiyotik tedavisinin 21. gününde çekilen kontrol BT’de abse boyutlarında gerileme tespit edildiğinden hastaya perikutan abs abse drenajı yapılmış fakat anatomik olarak yeterli olmamıştır. Bu durumda anestezolojik plan podoktora referansatta almıştır.
bölge nemi ile tamamen boşaltılımadığı belirtilmiştir. Alınan drenaj örneğinin gram boyamında bol PMNL, hücre içi ve dış gram pozitif kok görünmüş ve kültürde *Pediococcus pentosaceus* üreşmemiştir. Antibiyogram sonucu; penilsillin, klindamisin, rifampin duyarlı, teikoplanin ve vankomisin dirençli olarak raporlanmıştır. Meropenem tedavisinin ardından hastada intravenöz tedavi kesi̇n klindamisin (3x600 mg/gün p.o) olarak düzenlenmiştir. Toplam tedavinin ikinci ayında absenin belirgin olarak kücüldüğü görülmekle beraber hastanın tedavisi halen devam etmektedir.

**SONUÇ:** Sindirim sisteminde de bulunabilen *Pediococcus* türlerinin, viridans streptokoklara benzer fenotip özelliklerini nedeni ile tanısında zorluklar yaşanmaktadır. En sık görülen *Pediococcus acidilactici* ve *Pediococcus pentosaceus* tipleri olup genellikle immunkomprimize hastalarda fırsatçı mikroorganizma olarak karşımıza çıkmaktadır. Glikopeptidli dirençli direnci olmayan, tedavi sırasında ajanların bulunması *Pediococcus* infeksiyonlarının tedavisi zorlaştırmaktadır.

**P05-05**

Refrakter kronik diyare başvurusu ile tanı konulan agresif ülseratif kolit olgusunda süperinfeksiyon olarak CMV koliti görüldü.

Özge Acar¹, Yasemin Gökdelen², Mustafa Taner Yildirim³

¹Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
²Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği Gastroenteroloji Bölümü

**GİRİŞ-AMAÇ:** Sitomegalovirus (CMV) immunokompromize kişilerde sıkılaปรากฏ meke birlikte immunokompetan bireylerde de aseptomatik infeksiyondan dissemine hastalık varan oldukça geniş spektromlu klinik iç yolkânası önemli bir patojendir. Ülseratif kolit hastalarında CMV süperinfeksiyonu, ülseratif kolit kliniği ile ilişkilendirebilir ve komplikasyonlarla neden olabilir. Bu oğlada uzamsız ishal çekici ile başyaran immunokompetan hastada ülseratif kolit ve CMV koliti süperinfeksiyonunun önemini belirtmeyi amaçlamaktadır.


**SONUÇ:** CMV sıkıla immunokompromize hastaları etkiler, steroid boğamılı ülseratif kolit eşlik edebilir, ikisi biribirinin gidisini olumsuz yönde etkileyebilirler. CMV koliti immunokompromize hastalarda latent infeksiyonun reaktivasyonu şeklinde oluşur, immunokompetan kişilerde sıkıla primer CMV infeksiyonuna eşlik eder. İmmunokompetan uzamsız ishal ile başlayan hastalarla endoskopik bulgular eşliğinde IBH düştüğünde bile CMV infeksiyonunun da eşlik edebileceğini unutulmamalı, bu açıdan da değerlendirilmelidir.

**P05-06**

İzole uniliküler dalam kast hidatığı

Derya Keten¹, Abdulkadir Çiğer², Evrim Gülderen¹, Süleyman Kuloto¹

¹Necip Fazıl Şehir Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kahramanmaraş
²Necip Fazıl Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş


**OLGÜ:** Otuz bir yaşında erkek, bir aydır olan boyun sol tarafına vuran sol yan ağrısı, bulantu ve şişkinlik çekici ile poliklinikimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol üst kardında derin palpasyon ile hassasiyet, koht alta dalak palabali ve traube kapalı olarak saptanmıştır. Batın ultrasonografide dalak communauté dolduruldu: 137*114*120 mm boyutlarında kandı cilari aneok do kistik lezyon izlenmiştir. Batın bilgisayarlı tomografide ise 135*13*155 mm boyutlarında dalak parankimini tamamen dolduran 137*114*120 mm boyutlarında dalak parankimini tamamen dolduran tu- lm, tedavinin ikinci ayına absorben belgelenmekle birlikte immuno- 1) Tedavinin ikinci ayına absorben belgelenmekle birlikte immuno- 1) Tedavinin ikinci ayına absorben belgelenmekle birlikte immuno-


P05-07
Bruselloz nadir bir komplikasyonu: Akut kolanjit

Aslı Keleş1, Meltem Avacı1, Selma Tosun1, Mehmet Yıldırım2, Nazif Erkan2

1İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
2İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye


OLGU: Eelli yaşında kadın hasta, sezón gün önce baş- layan atez, bulanık, kusma, tiltreme ve ara ara olan karın ağrısi şikayetleriyle klinikimize yatırıldı. Hastanın öçeği- mişinde tip 2 diyabet mellitus tanısı mevcuttu. Soyge- mişinde özellikle yoktu. Sorgulamasında köye yaşadığı, çiftilikle uğraştığı ve taze peynir yeme ankasti saptanmıştır. Fizik muayenesi atez 37.5°C, hepatomegali, splenomegali ve derin palpasyon ile karın sağ üst kadranda has- sasiyet saptanmıştır. Laboratuvor tetkiklerinde; lökosit:2400/ mm³ (%54 lenfosit), C-Reaktif Protein: 30 mg/dL, AST 282 IU/ml, ALT 466 IU/ml, T. bilirubin 45 mg/dL, GGT 205 mg/dL, ALP 466 mg/dL, LDH: 764 U/L olarak bulundu. Ba-
9 gece 24 700/mm³, hemoglobin 10.5 g/dl, kreatinin 2.1 mg/dl, albümin 2 g/dl, ESH 65 mm/s ve CRP 204 mg/dl olduğu görülmüş. Gaz gayta çıkışı olmayan hastada ileus düştüğünde uygun replasman tedavisi verildi. Batın bilgisayarlı tomodografide duodenal ve jejunal anslar kollabeye ve ileal anslarda sıvı distansiyonu, çıkan kolon ve çekum duvar kalınlığının artığı, rektum proksimal kesiminde duvarda kalınlıma (kolit) saptandı. Olası antibiotik ihşali sonrası gelişen ileus nedeniyle parenteral metrandizol 4’500 mg i.v. verildi. İleus kliniği düzelmeyen hastaya kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopik inceleme çıkan kolonun ve çekumun eritemli, ödemli olduğu ve yağın sari renkli psödomembranlar olduğu görüldü. C. difficile tanısı ile tedavide oral vankomisin 4*125 mg tedavisi eklendi. Patoloji sonucu yoğun eozinofil içeriği olan “Kronik aktif kolitis” olarak raporlandı. Tedavinin 7. gününde kontrol kolonoskopi yapıldı. Psödomembran plaklarının azaldığı saptandı. Hastanin tedavisi 14 günü tamamlandı.

SONUCU: Sonuç olarak son 2 ay içinde antibiotik kul- lanım öyküsü olan, ishal veya ileus kliniği ile hastane- yeye başvuran hastalarda C. difficile ilişkili ishal mutlak düşü- nülmeli, de kişada C. difficile toksini bakımlı, negatif sap- tnan hastalarda endoskopik inceleme yapılarak psödo- membran varlığı arastırılmalıdır.

P06-01 Gaziantep ilinde gebe kadınlarda Toxoplasma gondii seropozitifliğinde araştırılması
Recep Eşkin, Şükrü Yaşkı Güçel
Gaziantep Üniversitesi.Biyojoloji böl.Zooloji Ana Bilim Dalı,Gaziantep

GİRİŞ-AMAÇ:Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastane- nesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde ge- belik takibi veya doğum yapmak amacıyla başvur- mun;17-49 yaş arasındaki gebelerde Toxoplasma gondii seropozitifliğinde araştırılması amaçlanmıştır. Gereçler ve Yöntemler: Çalışma 1Ağustos-17Ağustos 2014 tarihleri arasında Hastanemizde başvuran 150 gebe hastadan alınan kan örneklerinde ELISA (Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay) yöntemi ile anti- Toxoplasma total, IgM ve IgG antikor sonuçları retrospektif yöntemden analiz edilmişti ve başar su radan oluşan anket cà- lışması yapılmıştır.

BULGULAR: Araştırmamızda 150 hastanın 85’inde (%56,6) anti-T.gondii IgG pozitifiği, 3’ünde (%2) Anti-T. gondii IgM pozitifiği saptanırken,2(%1,33) hastada IgM ve IgG birlikte pozitif saptanmıştır.İntimiz pozitifiği yaşla- birlikte ani alnımlar olarak artışı gözlemlemiştir.

SONUCU: Toksoplazmoz tüm dünyada oldukça gibi ülke- mizde de yaygın olarak bulunmaktadır. Toksoplazma seroprevalansının yüksek olduğu ilimizde konjenital tok- soplazmoz ve olası gebelik komplikasyonlarını önlemek için gebelerde toksoplazma tarama çalışmalarıının plan-lanması ve düzenli olarak devam etmesi; toksoplazmoz seropozitifliğin izlenmesi, konjenital riskinin tahmin edilmesi, tarama ve önlemle stratejilerin belirlenmesi ve seronegatif gebelerin korunma yöntemleri konusunda bilgilendirilebilmesinin yararlı olduğu düşünülmektedir.

P06-02 İnfertilite polikliniğine başvuranlarda rubella seropozitifiği ve kkk (kizam-kizam-kabakulak) aşısi yapılan olgularda aşı yanının değerlendirilmesi
Avse İnci¹, Gülüstan Altay¹, Gonca Yetkin Yıldırım², Erdinç Çavuş¹
¹'kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnpeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
²'kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ksiad Hastıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Çocuklık döneminde geçirdiği ha- hit maküləpapüler döktüütü bir viral infeksiyona neden olan rubella, insanlar arasında Mukul ortalama %1-2, Rubella IgG antikoru pozitif olan hastaların %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebekler, %85’inde bebe-
hastaların aşya serolojik yanıtları ve yanıt süreleri tablodada görülmektedir (Tablo 1)


Tablo 1: KKK aşısı yapılan olguların aşısı sonrası serolojik yanıtları

<table>
<thead>
<tr>
<th>OLGU</th>
<th>YAŞ</th>
<th>AŞI SONRASI 1.AY</th>
<th>AŞI SONRASI 2.AY</th>
<th>AŞI SONRASI 3.AY</th>
<th>AŞI SONRASI 4.AY</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>36</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>37</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>31</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>22</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>19</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>27</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>33</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>22</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>31</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>27</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>32</td>
<td>IgM(-)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
<td>IgG(+)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P06-03
İnsan brusellozunun gebelik kaybı ile ilişkisinin değerlendirilmesi
Ayse Ozlem Mete, Mustafa Namiduru, İlkay Karaoğlan, Vuslat Keçik Bosnak
Gaziantep Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD


BULGULAR: Hasta grubunda brusella serolojisi pozitif olan kişi sayısı 10 (% 14,1), kontrol grubunda ise bu sayı 5 (%4,5)'ti. Gebelik kaybı yaşayan kadınların C-reactif protein, eritrosit sedimentasyon hızı, aspartat aminotransferaz, abortus sayısı ve parite sayısı anlamıyla dansı içinde yüksek bulundu (p < 0,05). Hastaların kırslar alanda yaşama oranları; ateş şikayeti, üriner titreme ve bel ağrısı şikayetlerinin varlığı belirgin şekilde yükseklendi. Hasta grubu bruselloz sorununun serolojideki gösterilen gebelik kaybı yaşayan gruptaki hastaların ağıtinasyonu ile geeliğin birbirleri ile benzeri olacak şekilde tespit edildi.


P06-04
Kırşehir Bölgesinde doğrulanmış çağındaki kadınlarda Toxoplasma gondii, rubella ve sitomegalovirus antikor sıklığının araştırılması
Tülin Demir1, Burcu Uysal2, Meral Turan3
1Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kırşehir
2Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kırşehir
3Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Gebelik sırasında annenin geçirdiği infeksiyon etkenlerinden birçoğu plasentayı geçerek intrauterin veya fetal infeksiyonu neden olmaktadır. Bu etkenlerden TORCH grubu olarak bilinen Toxoplasma gondii, rubella, sitomegalovirus (CMV) ve herpes simpleks virüs

-243-

YÖNTEM: Bu çalışmadan 2009-2014 yılları arasında Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kırşehir Kadın-Hasatkalari ve Doğum Hastanesi Kadin Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’ne başvuran doğum-anjoğlanık çığındaki kadınlarnın semptomları anti-Toxoplasma IgM/IgG, anti-CMV IgM/IgG, anti-Rubella IgM/ IgG düzeyleri retrospektif olarak değerlendirildi. Testler mikropartikül enzim immunoassay yöntemi (Roche Diagnostics, Cobas 6000, USA) ve mikroeliza (Radim Diagnostics, Alison SEAC, Italy) ile incelendi. SONUÇ: Değerlendirme kriterlerine uygun olarak yorumlandı.

BULGULAR: Hasta grubumuzda anti-CMV IgM, anti-Toxoplasma IgM ve anti-rubella IgM pozitifliği sırasıyla %1.1, %1.9 ve %0.2 olarak belirlendi. Yaş ve pozitifliğin açısından anlamlı bir ilişki tespit edildi. Borderline değer tespit edilen tüm hastaların iki hafta sonra alınan yeni örneklerinde testler tekrarlandığından negatif sonuç elde edildi. Test sonuçlarının dağılımı tabloda gösterilmiştir.

Sonuç olarak, çalışanın 2011 yılında 2408 (97.7) nın 29 (1.14) ve 28 (1.10) pozitif ve borderline olarak değerlendirildi. Test sonuçları,Nfeksyonun gidişine neden olan bakteri üretral kolonizasyon ve bakteriürisinin bir spiroket olan L. B grubu Streptokoklar genellikle üst solunum yolları, vajina, rektum ve idrar yolları ile Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi uygulama ve araştırma hastanesi gebelik polikliniğinde gebelik ve doğum sırasında doğum kanalındlan geceken yenidoğana bulamaktadır ve yenidoğanda menenjit, sepsis gibi ciddi infeksiyonlara yol açabilmektedir. Bu çalışma ile mikrobiyoloji laboratuvartan gebe polikliniği gençte idrar kültürlerinden izole edilen GBS sıklığının araştırılması planlanmalıdır.


BULGULAR: Çalışmamız yaş ortalaması 30 olan gebe dahil edildi. Gebelikte birlikte testlerin eşsiz olması, gebelik haftasında 17. gebelik haftasında ortaya çıkmış, gebeliktemsine 22’sinde (%50) jen flora, 14’ünde (%31) tüberin kıkırak, 4’ünde (%0.9) cilt flora, 3’ünde (%0.6) Enterobacteriacae, 1’inde (%0.2) MRNS olarak sonuçlanmıştır. Gebelikte tespit edilen bunlar, GBS üremesi tespit edilmemiştir. Çalışmamız dahil edilen gebeliklerin 21’i (%47) sezen an ile doğum yapmıştır.

SONUÇ: B grubu Streptokok genellikle üst solunum yolu, vajina, rektum ve idrar yollarını kolonize eder. Farklı araştırmalararda B grubu beta hemolitik streptokok taşıyıcı; rektal %6-41, uretral %2.5-20 ve vajinal %2.3-43 oranında görülür. Bizim çalışmamızda testlerin tespit edildiği, gebelikte tespit edilen idrar kültüründe GBS bakteriürülü tespit edilmemiştir. 35 – 37 haftalık gebelerden vajina ve rektumdan alınan örneklerde GBS tespit edilmiştir.Ancak ülkemizde bu protokol yoktur. Vajinal muayeneden ve kültür vermekten kaçınma nedeni ile uretral kolonizasyonunun değerlendirilmesi faydali ve kolay bir yöntem olabilir. Gebeliklerde aylık kontrollerin esası, eksi kontrolün idrar kültüründe GBS’nin uretral kolonizasyon ve bakteriürünün takip edilmesi faydalı olabilir.

P06-05
Eritema kronikum migrans lezyonu ile başvuran gebede Lyme hastalığı

Oğuz Aygün Kızmaz, Ayşe Willke
Kocaeli Üniversitesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ-AMAÇ: Eritema kronikum migrans lezyonu ile başvuran gebede Lyme hastalığı için neden olduğu, deri, ekiyem, kalp ve santral sinir sistemi gibi çok sayıda sistem tutan, geç kompleksiyonları ile kronik inflamattuar yanalta yol açabilen bir zoonozdur. Gebeçelik Lyme hastalığı, sifilizde olduğu gibi gebeligin gidişatını ciddi olarak etkileyebilir. Olası maternal ve fetal kompleksiyonlar nedeni ile has-

---

Tablo 1: Çalışma grubunda CMV, toksoplazma ve rubella virus IgM test sonuçlarının dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Test (n)</th>
<th>(%)</th>
<th>(%)</th>
<th>(%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(97.7)</td>
<td>29</td>
<td>28</td>
<td>1.14</td>
</tr>
<tr>
<td>(97.5)</td>
<td>10</td>
<td>38</td>
<td>1.97</td>
</tr>
<tr>
<td>(99.8)</td>
<td>-</td>
<td>4</td>
<td>0.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P06-05
Gebelede grup B Streptokok taraması yapalım mı?

Özlem Zanapağaoğlu Gazel1, Ebru Doğan1, Ridvan Duml1, Özel Çakmak1, Alper Şener1, Suzan Sâçar1, Ali Metin Otkun1, Mûşerref Tatman Otkun2, Alper Akçali2

1 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Çanakkale
2 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Çanakkale


BULGULAR: Çalışmamız yaş ortalaması 30 olan gebe dahil edildi. Gebelikte birlikte testlerin eşsiz olması, gebelik haftasında 17. gebelik haftasında ortaya çıkmış, gebeliktemsine 22’sinde (%50) jen flora, 14’ünde (%31) tüberin kıkırak, 4’ünde (%0.9) cilt flora, 3’ünde (%0.6) Enterobacteriacae, 1’inde (%0.2) MRNS olarak sonuçlanmıştır. Gebelikte tespit edilen bunlar, GBS üremesi tespit edilmemiştir. Çalışmamız dahil edilen gebeliklerin 21’i (%47) sezen an ile doğum yapmıştır.

SONUÇ: B grubu Streptokok genellikle üst solunum yolu, vajina, rektum ve idrar yollarını kolonize eder. Farklı araştırmalararda B grubu beta hemolitik streptokok taşıyıcı; rektal %6-41, uretral %2.5-20 ve vajinal %2.3-43 oranında görülür. Bizim çalışmamızda testlerin tespit edildiği, gebelikte tespit edilen idrar kültüründe GBS bakteriürülü tespit edilmemiştir. 35 – 37 haftalık gebelerden vajina ve rektumdan alınan örneklerde GBS tespit edilmiştir. Ancak ülkemizde bu protokol yoktur. Vajinal muayeneden ve kültür vermekten kaçınma nedeni ile uretral kolonizasyonunun değerlendirilmesi faydali ve kolay bir yöntem olabilir. Gebeliklerde aylık kontrollerin esası, eksi kontrolün idrar kültüründe GBS’nin uretral kolonizasyon ve bakteriürünün takip edilmesi faydalı olabilir.

SONUC: RİA kullanımı ile servis-vağinal bakteri ve maya kolonizasyonu üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Tülin Demir1, Burcu Üysal2, Selda Songur Dağlı3

1Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir
2Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir
3Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadin Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Kirşehir

GİRİŞ-AMAÇ: Doğrudan etkilediği kadınların en sık vajinal aktı, neden olan mikroorganizmalar Trichomonas, Candida türleri ve bakteriyel vajinaz (BV) etkenlerinden Gardnerella vaginalis ve Mobilincus spp. dir. Bu çalışmada rahim içi araç (RIA) kullanımı ile servis-vağinal maya kolonizasyonu, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis ve BV etkenlerinin varlığı arasındaki ilişki araştırılmıştır.


SONUC: RİA kullanımı ile servis-vağinal bakteri ve maya kolonizasyonu artış izlemekte birlikte, istatistiksel olarak anlamılı bir ilişki sahaptanımsızdır. Ancak RİA kullanımının servis-vağinal bakteri ve maya kolonizasyonu üzerine etkisinin değerlendirilmesi için daha geniş kapsamlı çalışmaları gerekmektedir.

BULGULAR: Ağustos 2013 – Ocak 2015 arasında başvuran 226 farklı hastanın 69’unda (%30) yalanız U, 2’inde (%1) yalnız M, 32’sinde (%14) ise U/M birlikte üretim olup, toplam 103 (%45) pozitif sonuç elde edilmiştir (Tablo). 35 vakada (%34) eşlik eden servisit mevcut idi. Hastaların yaş ortalaması 30±6 (18-43) idi. Hastalardan 31’i (%30) Türk, geri kalanı yabancı uyu-ruklı idi. DO’ya 2 (%1.9), AZM’ye 27 (% 26.2), OFX’ye 44 (% 42.7), CIP’e 98 (% 95.1) örnekte direnç saptandı. Sadece U üreyen grupta DO’ya 0 (%0), AZM’ye 3 (% 4.3), OFX’ye 29 (% 42), CIP’e 65 (% 94.2) örnekte direnç saptandı. U/M birlikte üreyen grupta DO’ya 2 (%6.3), AZM’ye 22 (%68.8), OFX’ye 14 (% 43.8), CIP’e 31 (% 97) örnekte direnç saptandı. U/M ko-infectyonunda AZM direnci, U mono-infectyonundaki AZM direncine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0.000). Sadece U saptanan hastaların 9’unda (%13) bakteriyel vaginoz bulunurken, U/M’li hastaların 11’inde (%34.4) bakteriyel vaginoz mevcut idi (p=0.008).


Tablo 1: Yüz üç vajinal akıntı örneğinde üreyen U.urealyticum ve M.hominis suşlarında antibiotik direnç profilinin örsel ve eşlik eden servisit/vaginoz siklığı

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>DO</th>
<th>AZM</th>
<th>OFX</th>
<th>CIP</th>
<th>Servisit</th>
<th>Bakteriyel vaginoz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>U.urealyticum (n=68)</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>29</td>
<td>65</td>
<td>23</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>M.hominis ve U.urealyticum (n=32)</td>
<td>2</td>
<td>14</td>
<td>31</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>M.hominis (n=2)</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

DO: doksisiklin, AZM: azitromisin, OFX: ofloksasin, CIP: siprofloksasin

P07-03
E. coli’ye bağlı gelişen renal apseli olgu

Mahmut Süneşoğlu1, Mehmet Çelik1, Ali İrfan Baran1, Mustafa Kasım Karahocagı1, Mehmet Reşat Ceylan2, Sevdagül Karadağ1

1Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Van
2Viransehir Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Şanlıurfa
3Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Servis AD, Van

GİRİŞ-AMAĞ: Bu posterin hazırlanmasının amacı yaşlı ve Diabetes mellitus’lu (DM) bir hastada ESBL pozitif E. coli’ye bağlı gelişen idrar yolu infeksiyonu ve nadir görülen renal apse vakasını sunmak.

OLGU: Ates, işüme-titreme, idrar yaparken yanma, hal- sizlik,ıştahsizlik, her iki tarafta yan ağrısı ve yaşının vücut ağırısı şikayetleri ile acil polikliniğiimizde başvuran 60 yaş-ında kadın hasta idrar yolu infeksiyonu nedeni ile servisit yatırıldı. Anemnezinde 7 yıldır tip 1 diabetes mel- litus (DM) hastası olduğu saptandı. Yaklaşık 1 año önce şikayetleri başlayıp hasta Hakkari Devlet Hastanesine başvurdu ve idrar yolu infeksiyonu tanıları ile antibiyotik tedavişi verildi. Fakat ilaçları kullanmamış ve 10 gün sonraki şikayetlerin artması üzerine tekrar hastaneye başvurdu hasta yatılarak selfriksan tedavişi başladı. İdrar kültüründe ESBL pozitif E. coli üreneyen hastanın te- davisi 10 gün devam edilmiş ancak şikayetleri geçmemiştir. Hastanın yapılan fizik muayenesinde her iki kostover- tebral ağrısı hassası pozitifti. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar inceleremelere Lökosit 14500/ mm³, CRP 81.7mg/l, tam İdrar tetkik (TIT)’de 3 pozitif lüksot vardi. Hastanemizde yapılan idrar kültüründe ESBL pozitif E.coli üremesi oldu. Hastanın yapılan ür-
ner sistem ultrasonografisi (USG)’de Sol böbrek orta kesimde 4,8x4,5cm ebatlı yoğun içerikli apse izlandi. Ayrıca mevcut lezyonla bağlantılı olan ve alt polde subkapsüler alanın uzanan 4,2x3,5cm ebatlı yoğun içerikli sivi kolleksiyonu mevcuttu. Hastaya ertapenem 1x1gr başlangıtı ve üroloji ıksillettı edildi. Üroloji tarafından apse boşaltıldı ve alının materyalden gönderilen kültürde ESBL pozitif E.coli üreıl. Araklarla hastanın kontrol Abdenom tomografisi ve USG’lı ıksili edildi. Tedavisinin 32. gününde çekilen üriner USG’lı saddeğilermesini üzerine hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Diabet gibi altta yatan hastalığı olanlarında, yetlerin uygun tedavi verilmeyenlerde ve uzamız ates, loko[sitoz ve yan ağrıısı olan hastalarda renal apsenin gelişebileceğini unutulamamalıdır.

P08-01 Kemoterapi başlanan onkoloji hastalarda hepatit B taraması

Emine Türkoğlu¹, Mükremin Uysal², Neşe Demirtürk³
¹Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Afyonkarahisar
²Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Onkoloji BD, Afyonkarahisar

GİRİŞ-AMAÇ: Hepatit B virusu ile infekte onkoloji hastalarda kemoterapi sonrası HBV-DNA düzeyleri artış gösterebilir ve bu HBV reaktivasyonu hepatit ilişkili mortalite ve mortalitenin artmasına yol açabilir.Bu çalışmada onkoloji hastalarda kemoterapi öncesi hepatit taraması yapılp yapılmadığı ve HBsAg ve/veya anti-HBc IgG pozitif olgulara profilaksi başlamlanmadığı araştırıldı.


SONUÇLAR: Çalışmaya 1609 hasta dahil edildi. Düzenci takibe gelmeyip verilerine ulaşılamayan 124 hasta dışlanarak 1485 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 734(49.4%)’ü erkek, 751(50.5%)’i kadındı(Yaşlar 14-89 arasında değişiyor). Malignite odakları dahil olduktan 306(20.6) mame, 282(18.9) acoğer, 137(9.2) mide, 137(9.2) kolon, 112(7.5) rektum, 55(3.7) over, 42(2.8) pankreas, 37(2.4) endometrium, 36(2.4) deri, 33(2.2) baş-bayon, 32(2.1) safra kesesi, 30(2.0) mesane, 30(2.0) böbrek, 27(1.8) prostat, 25(1.6) beyin, 23(1.5) sarkom, 22(1.4) malign melanom, 21(1.4) troid, 13(0.8) ince barsak, 11(0.7) mezotelüma, 10(0.6) karaciğer, 9(0.6) serviks, 9(0.6) lenfoma, 6(0.4) multiple myelom, 4(0.2) dermatofibrosarkoma protuberans, 3(0.2) siki sarkomu, 2(0.1) kemik, 2(0.1) periton, 1(0.06) paratiroid, 1(0.06) sennunal, 1(0.06) mo hidatiform, 1(0.06) vulva şekildeydi.On beş(1.0) hasta prim odak tespit edilememisti. Hastaların %58.1’n(=864) hepatit B açısından tanrmanmttı. Bu taramada 799 hasta- da HBsAg ve anti-HBs, 65 hastada iseyalizanca HbsAg serolojisi kullanılıliśmy. Anti-Hbc IgG bakımlımıması. Hastaların 31(3.5)’inde HBsAg pozitifliği ve 303(3.7)’inde anti-Hbs pozitifliği tespit edilmüş olup HBsAg pozitif hastalardan 23’inte tedavi(2’i entekavir, 21’i lamivudan) başlantı. Sekiz hasta ise gastroenteroloji yönlendirmi̇ştir ancak bu bölüme başvurmadıklarından tedavisi kalı̇mıştır. Anti-Hbs pozitif hastalara tedavi verilmemiştir.

SONUÇ: Kemoterapi planlanan hastalara HBV için tara- rama önerilmektedir. Taramada HBsAg ve anti-Hbs ile birlikte anti-Hbc IgG de bakımlıdır. Çalışmamızda hastaların %41.9’unu tarama yapılımı̇dı, taramanda an- ti-Hbc IgG kullanılması, pozitiflik saptanan hastaların %25.8’ı̇n tedavi verilmediği̇ tespit edildi. Bu çalışmaya bu konuda infeksiyon hastalıkları ve onkoloji uzmanlarının koordine çalışmasını̇ önemli vurgulanmıştır.

P08-02 Kronik hepatit B hastalarında HBsAg ve Anti-HBs birli̇ktėnin klinik anı̇mlı̇liği

Zeynep Sule Çakar¹, Ayten Kadanali¹, Şenol Comoğu¹, Behiye Dede¹, Sinan Ozturk¹, Gül Karagoz¹, Fidan Kus Doğan¹, Tuğrul Doğan¹, Gamze Uştüntaş³
¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği
³Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Dünya nüfusunun yaklaşık %5’i hepatit B virusu (HBV) ile enfekte edilmişdir. Akut infeksiyonun iyileşmesi evresinde, temasta 4-6 ay sonra HBsAg’nin kaybolması, anti-HBs’nin ortaya çıkması nedeniyle “sarı dönem” olarak kabul edilir. Kronik HBV infeksiyonu olgularında nadiren HBsAg ve anti-Hbs’ın birlikte pozitifliği görülmektedir. Bu durum sıkılıkla immün kaçaç mutanlarla heterolog HBsAg subtiplerine karşı gelişen immün yanıtların bir sonucudur. Çalışmamızda bu birliktėnin olduğu 15 olgu incelemiştir.

YÖNTEM: Ocak 2010 - Aralık 2014 tarihleri arasında poliklinijimize başvuran 1040 kronik HBV hastası retrospektif olarak dosya incelemesi ile tanıtıldı. Bunlar arasında HBsAg ve anti-HBs birlikte olmayan 15 hasta belirlendi.

BULGULAR: 15 hastanın 7’si erkek, 8’i kadın, yaş ortalaması 41 ± 1.04 (minimum 20- maximum 77) idi. 12 (80) hasta akefik taşıyıcı, 3 (20) hasta kronik hepatit B olma- rak değerlendirildi. AST, ALT yüksekliği 3 hastada, HBe- Ag ve Anti-Hbs birli̇kte pozitifliği 1 hasta tespit edildi.

BULGULAR: HAD öçeğine göre taşıyıcı grupta anksiyeti riski kontrol grubundan yüksek bulundu (p = 0.031). Hasta grubu ve taşıyıcı grup arasında anksiyete riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p > 0,05). Grupların depresyon riskleri karşılaştırıldığında hasta grubu (p = 0,031) ve taşıyıcı grup (p = 0.046) depresyon riski kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Hasta grubu ve taşıyıcı grup arasında ise depresyon riski açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p > 0.05). Hasta grubu ve kontrol grubu yaşam kalitesi skoraları karşılaştırıldığında genel sağlık (p = 0,01), fiziksel rol gücü (p = 0,021) ve vitalite (p = 0,001) skorları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Fiziksel fonksiyon, emosyonel rol gücü, sosyal fonksiyon, ağırlık ve mental sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p > 0.05). Taşıyıcı grup ve kontrol grubu yaşam kalitesi skorları karşılaştırıldığında genel sağlık (p = 0.01), fiziksel rol gücü (p = 0.017) ve vitalite (p = 0.004) skorları taşıyıcı grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Fiziksel fonksiyon, emosyonel rol gücü, sosyal fonksiyon, ağırlık ve mental sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p > 0.05). Hasta grubu ile taşıyıcı grup yaşam kalitesi skorları karşılaştırıldığında genel sağlık skoru hasta grubunda taşıyıcı gruba göre anlamlı olarak düşük bulundu (p = 0,001). Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gücü, emosyonel rol gücü, sosyal fonksiyon, ağırlık, vitalite ve mental sağlık skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p > 0.05).

Sonuç olarak HBV ile kronik enfekte kişilerin takip ve tedavileri sırasında hastaların psikolojik durumları önemlidir. Saptanan psikosozial bozuklukların önlenmesi, takip ve tedavi edildiğinde bu olguların sağlıklarını ileri yaşaman kalitesinin artırmasını sağlayacak ve tedaviye olan uyumları artıracaktır.
yas grubunu kapsayan önceki çalışmamızdaki Anti-HBs oranın yüksekliğinin ülkemizde 1998 yılına kadar hep 
B aşıının rutin aşısı takvime girmiş olmasıyla bağlı olduğu 
düşündülmüştür.

P08-05
Hemodiyalize giren kronik hepatit C hastalarda 
peğe interferon tedavisinin etkinliği
Ferah Ergin Bölükbaşoğlu1, Burçin Sanlı2
1Üsküdar Devlet Hastanesi, İstanbul
2Bartin Devlet Hastanesi, Bartın

GİRİŞ-AMAC: Hemodiyaliz (HD) hastalarında hepatit C 
virüs (HCV) prevalansı normal popülasyona göre yüksek-
tır. HD hastalarda HCV infeksiyonunun doğal seyrini 
belirleyen oldukça zordur, ALT genellikle normal seyre-
der ve karaciğer hastalığının aktivitesini daha az yansı-
tır. Bu hastaları tedavi endikasyonu özenli bir inceleme-
İn za codesinden sonra konulmalıdır. Özellikle transplantasyon adayı 
genç hastaların tedavisi önemlidir. Bu çalışmada kronik 
HCV infeksiyonu olan HD hastalarında peğe interfer-
ron (PEG IFN) tedavisinin sonuçları değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: HD hastalarında kronik HCV infeksiyonu tanı-
sı HCV-RNA pozitifiği ile konulmuş ve genotip tayini ya-
pılmıştır. Hastalara PEG IFN-a2a 135 μg/hafta verilmiştir. Tüm 
hastalar tedavinin 3. ayında enkien virolojik' yanıt 
HCV-RNA düzeyiyle değerlendirilmiş, yanıt alınmısça 
tedavive devam edilmiş ve 48 hafta sonra tedavi sonu 
yanıt açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Kliniğimizde HD giren dört kronik hepatit C 
hastasına PEG IFN-a2a tedavisi verildi. Hastaların ikisi 
hiperantistif nefropat, birisi renal taş + polikistik böbrek 
hastalığı nedeniyle HDe girekti, bir hastada ise KBY 
sebepi bilinmemektedir. Bir hastada ALT düzeyi yüksek, 
viral yükü yüksek, Türk hastalar genotip 1'ini bekletmektedir. 
Tüm hastalar genotip 1'ini bekletmektedir. Çocuk 
hastaların 3. ayında HCV-RNA düzeyi 
egatif tespit edildi. HCV-RNA düzeyi yüksek hastada 
ise tedavinin 3. ayında 2 logdan fazla düşme olmamak 
egatifleşmedi ama ALT düzeyi normale döndü. Tedavi 
onunda HCV-RNA düzeyi 377 IU/mL tespit edildi. Bu 
hasta halen donör bulunması için beklemektedir. Tedavi 
onunda HCV-RNA düzeyi negatif olan üç hasta böbrek 
transplantasyonu için sevk edildi ve ikisine böbrek 
transplantasyonu yapıldı. Bir hasta halen transplantas-
yon gurnunu beklemektedir.

TARTIŞMA: HDe alnan kronik HCV infeksiyonu olan 
hastalarda, IFN tedavisi hücre aracılı immüniteyi azaltıcı 
ileşmeye katki sağlayabilir. Kronik böbrek hastalarda 
böberk ve karaciğerden atılması nedeniyle PEG IFN-
a2a tercih edilmektedir. Yapılan bu çalışmadada; henüz 
HDe bağlantayınırenal yetmezlikli hastalarda PEG 
IFN'ın absorbsiyon ve dağımını normal böbrek fonksiyonlu 
šíleriinde gibi olduğunu göstermiştir. HDe giren 
hastalarda PEG IFN-a2a 135 μg dozu normal renal fon-
siyonlu hastalardaki 180 μg doza benzer serum konstant-
rasyonları vermiştir. Bu çalışmada tedavi alan dört hasta-
dan üçünde kalsiyik viral yanit gelmiştir. Hasta sayısı 
da da HDe giren kronik hepatit C'lı hastalarda PEG IFN-a2a 
tedavisinin etkili olduğu düşünülmektedir.

P08-06
Hepatit C hastalarının genotip dağılımı
Kamuran Türker1, Cenk Özalçıoğlu2, Betül Taş3, Nejat 
Sebzeć4, Can Davaçuoğlu5, Fatma Ekşi Polat6, Ayşe 
Banu Esen7, Bilge Özdemir8
1Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnşaat 
Hastalıkları Bölüümü
2Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji 
Bölüümü
3Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji 
Bölüümü
4Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 
Gastroenteroloji Bölüümü

GİRİŞ-AMAC: Kronik viral hepatitler gerek dünyada 
gerekse ülkemizde, kronik karaciğer hastalıklarının en 
önemli nedenleridir. Hepatit C virüsünün genotip bilgisinin elde edilmesi 
antiviral tedavinin seçiminde ve klinik sürecin takibinde 
onemli önemlidir. Hepatit C Virüsü (HCV)'nün 6 genotipi ve 
100'den fazla alt tipi mevcut. Kötü prognozla ilgili 
tip 1b genotipi Türkiye'de en yüksek prevalansa sahiptir. 
Çalışmada Hastanemizde Infeksiyon Hastalıkları 
ve Gastroenteroloji bölmelerince takip ve tedavi yapılan 
kronik hepatit C (HKC) olgularında genotip dağılımının 
saptanması amaçlandı.

YÖNTEM: Bu çalışmamızda 1 Aralık 2010- 30 Kasım 
2014 tarihleri arasında hastanemize başvuran ve 
genotipi belirlenen hepatit C'lı 325 hasta değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların 183'ü erkek(56,3) 142'si 
Kadın(43,7)'dır. Yaş ortalaması 48,6 yıl (Min:3, max:83) 
di. 249'u genotip 1 (%76,) bunlar 
151'i genotip 1 b 
(46,5), 14'si genotip 2 (%4,3), 56'sı genotip 3 (%17,2), 
6'sı genotip 4(%1,9),1'i genotip 5(%0,3) ve 1'i genotip 
3a+4a(%0,3) mixt tip olarak saptanmıştır. Hastaların 317'si Türkiye 
(97,5), 4'ü Suriye(%1,3), 2'si Ukrayna(%0,6), 
1'i Tayvan(%0,3) ve 1'i Gürcistan(%0,3) uyruklu idi.

SONUC: Halen ülkemizde baskın olarak interferon 
tedavisini dirençli olan genotip 1'dir. Bu tedavide 
yanıt ancak %50'ler civardadır. Şu anda ülkemizde interferon 
dışı tedaviyi beklenen ciddi bir hasta popülasyonumuz 
bulunmaktadır.
Tablo 1. Genotip dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Genotip</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
<th>Subtip</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tip 1</td>
<td>249</td>
<td>76</td>
<td>Tip 1</td>
<td>75</td>
<td>23,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tip 1b</td>
<td>151</td>
<td>46,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tip 1a</td>
<td>15</td>
<td>4,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tip 1a+1b</td>
<td>6</td>
<td>1,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Tip 2</td>
<td>14</td>
<td>4,3</td>
<td>Tip 2</td>
<td>11</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tip 2a</td>
<td>3</td>
<td>0,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Tip 3</td>
<td>56</td>
<td>17,2</td>
<td>Tip 3</td>
<td>19</td>
<td>5,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tip 3a</td>
<td>37</td>
<td>11,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Tip 4</td>
<td>6</td>
<td>1,9</td>
<td>Tip 4</td>
<td>4</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tip 4a</td>
<td>2</td>
<td>0,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Tip 3a+4a</td>
<td>1</td>
<td>0,3</td>
<td>Tip 3a+4a</td>
<td>1</td>
<td>0,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Tip 5</td>
<td>1</td>
<td>0,3</td>
<td>Tip 5</td>
<td>1</td>
<td>0,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P08-07
Hemodiyaliz hastalarında HBsAg, Anti-HBs ve Anti-HCV seroprevalansı

Nergis Aşın1, Aytaç Bilgic2, Elcin Kal Çakmaklioğlu3, Filiz Bayar4

1Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Karabük
2Karabük Üniversitesi, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Karabük
3Karabük Üniversitesi, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tibbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Karabük

GİRİŞ-AMAÇ: Viral Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyonları kronikleşme, siroz ve hepatosellüler kansinoma gibi ciddi komplikasyonları olan hastalıklar olup tüm dünyada önemli bir sağlık problemi olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık örgütü(WHO) verilerine göre 240 milyon kişinin Hepatit B, 150 milyon kişinin de kronik Hepatit C tayşici olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye’de bölgeler arası farklılıklarına bağlı olarak HBsAg seropozitifinin %3,9-12,5, HCV tayşiciçinin %1-2,4 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle hemodiyaliz hastaları gibi riskli hasta gruplarında bu oranların daha da yüksek olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada gerek immün dirençin zayıf olması gerekse siki invaziv girişime maruz kalmalar nedeniyle hepatit riski altında olan hemodiyaliz hastalarında Hepatit B ve Hepatit C seroprevelansının tespiti amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışmada hastane hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 146 hastanın HBsAg, Anti HBs ve Anti HCV sonuçları Hastane Bilgi Yönetim Sistemi(HBYS) üzerinden retrospektif olarak incelenmiştir. HBsAg, Anti HBs ve Anti HCV testleri hastanemiz Mikrobiyoloji Laboratuvarı ELISA ünitesinde Kemilümen San Mikropartikül İmmüno Assay(CMIA, Architect i1000, Abbott, USA ) ve Elektrokemilümen-sans İmmüno Assay(ECLIA, Cobas E411, Roche Diagnostics, GMBH, Germany) yöntemleri kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 146 hastanın 53’ü kadın(%36,3), 93’ü erkek(%63,7) idi. Ortalama yaş kadınlar için 62,0(31-85 yaş) erkekler için 61,0(13-84 yaş) olarak bulundu. İki hastada (%1,3) HBs Ag altı hasta- da (%4,1) Anti HCV pozitif bulundu. Hem HBs Ag hem de HCV tayşicisi olan hasta yoktu. Tayşicilık saşanın toplam sekiz hastanın hepsi erkek hastalardi. Anti HBs ab 115 (%78,7) hasta pozitif bulundu.

SONUÇ: T.C Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği’nin 2014 Ekim ayında yayımladıkları ortak raporda ülkemizdeki hemodiyaliz hastalarının(52.675 kişi) %42,25 inin kadın, %57,75 inin erkek hasta olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda kadın hastaların daha düşük oranı olduğu görülmüştür. Yine aynı raporda HBsAg pozitifliği %4,1, Anti HCV pozitifliği %6,94 olarak bildirmiştir. Bizim çalışmamızda Hbsag seropozitifinin (%1,3) Türkiye ortalamasına göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Yanısırı Anti HCV seropozitif oranımız da (%4,1) belirgin olarak düştürt. Bunda gerek hemodiyaliz hastalarına etkin olarak uygulanan Hepatit B aşısı programının, gerekse seropozitif hastaların diyazil cihazlarının ayrılmış olmasını etkisi olabilir.

Şekil 1: Hemodiyaliz Hastalarında HBsAg, Anti-HBs, ve Anti-HCV seroprevalansı

P08-08
Kronik hemodiyaliz hastalarında izole anti-HBcLG pozitifliği ve okült hepatit B infeksiyonu yükünün araştırılması

Burcu Uysal1, Tülin Demir2, Aydin Gücü3, Ömer Karakamış2

1Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir
2Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir
3Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Kirşehir
GİRİŞ-AMAC: Okült hepatit B virüs (HBV) infeksiyonu HBsAg negatif kişilerde HBV genomunun karaçığı ve/veya serumda tespit edilmemesi olarak, izole anti-HBcIgG pozitivliği ise hepatit B infeksiyonunun serolojik gösterge-lerinden sadece anti-HBc IgG’nin saplanması olarak tanımlanır. Her iki durum da hemodiyaliz hastalarında bulastırıcılık açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada kronik hemodiyaliz hastalarında izole anti-HBcIgG pozitiviti ve okült hepatit B infeksiyonu araştırılmıştır.

YÖNTEMLER: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi dializ ünitesinde 2014 yılında tedavi görmekte olan 173 (102 erkek, 71 kadın) hasta yaş, cinsiyet ve hemodiyaliz süresinden bağımsız olarak çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların HBsAg, anti-HBs, anti-HBcIgG, anti-HBcIgM, anti-HBcIgM, HBeAg ve anti-HBe pozitivitesi enzim immunoassay tekniği ile çalışılıdı (Cobas 6000, Roche Diagnostics, USA). Herhangi bir parametreden borderline değer ve izole anti-HBcIgG pozitivitesi varlığında test tekrarlandığı, HBsAg, anti-HBs, anti-HBcIgM negatif, anti-HBcIgG pozitif, anti-HBe pozitif ve/veya negatif olan serolojik profilde sayım hasta değerlendirildi. Örneklerin kanıtlatılması HBV DNA düzeyleri RT-PCR metodu ile (Cobas Taqman 48, Roche Diagnostics, USA) incelendi.

BULGULAR: Hastaların dördünde (%2.3) HBsAg, yedi- sinde (%4.04) anti-HCV, 156’sında (%90.17) anti-HBs, 107’inde (%61.8) anti-HBcIgG, 58’inde (%33.5) anti-HBe pozitiviti tespit edildi. Bu hasta örneklərinin üçün- de (%1.73) izole anti-HBcIgG, dördünde (%2.31) ise anti-HBcIgM ve anti-HBe pozitiviti belirlendi. Anti-HBcIgG pozitiviti erkeklerin %71.4’ünde (n=5), kadınların %28.6’sında (n=2) saptandı ve pozitif 60 yaş üzerinde- ki hasta grubunda daha yüksekliği. Anti-HBcIgG pozitiviti ile birlikte eş zamanlı HCV ko-infeksiyonu izlenmedi. İzole anti-HBcIgG ve/veya anti-HBe pozitiviti tespit edilen iki hasta örneğinde HBV DNA pozitif olarak saptандı. Birisi erkek dişi kadın olan bu hastaların HBV DNA düzeyleri sırasıyla 45.4 IU/ml ve 72.5 IU/ml olarak tespit edildi. Okült HBV infeksiyonu sıklığı %1.18 (n=2/169) olarak saptandı.

SONUÇ: Anti-HBcIgG pozitiviti ile seyreden okült hepa- tit B virus infeksyonu saptanan hastalarda nozokomiyal bulası riski tanı çıkartılması hala tartışmalı olup özellikle tüm hemodiyaliz hastalarının demografik, biyokimyasal ve viral serolojik özelliklerine bakılmaksızın PCR yöntemi ile HBV DNA tayini yapımının bulası riskinin azaltılmasını yönünden önemli bir yaklaşım olabileceğini düşündükümüziz.
TABLO 1: TPV ve BOC alan hastalarda görülen yan etkiler

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yan etki</th>
<th>TPV n:11</th>
<th>BOC n:3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kaçıntı</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Halsizlik</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ateş</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Bulanti</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Baş dönmesi</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Makatta ağrı</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Makülopapüler döküntü</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gözde kızankık</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Bağ ağrısı</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>İştahsızlık</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Makatta kaçıntı</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Makatta kanama</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Boyun ağrısı</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eklem ağrısı</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Uykusuzluk</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sinirlilik</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ağırda kuruluk</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ishal</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Nefes darlığı</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tat bozukluğu</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ağrıda yara</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anemi</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Lökopeni</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Trombopeni</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kreatinin yüksekliği</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALT-AST yüksekliği</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oksürük</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

P08-10
Kronik hepatit C hastalarda direkt etkili antiviral ajan deneyimlerimizin değerlendirilmesi

Neşe Demirtürk¹, Zerrin Asçı²

¹Kocatepe Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Afyonkarahisar
²Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Afyonkarahisar

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik hepatit C infeksiyonunda yillarca standart tedavi kabul edilen peg-IFN ile ribavirin kombinasyonu ile yant oranları, HCV genotip 1 ile enfekte hastalarda %50, genotip 2 ve 3 ile enfekte hastalardaysa %70-80’er olarak bilimindektir. 2011’de, 1. büyük NS3/ NS4A proteaz inhibitoryi doğrudan etkili telaprevir (TPV) ve boceprevirin (BOC) klinik kullanım için onay almasıyla başlar oranları %75’i’ere çıkmıştır. Ancak daha komplike, yan etkilerin arttığı ve hasta ve hastalik yönetiminin zorlaştığı bir kronik C hepatiti tedavisi döneminde girilmiştir. Bu çalışmada merkezimizde BOC ve TPV içeren rejimler ile tedavi edilen hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.


Tedxavi sırasında hasta와 gorunen yan etkiler Tablo 1de belirtilmiştir. TPV tedavisi alan 4 hasta yan etkiler nedeniyle hospitalize edilmiştir. Hastaların 6’sına yan etkiler nedeniyle ek tedaviler bağlanmıştır, 3 hasta-ya eritosit suspansiyonu verilmiştir. Hastaların 2’inde yan etkilerle bağlı tedaviye uyumsuzluk tespit edilmiştir. TPV alan hastaların üçünde tedavi yan etkiler nedeni- le kesildi. 2 hasta tedavi cevapsızlığı saptandi, 1 hasta-tan tedavi devam etmektedir, tedavi cevabi alanın 5 hastadan 3’ünde kalıcı virolojik yant, 1 hastada nüks gelişti. BOÇ olan ve bahsetilen hastaların yan etkiler tablosuna alınarak değerlendirildi. 

SONUC: BOÇ ve TPV, hepatit C tedavisinde etkili, çok daha başarılı ancak aynı zamanda hem hastalar hem de hekimler için daha zor ve daha pahalı ve daha meşgul edici bir tedavi sürecidir. Hedef yine, daha etkili ve direnç bariyeri yüksek, yan etkiler az olan oral antiviral ilaçlarla %100 kalici viral cevap sonuçlarına ulaşmaktır.

P08-11
İnterökün 28b genotiplerine göre kronik hepatit C’li Türk hastaların özellikleri ve pegile interferon ile ribavirin kombinasyon tedavisi yanıtları

Bilgehan Aygen¹, Sila Akhan², Özgür Günl¹, Serpil Taheri¹, Gökmen Zararsız³, Murat Sayan⁴, Aydın Rüstemoglu¹, Orhan Yıldız5, Elif Sargin Altnok²

¹Erciyes Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri
²Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli
³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tokat
⁴Erciyes Üniversitesi Tip Fakültesi, Tibbi Biyoloji Anabilim Dalı, Kayseri
⁵Erciyes Üniversitesi Tip Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Kayseri
⁶Erciyes Üniversitesi Tip Fakültesi, Merkez Laboratuvar, PCR Unitesi, Kocaeli
⁷Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tip Fakültesi, Tibbi Biyoloji Anabilim Dalı, Tokat
GİRİŞ-AMAÇ: Kronik hepatit C (KHC)‘nin seyri ve tedavisi yantınlıktaki pek çok faktör bulunmaktadır. IL28B gen polimorfizm genetiği NHC tanımlı ilepegIFN ve ribavirin tedavisi alan Türk hastalarının IL28B gen polimorfizmine göre özelliklerinin ve tedavi yantılarının değerlendirilmesi amaçlanıyor.

YÖNTEM: Çalışmaya 2011-2013 yıllarında ülçe üniversiteleri hastanesinde izlenen, KHC tanıları dahil ve SNC genotip pozitif hastalar alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 55.6±10 idi. HASTALARI: 20 hastanın 152’sine karaciğer biyopsi yapıldı ve HCV RNA sonuçları (0, 4, 12, 24, 48 ve 72 hafta) kaydedildi. IL28B polymorizm PCR temelli ’restriction fragment length polymorphism assay’ (RFLP) kullanarak genotiplendirildi.

BULGULAR: Hastaların %22.6’sında C/C, %52.7’sinde C/T ve %24.7’sinde T/T genotipi sahip çıktı. Viral yük 400,000 IU/mL’nin altında olan hastaların oranında fazla ALT düzeyi, en yüksek TT grubunda (sirasiyla p=0.020, p=0.006). Fibrozis skoru C/C ve C/T genotipleri olanlarda 1, C/T genotipi olanlarda ise 2 bulundu (p=0.023). Hastaların %44.8’sinde pegIFN ve ribavirin kombinasyon tedavisile KIV elde edildi. CC genotipi olanların %66.7’sinde, CT genotipi olanların %42.9’undan ve TT genotipi olanların ise %28.3’ünden KIV elde edildi (p=0.001). CC genotipi olanlarda hızlı virolojik yant (HVV), erken virolojik yant (EYV), tedavi sonu yantı (TSY) ve KIV oranları diğer gruplara göre yüksek (sirasiyla p=0.216, p<0.001, p=0.001, p=0.001). Relaps ve yanıttsızlık en yüksek TT genotipi grubunda, kısmi yanıt ise en yüksek CT genotipi olup grupa sahip çıktı.

SONUÇ: Duyarsız da etkili, nükleoz(t)id naif kronik hepatit B hastaları için tedavi seçimi için genetik bilgilendirme önemi olacaktır.
BULGULAR: Tedavi başlanılan 23 hastadan altısında (% 26.1) yan etkiler nedeniyle tedavi erken sonlandırıldı. Bir hasta da ise telaprevir ile hemoptizi gelişen, tedavi bitiminde HVY elde edilen hastada tedaviye uyumsuzluktan (% 38) ve rõvirolojik yan etkilerden (% 7,5) dolayı tedavi erken sonlandığı, 10 hasta ise 24 hafta tedavi aldı. Tedavi bağından hastaların % 49’ünde trombositopeni, % 47,1’dede anemi ve % 42,8’ünde ABDUTAS bulunması (% 72) idi. Tedavi bitiminde HVY-RNA (39 hastanın % 38) olarak tespit edildi. Tedaviyi tamamlayan 43 olgunun % 31’inde tedavi sonu hemoptizi gelişen, % 9 olgu ise ikili tedaviye uyumsuzluktan (% 37,7) dolayı tedavi erken sonlandığı, 9 olgu ise ikili tedaviye uyumsuzluktan (% 25) dolayı tedavi erken sonlandığı, 2 hastada ise telaprevir etkinidir.

SONUÇ: Pagile interferon ve ribavirinle kombine olarak kullanılan telaprevir ile telaprevir yan etkilerini retrospektif olarak değerlendirildi. Tedavi öncesinde tüm hastalarda ve tedavi srasında ‘breakthrough’ gelişen hastalarda NS3 inhibitörleri ilaç direnci mutasyonlar saptandı. Tedavi bitiminde hastaların % 72’inde ABDUTAS, % 5 olgu ise 24 hafta tedavi altındayken tedaviye uyumsuzluktan (% 20) ve tedaviye yan etkileri birlikte kullanılmaması tedavinin yan etkilerinin daha ağırlık göstermesine neden olmuştur.

Table 1: Telaprevirli üçlü tedavi alan 53 kronik hepatit C’li olgunun değerlendirilmesi

| YÖN HASTALIKLARI KONGRESI | -254- |

Ahmet Şahin1, Halim Bayram2, Mustafa Namîdurî1, İlyak Kâraoglu1, Rezan Harmañ1, Gönül Bakir4, Abdulkådîr Dalda1, Yasêmin Balkan2, Vuslat Keçîk Boşnak1

1Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dali, Gaziantep
2Dr Ersîn Arslan Devlet Hastanesi, Gaziantep
3Özel Sani Konukçuğlu Hastanesi, Gaziantep
4Medical Park Hastanesi, Gaziantep
525 Aralîk Devlet Hastanesi, Gaziantep
GİRİŞ-AMAÇ: Sağlık çalışanlarının kan yoluyla kullanılan hastalıklar açısından risk altında oldukları bilinmektedir. ülkemizde yaygınlaşan babağan HBV taşıyıcılığının %4-14 arasında olduğu, HCV seroprevalansının ise %0.3-1.6 civarında olduğu bilinmektedir. HBV ve HCV için sağlık çalışanı olmak bulaş riskini artırır bir faktördür (1). ülkemizde sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarında HBSag pozitifliğiinin %1.4-5.9 arasında olduğu, anti-HCV pozitifliğiinin ise %0.2-2.6 arasında olduğu belirtilmiştir (3). Biz de bu çalışmamızda Diyarbakır Ağrı ve Diş Sağlık Merkez’inde çalışan sağlık personeline Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV), İnsan immün yeterlilik virüsü (HIV) seropozitifliğiinin araştırılması ve HBV’ye karşı immün durumu (AntiHBs) artırılması amaçlamaktayız.


BULGULAR: Çalışmaya 56’sı (%28.7) dış hekimci, 16’sı (%8.3) ağıc ve dış sağlık ile doğrudan uğraşan yardımı sağlık personeli (hemşire, dış protez teknisiyeni, sağlık memuru), 123’si (%63) büro çalışanı ve temizlik işçisi olmak üzere toplam 195 kişi katıldı. Çalışmaya katılan hastane personelinin 84’ü (%43) kadın, 111’i (%57) erkekti. Sağlık çalışanlarının yaş ortalamaları 35.2 olarak bulundu. Ağıc ve dış sağlık çalışanları HBsAg pozitifliği %2 (n=4), HbsAg negatifliği %96 (n=191), AntiHBs pozitifliği %87.1 (n=170), AntiHbs negatifliği %12.9 (n=25) olarak sahiplandı. Katılmılarda AntiHCV pozitifliği ve AntiHIV pozitifliği rastlanmadı.

P08-17 Telaprevirli tedavi alan kronik hepatit C’li olguların yan etkiler açısından değerlendirilmesi

Gülsen Yöürük, Muzaffer Fincancı, Nagehan Didem Sarı, Ümit Tözalga, Münnire Fidan, Gülhan Eren
S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Telaprevir bazlı kombin etadivler kronik hepatit C tedavisinde son zamanlarda uygulanılan yeni tedavi rejimleridir. Bu rejimlerin tedavi başarısı oranları klasik tedaviyye göre daha üstün olmakla birlikte yan etkileri de oldukça fazladır. Çalışmamızda telaprevir bazlı kronik hepatit C tedavisini alan hastalarda görülen yan etkileri ve bunların yönetimini gözden geçirmeyi amaçladık.

BULGULAR: Kronik Hepatit Poliklinikimize başvuran kronik hepatit C infeksiyonu olgularından toplam 6 hasta telaprevir bazlı kombin etadivleri alan hastaya verildi. Bu hastalardan altısı anemi (%100), birinde yaygın ürtiker (%17) ve birinde de akut pankreatit (%17) yan etkisi ortaya çıktı. Ciddi anemi gelişen bir hasta üçlü tedavi 4 hafta kadar sürdü, hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu verilerek pegileterferon ve ribavirin ille tedavi 48 haftaya tamamlandı. Yakın ürtiker gelişen hastanın tedavisi de 1. hafta kadar ve sistemik steroid tedavisi verilerek ayaktan takip edildi, tedavi stoplandığı ve destek tedavi yapıldı. Telaprevir telaprevir amacına tamamlayıcı hastalardan ikisi de tedavi sonu kalıcı virolojik yanıt tespit edildi, birisinde 3 ayda nüks oldu.

SONUÇ: Telaprevirli kombin tedavi ile ilgili yapılan çalışmalarda anemi yan etkisi %37-39, ciddi döküntü %1-7 oranında, akut pankreatit ile ilgili yan etki ise literatürde sadece birkaç olgu olarak bildirilmştir. Bizim telaprevir bazlı kombin tedavi bağlıdırızmaya hasta sayısı çok az olduğuna rağmen en etki oranlarının yüksek olması tedavi başarı olan hastaların çok siki ve yakın takip edilmesi gerektiğini ortaya koymmuştur.

P08-18 Klinikimizde izlenen akut viral hepatit B ve fulminan hepatit B’ler

Adalet Aypak¹, Ayse Kocagül Çelikbaş¹, Merve Çardak¹, Salih Kazcı¹, Şebnem Eren Gök¹, Nurcan Baykam², Mustafa Necati Eroğlu¹, Başak Dokuozğu¹
¹ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
² Hitit Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Çorum


YÖNTEM: Ocak 2010-temmuz 2014 tarihleri arasında klinikimizde AHB tanısı ile yatırılan takip edilen olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı, klinik bulgular, biyokimyasal testler ve viral göstergeler (HBsAg ve anti-HBc total) olguların işareti olanlık ile değerlendirildi. AHB’li olguların klinik seyri ve analizi, trombositopeni (%57.8), hepatomegalı (%63.1), enzefalopati (%17.5), splenomegalı (%10.5, GIS kanaması %2.6, asit %2.6, patolojik reflak %2.6 oranında tespit edildi. AHB’lı olguların klinik seyri ve analizi, trombositopeni (%57.8), hepatomegalı (%63.1), enzefalopati (%17.5), splenomegalı (%10.5, GIS kanaması %2.6, asit %2.6, patolojik reflak %2.6 olarak tespit edildi. AHB’li olguların klinik seyri ve analizi, trombositopeni (%57.8), hepatomegalı (%63.1), enzefalopati (%17.5), splenomegalı (%10.5, GIS kanaması %2.6, asit %2.6, patolojik reflak %2.6 olarak tespit edildi.
P08-19
GATA bölge kan merkezine başvuran kan bağışçılara yapılan mikrobiyolojik tarama ve doğrulama test sonuçlarının değerlendirilmesi

Soner Yılmaz¹, Ümit Savaşçı¹, Riza Aytaç Çetinkaya², Sebahattin Yılmaz¹, İsmail Yaşar Avcı², Ahmet Bülent Beşirbelloğlu³

¹GATA Bölge Kan Merkezi, Ankara
²Isparta Asker Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Isparta
³GATA İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara


BULGULAR: Tekrarlayan test pozitifiği oranları HBsAg için %0,6(35/5513), anti-HCV için %0,5(93/15513), anti-HIV için %0,05(8/15513) sifıflar için %0,2(30/15513) olarak test edildi. Doğrulama testi, sifıflar pozitifiği, bir klinik ve laboratuvar açısından önemlidir. Anti-HBc total test pozitifiği %9,3 (1452/15513) oranında rastlandi

SONUÇ: Diğer transfüzyon hataları ile birlikte kongrelerde sunulan bilirülerin öne göre geçebilmesi amacıyla yan石灰 pozitifiğini ve olası re-entry mekanizmalarının değerlendirildiği çalışmalar merkezimize sürdürülmekte olup, sonuçların kısa süre içinde paylaşılması planlanmaktadır.

P08-20
Anti-HBc total testinin transfüzyonla bulaşan enfeksiyonlardaki önemi

Riza Aytaç Çetinkaya¹, Soner Yılmaz², Ümit Savaşçı², Sebahattin Yılmaz², İsmail Yaşar Avcı²

¹Isparta Asker Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Isparta
²GATA Bölge Kan Merkezi Müdürlüğü, Ankara
³GATA İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Dünyada her yıl milyonlarca unite kan ve kan ürünü kullanılmaktadır ve alicılığın bir kısmında transfüzyona bağlı enfeksiyonlar ortaya çıkmaktadır. Uygulamada en fazla sorun oluşturan mikroorganizmalar virüsler olup, ülkemizde transfüzyonla bulaşan en yaygın viral ajan Hepatit B Virüsü (HBV) dır. Bu nedenle dünyanın her her yerinde HBV’nin yüzeyel antijenleri (HBsAg) bakımlıdır. Duyuları yöntemler ille HBsAg bakımlarına rağmen yine de transfüzyonla Hepatit B bulaşabilmektedir. Bunun en sık nedeni bağışçılık sorumunun serhum, HBsAg’nin saptanmadiği, serolojik olarak “pencere dönemi” denilen dönem olup, bu periyotta HBV enfeksiyonunun teşvik olmaması amacıyla yapılan testlerden biride Anti-HBc total testidir.


BULGULAR: Bağışçılarının 25587 (%97)’si erkek, 792 (%3)’si kadındı. Toplam 26379 kişinin 2400 (%9,1)’ünde anti-HBc total pozitif tespit edildi, HBsAg negatifti.

SONUÇ: Daha fazla çalışmada tarama testleri negatif olma-
sina rağmen HBV infeksiyonun bulasinın mümkün olduğu bildirilmektedir. Bu bulaşın minimuma indirilmesi için rutin olarak yapılmış anti-HBc total taraması bir önceki çalışmalarım olan ve daha önce VI. Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Kongresindeki sonuçlara benzerdir (%10.4). Fakat HBsAg ve Anti-HBc total testlerine ilave olarak Nükleik Asit Amplifikasyon (NAT) testlerinin kululması, Anti-HBc total testi negatif olan bağışılarda NAT testleri ile HBV taramasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bununla birlikte Anti-HBs testinin kullanılması ile kan ve kan bileşenlerin Japonya başta olmak üzere re-entry yapan ülkelerdeki kriterler ile ülkemiz verilerinin kıyaslanmasını da ihtiyaç duyduğu değerlendirilmektedir.

P08-21
Universal HBV aşılaması sonrası çocukluğ yaş grubunda HBsAg ve antiHBs pozitifliğindeki değişimin değerlendirilmesi
Hülya Bayık1, Selma Tousun2, Emine Deniz Bayram3, Özlem Yüksek Ergin2, Alpay Arı2
1İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
2İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
3İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuı

GİRİŞ-AMAÇ: Universal hepatit B virüsü (HBV) aşılamasının çocukluğ yaş grubunda HBsAg pozitifliğinin belirgin şekilde azalmasına ve antiHBs pozitifliğinin artışına yol açmaktadır. Bu çalışmada 2008-2014 yılları arasında İzmir Bozyaka EAH Çocuk polikliniğinde ve Infeksiyon Hastalıkları polikliniğinde getirilen ve HBV göstergeleri bakılan çocukların ve adolesanların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.


SONUC: Universal HBV aşılamasının HBsAg pozitif yeni olguların oluşmasını önlemek için yapılan araştırmaların bir sonucu olarak antiHBs titrelerinin >10 IU/mL olmasının önemi ortaya çıktı. AntiHBs titrelerinin 2000 yılı öncesi doğmuş olanlardan bu tarih sonraki dönemde çocuklara göre daha yüksek olma nedeni catch up rapel aşılama olarak düşünülmüştür. HBsAg pozitif gebelerin gebeği olan bebeklerinin doğumda uygun şekilde immünizasyonu (aSHBIG) ile birlikte yürütülüğünde universal aşılanmanın çok başarılı olacağı öne çiktıktır.

P08-22
Bir hastanenin bir yıllık süreli akut hepatit A olguları
Kamuran Türker1, Cenk Özdağçoğlu2, Fatma Ekşi Polat1, Fatma Özenç2, Halis Narin4
1Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları Bölümü, İstanbul
2Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Bölümü, İstanbul
3Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Bölümü, İstanbul
4Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Bölümü, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Akut hepatit A fekal oral bulaşan genellikle erken çocukluğ döneminde kaçınılmaz bir hastalıktır. Son yıllarda ülkemiz ve çevre ülkelerden hepatit A’ya karşı çıkma yönünde adımların alınması, toplumun genel sağlık durumunda belirgin bir artışa neden olmuştur.

YÖNTEM: 1 Kasım 2013- 31 Ekim 2014 tarih aralığında hastanemize başvuran akut hepatitlı olgulara hasta dosyalarından değerlendirme yapılır.


SONUC: Hastanemiz çevresi yoğun göç alan bir bölgede olası özellikle mültecilerin kötü ve kalabalık yaşam şartlarında hayattan mücadeleleri vermemeleri bir hiçhepatit A infeksyonuna duyarlı olan toplumumuz için ciddi bir salgın tehditi oluşturmaktaydı. İvdilikle toplumun özellikle duyarlı olan adolosen ve genç erişkinlerin hepatit A’ya karşı alışkanlıklarının gerektiği olduğunu düşünüyorduk.

-258-
P08-23
Kronik HCV'ye bağlı pyoderma gangrenosum: Olgu sunumu

Zeynep Şüle Çakar, Ayten Kadanali, Şenol Çomoğlu, Behiye Dede, Sinan Öztürk, Gül Karagöz, Mehmet Fatih Bektaşoğlu, Fidan Küş Doğan

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Ülkemizde HCV sıklığı % 0.5-1 arasında- dir. Kronik HCV ile ilişkili karaciğer dışı belirti ve bulgular sık görülür. Sıklığı artan dermatolojik hastalıklar; porfiri cutanea tarda, liken planus, nekrolitik akral eritem, pyoderma gangrenosum, lökositoklastik vaskülit, psöriazis ve pyoderma gangrenosumdur. Burada kronik HCV ile ilişkili pyoderma gangrenosum olgusunun tanısı konulmuştur.


SONUC: Pyoderma gangrenosum inflamatuvar, non in- fektif, non neoplastik ve reaktif ülseratif bir deri hastalığıdır. İdiopatik olabileceği gibi, %17-74 altta yatan sistemik bir hastalıkla birliktede görülür. Hepatitli olgularda dermatolojik problemlere karşılaşıldığında pyoderma gangreno- sum ayrıcı tanida düşünülmelidir.

Resim 1: Kronik HCV ile ilişkili pyoderma gangrenosum olgusu

Resim 2: Kronik HCV ile ilişkili pyoderma gangrenosum olgusu

P08-24
Akut sitomegalovirus infeksiyonu olgusu

Esma Yüksel, Hacer Deniz Özakaya, Günner Mungan

Kars capacité Devlet Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Akut sitomegalovirus (CMV) infeksiyonu tüm dünyada özellikle erişkinlerde yaygın görülen, sosyoekonomik duruma, hastanın yaşına ve ülkeye göre sere-prevelans farklılık gösterebilen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde %40-100 oranında görülen bir infeksiyon hastalığıdır. CMV ile ilke kez infekte olan kişi yaşam boyu...
PEG + R
dır C’li hastalarda kullanılır. İmmün sistem sağlama eşiklerde tedavi edilmelden yüksek mortalite ile seyreden infeksiyonlar nedeni olabilir.


SONUC: Sağlıklı genç erişkinlerde etyolojisi belirtenemeyen hepatitlerde CMV de gözündünde bulundurulmalıdır.

P08-25
Üçlü tedaviyi telaprevir yan etkisi nedeniyle düzelmeden bir relaps hastasında ikili tedavi ile kalıcı viral yanıt
Yunus Gürbüz, Emin Ediz Tütüncü, Gönül Çiçek Şentürk, Aybala Altay, İrfan Şencan

Sağlıklı Bağlanlı Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve klinik Mikrobiyoloji Kliniği

GİRİŞ-AMAĞÇ: Yeni antiviral ilacların keşfi ve bu ilacların pegileterferon ve ribavirin ile kombin kullanmından önce, ikili tedaviye nüks eden kronik hepat C’li hastalarda kullanılan sekiz alt antiviral tedavi normal seviyelere geriledi, genel durumu ve laboratuvar değerleri kışa sürede içinde iyileşme eğilimi gösterdikten hastamız antiviral tedavi başlandı. Yaklaşık iki haftalık yakın takip sonrası hastanın poliklinik kontrolüne çağrılacak taburcu edildi.


SONUÇ: Akut hepatit tablosu olan bir hastada hepatit C virüsünün de etken olabileceği, kesin tanıının konulabilmesi için diğer etkenlerin tanışsal testlerle dışlanması düşünülmelidir.

P08-27 
Betaserc kullanımı sonrası gelişen bir toksik hepatit olgusu

Çöğdem Moroğlu¹, Mustafa Taner Yıldırım¹, Fatma Nur Karadağ Düzcü², Mehtap Oktar²

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul


OLGU: 40 yaşında bayan hasta; halsizlik, gözele sahih, idrar renginde koyulaşma şikayetleriyile polikliniği mize başvurdu. Öyokuşundaki 10 gün önce baş doğması nedeniyle dört gün süreyle günlerin sonu toksik hepatit gelişmiş 8 mg tb kullanıldığı belirtir hastanın alkollü tüketme alışkanlığı da da bitişik ilaç kullanmanın olduğu, yalnız eğinde kronik hepatit B hastalığı olduğu öğrenildi. Hasta ileli tetkik ve tedavi amacıyla klinikje yatıştırıldı. Fizik muayeneden; cilt ve skleralarda ikteği, saq üst kadranında hasasjenet dansında polatolik bulgu saptandı. Hb:12,7 g/dl, WBC:10600, PLT:287000, AST:1428 U/L, ALT:1484 U/L, ALP:191 U/L, GGT:73 U/L, Total protein: 7,4 g/dl, Albümin: 4 g/dl, T/D Bilirubin:9,9/9 mg/dl idi. Hemostaz deformi normaldı. HBsAg (-), antiHBs (+), anti HBC IgM (-), anti HBC IgG (+), anti HAV IgM (-), anti HIV (-), anti DELTA (-) olarak sonuçlandı. HBV DNA ve HCV RNA istendi, negatif sonuçlandı. Abdomen USG de polatolik bulgu izlenmedi. Anti HEV (-), VDRL (-), toxoplazma Ig M (-), rubella IgM (-), CMV IgM (-), HSV IgM (-), EBV VCA Ig M (-) ve otoimmün hepatit markerleri negatif sonuçlandı. Serüloplazmin ve AFP normal aralıklarla diy. Yapılan tetkiklerinde infeksiyoz ve otoimmün hepatit etkenleri negatif saptanın hastada betaserc kullanımı na bağlı toksik hepatit geliştiği düşünüldü. Yatınının 10. gününde, takiplerinde KCF ve bilirubin değerleri profil resi olarak geriyeç vinden hastalar kontrolu önerilecek taburcu edildi.

SONUÇ: Betaserc bağlı toksik hepatit gelişimi ile ilgili literatür taraması yapıldığında, bu konuda herhangi bir vaka bildirime rastlanmamıştır. Ancak hepatotoksisite bakımından pek çok ilacın birlikte değerlendirildiğini çok merkezli bir çalışmada iki hastada betaserc kullanıma bağlı toksik hepatit geliştiği bildirilmiştir. Sonuç olarak hepatit klinikinde başvurulan hastalarda ilaç kullanımı dikkatli bir şekilde sorgulanmalı, kullanılan doz miktarı az da olsa toksik hepatit gelişebileceğine dikkat bulundurulmalıdır.

P08-28 
Akut ikterik hepatit B infeksiyonu gelişen HIV infeksiyonu olgularının değerlendirilmesi

Arzu Kantürk¹, Pınar Çakmak¹, Mustafa Taner Yıldırım¹, Funda Şimşek¹, Murat Sayan²

¹Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
²Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli


OLGU1: 31 yaşında erkek hasta gözele sararınca şıkayetle başvurdu. Yayınlanmış reviewlerde, hepatomegali saptanmıştır. PTZ normal, ALT:1535 U/L, AST: 1067 U/L, TB:4,3 mg/dl, HBsAg, anti HbcIgM ve HBeAg pozitif, anti HBe, anti HCV ve anti HDV negatif, anti HIV pozitif bulundu. HIV RNA:110.000 k/ml, CD4:531/mm³ idi. Transaminaz değerleri 3.haftada normale döndü. HIV aksisinde tanisdız izlene hastanın takibinin 4.ayında HBsAg negatifleşti.

OLGU2: 35 yaşında erkek hasta 2.5 yıldır HIV(+). ART almayan, düzenli takip olunan hastanın hastanın HCV'nın 10. şüphelenilmesine rağmen tek doz aşi olmuştur. Halsizlik siyakatleye başvurdu. Skleralara subikerterik, PTZ normal, ALT:1882 U/L, AST:1075 U/L, TB:2mg/dl, HBsAg, anti HbcIgM ve HBeAg pozitif, anti HBe, anti HCV ve anti HDV negatif, anti HIV pozitif bulundu. HIV RNA:51.000 k/ml, CD4:653/mm³ idi. Transaminaz değerleri 6.haftada normale döndü. 4.ay kontrolünde HBsAg negatif; 9.ay kontrolünde Anti HBs pozitif saptandı.

OLGU3: 36 yaşında erkek hasta, gözele sararınca şıkayetle başvurdu. Cilt ve skleralara ikteği, PTZ normal, ALT:2469 U/L, AST:1272 U/L, TB:7 mg/dl, HBsAg, anti HbcIgM ve HBeAg pozitif, Anti HBe,anti HCV ve anti HDV negatif,anti HIV pozitif bulundu. HIV RNA:11.285
OLGU4: 26 yaşında erkek hasta kökenli sarsama şıkayetile başvurdu. Yağın lenfenodopati, hepatomegalii, PTZ normal, ALT:1944 U/L, AST:1046 U/L, TB:11,3 mg/dl HBSAg,anti HBcIgM ve HBeAg pozitif,anti HBe,anti HCV ve anti HDV negatif,anti HIV pozitif bulundu. HIV RNA:211.000 k/ml,CD4:488/mm³ idi. Transaminaz değerleri 6.haftada normale döndü. HBSAg 3.ayda negatifleştirİ. Anti HBs 5.ayda pozitifi. Takibinin 9.ayında ART başlanan hastanın 4 ay sonraki HIV RNA:46 k/ml,CD4:632/mm³ idi.

SONUÇ: İmmünsupresyon, hepat B infeksiyonunun kronikleşme riskini artıran faktörlerden biri olarak bilinmektedir. Çalışmamızda ise akut ikterik hepat B infeksiyonu gelişen HIV infeksiyonun 4 olgunun tamamında, ilk 6 ay içinde HBSAg kayb CISDefil ile hepat B infeksiyonunda kronikleşme gözlemlemiştir. Ortak bulaç yolu nedeniyile, akut hepat B infeksiyonu olgular HIV açısından da incelenmelidir.

Tablo 1: Hepatik alevlenme gelişen olguların demografik, laboratuar, histolojik, tedavi ve izlem verileri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yaş, cinsiyet</th>
<th>Olgu 1</th>
<th>Olgu 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tedavi öncesi HBV-DNA (IU/mI)</td>
<td>&gt;110.000.000</td>
<td>8.350.000.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Tedavi öncesi ALT (IU/L)</td>
<td>260</td>
<td>136</td>
</tr>
<tr>
<td>Bazal HAI (ISHAK)</td>
<td>7</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Bazal fibroz (ISHAK)</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

-262-
P08-30
Pegile interferon alfa 2-b, ribavirin ve boseprevir ile üçlü kronik hepatit C tedavisi alan bir hastada görülen pulmoner tromboemboli

Salih Çakıroğlu¹, Burcu Deniz¹, Sila Akhan¹, Serap Argun Barış²
¹Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD
²Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik HCV infeksiyonu, genotip 1 naiv veya daha önceki interferon+ribavirin tedavisinde nüks olan hastalarla pegile interferon (PEGIFN)+ribavirin+boseprevir tedavi seçeneği olarak ülkemizde uygulanmaktadır. Burada PEGIFN+ribavirin+boseprevir tedavisi sırasında pulmoner tromboemboli gelişen bir hastadan söz edilmistir.

Tablo 1: Hastanın Laboratuvar Sonuçları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarih</th>
<th>ALT</th>
<th>AST</th>
<th>PLT</th>
<th>WBC-PNL</th>
<th>Hb-HCTC</th>
<th>PT-INR</th>
<th>APTT</th>
<th>HBV-DNA</th>
<th>HDV-RNA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>16.01.2014</td>
<td>27</td>
<td>27</td>
<td>27</td>
<td>8700</td>
<td>3088-3219</td>
<td>12.4-37</td>
<td>15.5-1.38</td>
<td>+34 kop/ml</td>
<td>10900 kop/ml</td>
</tr>
<tr>
<td>18.04.2014</td>
<td>20</td>
<td>27</td>
<td>28</td>
<td>60150</td>
<td>1388-2428</td>
<td>12.1-3.68</td>
<td>15.1-1.31</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.05.2014</td>
<td>23</td>
<td>27</td>
<td>27</td>
<td>86150</td>
<td>2582-1370</td>
<td>11.6-3.68</td>
<td>15.6-1.29</td>
<td>2.39</td>
<td>+34 kop/ml</td>
</tr>
<tr>
<td>25.05.2014</td>
<td>140</td>
<td>113</td>
<td>5740</td>
<td>3000-1442</td>
<td>10.6-3.68</td>
<td>15.5-1.30</td>
<td>3.79</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.08.2014</td>
<td>71</td>
<td>73</td>
<td>6590</td>
<td>2651-1639</td>
<td>10.1-3.71</td>
<td>16.7-1.42</td>
<td>19.03</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22.10.2014</td>
<td>46</td>
<td>55</td>
<td>6210</td>
<td>2311-1079</td>
<td>9.4-2.89</td>
<td>16.7-1.31</td>
<td>7.22</td>
<td>2014 kop/ml</td>
<td>380 kop/ml</td>
</tr>
<tr>
<td>16.10.2014</td>
<td>53</td>
<td>59</td>
<td>7280</td>
<td>3170-1543</td>
<td>7.7-2.55</td>
<td>16.5-1.38</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22.12.2014</td>
<td>92</td>
<td>115</td>
<td>60350</td>
<td>5697-1864</td>
<td>8.7-3.11</td>
<td>16.7-1.42</td>
<td>135 kop/ml</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26.01.2015</td>
<td>152</td>
<td>197</td>
<td>72140</td>
<td>2077-1213</td>
<td>10.4-3.41</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

KLİMİK 2015 XVII. TÜRK KLINİK MIKROBIYOLOJİ VE İNFEKSİYON HASTALIKLARI KONGRESİ

P08-32
Kronik Hepatit B takıpleri sırasında HIV pozitifaptanın bir olgu

Berivan Tunca1, Mustafa Kemal Çelen2

1İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Koziletepe Devlet Hastanesi, Mardin
2İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır


P08-33
HIV infekte iki hasta hepatit delta süperinfeksyonu

Taner Yıldırımç, Funda Şimşek, Arzu Kantürk, Özge Acar, Ismail Türköz, Erdoğan Ağaça

Okneydani EAH İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul


olleninın değerlendirilmesinde interferonlarnı latent tüberkülozu aktive ettiği görülmektedird. Aktive latent tü-
berkülozu hastaların tedavisinde interferon tedavileri kesilebileceğin gibi tüberküloz tedavisi ile birlikte interfe-
ron+ribavirin tedavisi ile başlanması sonuçlarının alınabildiği olgu sunumları literatürde mevcuttur. Özellikle ki-
tüberkülozu olgu sayılardaki artış diikate alınarak interfer-
terodaki hastaların tedavisinde hali ve kabaca sonucların alınabildiği olgu sunumları literatürde mevcuttur. Özel-
tüberkülozu olgu sayılardaki artış diikate alınarak inter-
terodaki hastaların tedavisinde hali ve kabaca sonucların alınabildiği olgu sunumları literatürde mevcuttur. Özel-

SONUÇ: ART altındaki HIV+ hastada HDV RNA neta-
tif olası da izlemde en sonKC biyopsi yapılarak sink HDV
RNA takibiyle viremi halinde IFN tedavisi vararlı olab-
lir. Nedensiz CD4T düşüşü occult HDV viremisine bağlı
ababilirlik. Akut delta süperinfeksyonunda kronikleşme riski
yüksektir, en son IFN tedavisi hızlı progresyona öngöre-
liir. Ancak IFN tedavisi kalıcı yanit düzeytir.

P08-34
Laent tüberkülozu olan kronik hepatit C tanı
hastanın pegile interferon ve ribavirin ile tedavi

Saadet Yazıcı
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon
Hastalıkları Ana Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAC: Hepatit C virus (HCV) ile infekte hasta-
lardan interferon bazı tedavilerin tüberkülozu aktive edip
etmediği tartılandırlar. Interferonların sık rastlanan yan
etkilerinin yanında nadiren pulmoner komplikasyonlar
da olmaktadır. Interferonların tüberkülozu aktive ettiği
bildirilmiştir. Bu olgu nedeni ile interferonların akçığer
komplikasyonlarına dikcat çekilecek amaçlanmıştır.

yapılan tetkiklerde anti HCV (+) bulunuldu. 20.12.2012

tarihinde, HbsAg (-), Anti HBs (-), Anti HIV (-), ALT 59
U/L, trombosit 169 000 / mm3, HCV RNA 3 122 442 IU/
ml, HCV genotip 1b bulunuyor. USG de karaciğer para-
ekım ekosu ince granüler yapıda. Anti nufesin içairı ile
birlikte, 13.11.2012 tarihinde PEGIFN alfa 2b 150 mcg
haftada 1 kez SC ve RBV 1200 mg/ gün oral yapıldı.
Tedavinin 1. aynda HCV RNA 5992 IU/ml, 3. ayda 708
IU/ml olarak tespit edildi. Tedavinin 3. ayında hemoptizi
şayetı ile gelen hasta sorgulandığında 35 yıl önce tü-
berküloz tedavisi aldığı söyledi. Akçığer grafiisi, toksikomografisi ve quantifier test ile birlikte göğüs hasta-
likleri konsultasyonu istendi. Tomografide bilateral sekel
kalsifik değişiklikler, sağ üst ve orta lob da hava kistleri
ve bulţöz yapılar izlemd. Lezyonlar geçirilmiş spesifik
infeksiyonu sekonder sekel değişiklikler olarak değerlendi-
dirildi. Balğanda ARB negatif ve quantifier testi pozitif
bulundu. Tedayive devam edildi. Tedavinin 48. haftasın-
da HCV RNA negatif olan hastanın tedavi bitiminden 6
ay sonra HCV RNA 2 642 206 IU/ml olarak tespit edildi(-
nük kronik hepatit C).

SONUÇ: Literatür bazında interferon tedavisi alan KHC

P08-35
Akut HBV geçiren bir olgunun cinsel partnerinin
de akut HBV infeksiyonu geçirmesi ve HBV
aşılamanın önemi

Selma Tosun, Meltem Avci, Gülsüm Altın

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon
Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

GİRİŞ-AMAC: Bu olgu sunumuya erişkin yaş grubun-
daki akut hepatit B virüs infeksiyonu (HBV) olguların
cinsel yolla geçişinin ve HBV aşılamanın öneminin vur-
gulanması amaçlanmıştır.

OLGU: Yirmi dokuz yaşında erkek olgu 2014 yılın eylül
ayında halsizlik yakınmalarıyla başvurduğu dış merkezde
akut infeksiyonu tanımsa alınarak bir ay süreyle ayak-

-265-
SONUÇ: HBV infeksiyonunun bulaş yolları arasında cinsel ilişki de yer almaktadır. Saptanıkların %5’si bulaştığından, sonucu alıcı hastalar genellikle cinsel ilişki geçirmeye devam etmektedir. Bu nedenle, cinsel ilişki geçiren hastaların nedenlikle medikal ve sosyal korumaların önemi vurgulanmalıdır. 

SONUÇ: Çalışma sonucunda hasta grubunda CD3+, CD8+ ve CD3+HLA-DR+T-lenfosit düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğu saptanırken (p<0,05), diğer lenfosit alt tıpleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). sTREM-1 ve sHLA-G5 düzeyleri arasında ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Fakat hasta grubunda sTREM-1 ve sHLA-G5 arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05, Tablo 1).


BULGULAR: Çalışma sonucunda hasta grubunda CD3+, CD8+ ve CD3+HLA-DR+T-lenfosit düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğu saptanırken (p<0,05), diğer lenfosit alt tıpleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). sTREM-1 ve sHLA-G5 düzeyleri arasında ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Fakat hasta grubunda sTREM-1 ve sHLA-G5 arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05, Tablo 1).

KRONIKLEME: Kronikleme, akut brusellozla birlikte görülen, kronikleme riskiyle bile (olgunun cinsel ilişki geçirmeye devam etmektedir. Bu nedenle, cinsel ilişki geçiren hastaların nedenlikle medikal ve sosyal korumaların önemi vurgulanmalıdır. 

SONUÇ: Çalışma sonucunda hasta grubunda CD3+, CD8+ ve CD3+HLA-DR+T-lenfosit düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğu saptanırken (p<0,05), diğer lenfosit alt tıpleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). sTREM-1 ve sHLA-G5 düzeyleri arasında ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Fakat hasta grubunda sTREM-1 ve sHLA-G5 arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05, Tablo 1).
alan hastalardan ve sağlıklı kontroldeki alınan periferik kan mononükleer hücre (PKMH)’leri ayrılarak mRNA microarray ve miRNA array ile yaklaşık 30.000 gen ve 1.000’den fazla miRNA taramanın. Kronik ve akut infeksiyonlarda ön çıkan genler ve bu genlerin ekspresyonlarında rol oynayan miRNA’lar belirlenmiştir.

**BULGULAR:** PKMH’de kronik/kontrol ve akut/kontrol karşılaştırılmasında her iki grupta anlamlı değişim saptanan ortak genlerin kat edilimşimi arasındaki farklılık değerlendirilmiş ve bu genlendirken 25 tanesini kronik / kontrol ile akut /kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı gelikte farklı ekspresyon göstergisi belirlenmiştir. Bu genler içerisinde immünolojik açıdan anlamlı olanların ekspresyonları, fonksiyonları ve bu genleri hedefleyen miRNA ekspresyonları tablo 1’de gösterilmiştir.

**SONUÇ:** Bu çalışma insan PKMH’lerinin kullanıldığı ve kronleşmeye cevap arının RNA ve mRNA ekspresyon analizi olma özelliğinde. Kronik ve akut infeksiyonlarda ön çıkan genler belirlenerek kronik infeksiyon döngüümde rol oynayan genetik faktörlerin rolü belirlenmeye çalışılmıştır.

**Tablo 1:** Immünolojik açıdan anlamlı olan gen ekspresyonları ve bu genleri hedefleyen miRNA ekspresyonları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zerrin Aşçı1, Neşe Demirtürk2, Serap Demir3, Buğra Koca4, Nurhan Doğan5</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1Züeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Afyonkarahisar</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2Afyon Kocatepe Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Afyonkarahisar</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3Mersin Üniversitesi Tip Fakültesi, Nefroloji ABD, Mersin</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4Afyon Kocatepe Üniversitesi Tip Fakültesi, Biyokimya ABD, Afyonkarahisar</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5Afyon Kocatepe Üniversitesi Tip Fakültesi, Biyoistatistik ABD, Afyonkarahisar</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**GİRİŞ-AMAÇ:** Asimetrik dimetilargininin (ADMA), endojen nitrik oksit sentaz (NOS) inhibitorye. NOS enzimini fonksiyonu vasküler endotelde L-argininden nitrik oksit sentezlenmesidir. Vasküler endotelde gerçekleşen bu reaksiyonda ADMA, NOS aktivitesini inhibe ederek L-Argininin hücre içine alınımını engeller. ADMA’nın % 90’a yakın karaciğerde dimetilajının dimetilaminohidrolaz tarafından metabolize olmaktadır. Yapılan çalışmalarda ADMA’nın çoğuludan hastalıklar arasında rol aldığı görülmüştür. Bu çalışmanın amacı, kronik akut hepatit B hastalarda ve inaktif hepatit B hastalarında serum ADMA konsantrasyonları araştırılmaktır.


**Tablo 1:** Çalışma gruplarının laboratuar bulguları

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Kronik akut hepatit B (n:29)</th>
<th>Inaktif hepatit B taşıyıcı (n:29)</th>
<th>Sağlıkli taşıyıcı (n:27)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ADMA (ng/ml)</td>
<td>521,1±95,9</td>
<td>517,6±108,9</td>
<td>524,8±133,4</td>
</tr>
<tr>
<td>p</td>
<td>0,073&lt;0,05</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AST</td>
<td>79,1±92,1</td>
<td>23,8±9,9</td>
<td>17,1±7,2</td>
</tr>
<tr>
<td>p</td>
<td>0,00001</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALT</td>
<td>143,1±176,7</td>
<td>26,6±14,5</td>
<td>19,7±8,0</td>
</tr>
<tr>
<td>p</td>
<td>0,000001</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bilirubin</td>
<td>0,58±0,3</td>
<td>0,46±0,2</td>
<td>0,45±0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>p</td>
<td>0,072&gt;0,05</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trombosit</td>
<td>154722±55356</td>
<td>208642±77570</td>
<td>239000±76959</td>
</tr>
<tr>
<td>p</td>
<td>0,000&lt;0,05</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

-267-

Bu çalışmada C. albicans'ın virülans faktörleri arasında yer alan, konak hücreye ve yapay hücrelere aseyondan sorumlu olan biyofilm aktivitesinin G. mellonella larva modelinde etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmada klinik örneklerden soyutlanan biyofilm pozitif (BP) ve biyofilm negatif (BN) iki C. albicans suçu kullanıldı. Son larvalar evrede 2-2.5 cm uzunluğunda, sağlıklı G. mellonella larvalar 4 gruba ayrılarak; grup 1: kontrol, grup 2; PBS, grup 3; BP ve grup 4 BN C. albicans. Suşlar PBS ile 5x105 konsantrasyonda hazırlanıp, 5 μL si larvaların sol en son bacaklarından Hamilton enjektörü ile doğrudan inokule edildi. Gruplarda melanizasyon, hayatta kalma oranları, toplam hemosit sayısı ve fungal yük değerlendirildi. Deney başına 10 larva kullanıldı.


SONUÇ: Bu çalışmada, C. albicans biyofilm aktivitesinin patojenik rolünün gösterilmesinde G. mellonella modeli kullanılmıştır. Sonuçlarımızın felsefi infeksiyonlar ve biyofilm gibi virülsans faktörlerin konak hücreye etkilerinin araştırılmasına larva modelinin güvenilir, ucuz ve uygulaması kolay bir model olarak kullanılabileceği göstermektedir.
**Tablo 1: Otoantikütler tanımlanan olan ve elde edilen olguların laboratuvar ve serolojik bulguları**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Laboratuvar Saldırı</th>
<th>Otoantikütler Tüzün olgunsu</th>
<th>Otoantikütler Tüzün olgunsu</th>
<th>p değeri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anemya</td>
<td>29 (62.3)</td>
<td>17 (37.7)</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>(FB &lt;12 g/dL)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Laktik sayım mm³</td>
<td>8 (66.7)</td>
<td>4 (33.3)</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>≤10 000</td>
<td>108 (60.7)</td>
<td>68 (39.3)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;10 000</td>
<td>53 (64.6)</td>
<td>30 (35.4)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trombositopeni</td>
<td>9 (69.2)</td>
<td>4 (30.8)</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Lenfositopeni</td>
<td>35 (62.7)</td>
<td>21 (37.3)</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>ESR &gt;30 mm/h</td>
<td>74 (57.3)</td>
<td>51 (42.7)</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>CRP &gt;10 mg/L</td>
<td>97 (67.5)</td>
<td>37 (32.5)</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Wight ekg hastaması (Comoire serumu ile)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Türe</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1/160</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1/20-1/400</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2/1200</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AST &gt;40</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALT &gt;40</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neutrofilki kütü</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lanezi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>%Oreme zaman</td>
<td>5.0 ±1.5</td>
<td>6.3 ±1.4</td>
<td>&lt;0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>(gmc/SD)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Retilis erami</td>
<td>4/125</td>
<td>2/185</td>
<td>&gt;0.05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**P11-02**

Erıskin hastalarda Gram-negatif bakteriyemi etkenleri ve mortalite risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Ferdi Güneş¹, Özgür Ak², Metin Haciseyitoğlu², Fatma Bozkurt², Serdar Özer³

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji Kliniği
²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı

**GİRİŞ-AMAÇ:** Bakteriyemilerde etken dağılımı hastalıların ve ünelünlük özelliklerine göre değişikliklere, Çalışmamızda Gram-negatif bakteriyemi de etkenler ve mortaliteyi etkileyen risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** 1 Ocak 2012-31 Aralık 2013 tarihleri arasında 214 hasta çalışmaya dahil edildiği. Gram-negatif bakterilerin tanınaması ve antibiyotik duyarlılığı VITEK2 (BioMerieux) otomatize sisteminde çalışılıyor, hastaların klinik, laboratuvar verileri dosya kayıtları ve bilgi işlem sisteminden retrospektif olarak tarama ve Pität bakteriyemilerde skoru hesaplanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede <0.05 analamlar kullanılarak edilmiş.

**BULGULAR:** İlkiz on örtün hastanın 124'ü (%57.9) erkek, 90'ı (%42.1) kadın, yaş aralığı 17-89 olarak bulunmuştur. Etken dağılımı sıklık sırasına göre tüm olgulara A. baumannii (%29.4), E. coli (%23.3), K. pneumoniae (%18.3), yoğun bakım unidadesında (YBU) A. baumannii (%47.1), P. aeruginosa (%17.0), K. pneumoniae (%11.3), YBU’da gibi kliniklerde ise E. coli (%47.2), K. pneumoniae (%23.0) ve P. aeruginosa (%13.1) olarak bulunmuştur. Solid tümör başta olmak üzere hastaların %59.3%’nde üzerine eğil eden hastalık, %77.5’inde başta sefalosporin grubu olmak üzere antibiyotik kullanım öyküsü saptanmış, hastaların doşan biri (%42.5) mortalite ile sonlanmıştır. Tek değişkenli analizde mortalite açısından ileri yaş, YBU’sinde yatış, maligni, konjestif kalp yetmezliği, diabetes mellitus, idrar ve nazogastrik sonda, mekanik ventilasyon, santral venöz kateter varlığı, total parenteral beslenme, enteral beslenme, kemoterapi, ön ceden antibiyotik kullanımı ve Pitt bakteriyemi skorunun 4'den büyük olması, çoklu regresyon analizinde ise ileri yaş, diabetes mellitus ve malignite (p<0.05) anlamlı risk faktörü olarak bulunmuştur.

**SONUÇ:** Çalışmamızda Gram-negatif bakteriyemileri tüm hastalarda ve YBU’sinde A. baumannii, YBU’da kliniklerde E. coli'nin ilk sirada etken olduğu, mortalite açısından ileri yaş, diabetes mellitus ve malignite anlamlı risk faktörleri olarak bulunmuştur. Günümüzde başta A. baumannii olmak üzere Gram-negatif bakteriyemilerde antibiyotik direnç artışı bakteriyemi gibi ciddi infeksiyonlar tarafından tedavi seçeneklerini kısıtlı olması sebebi ile önemli bir sorundur. Bakteriyemi gelişimi ve mortalite açısından risk faktörlerinin bilinerek önlem alınması, etken dağılımı ve duyarlılık sonuçlarının izlenerek empirik tedavi yaklaşımları belirlenmesi önemlidir.

**P11-03**

Hemodializ hastalarda kateter ilişlikli kan dolaşımı infeksiyonlarında etkenlerin dağılımı

Ebnu Aktepe, Gönül Tuncer Ertem, Selman Ünverdi, Mihriban Gücü, Melih Çağla Sönmez, Fatma Şebnem Erdinç, Ali Adilgözu, Necla Tülekte

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

**GİRİŞ-AMAÇ:** Hemodializ hastalarda kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonları (KL-KDI) için yüksek risk grubuna dahil olup, retansiyon kateterinin ilk sırada etken olduğu ve bayılan hastaların mortalitesi oldukça yüksek olduğu. Güncel ailede belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Günümüzde hemodializ hastalardaki KL-KDI etkenlerinin ve mortalite risk faktörlerinin belirlenmesi anlamlı ve öncelikli olmaktadır.


**BULGULAR:** Hastaların ortala yaş değeri 66.8 (30-

Tablo 1: Kan kültürlerinden izole edilen mikroorganizmalar

YÖNTEM: Çalışma prospektif vaka-kontrol çalışması olarak 18 ay süre ile yürütülmüşdür. Acinetobacter bakteriyemisi saptanan vaka grubu ile bakteriyemi klinik ve laboratuvar bulgusu olmayan kontrol grubu, cinsiyet, servis ve yaş farkı zamanı açısından eşleştirilerek risk faktörleri açısından karşılaştırıldığı.

BULGULAR: Acinetobacter spp. bakteriyemisi olarak 23 hasta tespit edildi. Vana grubundaki hastaların 12'si hematojolov servisinde, yedi anestezi yoğun bakım ünitelerinde, ikisi onkoloji servisinde, birer tanesi ise nefroloji servisi ve beyin cerrahisi servisi ve teikoplanin ve antibiyotiklerin risk faktörü olduğu için risk faktörleri olarak saptandı. Bu sonuç, hastaların Acinetobacter bakteriyemisi için risk faktörleri olarak saptandığı, çok değişiklikli analizde ise beta-laktam/beta-laktamaz inhibitörü (%0,025) ve teikoplabin (%0,034) kullanılım risk faktörü olarak tespit edildi.

SONUÇ: Beta-laktam/beta-laktamaz inhibitörü, karbapenem, aminoglikozit, üçüncü kuşak antibiyotikler, teikoplanin ve antibiyotiklerin risk faktörü olduğu için risk faktörleri olarak saptandığı, çok değişiklikli analizde ise beta-laktam/beta-laktamaz inhibitörü (%0,025) ve teikoplabin (%0,034) kullanımı risk faktörü olarak tespit edildi.


P11-04 Acinetobacter kan dolaşımı infeksiyonlarının prospektif izlemi ve risk faktörlerinin analizi

Mehmet Uçar1, Murat Kutlu2, Ilknur Kaledili3

1Sağlık Bakanlığı, Siirt Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Siirt
2Pamukkale Üniversitesi, Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli
3Pamukkale Üniversitesi, Tip Fakültesi, Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli


P11-05 Vankomisin dirençli enterokok (VRE) kolonizasyonu olan hastalarda primer VRE bakteriyemisi gelişmesinde etkili risk faktörlerinin incelenmesi

Zeynep Memiş1, Serap Şimşek Yavuz2, Seniha Başaran2, Atahan Çağatay1, Halit Özsüt3, Haluk Eraksoy3

1İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tip Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: VRE'ler dünyada ve ülkemizde gittikçe artan oranlarda saflığa karşı bakımıyla ilişkili infeksiyon etkeni olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada, dışkısında VRE kolonizasyonu olan primer VRE bakteriyemisi gelişmesinde etkili olan risk faktörlerinin tanımlanması amaçlanmıştır. VRE kolonizasyonu olan hastalarda bakteriyemi
gelismesine etki eden risk faktörlerinin belirlenmesi, bakteriyeminin tahmin edilerek ampirik tedavinin yönlendirilmesine ve mümkün olan durumlarla, bu risk faktörlerinin ortadan kaldırılacak bakteriyemisinin engellenmesine kati-kida bulunabilir.


BULGULAR: Çalışma süresince rektal VRE kolonizasyonu belirlenmiş toplam 493 hastanın 134’ü, kan dışi başka bir vücut bölgesinde de VRE üretmesi belirlendiği için çalışma dışarı bırakılmıştır. Sadece dışkı kolonizasyonu belirlenmiş 359 hastanın 29’unda primer bakteriyemi belirlenmiştir (%8). Bakteriyemi gelişen hastalarda mortalite (%62), bakteriyemi gelişen hastalara göre (%42) belirgin olarak daha yüksekti (p=0.041). Tek değişkenli analizlerde, kadın cinsiyet, nötropeni varlığı ve süresi, mukozit ve perianal kompleksiyon varlığı, vankomisin, karbapenem ve aminoglikozid kullanımı, total parenteral nütrisyon uygulanması, rektal kolonizasyonu olan hastalarda VRE bakteriyemisi gelişmesinde risk faktörleri olarak belirlendi (p<0.05). Çok değişkenli analizlerde, kadın cinsiyet (OR=1.56), nötropeni süresi (OR=1.017) ve perianal kompleksiyon varlığı (OR=4.058) ve aminoglikozid kullanımı (OR=3.596) bakteriyemi gelişmesinde bağımsız risk faktörü olarak belirlendi (Tablo 1).

SONUÇ: Dışkından VRE kolonizasyonu olan kadın hastalar, özellikle uzamış nötropeni ve perianal kompleksiyon varlığında, TPN ve aminoglikozid uygulanması halinde VRE bakteriyemisi gelişmesinde yüksek risk taşımaktadır. VRE kolonizasyonu olan hastalarda, TPN ve aminoglikozid uygulamalarından mümkün olduğuna kaçınılmış, sağıl bakımlılığı ilişkili primer VRE bakteriyemisi gelişmesini önlemek ettik olabilir.

Tablo 1: VRE ile rektal kolonizasyonu olan hastalarda, primer VRE bakteriyemisi gelişen ve gelişmemen hastaların risk analizi sonuçları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Özellikler</th>
<th>VRE bakteriyemi- si olan hastalar (n=29)</th>
<th>VRE ile kolonizasyonu olan hastalar (n=330)</th>
<th>Tek değişken analizi sonuçları (p)</th>
<th>Çok değişken analizi sonuçları (p)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kadın cinsiyet</td>
<td>15</td>
<td>99</td>
<td>0.016</td>
<td>0.003</td>
</tr>
<tr>
<td>Yaş (ortalama ± SD)</td>
<td>52.4±17.32</td>
<td>54.0±19.223</td>
<td>0.649</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Daha önce hastaaney lebeni</td>
<td>17</td>
<td>161</td>
<td>0.310</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Charlon skoru (ortalama ± SD)</td>
<td>4.48±2.385</td>
<td>4.83±2.776</td>
<td>0.790</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Immunosupresif ledayi</td>
<td>15</td>
<td>176</td>
<td>0.888</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nötropeni</td>
<td>12</td>
<td>66</td>
<td>0.007</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N. sure (ortalama ± SD)</td>
<td>5.13±19.75</td>
<td>27.76±55.167</td>
<td>0.001</td>
<td>0.002</td>
</tr>
<tr>
<td>Mukozit</td>
<td>10</td>
<td>55</td>
<td>0.017</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perianal kompleksiyon</td>
<td>5</td>
<td>22</td>
<td>0.038</td>
<td>0.027</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Öncesinde anti- biyotik kullanan 29 312 0.381
Kullanılan antibi- yotikler
Vankomisin 15 102 0.022
Fekapolam 7 53 0.264
Karbapenem 23 179 0.009
β-laktamlı-laktam- naz inh. 13 190 0.184
Sadetapsonlari 7 80 0.950
İndom 7 64 0.626
Aminoglikozid 7 36 0.035 0.014
Metronidazol 2 25 1.000
Invasif giriş 25 236 0.126
TPN 13 74 0.007 0.010
Cerrahi giriş 4 69 0.464
Karn cerrahisi 2 28 1.000
Üzak alanda başka infeksiyon 18 140 0.041
Mortalite 29 281 0.021

P11-06
Toplum kökenli ve sağlık bakımıyla ilişkili metisiline duyarlı Staphylococcus aureus bakteriyemilerinde mortalite açısından risk faktörleri

Seniha Başaran, Betül Sadıç, Asiyer Yir, Serap Şimşek Yavuz, Atahan Çağatay, Halit Özşüt, Haluk Eraksoy

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İnfenksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Metisiline duyarlı Staphylococcus au- reus (MSSA) sık karşılaşılan bakteriyemi etkenlerinden olup, metastatik infeksiyonlar yapabildiği için yüksek mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Bu çalışmada toplum kökenli (TK) ve sağlık bakımıyla ilişkili (SBI) MSSA bakteriyemisi hasta özellikleri arasındaki farklar ve MSSA bakteriyemilerinde mortalite açısından risk faktörleri incelendi.


MSSA olgularında ortalama Charlson komorbidite indeksi (CKI); lökosit sayları; infektif endokardit, primer bakteriemi ve metastatik infeksiyon gibi, SBI MSSA bakteriemişlerinden belirgin olarak daha yüksek olmasi (p<0.05). Tek değişkeni analizlerde CKI, CRP ve ALT düzeylerinin yükseklüğü mortaliteyi artıran risk faktörüyken, ampisin-sulbatam ve sefazolin kullanımı ve bakteriemişlerin katerelere iliskili olması mortaliteyi azaltan risk faktörü olarak belirlendi. Çok değişkenli analizlerde ise CKI (OR 1.35), ALT (OR 1.007) ve CRP (OR 1.004) yükseklüğü mortaliteyi artıran faktörlerken, katerelere bağlı bakteriemi (OR 0.26) mortaliteyi azaltan faktör olarak tanımlandı.


Tablo 1: Toplum kökenli ve sağlık bakımıyla iliskili MSSA bakteriemişleri olan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguların dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bulgular</th>
<th>Tüm hastalar (n=138)</th>
<th>TK MSSA bakteriemişleri hastaları (n=29)</th>
<th>SBI MSSA bakteriemişleri hastaları (n=109)</th>
<th>Odds ratio</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cinsiyet (erkek)</td>
<td>89 (%64.5)</td>
<td>20 (%68.9)</td>
<td>69 (%63.3)</td>
<td>0.57</td>
</tr>
<tr>
<td>Yaş (ortalama)</td>
<td>64.68 (SD±17.01)</td>
<td>52.45 (SD±16.83)</td>
<td>66.65 (SD±17.07)</td>
<td>0.37</td>
</tr>
<tr>
<td>Lökosit (ortalama)</td>
<td>10622 (SD±8827)</td>
<td>14024 (SD±12746)</td>
<td>9717 (SD±7265)</td>
<td>0.02</td>
</tr>
<tr>
<td>CRP (ortalama)</td>
<td>161.24 (SD±124.53)</td>
<td>138.72 (SD±87.08)</td>
<td>167.23(SD±132.44)</td>
<td>0.27</td>
</tr>
<tr>
<td>ALT (ortalama)</td>
<td>52.94 (SD±102.21)</td>
<td>41.52 (SD±87.30)</td>
<td>55.94 (SD±111.40)</td>
<td>0.50</td>
</tr>
<tr>
<td>Charbon komorbidite klor (ortalama)</td>
<td>4.24 (SD±2.46)</td>
<td>3.17 (SD±2.00)</td>
<td>4.52 (SD±2.56)</td>
<td>0.008</td>
</tr>
<tr>
<td>Yatılı service (orta)</td>
<td>95 (%88.8)</td>
<td>27 (%63.1)</td>
<td>68 (%62.4)</td>
<td>0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Metastatik odak sepsisi</td>
<td>29 (%21)</td>
<td>16 (%55.2)</td>
<td>13 (%41.9)</td>
<td>0.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Suğan bakım bininde suğan</td>
<td>39 (%28.3)</td>
<td>7 (%24.1)</td>
<td>32 (%29.4)</td>
<td>0.58</td>
</tr>
<tr>
<td>Brankartyspirophyakler</td>
<td>57 (%41.3)</td>
<td>16 (%55.2)</td>
<td>41 (%37.8)</td>
<td>0.09</td>
</tr>
<tr>
<td>Mortaltta</td>
<td>31 (%22.5)</td>
<td>7 (%24.1)</td>
<td>24 (%22.0)</td>
<td>0.81</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P11-07
Bir hemodializal ünitesinde yapılmadan kontrol alta alınan Serratia liquefaciens sepsisi: üç olgu sunumu

Barş Gülhan1, Aytekin Çıkman1, Merve Aydın1, Faruk Karakeçili2, Kültüg Türkmen3

1Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
2Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
3Necmettin Erbakan Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ: Literatürde hemodializal üniterinde iki kez sepsis salgını yaptığı bildirilmiş olan Serratia liquefaciens hemodializal üniterinde nadiren salgın yapan bir bakteridir. Bu çalışmada hastanemizin hemodializal ünitesinde infeksiyon kontrol önlemleriyle yapılması engellenen 3 Serratia liquefaciens sepsis olgusunun sunulması amaçlanmıştır.


SONUÇ: Serratia türleri hastane infeksiyonlarında ve bağışıklığı kırılmış konakta infeksiyon etkeni olarak sınıflandırılmaktadır. Serratia cinsinin içerisinde Serratia marcescens hastane infeksiyonu etken olarak en sık izo-

**P11-08**

*Metisiline-duyarlı Staphylococcus aureus* a bağlı pankardit olgusu

Emine Türkoğlu¹, Fahri Adali², Önder Akçı³, Ebru Ünlü⁴, Neşe Demirtürk¹

¹Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD. Afyonkarahisar
²Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD. Afyonkarahisar
³Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardioloji AD. Afyonkarahisar
⁴Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD. Afyonkarahisar

**GİRİŞ-AMAÇ:** Pankardit; epikard,miyokard ve endokard dahil olmak üzere kalbin tüm zarlarını tutan infeksiyon dur. *S. aureus* doğal kapak endokarditinde sık bir etken olmasına karşın bu etkene bağlı pankardit sık görülen bir durum değerlendirilir.Bu yazida metisilin duyarlı *S. aureus*ün etken olarak izole edildiği pankardit olgusu sunulmuştur.


**SONUC:** İnfektif endokardit yüksek mortalite nedeni ile önemli bir infeksiyon hastalığıdır.Persistan ateş yüksekliği durumlarında ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmeliştir. Bu çalışma ile ateş yüksekliği ile başvuran her hastada özellikle diyabet varlığında ayrıntılı fizik muayeninin önemine, erken tanı ile uygun medikal tedavi ve gerekliklerinde erken cerrahinin önemli vurgulanmıştır.

**Resim 1.**

**Resim 2.**
Resim 3.

Resim 4.

Tablo 1.

<table>
<thead>
<tr>
<th>WBC:</th>
<th>15200/u</th>
<th>AST:</th>
<th>48.7 U/L</th>
<th>Hb:</th>
<th>13.2 g/dL</th>
<th>ALT:</th>
<th>28.9 U/L</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hct:</td>
<td>37.5 %</td>
<td>BUN:</td>
<td>22.9 mg/dl</td>
<td>P1t:</td>
<td>246000/u</td>
<td>Kr:</td>
<td>0.9 mg/dl</td>
</tr>
<tr>
<td>CRP:</td>
<td>36.6 mg/dl</td>
<td>Na:</td>
<td>130 mEq/l</td>
<td>Cl:</td>
<td>111 mm/saa</td>
<td>K:</td>
<td>3.8 mEq/l</td>
</tr>
<tr>
<td>Sedim:</td>
<td>92.3 mEq/l</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

P11-09
Bir çiftçinin *Staphylococcus aureus* ile tanışması: Arterit ve sepsis

Utku Kayrık¹, Köksal Tilki², Köksal Atalay³
¹Medikalpark İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Samsun
²Medikalpark Ortopedi Servisi, Samsun
³Medikalpark Radyoloji Servisi, Samsun


SONUÇ: Bu olgudan *S. aureus* infeksiyonlarının ne kadar aggressive olabileceğinin vurgulanması amacı ile sunulmuştur.

P11-10
Port kateteri ilişkili kan dolaşımı infeksiyonu olan hasta antibiyotik kilit tedavisi uygulanması

Gülnur Kul, Gönül Çiçek Şentürk, Semanur Kuzi, İrfan Şencan

Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Uzun dönem intravasküler araçlar total parenteral nutrisyon, onkoloji, hematojoloji tedavileri ve hemodiyaliz yönetimini için yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle Broviac-hickman tip tüneli kateter ve total implante venöz araç (port kateter) kullanımı son yıllarda artmıştır. Kateter ilişkili bakteriyemi sık karşılanılan bir komplikasyondur ve kateter çıkanlanması ile birlikte parenteral antibiotik tedavi gereklidir. (1) Klinik durumlar izin verdiği sürece kateteri kurtarmak tercih edilmektedir. Bu amaçla antibiotik kilit tedavisi ve sistemik tedavi kombine olarak verilmelidir (2). Bu makalede, port kateteri olan ve kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonu (KIKDE) gelişen hastada, antibiotik kilit tedavisi ve sistemik antibiotik tedavisi uygulanarak port kateterinin korunmasınıından bahsedilecektr.

OLGU: Elli iki yaşında erkek hasta kolon kanseri nedeniyle takip ediliyordu. Intravenöz(iv) beslenme amacıyla port kateteri mevcuttu. Son iki aydır port kateter külannımını takiben 38° C üstte ates olmuş. Son bir haftada öksürük ve balgam çıkayıeti mevcutmuş. Hasta acil servise başvurmuş. Periferik venden kan kültürü alınarak toplum kökenli pnömoni tanısı ile oral moksifloksasin

-274-
kullanmak üzere taburcu edilmiş. Hasta tedavisinin biti- 

minde polikliniğimize ateş yüksekliği ile tekrar başvurdu. 

Kan kültüründe ve eş zamanlı alınan kateter kültüründe 

Klebsiella spp üremesi görülmese üzerine iv tedavi ama- 

cıyağı yatırıldı. Fizik muayenesinde patoloji saptanmadi. 

Hastanın başvurusuunda kan sayımında lokosit 5300/ 

mm3, eritrosit sedimentasyon hızı 17 mm/saat, C-reaktif 

protein 20,6 mg/L (0-8) olarak saptandı. 

SONUÇ: Bu olguda antibiotik kilit tedavisi ile kateter ko-

runmuştur. Kateter ilişkili ve kan kültürlerinde tekrarlayan üremeler kaleyle prisminde antibiotik kilit tedavisi ve sistemik tedavi düşünülebilir.

Tablo 1: Kan kültüründe üreyen Klebsiella spp.suğunun antibiotik duyarılılık sonucu

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antibiyotik</th>
<th>Sonuç</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Amikasin</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Amoksisin-hidroksil</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Sefotaksin</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Sefoksin</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Sefuroksim</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Siprofoksasin</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Ertapenem</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>İmphinem</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Levoferoksasin</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Mercopenem</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Netilimisin</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>Piperasilin-tazobaktam</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
<tr>
<td>SXT</td>
<td>Duyarlı</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P11-12

Aggregatibacter actinomycetemcomitans kaynaklı 

olasi endokardit vakasına mikrobiyolojik yaklaşım

Şaban Gürcan 1, Selahattin Ünlü 1, Figen Kuloğlu 1, Aynur Karadenizli 2

1Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tibbi Mikrobiyoloji A.D., Edirne
2Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları A.D., Edirne

GİRİŞ-AMAÇ: Aggregatibacter actinomycetemcomitans (Actinobacillus actinomycetemcomitans) küçük gram negatif kokobazil morfolojisinde, zar üreten, müş- 

küleşen bir bakteri türüdür. Burada kültür negatif endo- 

dokardit olgularına neden olabilen HACEK grubunda yer 

alan bakterilerden olan Aggregatibacter actinomycetemcomitans ile oluşan olası bir infektif endokardit olgu sunuldu.

OLGU: 36 yaşında, erkek olan hasta 2 aydır devam 

deden üstüne-titreme, ateş, halsizlik, kilo kaybı yakın-

malarıyla üniversite hastanemize başvurdu. 2007 yılın-

da aort kapak replasmanı ve aort anevrizması öyküsü 

olan hastanın ekokardiografisinde herhangi bir patoloji 

saptanmamasında rağmen kan kültürlerinde gram negatif 

bakteri üremesi saptanmıştır. Beklenti deneyiminde ve 

klinik uyumsuzluğunda nikefik sp. (Francisella tularesis) 

saptanmıştır ve hastada aort kapak replasmanı, uzun süren 

ateş ve kan kültürlerinde tekrarlayan üremeler HACEK grubu 

ile oluşan enfektif endokarditli düşünüldüğünden ola-

si enfektif endokardit tanısının hastanın kliniği ile uyumu 

olduğu kanaatine varılmıştır.

SONUÇ: Laboratuvara kullanılan otomatik isimlendir- 

me cihazlarının sonuçları özellikle nadir etkenlerde mut-

laka başka yöntemlerle isimlendirme doğrulanmalı ve 

olgunun kliniği ile uyumu değerlendirmelidir.

Nur Benzonana 1, Hülya Özay2, Fatma Bozkurt1, Erhan Tuncay3, Sezer Yakupoğlu2, Hakan Ahmet Acar3, Serdar Özer1

1Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 

Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul 

2Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul 

3Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 

Yara ve Yanık Merkezi, İstanbul
GİRİŞ-AMAÇ: *Bacillus cereus* *Bacillaceae* ailesinden, hareketli, endospor oluşturabilen, Gram-pozitif fakultatif aerop basıldır. En sık benin zehirlenmesine neden olmakla birlikte postravmatik endoftalmit, katartlı, panoftalmit gibi göz enfeksiyonları, yanık, yara ve cilt enfeksiyonları, me-nenjit, alt solunum yolu enfeksiyonları, endokardit, osteomiyelit, bakteriyemi ve sepside de neden olabilmektedir. Bu bildiride bomba patlaması sonucu multipol travma ve termal yanık nedeniyle tedavi gören hastada bir bakteri-yemi olgusu nadir görülmesi bakımından sümunmuştur.

OLGÜ: Suriye’de bomba şarapnel patlaması sonucu yaralanan 24 yaşındaki erkek hasta her iki ön kolu travmatik amputasyonu, sağ gözde kornea, sol gözde sklera perforasyonu, vücut yüzünün %10’undan daha az bir bakteriyemiyeti ve vücut yüzünün %72 PNL), PLT: 277.000/mm³, CRP: 81,6 mg/L, ESR: 45 mm/şaat, bulundu. Hastanın P12-01

DIYABETİK AKUT INFESYON ETKENLERİNİN YILLARA GÖRE DAĞILIMI; DEĞİŞİM VAR MI?

Bülent Ertuğrul1, Gülüz Uyar Güleç1, Selçuk Baktiroğlu2, Esra Çörekli3, Mevlüt Türe3

1Adnan Menderes Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dali, Aydın
2İstanbul Üniversitesi İstanbul Tip Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
3Adnan Menderes Üniversitesi Tip Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dali, Aydın


Tablo 1: Diyabetik Ayak İnfeksiyonu Etkenlerinin Yıllara Göre Dağılımları

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hasta Sayısı</td>
<td>207</td>
<td>442</td>
<td>1023</td>
<td></td>
<td>1702</td>
</tr>
<tr>
<td>Mikroorganizmalar</td>
<td>N (%)</td>
<td>N (%)</td>
<td>N (%)</td>
<td></td>
<td>N (%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam Gram-positif</td>
<td>139 (40.5)</td>
<td>227 (50.4)</td>
<td>469 (47.4)</td>
<td>0.102</td>
<td>626 (46.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>E. aureus</td>
<td>101 (29.4)</td>
<td>130 (28.9)</td>
<td>173 (17.8)</td>
<td>&lt;0.001</td>
<td>404</td>
</tr>
<tr>
<td>Koagülaz-negatif stafilocoklar</td>
<td>6 (1.7)</td>
<td>36 (8)</td>
<td>101 (10.4)</td>
<td>&lt;0.001</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterococcus spp.</td>
<td>5 (1.5)</td>
<td>25 (5.6)</td>
<td>69 (7)</td>
<td>0.114</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Streptococcus spp.</td>
<td>15 (4.4)</td>
<td>30 (6.7)</td>
<td>65 (6.7)</td>
<td>0.175</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Diğer Gram-positifler</td>
<td>12 (3.5)</td>
<td>6 (1.3)</td>
<td>9 (0.9)</td>
<td>0.002</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam Gram-negatifler</td>
<td>204 (58.9)</td>
<td>219 (48.7)</td>
<td>505 (52)</td>
<td>0.075</td>
<td>928 (52.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>E.coli</td>
<td>59 (17.2)</td>
<td>63 (13.7)</td>
<td>181 (18.3)</td>
<td>0.011</td>
<td>225</td>
</tr>
<tr>
<td>Proteus spp.</td>
<td>15 (4.4)</td>
<td>22 (4.9)</td>
<td>47 (4.8)</td>
<td>0.766</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>Klebsiella spp.</td>
<td>15 (4.4)</td>
<td>14 (3.1)</td>
<td>62 (6.4)</td>
<td>0.046</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Acinetobacter spp.</td>
<td>10 (2.9)</td>
<td>23 (5.1)</td>
<td>20 (2.1)</td>
<td>0.116</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter spp.</td>
<td>14 (4.1)</td>
<td>13 (2.9)</td>
<td>45 (4.5)</td>
<td>0.412</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Citrobacter spp.</td>
<td>1</td>
<td>1 (0.2)</td>
<td>7 (0.7)</td>
<td>0.81</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Morganella spp.</td>
<td>5 (1.4)</td>
<td>23 (2.4)</td>
<td></td>
<td>0.002</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>S. maltophilia</td>
<td>0</td>
<td>2 (0.4)</td>
<td>3 (0.3)</td>
<td>0.96</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Diğer gram-negatifler (anaeroblar dahil)</td>
<td>18 (5.2)</td>
<td>3 (0.7)</td>
<td>39 (4)</td>
<td>0.952</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Candida spp.</td>
<td>0</td>
<td>4 (0.9)</td>
<td>6 (0.6)</td>
<td>0.325</td>
<td>10 (0.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam mikroorganizma</td>
<td>343</td>
<td>450</td>
<td>971</td>
<td></td>
<td>1764</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P12-03
Teması sonrası kuzu profilaksnisini uygulamasında antibiyotik profilaksisinin yeri: Ön çalışması

Tuba İlgar, Esra Kaya Kılıç, Taliha Karakök, Cemal Bulut, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Sami Kimlikli, Ali Pekcan Demiröz, Necla Eren Tülek
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Hayvan işircisi veya tırmalama nedeniyle başlayan hastalara, yara yeri infeksiyonunun gelişmesini önlemek amacıyla yara bakımının yapılması ve antibiyotik profilaksıını başlattıkları önemle öne çıkmaktadır. Bu çalışmada hastamızda temas sonrası kuzu profilaksisi uygulanı hastaların, yumaşık doku infeksiyonu açısından değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Hastanemizde temas sonrası kuzu profilaksisi uygulanan hastaların, yumaşık doku infeksiyonu açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 22 hastaya pıyojenik, 15 hastaya tüberküloz, 5 hastaya brusella bağı 1 hasta fungal spondilodiskitin takip edildiği saptanmıştır. Bu çalışma periyodunda süresince toplam 43 hasta izlendi. Hastaların 251 (%58) kadın, hastaların yaşları 25 ile 82 arasında (ortalama 78±12) idi. En sık baş vuru nedeni bel ağrısı (%81) iken hastaların %12’sinde atış, %7’sinde gece terlemesi, %7’sinde yürüme güçlüüğü ve %7’sinde genel durum bozukluğu mevcuttu. Hastaların sıktıklarını belirleme açısından hastane başını süresi ortalaması 5.33 (1-24) aydı. Hastaların sadece 5’i (%12) daha önce bir doktora başvurmuşlardı; 22’şi (%51) bir, 13’ü (%30) iki, 3’ü (%7) üç doktora başvurmuştu ve 21’i (%49) antibiyotik tedavisinde bulunmuştu. Spondilodiskitin takip edildiği hastaların 36’ında (%84) sadece radyolojik, 4’ünde (%9) sadece mikrobiyolojik, 3’ünde (%7) hem radyolojik hem de mikrobiyolojik olarak konuldu. 31 hastadan (%72.1) görülenin %70’inde de prognostik ve etiolojik olarak değerlendirilmiştir. Spondilodiskitin takip edildiği hastaların 22’sinin (%71) kültüründe üretim olmaması %13 S. aureus (MSSA %10, MRSA %3), %3'ünde M. tuberculosis, %3'ünde P. aeruginosa, %3'ünde C. albicans ve S. viridans örneği. 15 hasta anti tüberküloz tedavi alırken, en sık kullanılan antibiyotikler amoksilin klavulanon, siprofloksasin ve piperasillin tazobaktam idi. Hastaların 19’unda (%44) tam iyileşme sağlanırken, 23 (%53) hastada kısmi yant elde edildi ve hastaların 11’i (%2) kaybedildi.

SONUÇ: Bu çalışmada MR görüntüleme ve görüntüleme eşliğinde ömek alınması, bu örnekler mikrobiyolojik ve patolojik değerlendirilmesinin spondilodiskitin takip edildiği ve etiolojik ajana yönelik tedavinin planlanması açısından önemli sahip olduğunun düşünülmektedir.
BULGULAR: Dört ay içinde hastanemizde kuduz profilaksişi başlatan hastalardan 50’si çalışmaya alındı. Hastaların 32’i (%64) erkek, 18’i (%36) kadını, ortalaması yaşları 36.2±18.9 yıldır (min:9 max:82) olarak saptandı. Hastalar, temasta sona er_operatorla 18.8±82.5 saat (min:1 max:576) içinde başvurmuştur. Toplam 50 olgunun 11 olgunun (%22) kategori 3 yarasi vardı; hepsine kuduz antiserumu yapılp beli kuduz aş programına alınmıştı, altısına sürür atılmıştı. Kategori 2 yarasi olan 39 hastanın 37’i 2-1-1, ikisi 5’li kuduz aş programına alınmıştı. Tüm hastaların 39’una (%78) başvurmuştu ancak biri bakım uygunluğunu. Kategori 3 yarasi olan 9 hastaya (%81.8), kategori 2 yarasi olan 11 hastaya (%28.2) antibiyoterapiye başlanmıştır. 18 hastaya amoksisilin klavulanat (po), iki hastaya sefuroksim aksetil (po) başlanmıştır. Hastaların 9’unda (%18) infeksiyon bulgularından herhangi biri saptandı; yedi hastada kizarlık, üç hastada ısırtı, altı hastada şişlik, beş hastada akıntı vardı (Şekil 1). Infeksiyon gelişimi oranı kategori 3 yarasi olanlarda, antibiyoterapiye başlanımlar, sürür atılanlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 1). Lojistik regresyon analizi yapıldığı kategori 3 yarasi risk faktörü olarak saptandı (p=0.01, 95%, C.I 1.583 – 103.186)


Şekil: Kategorilere göre antibiotik kullanımı ve infeksiyon ilişkisi

Tablo: Infeksiyon gelişimi için risk faktörleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategori</th>
<th>Antibiyotik kullanma</th>
<th>Silahsal</th>
<th>Infeksiyon var</th>
<th>Infeksiyon yok</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kategori 2</td>
<td>11 (70)</td>
<td>5 (30)</td>
<td>7 (43.7)</td>
<td>14 (87.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kategori 3</td>
<td>10 (62.5)</td>
<td>7 (43.7)</td>
<td>10 (62.5)</td>
<td>13 (81.2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P12-04
Diyabetik ayak infeksiyon etkenlerinde biyofil

Barçın Ş Öztürk, Bülent M Ertuğrul, Esra Çörekli

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobioyoloji Ana Bilim Dali, Aydın


BULGULAR: Çalışmaya 37 hastanın 48 DAI ataç dahil edildi. Kemik ve yumuşak doku örneklerinden 59 infeksiyon etkeni izole edildi. İzole edilen 59ugsun 47 inçde (%80) biyofilm izole etmektedi. En sık izole edilen etken metastine dirençli koagülaz negatif stafylokok idi (n=13, 22%).


Tablo: Konvansiyonel radyolojik görüntülemelerin saptanamadığı, sintigrafide tutulumun saptanıldığı eklerin dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Eksik Tipi</th>
<th>Eksik Sayısı (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Metatarsal</td>
<td>5 (31)</td>
</tr>
<tr>
<td>Patellar</td>
<td>4 (25)</td>
</tr>
<tr>
<td>Lumbal</td>
<td>3 (19)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sakroiliak</td>
<td>3 (19)</td>
</tr>
<tr>
<td>Akromioklaviküler</td>
<td>1 (6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>16 (100)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P12-06
Selülit tanışyla takip edilen hastalarda ortala platelet hacmi değerleri değişimi

Güle Aydın1, Murat Aydın2

1Afyonkarahisar Züleyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları
2Afyonkarahisar Şuhut EVet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji


BULGULAR: 16 tanesi (%40) erkek, 24 tanesi (%60) kadın olmak üzere 40 hasta selülit tanısıyla takip edildi. Kontrol grubunun 18 tanesi (%45) erkek, 22 tanesi (%55) kadını. Hastaların yaş ortalaması 52,8 olarak, kontrol grubunun yaş ortalaması da 50,2 olarak hesaplandığı 확인되었습니다. Selülit grubunun lösotik sayısının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş (p<0.01). Selülit tanısı konan hastalarda lösotık sayısının ortamalması 13450+/5-2300 olarak saptanırken, kontrol grubunun ortamalması 5980+/5-1000 olarak saptandı. Platelet sayları ortamalması ise selülitli grupta 230+/5-70, kontrol grubunda ise 320+/5-50 olarak belirlendi. Platelet sayları selülitli grupta daha düşük bulundu (p=0.01). MPV değerleri karşılaştırıldığında selülitli hastaların değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü (p=0.01). Selülit grup

Ahmet Cem Yardımcı1, Ümit Oğur2, Leman Karaağaç1, Altan Gökgöz1, Alaaddin Zirek2

1Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa
2Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Tip Kliniği, Şanlıurfa
3Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Şanlıurfa

Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi
ortalamı MPV değeri 11,1+/-0,7, kontrol grubu değeri ise 7,1+/-0,5 olarak hesaplandı.

**Sonuç:** Seçiltili hastalarda laboratuar parametreleri değerlendirilirken loksosit değerleri yanında platelet ve MPV değerleri de faydali olabilir.

**P12-07**

**Diş çekimi sonrası gelişen derin boyun absesi**

Onur Ural, Nazlim Aktüg Demir, Şua Sümer, Özge Yiğit

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dali, Konya

**GİRİŞ-AMAÇ:** Derin boyun enfeksiyonlar her yaş grubunu etkileyen, yerleşim yerindeki farklılıklar nedeniyle tanıda güclüklärler karşılanılan ve kompleksiyon oranını yüksek olan enfeksiyonlardır. En sık üst solunum yolu enfeksiyonlarına, daha sonra odontojenik nedenlere bağlı olarak gelişir.


**SONUÇ:** Derin boyun enfeksiyonlarında apse varlığında drenaj şarttır. Olgumuzdaki gibi apse drenajı ile birlikte antibiyoterapi uygulanmasına rağmen yanıt alınamayan olgularda apsenin yeniden birikimi nedeniyle drenaj kateter takılması ve geniş spektrumlu antibiyoterapi gerekebilir.

**OLGU:** 48 yaşında kadın hasta, nefes darlığı ve sternumdan akıntı şikayeti ile Kel Damar Cerrahisi (KDC) poliklinikine başvurdu. 13 gün önce aort ve mitral valv replasmanı operasyonu geçiren hasta sternum kemiğinde öyna ve akıntı nedeni ile KDC servisine yatırıldı. Yara kültürü alındı. WBC 32200/mm³ (%88 PNL), CRP 101 mg/l, sedimentasyon 51 mm/s idi. Hastaya pipersilin/tazobaktam 3x4.5 gr iv başlandı. Tedavinin 9. günü sternum revizyonu yapıldı ve mediastinal tüp taktıldı. WBC 10600/mm³, CRP 84 mg/l olan, yara kültüründe üreme olmayan hastanın tedavisi 14 güne tamamlanı ve taburcu edildi. Hasta 5 gün sonra mediatinal akıntı şikayeti ile tekrar başvurdu. WBC 14900/mm³ (%71 PNL), CRP 80 mg/l idi. Toraks BT’de retrosternal alan anterior mediatsten AP çapı 43 mm, transvers çapı 80 mm ölçülen kapsül sivı kolesiyonu izlenidi. Hastaya meropenem 3x1 gr, vankomisinin 2x1 gr iv başlandı. Toraks BT’i eşliğinde substernal apse drenajı yapıldı ve 150 cc püy vasıfli sivi boşaltıldı. Apse kültürü alındı. Aşep pozisyonu içerisinde apse yollu santral kateter yerleştirildi, gülünlük yaka ve pansuman yapıldı. Kateterden gelen olmasması üzerine 4 gün sonra kateter çekildi. Apse kültüründe üreme olmadığı WBC 9000/mm³, CRP 34 mg/l olan hastanın tedavisi 16 güne tamamlandı ve taburcu edildi.

**SONUÇ:** Yumuşak doku enfeksiyonlarının takibi erken tanı, zamanında cerrahi debrıytan ve uygun antibiyotik tedavisi içerir. Tedavinin başlangıçta bir şekilde sonuçlanmasında apse drenajı önemli bir yere sahiptir.
P12-09
Protez infeksiyonlarında nadir saptanan gram pozitif bir basil: Rothia dentocoriosa

İnci Yilbat Kılıç¹, Berna Aydin¹, İliham Çelik¹, Fuat Duygulu²

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları
²Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji


SONUC: Çoğunlukla nozokomial veya otohematojen kaynaklı infeksiyon neden olan Rothia dentocoriosa, insanda immün sistem bozukluğunda ve vücut içi implant varlığında etken olarak bildirilmştir. Rothia dentocoriosanın literatürde hematojen yolla yayıldığı ve muhtemel kaynağı da insandan kendi oral flora olduğu görülmektedir. Sonuç olarak; geriatrik yaş grubunda özellikle immün supresif durumlarda vücuda implant yerleştirirken fırsatçı mikroorganizmalarla hastanın enfekte olabileceği unutulmamalıdır.

P12-10
Multidisipliner yaklaşımın diyabetik ayak infeksiyonunun yönetimindeki gerekçiliği: Oluçu sunumu

İnci Yilbat Kılıç¹, Hüseyin Örgü², Ahmet Atalay³

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği
²Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
³Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi ve Rekonstrüksiyon Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Diyabetik ayak lezyonları (DAL) yüksek mortalite ve morbidite olana, alt extremismeyi ve hayatı tehdit eden bir durumdur. Bu olsu sunumu ile multidisipliner yaklaşımı uzun ve zorlu süreçleri sonucunda uzun kayınlık önüne geçilebileceğini gösterilmeye çalışılmıştır.


SONUC: Diyabetik ayak infeksiyonu tedavisinde esas hedef uzun kayınlık önune geçmek ve fonksiyonlarını yinele getirmesini sağlamak. Multidisipliner yaklaşım ile kompleks vakalarda bile mortalite ve morbidite azaltılabilir. DAL olan hastaların takibi ve tedavisini düşenli olabilirsinin tek yolu özellikle büyük sağlık merkezlerinde diyabetik ayak konseylerinin kurulmasıdır.

OLGU: 16 yaşında erkek hasta akut servise bir hafta önce başvayan yüksek ateş ve sağ kalça ağrısi yakınına si ile başvurdu. Yakınlarının çalışmasından önce trava, herhangi bir enfeksiyon uygulama veya seyahat öyküsü yoktu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayene eden ates: 38,5 derece, nabız: 84/dakika, TA: 110/70 mmHg idi. Sağ kalça eklemide belirgin olmak üzere hareket kısıtlığı vardı ve kalça hareketi her yöne aşağı ağrılı idi. Hastanın laboratuar bulgularında lüksosan sayıs: 17,700/ mm³, C-reaktiv protein (CRP): 256 mg/L, eritrosit sedimantasyon hızı (ESH): 91 mm/saat idi. Hasta yatırıldı. Kan kültürleri alindıktan sonra ampınik olarak intravenöz yolla sulbaktam-amipisin 6 g/gün ve siprofloksasin 800 mg/gün başlandı. Lumbosakral MR ve kalça eklem MR çekildi. MR sonuçlarında sağda piriformis, glutues medius ve minimus kasları içine alan 110x100x34 (LTXCCxAP) mm boyutlarında septal, lobuje kontrast madde verildiğinde soner periferal opaklaştırma göstere apse alanı, sağ psoas kası içerisinde 30x20x30 (LTXAPxCC) mm boyutlarında glutues maksimus kası.

**SONUÇ:** Ülkemizde nadir görülen primer pyomiyozitin erken tanı ve tedavisi önemlidir. Hastam MSSA) üreme olayan hasta, parenteral antibiyotik tedavisinin 14. gününde 2g/gün p.o. ile taburcu edildi. Toplam 10 hafta oral antibiyotik tedavisi sonrası CRP ve ESH değerleri normale döndü ve kontrol MR’larında apse alanlarının tamamen kayboldu. Hasta halen takipin dördüncü ayda olup asptomatik olarak izlenmektedir.

**Resim:** Sakral vertebra ve kaça eklem MR görüntüleri

**P12-13**

**Liposuction sonrası gelişen nekrotizan yumuşak doku infeksiyonu: olgu sunumu**

Pınar Çakmak, Hülya Özkan, Mehtap Oktar, Mustafa Taner Yıldırım

**GİRİŞ-AMAÇ:** Günümüzde nekrotizan yumuşak doku infeksiyonu (NYDE) olarak tanımlanan nekrotizan fasiit başlıca deri ve yüzeyel fasyanın hisli irileyi, ölümcül olabilen infeksiyonudur. Predispozan faktörlerden taburcu edilen liposuction operasyonu sonrası NYDE geliştiği için sunumun amaçladık.

**OLGU:** 40 yaşındaki kadın hasta ateş, kusma, solunum sıçkıntısı, suprapubik bölgesinde ve solda daha belirgin olmak üzere her iki femur mediyal yüzlerinde ödem ve kemik kemik vurularak, solunum ve üst bacaktaki yaşıltayanın ön duvardaki lezyon dikkati çekmektedir. Antibiyotik ve medikal destekle yoctu. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Başıvuru yanında hemogram incelemesinde lüksosit: 2420/ mm³ (%80 PNL), Hct: %32, Hb:10,3 mg/dl, trombosit: 200.000/mm³ olarak tespit edildi. Biyokimya tahililerinden de: üre:37 mg/dl kreatinin:1,62 mg/dl, Albümin: 2,1g/dl, CK:1019 U/L, CRP: 128 mg/L olduğu görüldü. NYDE’ye bağlı septik şok ön tanisiyla Yoğun Bakım ünitesinde izlenmek üzere yatırıldı. Antibiyotik ve medikal destek tedavisi altında debridman cerrahisi yapıldı. Yatsızda alınan kan ve doku kültürlerinde üreme olayan hastanın takiplerinde alınan doku kültürlerinde Proteus spp., Acinetobacter spp., ESBL (+) E. coli örnekleri oldu. Hasta'nın YBU’de tedaviye devam etmekle olup, genel durum iyileşti, granülasyon dokusunun gelişmesi üzerine debridman devam edilmektedir.

**SONUÇ:** NYDE’nin tedavisinin temelinde erken tanı, debridman cerrahisi ve antibiyotik tedavi bulunmaktadır olup, mortaliteyicyartan en önemli faktörün sağlık konması ve yetersiz debridman olduğu gösterilmiştir. Multidisipliner yaklaşım gereken bu hastağın her yaş ve cins hasta grubunda görülmeceğini unutulmamalıdır.
P12-14
Sternoklaviküler eklemler tutulumu bruselloz olgusu

Burcu Uysal¹, Tülin Demir², Turgut Tusem Tokmak³, Senem Şas¹, Yeliz Dadali⁴, Orhan Yıldız⁵

¹Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir
²Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir
³Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Kirşehir
⁴Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizyosel Tip ve Rehabilitasyon Bölümü, Kirşehir
⁵Erciyes Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri


OLGÜ: Otuzdozkuz Yaşında kadının hasta 2 ay önce başlangıç olarak yaşığına ait bir alerji reaksiyonu, gece terlemesi ve sol sternoklaviküler eklümde şişlik, kizarıklık, ağrı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde ateş 36 °C, sol sternoklaviküler eklemler üzerinde hipermi, şişme ve ciddi şişme ve inemi bir bulgu yoktu. Havan teması olmayan hastanın taze peynir yeme öyküsü mevcuttu. Bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Laboratuvar testlerinde; kan beyaz küre (WBC) sayısı 8,1 x 10³/L (4,6-11,3 x 10³/L), %62,2 nötrofor, hemoglobin 6,7 g/dl (11,7-16 g/dl), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 75 mm/h ve C-reaktif protein (CRP) 0,6 mg/dl (0-0,5mg/dl) olarak saptandı. Biyokimyasal parametreleri normal sınırlardaydı. Serumda standart tıp aglutinasyon testi (STA) 1/20 pozitif olarak değerlendirildi. Ceklen bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tikitlerinde sol sternoklaviküler eklüm çevresinde infilamasyon ve yumuşak doku edemi görülür. Hastaya doksisiklin 2x100 mg/gün ve rifampisin 2x100 mg/gün tedavi başlandı. Tedavinin yedinci gününde nisanın üstündeki şişlik ve kizarıklık düzdü. Hastanın tedavisi 6 haftaya tamamlandı.


OLGÜ: Otuzdozkuz Yaşında kadının hasta 2 ay önce başlangıç olarak yaşığına ait bir alerji reaksiyonu, gece terlemesi ve sol sternoklaviküler eklemler üzerinde şişlik, kizarıklık, ağrı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde ateş 36 °C, sol sternoklaviküler eklemler üzerinde hipermi, şişme ve ciddi şişme ve inemi bir bulgu yoktu. Havan teması olmayan hastanın taze peynir yeme öyküsü mevcuttu. Bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Laboratuvar testlerinde; kan beyaz küre (WBC) sayısı 8,1 x 10³/L (4,6-11,3 x 10³/L), %62,2 nötrofor, hemoglobin 6,7 g/dl (11,7-16 g/dl), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 75 mm/h ve C-reaktif protein (CRP) 0,6 mg/dl (0-0,5mg/dl) olarak saptandı. Biyokimyasal parametreleri normal sınırlardaydı. Serumda standart tıp aglutinasyon testi (STA) 1/20 pozitif olarak değerlendirildi. Ceklen bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tikitlerinde sol sternoklaviküler eklüm çevresinde infilamasyon ve yumuşak doku edemi görülür. Hastaya doksisiklin 2x100 mg/gün ve rifampisin 2x100 mg/gün tedavi başlandı. Tedavinin yedinci gününde nisanın üstündeki şişlik ve kizarıklık düzdü. Hastanın tedavisi 6 haftaya tamamlandı.


Resim. Radyolojik olarak sternoklaviküler eklüm artriti (A,C) Aksiyal T2 görüntülerinde ve yangı dörtlüğü ile T1 görüntülerinde slow sternoklaviküler eklüm çevresinde yumuşak doku edemi ve infilamasyon görülmektedir. (B) Aksiyal BT görüntüde de sol sternoklaviküler eklüm çevresinde yumuşak doku edemi ve infilamasyon görülmektedir.

P12-15
Enjeksiyon sonrası gelişen Nekrotizan fasiti olgu

İrem Akdemir Kalkan¹, Çiğdem Mermutluoğlu², Esma Şenses³, Mustafa Kemal Çelen³, Celal Ayaz²

¹Batım Bölge Devlet hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Batman
²Dicle Üniversitesi Tip Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dali, Diyarbakır

GİRİŞ-AMAÇ: Nekrotizan fasit, deri, subcutan dokular ve fasyaların ipleri değişik nörozu ile karakterize, yaşamı tehdit eden bir yumuşak doku infeksiyondur. Özellikle erişkinlerde görülen bu birlikte çokluuktur, özellikle nedenlerinin dehidrasyonlar, enfeksiyonlar, travma, stasis ve hidrosefali gibi olabilir. Bu olayın ilerlediği için mortalite orani yüksek. 

OLGÜ: 17 yaşında erkek hasta sağ kolunda infektözya sonrası gelişen olguydu. Hiperemi ve ateş öyküsü anıtı olarak başvurdu. Gözden gelen yaansa olayın 40°C olup; TA: 120/80 mmHg; Nb: 120’ idi. Sağ kolda yaşının hiperemi, şişme ve isi artışı vardı. Laboratuvar değerlendirmesinde CRP yüksekliği dışında anıtı anlamalı bulguları yoktu ve kompartman sendromunu ekarte etmek amaçlı yapılan Doppler USG çıkabilmektedir. Ülkemiz gibi brusellozun endemik olduğu bölgelerde sternoklaviküler eklüm arterini ile başvuran hastalarda bruselloz ayrımcı tanda mutlaka düşünülmelidir.
SONUÇ:


SONUÇ: NF mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalık olup; yuvaşak doku enfeksiyonları içinde de en hızlı ilerleyen bir durum olduğu gibi enjeksiyon sonrası gelişen olgular bildirilmekte olup gerekiz enjeksiyon tedarikinden kaçınılmaz veya uygulanımsız olarak standart önlemlere uyulması önemlidir. Hiperbank oksijen tedavisini destekleyerek devam etmekte birlikte özellikle komplike yuvaşak doku enfeksiyonlarıdır.

P12-16
Alt dudakta presente olan bir aktinomikoz vakası
Süleyman Emre Koçyigit¹, Elfik Mükme Öztürk², Müge Ayhan³, Gülden Yılmaz⁴, Serhat Birengel⁵
¹Ankara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
²Ankara Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ana Bilim Dalı, Ankara


OLGU: 65 yaşında, MDS ve MM tanılan erkek hasta hasta ateş yükseklik nedeniyle başvurmaktar. Fizik muayene de; alt dudak mukozasında yaklaşık 2,5*1,5 cm boyutunda ülser, tabanı nodüler, ağırlık, sert, aktıncınız bir lezyon saptanmıştır. Servikal lenfadenopati izlenmemiştir. Hemoglobin düzeyi 6,4 g/dl ve nörtofay sıraları 1500 olan hastaya ampirik olarak piperasilin+tazobaktam, teikoplanın ve akıkgerde devam eden viral enfeksiyon nedeniyle vorikonazor başlanmıştır. Mevcut tedaviye rağmen ateş devam eden hastanın alt dudakta lezyona önemlilik doku kültür ve biyopsis alınmıştır. Gram boyamada çok sayıda gram pozitif basil ve kok izlenip kültürde üreme olmuştur. Doku biyopsis patoloji sonucu nekrotik doku içinde yoğun miktarda filamentöz mikroorganizma-aktinomikoz ile uyuşul olarak raporlanmıştır. Mevcut tedavi ile ateş düsen ve lezyonda gerileme sapılan hastanın tedavisi oral amoksilsiline geçilmiş 6 aya tamanlanmasını planlanmıştır.


Resim: Olgunun operaşyon öncesi görünümü

-285-
P12-17
Tipik boğa gözü görünen cilt lezyonu; Lyme hastalığı olmaya bilir mi?

Kaya Süer1, Hanife Özkayalar2, Didem Mullaaziz3, Aslı Feride Kapıçanoğlu3

1Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD. Lefkoşa, KKTC
2Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD. Lefkoşa, KKTC
3Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD. Lefkoşa, KKTC

GİRİŞ-AMAÇ: Lyme hastalığının tipik lezyonu olan eritema migransın ayırıcı tanısına dikkat çekilmektedir.


Resim 1: Lezyonun birinci gün görünümü
Resim 2: Tedavinin 3 günündeki lezyon görünümü
Resim 3: Yüzeyel dermiste perivasküler lenfositik İtila-yi hücre infiltrasyonu
P12-18
Sakroileiti olan olguya yaklaşım

Özge Çaydaş, Sedef Başgönül, Yasemin Zeytin, Nurcan Anakan, Pınar Kiran

Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul


OLGU 1: Suriye’deki 42 yaşında erkek hasta ancaq sırayla hastane hali ve tandir şefriakson 2x2 gr bezi. Kas hareketleri ve sudan korkma ve bulaşma tablosuna neden olunca, nörolojik ilerlemeleri takip ederek ant operasyonu önerildi. 


P13-03 Şant cerrahisi önerilen bir nörosisfiloz olgu

Burcu Deniz*, Hüsnü Efendi*, Birsen Mutlu

'Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi Kl.Mikrobiyoloji ve
İnfeksiyon Hastalıkları AD, Kocaeli
Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi Nöroloji AD, Kocaeli

GİRİŞ-AMAÇ: Silişfiz farklı klinik tablolara neden olabilen, birçok organ sisteme yaralanma yapabilmekle birlikte nörolojik tutulum daha çok geç dönemde görülür. Olgumuzda pnömoni ön tantrısıyla dansı şar nöropsikiyatri belirtileri olan bir hasta yaşanmaktadır.

OLGU: Normal basıncı hidrosefali(NBH) ve demans tanısı ile nöroloji servisine yatın 57 yaşında erkek hasta, pnömoni ön tanılarıyla zorlu konsültede edildi. 

SONUÇ: Silişfiz ilk tanısı sularında olup, karin makulası ve demans tablosuna neden olmaktadır. 

GİRİŞ-AMAÇ: Bakımlı nöropsikiyatri taboları,lier, birçok organ sisteme yaralanma yapabilmekle birlikte nörolojik tutulum daha çok geç dönemde görülür. Olgumuzda pnömoni ön tantrısıyla dansı şar nöropsikiyatri belirtileri olan bir hasta yaşanmaktadır.

OLGU: Normal basıncı hidrosefali(NBH) ve demans tanısı ile nöroloji servisine yatın 57 yaşında erkek hasta, pnömoni ön tanılarıyla zorlu konsültede edildi. 

SONUÇ: Silişfiz ilk tanısı sularında olup, karin makulası ve demans tablosuna neden olmaktadır.

---KLİMİK 2015 XVII. TÜRK KLINİK MIKROBİYOLOJİ VE İNFEKSYON HASTALIKLARI KONGRESİ---
P13-04

Deri şarbornu sonrası gelişen şarborn menenjetini

Sevgi Yılmaz, Saygı Nayım Alp już, Nurettin Erben, İlhan Özgüneş

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir

GİRİŞ-AMAÇ: *Bacillus anthracis*’in neden olduğu insanlarda nadir görülen zoonotik bir hastalıktır. Şarborn menenjeti basılın hematojen yayılımı sonucu santral sinir sistemine ulaşması ile oluşan ciddi ve nadir bir hastalık formudur. Bu olguda; önce deri arıdan şarborn menenjeti kliniği gelişen hastanın tanı ve tedavisi rapor edilmektedir.


SONUÇ: Amnezi ile başvuran hastalarda açı ile HSV ensefaliği düşündümelidir, zaman kaybetmeden tani-ya yönelik testler yapılmalı ve klinik şüpe durumunda mortalite ve sekel oranının yüksek olduğu göz önünde bu-lundurularak kesin tanyada yönelik testlerin sonucu be-kenmeden asiklovir tedavisi başlanmalıdır.

-289-
P13-06
Menenjit bulguları ile başvuran bir Sjögren Sendromu olgusu

Sümeysa Simsek¹, Esra Kazak¹, Selime Ermurat²,
Sibel Göktaş Yorulmaz¹, Tekin Tuncer³, Emel Yılmaz¹,
Mehmet Zarifoğlu³, Reşit Miste¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bursa
²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa
³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ-AMAÇ:** Menenjit, menenktir, enflamasyon olay, beyni omurilik sıvasında (BOS) lökosit artışı ile tanılanır. Yarımzada menenjit tanıları ile başvuran ve taktibinde santral sinir sistem tutulumunun eşlik ettiği Sjögren Sendromu tanı konulur bir olguyu sunuyoruz.


P13-07
Üriner sistem infeksiyonu sırasında gelişen Enterobacter cloacae menenjit: Olgu sunumu

Özlem Özer, Cemal Bulut, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Nesrin Ata, Sami Kınıklı, Ali Pekcan Demiröz

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

**GİRİŞ-AMAÇ:** Akut bakteriyel menenjit olgularının %80-85’inde Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis ve Haemophilus influenzae sorumlu olup, gram negatif bakteri menenjitleri özellikle yenidogan ve yaşlı hastalarda görülebilimtedir. Akut bakteriyel menenjitin klasik bulguları olan ateş, baş ağrıısı ve menenks irritasyon bulguları bu menenjetlerde görülebilebilir. Bu yayda uriner infeksiyon sırasında gelişen gram negatif bakteri menenjetini olan bir olgu sunulmuştur.

**OLGU:** Yetişmiş altı yaşında erkek hasta, son üç gündür genel durumunun bozulması nedeni ile acil servis başvurdu. Hastanın Alzheimer nedeni ile uç ayarda yatağa bağlı olduğu ögrenildi. İdrar incelenmesinde 260 lüksosit saptaşılan hastanın infeksiyon tanısı ile kliniğiize yatırıldı. Ateş 37.5°C, genel durumu orta, bilinci açık; Alzheimer nedeni ile ense sertliği net olarak değerlendirildi. WBC:23.200 /µL, sedimentasyon: 109 mm/ sa, CRP: 25,9 mg/dL idi. İdrar ve kan kültürleri alındıktan sonra seftriaksyon 1x2 gr başlandı. Ertesi gün hastanın idrar kültüründe gram negatif bakteri üremesi olduğu gördü, identifikasyona devam edildi. Kan kültüründe üreme olmadığı bilindi. Bir ay önce idrar kültüründe Pseudomonas aeruginosa üremesi olduğu öğrenildi üzerine seftriaksyon kesilerek, meropenem başlandı. Ancak hastanın durumunda üzerine olmama idi. Ikinci gün bilinci giderek kapanan hastada akut nörolojik patoloji düşündürüldü, Her ne kadar kan kültüründe üreme olması da, uriner infeksiyonu sekonder bakteriyemi ve buna bağlı olarak santral sinir sistemi infeksiyonu gelişebilir de düşünülecek lomber ponksiyon yapıldı. BOS incelenmesinde 7000...
lokosit, glukoz düsükluğu (3 mg/dL), protein yüksekliği (7900 mg/L) saptandi. Meropenem dozu 3x2 mg’a artırdı. İdrar kültüründe üreanyen bakteri Enterobacter cloaca olarak tanımlandi. Meropenem duyarlı olduğu için teda- viye devam edildi. BOS kültüründe birinci gün üremesi oldu. Hastanın takiplerinde kliniğinde düzeme olmadı. Tedavinin üçüncü gününde kardiyak arrest gelişi, resu- sitasyona yanıt vermedi. Hasta ex oluktan sonra BOS kültüründe de Enterobacter cloaca üremesi tespit edildi.

SONUÇ: Sunduğumuz vakada idrar ve BOS kültüründe- de aynı bakterinin üremesi, ürün sistem infeksiyonuna bağlı bakteriyemi sonucu sekonder menenjit geliştiği düşünülmektedir. Tedaviye yanıt vermeyen ve tedavi sırasında biliş bozukluğu olan hastalarda menenjit akıda tutulmalı, vakit kaybetmeksinin gerekli inceleme-
leri yapılmalıdır.

**P14-01**

Bruselloz tanısında kullanılan yöntemlerin karışıtırılması: Prospektif bir çalışma

Burcu Uysal¹, Orhan Yıldız², Bilgehan Aygen¹, Tülin Demir³

¹Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir
²Erciyes Üniversitesi Tip Fakultesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri
³Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir

**GİRİŞ-AMAÇ:** Bruselloz, ülkemizde oldukça sık görülen ve morbiditesi yüksek olmasına karşın mortalitesi düşük bir zoonotik hastalık. Semptom ve bulguların uzun ömamması ve mikroorganizmaları izole edilmesindeki güçlükler dolayısıyla tanısı daha çok sorulun yöntemlerle koyulan bir hastalıktır. Serolojik testlerin duyarlılığı %65-95 arasındaki, ancak ölgülü brusellozun endemik olduğu bölgelerde düsüktr. Bu nedenle bruselloza ke- sin tanı sadece aglutinasyon testine dayandırılmamalı- dir. Bu çalışmada; akut, subakut ve kronik bruselloz tanısında kullanılan, bruccellacapt (immuncapture ag- lutinasyon) ve “Enzyme-linked immunosorbent assay” (ELISA) testleri gibi yeni tanı yöntemleri karışıtırılmış amaçlanmıştır.


**BULGULAR:** Kırkdokuz hastanın altısında (%12,2) kan kültür, ikisinde (%4) eklem sıvısı kültür, 21’inde (%42,8) STA testi, 36’ında (%73,4) brucellacapt testi, 33’ünde (%67,3) ELISA IgG, 33’ünde (%67,3) ELISA IgM ve 31’inde (%61,2) ELISA IgA pozitif idi. Kontrol grubu- na ait 30 örneğin hepsinde STA, bruccellacapt ve ELISA IgA testleri negatifken, 4 kişide (%13,3) ELISA IgG, 3 kişide (%10) ELISA IgM düşük pozitif bulundu. STA test- ti referans olarak alınımında duyarlık sonuçları kültür ile %23,8, bruccellacapt testi ile %100, ELISA IgG, IgM ve IgA testleri ile ise sırasıyla %85,7, %90,4 ve %90,4 olarak saptandı. Özgüllükleri ise sırasıyla %98,2, %74,1, %67,2, %67,2 ve %79,3 idi. Hastaların yirmicininde (%57,1) STA testi negatif (1/160 ve altında) idi. Bu hastaların ondördünde (%50) bruccellacapt titresi 1/320 ve üzeri pozitif bulundu. Klinik bulguların varlığı referans olarak alınımında en düşük uym (%0,66) bruccellacapt testi ile saptandı.

**SONUÇ:** Bruselloz tanısında STA testinin tek başına ye- tersiz kaldığı, STA ile birlikte bruccellacapt ve/veya ELISA testlerinin kombine olarak kullanılmasının uygun olduğu sonucuna varıldı.

**P14-02**

Tatarcık hummasında RT-PCR ile tanı

Dilek Yaşar¹, Dilek Menemenlioğlu¹, Fatma Bayrakdar², Gülay Korukluoğlu²

¹Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Viroloji Laboratuvarı, Arbovirus ve Viral Zoonotik Hastalıklar Ünitesi
²Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Viroloji Laboratuvarı

**GİRİŞ-AMAÇ:** Tatarcık humması Sandfly fever vi- rus’un neden olduğu ve phlebotom, kum sineği ya da tatarcık denen sokucu küçük sineklerin neden olduğu Akdeniz havzasındaki ülkelerde görülen bir hastalıktır. Asemptomatik seyredebilceği gibi altitipine göre ensefaltite de seyredebilen ömülüm olmayan bir klinik gider. Tanıda moleküler ve serolojik yöntemle- rin yerini ve önemini ortaya koyamak önemarınmıştır.

**YÖNTEM:** 2014 yılına kadar laboratuvarın Tatarcık hum- ması öntanısıyla Osmaniye, Malatya, Van, Mersin, An- kara, Yozgat ilerinden gönderilen ve serolojik testlerde ImmunglobulinM (IgM) negatif, IgG negatif ya da pozitif bulunan 118 hasta serumu için laboratuvar yapımı RT- PCR testi yapıldı.

**BULGULAR:** Sicilya alttipine yönelik hazırlanan primer- lerle çalışan RT-PCR testi sonucu 118 örnekten 57’si, eşik dışarı değeri (Ct değeri) 21 ile 36 arasında olmak üzere pozitif bulundu.

**SONUÇ:** Kırımı Kongo Kanamalı Ateşi Virusu (KKKAV) gibi Bunyaviridae ailesinde yer alan Sandfly fever viru- sunun neden olduğu viremi KKKAV gibi uzun süreli ve
P14-03
Kantitatif HBsAg viral replikasyonun izleniminde tanımlayıcı bir markar olabilir mi?

Tamer Şanlıdağ¹, Sinem Akçaļi³, Ayşe Arkan², Pınar Erbay Dündar²

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
³Yakındağ Üniversitesi Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada kantitatif HBsAg (kHBsAg) testinin HBV DNA ile korelasyonunun araştırılması ve HBV replikasyonu izlemede tanımlayıcı bir markar olarak kullanılacağını belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya Ocak 2011-Temmuz 2013 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı veya Kan Merkezine tarama testleri için gelen, HBSAg testleri pozitif sahionlu ve klinik olarak kronik hepatitis B tanısı alımı 110 hastada dahil edildi. Hastaların kHBsAg testleri ki- mülümenesin enzim immunoassay yöntemiyle (Liaison XL Murex, DiaSorin), HBV DNA kantitatısını Cobas Amplicor Sistemi (Roche Diagnostics) ile üretici firmanın önerileri doğrultusunda çalışıldı. Verilerin analizi için SPSS 15.0 programında tanımlayıcı istatistikler, Spearman ve Pearson korelasyon analizleri kullanıldı.

BULGULAR: HBSAg pozitif 110 hastanın (49 K, 61 E), yaş ortalamaları 43.4±16.8, kHBsAg ortalamaları 4778.8±8928.6, HBV DNA değerleri 0-100000000 IU/ml arasında değişikteydi. Doksan hastanın anti HBe’si, 19 hastanın ise HBeAg’i pozitif olarak sapta- nırken, 1 hastanın HBeAg ve anti HBe’i birlikte pozitif idi, kHBsAg ile HBV DNA arasında yapılan korelasyon analizine göre her iki test arasında pozitif yönde güçlü (r=0.702) ve istatistiksel olarak anlamli bir korelasyon bulundu (p=0.000). HBeAg pozitif grubun kHBsAg orta- laması 15534.26±16738.82 iken, antiHBe pozitif grubun kHBsAg ortalaması 2508.19±3187.93 olup, aralarında istatistiksel olarak anlamli bir fark saptandi (p=0.003). HBeAg pozitif grupta kHBAg ile HBV DNA arasında ortalı derecede (r=0.568) pozitif yönde istatistiksel aç- dan anlamli (p=0.002) bir korelasyon tespit edildirken, antihBe pozitif grupta kHBAg ile HBV DNA arası- da zayıf derecede (r=0.318) pozitif yönde istatistiksel açın anlamli (p=0.011) bir korelasyon tespit edildi.

SONUÇ: kHBsAg testinin HBV-DNA’nın yanında repli- kasyonu izlemenin yolda gösterci ek bir markar olabile-}

ceğini düşünülmektedir.

P14-04
Gram pozitif bakterilerle yönelik öğrenim hedeflerine ulaşma; birinci yıl asistanı gözlemi

A. Melik Kayıkçı, Günel Şengöz, Filiz Pehlivanoğlu, Hatice Erdoğan

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul


öyküsü olan bu hastalardan izole edilen bakteriler tür olarak oldukça çeşitlilik göstermiştildir.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etkenler</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>E. faecium</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>E. fecalis</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>S. agalactiae</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Gram negatif türler</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>Candida türleri</td>
<td>19</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tablo: Gram pozitif bakterilerin dağılımı**

P14-05
**Tonsilektomi yapılan hastalarda tonsil yüzeyinde ve tonsil merkezinde a grubu beta hemolitik streptokok câurasıması**

Filiz Pehlivan'olu 1, Gönül Şengöz 2, Alper Bayram 3, Murat Haluk Özkul 2

1Hasseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
2Hasseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğazı Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Akut tonsillitinden en sık çarpışan bakte- riyel etken olarak grup A beta hemolitik streptokok (GA- BHS) görülmemiştir ve mutlaka bu infeksiyonların antibiyotikle tedavi edilmesi gereklidir. Infeksiyonun esnasında alınan sürünüt kültürleri etken mikroorganizmaları tespit edebilmektedir ancak birçok çalışmada tonsilin merkezinden izole edilen mikroorganizmaların tonsil yüzeyinden izole edilenlerden farklı olabileceğine dairda bulunmuştur.

**YÖNTEM:** Kulak Burun Boğazı Kliniği tarafından tonsilekte- tmodi yapılan 54 hastadan alınan sürünüt ve tonsil kültürleri mikrobiyoloji laboratuvarında çalışmıştır. Tonsil üzerinde alınan sürünüt kültürleri stürt taşılıması besiyerler ile tonsil dokusu isı steril bir bir hemotkanlar tonsilin merkezinden alınan doku steril kap içinde laboratuvara ulaştılmıştır. Yüzey sürünütleri ve merkezden alınan örnekler %5 koyun kanlı agar ve çikolatamı agar içerisinde inoküle edilmiştir. Çikolatamı agar %10 karbonbıksıt inokübatör içerisinde, diğer agarlar ise 37°C’de 18-24 saat inkübe edilmiştir. İzole edilen bakteriler Gram boyası ile boyanmış ve konsanvyonel yöntemlerle idenfite edilmiştir.

**BULGULAR:** Örnek alınan 54 hastanın %52’si kadın, %48'i erkektr. Sürünüt kültürlerinin dördünde (%) GA- BHS üretilmiştir. Tonsil merkezinden alınan örneklerden 10 örnek ise (%)18 GABHS üretemi old. Iki örnek hem sürünüt kültüründe hem de tonsil merkezi dokusunda üreme old. Iki örnek ise tonsil merkezi dokusunda üreme olmazken sadece sürünüt kültüründe GABHS üretilmiştir.

**SONUÇ:** Tonsil merkezinden patojen mikroorganizmaların izole edilmiş olması tonsil yüzeyi kültüründe daha yüksek olasılıktır. Tonsillofarenjitlerin tedavisi sadece GABHS’nin etken olduğu infeksiyonlarda antibiyotik tedavisi verilmelidir. Tedavideki amaç, sùpüre olmayan komplikasyonların (ARA) önlenmesidir. Semptomların başlangıcından itibaren ilk dokuz gün içinde verilen antibiyotik tedavisi ARA gibi bir komplikasyonu önleyebileceğinden, bu süre içinde kültür ile ya da hizli antijen testleri ile tanı konmalıdır. Sürünü kültürü almak anlaml olmakla birlikte özellikle kronik tonsilitlerde etken tonsilin merkezinde yerleşmiş olabilir.

**P14-06**
**Salmonella spp.ın etken olduğu septik artritis**

Fatma Bozkurt Kaya, Yaserin Zeytin, Şeymanur Sağlam, Muhammed Yakin, Serdar Özer

Dr.Lütfi Kirdar Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Salmonella türleri doğada çok yaygın bulunanlar ve akut gastroenterit, bakteriyemi yada lokalize infeksiyon etkenleri olarak karşıma çıkarlar. Artrit ise ekstraintestinal *Salmonella* infeksiyonlarının sık görülmemeyi bir şekildeür.

**OLGÜ:** 6 yaşında kız çocuk hasta, ateş, sol dizde ağrı, şişlik, ısı artışı, hareket kısıtlığı ve yürüme güçlüğü şayetleri ile acil ortopedi servisine başvurdu. Fizik muayenede; Ateş: 37.8 °C, TA: 75/50mmHg, NDS:80/dak. Kan kültürleri olarak 54 hastanın %52'si kadın, %48'i erkektr. Sürünüt kültürlerinin dördünde (%) GA- BHS üretilmiştir. Tonsil merkezinden alınan örneklerden 10 örnek ise (%)18 GABHS üretemi old. Iki örnek hem sürünüt kültüründe hem de tonsil merkezi dokusunda üreme old. Iki örnek ise tonsil merkezi dokusunda üreme olmazken sadece sürünüt kültüründe GABHS üretilmiştir.

**Sonuç:** Tonsil merkezinden patojen mikroorganizmaların izole edilmiş olması tonsil yüzeyi kültüründe daha yüksek olasılıktır. Tonsillofarenjitlerin tedavisi sadece GABHS’nin etken olduğu infeksiyonlarda antibiyotik tedavisi verilmelidir. Tedavideki amaç, süpüre olmayan komplikasyonların (ARA) önlenmesidir. Semptomların başlangıcından itibaren ilk dokuz gün içinde verilen antibiyotik tedavisi ARA gibi bir komplikasyonu önleyebileceğinden, bu süre içinde kültür ile ya da hizli antijen testleri ile tanı konmalıdır. Sürünü kültürü almak anlaml olmakla birlikte özellikle kronik tonsilitlerde etken tonsilin merkezinde yerleşmiş olabilir.
düzelen, CRP'si negatifleşme hastanın antibioterapi 14 güne tamamlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: İmmün sistemi normal bireylerde lokalize salmonella infeksiyonları insidansı oldukça düşüktür. Malignite, diyabet, orak hücreli anemi gibi hücresel yada hümoral immunitete yetersizliklerin olasılığınetkenin geçici bir bakteriyemi esnasında ise zaman zaman yer yer petek döküntülerini ve kalçalarında “tache noire” (gül) görülebilir.

İlk olarak tanısında Akdeniz benekli ateş aklı gelmek, hastalığın ilk haftalarında anti-R. conori IFA testinin negatif sonuçlanabileceği akılda tutulmalıdır.

Resim 1: Karında makülopapüler döküntüler

Resim 2: Kalçada tache- noire

P14-07
Akdeniz benekli ateş: Bir olgu bildirisi

Vasif Aliyev, Asiya Yır, Seniha Başaran, Serap Şimşek Yavuz, Atahan Çağatay, Halit Özsüt, Haluk Eraksoy

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tip Fakültesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çapa-İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Türkiye’de varlığı bilinen Rickettsia conorii’nin etken olduğu Akdeniz benekli ateşine erken dönemde etyolojik tanı konulması güç olabilmektedir. Bu bildiride klinik olarak küçüklüktürdükten sonra teda-
visine başlanan ve kesin tanısı ancak yineleden serolojik incelemelerle konulan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: 66 yaşındaki kadın, bir hafta önce birden başla-
yan ateş, baş ağrısı, kas ağrılığı ve dört gün önce tüm vücudunda yaygın olarak ortaya çıkan döküntülerle baş-
vurdu. Tip 2 diabetes mellitus dışında ek hastalığı bulun-
mayan hastanın, 10 gün önce Karadeniz bölgesinin kır-
sal kesimine seyahat ettiği öğrenildi. Fizik muayenede, vücut sıcaklığı 38.5°C, nabız 100/dakika ve ritmikti; tüm vücutta yaygın makülopapüler döküntü ve kalçada 1 cm çapında çevresi eritemli ortası kabuklu ağırsız bir lezyon (“tache noire”) vardı. Döküntü sirt, bacak ve uyluk ön yu-
zünde yer yer petesiyal döküntüler halini almıştı. Laboratu-
var incelemelerinde, trombosit 96 000/μl, total bilirübin 2,2 mg/dl, direkt bilirübin 1,8 mg/dl, AST 144 Ü/l, ALT 81 Ü/l, LDH 475 Ü/l, ALP 277 Ü/l, GGT 284 Ü/l, kreatinin 1,2 mg/dl ve CRP 302 mg/l olarak saptandı. Yakinlarında bir köpek teması tanımlamayan hastada bu bulgularla Akdeniz benekli ateş düşünülenek oral doksisiklin 2x100 mg başlandı. Weil-Felix aglutinasyon testinde Proteus OX19 aglutinineri 1/50 titrede pozitif. Anti-R. conori IFA IgM 1/24 titrede pozitif, IgG ise negatif olarak saptandı. Tedavinin dördüncü günde ateş düşen hastanın antibiyotik tedavisi 14 gün tamamlamak üzere taburcu edildi. Taburcu edildikten sonra üç ay geçikmeye kontrolle gelen ve herhangi bir yakınlığı olmayan hastada anti-R. conori IFA IgM 1/192 titrede pozitif, IgG ise 1/320 titrede pozitif olarak saptandı ve R. conori infeksiyonu doğrulandı.

SONUÇ: Türkiye’de ateş ve döküntüyle seyreden hasta-

-294-
P15-01
Kök hücre nakli yapılan hastaların CMV DNA değerlerinin real time PCR testi ile takibi

Güler Delibaş1, Oral Öncü̇2
1Güler Delibaş, Emsey Hospital, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
2Oral Öncü̇, İstanbul Üniversitesi Çapa Tip fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul


YÖNTEM: Hastanemizde 2014 yılınde kök hücre naklı yapılan hastaların 14 tanesinde CMV DNA pozitifiği tespit edildi. CMV DNA pozitifiği tespit edilen hastaların 10 tanesi allogenik naklı yapılmış 4 tanesi ise otolog kök hücre nakli yapılmış hastalarıdır. CMV DNA pozitifiği saptanan hastaların 10 tanesi allogenik naklı yapılmış 62%, otolog naklı yapılanlarda %11 idi. CMV DNA pozitifiği en erken 4. gün en geç 53. günde tespit edildi, ortalamada pozitifiği saptadıkça 17.4 gündür. Hastalardımızın 7 tanesinde CMV DNA pozitifiği tespit edildiğinde herhangi bir semptom-bulgu yoktu bu hastalar CMV infeksiyonu olarak değerlendirildiler, 4 hasta tespit edilmiş yüksek ateş, 1 hasta ateş ek olarak bulanti-kusma-işhal, 2 hasta ateşe ek olarak öksürük balgam ve radyolojik bulgular mevcuttu. Hastaların tümü gansklovir 2x5 mg/kg dozda tedavi başlatti, taburcu edilen hastaların tedavisi valgansklovir 2x900 mg/tb olarak düzenlendi ve toplam tedavi süreleri üç hafifle tespit edildi. CMV DNA testi hastalarımızın 10 tanesinde sadece 4 tanesinde ikinciliktedir.

SONUÇ: CMV infeksiyonu kök hücre naklidenden sonra görülen en önemli komplikasyonlardan biridir. CMV hasar risk durumunun göz önünde bulundurulursa bir eğik değer belirlenememesine uygun olacagı görüşü hakimdir. Bu hastalarda erken tanı ve antiviral tedavisinin erken başlanması mortalitesi önemli oranda azaltmaktadır.

P15-02
HIV/AIDS olgularının hepatit A, B, C virüslerle karşılaşma oranları ve koinfeksiyonlara yakılaşıması

Aysel Kocagök Çelikbaş1, Gül Arslan1, Ezgi Gülen1, Şebnem Eren Gök1, Adalet Aypak1, Nurcan Baykam2, Mustafa Necati Eroğlu1, Başak Dokuozoğlu1
1Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
2Hitt Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çorum


BULGULAR: Olguların %74’ü erkek olup, yaş ortalaması 58 olarak belirlendi. HIV/AIDS tanısı sırasında CD4(+) T hücre sayısı minimum 3, maksimum 1051 olup güncel rehberler ve RIVT sonuçları olguların %76’sı ART adaydı. Olguların %91’inin hepatit A’yi geçirdiği (antiHAV IgG+) saptanmıştı. HbsAg, antiHBs, izole antiHBC IgG pozitifiği sira-sıyla %5, %41 ve %16, hepatit B virüsü ile karşılaşma oranı %62 olarak tespit edildi. Olguların %38’inin Hepatit B, %9’unun Hepatit A aşısı programına alınması gerekmektediydi. HBV koinfeksiyonunda olguların tümüne HIV tanısı konuldu, androjen virusa karşı tedavi uygulanmamaktaydı. Olguların %4’ünde antiHCV pozitif olup bunların 4/5 inde HCV RNA pozitifi. HCV RNA pozitif olanların ikisine ART başlandı. Olguların %4’ünde antiHCV pozitif olanların %2’inde ART başlandı. 2 olguda ise ART ile CD4 sayısı 200’den daha düşük idi.

tiretroviral ilaç toksisitesi ve ilaç etkileşiminin sık olması bu hastaların tedavisini zorlaştırır. HIV(+) olgulara he- patit göstergelerinin artırılması, HBV koninfeksiyonun- da tanıyın konmanı, HCV’de ise CD4 düzeylerine göre ART ve HCV tedavilerinin planlanmasını gerekmedetir. Sero negatif olgular hepatit B ve A’ya karşı aşılanmalıdır.

**P15-03**

**Donör akiğerlerin kültür değerlendirmesi**

Sibel Doğan Kaya1, Şirin Menekşe Yılmaz1, Mehmet Emrhan İşik1, Bülent Kaya2, Ece Altınay1, Merih Kalamancıoğlu1, Asım Kılınç1, Arzu Ateşoğlu1, Deniz Tasdelen1

1Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2Kartal Dr. Lütfü Kirdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi


**SÖNÜC:** İngiltere ve Amerika’da yapılan akiğer transplantasyon sayısında, üç kat daha fazla akiğer nakli bekleken hasta vardır. Ulkemizde çok daha azda orga- n bağı olarak akciğer nakli bekleken hastaların oranı oldukça düşüktü. Ne var ki, genel olarak organ bekleken hasta olmakla birlikte donör seçiminde de fazla alternatif bulunmakta. Transplantasyon sonrası organlı pro mononüler ve bakteriyemilerde etken donör bronşial aspiratinin veya üreyen mikroorganizmaya olan bu tür risklerin de görülmeleri beklenmektedir.

**P15-04**

**Hematoloji kliniğinde yatan olgulara hepatit prevalansı:** Güncel bilgilerdeki profilaksi ve tedavi değerlendirmesi

Hacer Berna Afaçan Öztürk1, Ezgi Gültün2, Ayşel Kocagül Çelikbaş2, Funda Ceran2, Simten Dağdaş1, Gülsüm Özet1

1Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Ankara 2Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara


**BULGULAR:** Retrospektif tarkanın olgularından toplamda 58 olgu (%13) çalışma grubunu oluşturmaktadır. 41 olgunun (%70) hepatit B profilaksisialdiği saptıldı. Bu olguların 311 (%75) lamivudin, 8’i (%19) tenofovir, 2’sinin (%4) en- tekavir profilaksisialdiği belirlendi. Lamivudun diğer anti- rillerin son 7-8 ay içinde başlandığı saplandı. Olguların ve serolojik markerlerin dağılımları tablo 1 te gösterilmiştir. Vaka sayılarının az olması nedeniyle tabloda yer al- mayan 13 olgunun dağılım ise kronik miyeloproliferatif hastalık (2), miyelodisplastik sendrom (2), otoimmün...
hemolitik anemi (2), diffüz büyük B hücreli lenfoma (2), Waldenstrom makroglobulinemisi (1), aplastik anemi (1), anemi+esansiyel trombositopeni (1) şeklindeydi. Bu olguların %38’inde hepat B profilaksi alındığı görüldü.

SONUÇ: Kemoterapi Hepat B reaktivasyonu açısından önemli bir risk faktörüdür. Özellikle monoklonal antikorlar üzerinden etkili ajanlar ile antiHBs pozitif olası da hepat B alevlenmesi gözenebilebilir. Özellikle ağır immün-supresyon uygulanan KİT ve monoklonal antikor protokollerinde de durumda hepat B profilaksi tasarlanmalı, diğer olgularda ise occult hepat B göz önünde bulundurularak HBV DNA düzeyinın araştırılması ve profilaksi açısından değerlendirilme uygun olacaktır.

### Tablo: Olgular, serolojik markerlar ve tedavi protokollerinin dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tani</th>
<th>Tani sayısı</th>
<th>KIT uygulanan olgu sayısı</th>
<th>HBs- (+) olgu sayısı</th>
<th>Anti- HBs (+) olgu sayısı</th>
<th>Anti- HBe (+) olgu sayısı</th>
<th>HBeAg (+) olgu sayısı</th>
<th>Tedavi protokolü</th>
<th>Profillak ve olan olgu sayısı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Multiple myeloma</td>
<td>12</td>
<td>5 olug</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>VAD VOD</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>AML</td>
<td>8</td>
<td>2 olug</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>Fludarabin</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>KLL</td>
<td>7</td>
<td>2 olug</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>Rituximab</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Nonho- Hodgkin lenfoma</td>
<td>6</td>
<td>1 olug</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>Rituximab Leucorean CHOP-R</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>ALL</td>
<td>4</td>
<td>1 olug</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>Hyper CVAD</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>ITP</td>
<td>3</td>
<td>1 olug</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>Rituximab</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Hodgkin lenfoma</td>
<td>2</td>
<td>1 olug</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>ABVD(ICE) ABVD EPOCH</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>KML</td>
<td>1</td>
<td>1 olug</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>Dextazan</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>KML+AML</td>
<td>1</td>
<td>1 olug</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>Antrásiklin Sitarabin</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada allogenik ve otolog HKHN yapılan hastalarda gelişen ilk bakteriyel infeksiyon ataklarının, kültür örneklerinde üretilen bakterilerin ve bunlara direnç protokollerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.**


**BULGULAR:** Infeksiyon ataklarının %52.4’sinde Gram-negatif, %44.8’inde Gram-poizitif, %1.0’inde ise polimikrobik etkenler sağıldı (Tablo). Infeksiyonun neden olduğu ilk febril atak hastaların %85 (82/96)’ında nakil işlemi erken dönemde sağıldı (p<0.001). Kültür pozitifiği sağıldığında hastaların %73.3’ü nötropenin ilk 7 gün içindeydi (p<0.001). Geç dönemde sağılan infeksiyonlarda allogenik HKHN hastalarının oranı anlamlı olarak fazlaydı (p<0.001). Otolog HKHN hastalarında erken dönemde daha fazla infeksiyon tablosu gelişti (otolog hastaları 58/61; allogenik hastalarda 24/35) (p<0.001). Gram-poizitif bakteri izolasyonu oranı otolog grupta (31/43; 72.1%) daha sıktı (p=0.042). Bu durum yoğun hazırlık kemoterapi uygulanan otolog grubunda antimikrobik profilaksinin verilmemesiyle ve kate ter ve mukoza hasarın varlığına bağlı olarak. Kan doloşu infeksiyonlarının çoğu nakil işlemi erken dönemde (%84.6) sağıldı (p=0.006). Allogenik HKHN hastalarından izole edilen bakterilerle siprofloksasin ve kotrimoksazol direnci otolog grubukardesleri anlamlı olarak yüksek değer (p<0.001). Gram-negatif izolatlardaki kotrimoksazol direnci, Gram-poizitifdenekin anlamlı olarak yüksek (p=0.006). Allogenik HKHN yapılanlardan ESBL şekliliği otolog grubukardesleri (%36.4; %13.3) çok daha yüksek (p=0.051). Allogenik grubukardaki stafilocokların tümünde metiseline direnç sağıldı (p<0.014).

**SONUÇ:** Direnci bakteri infeksiyonları profilaksi ve tedavi uygulamalarını güçlendirmektedir. Etken bakterilerin eşleyimleri dikkatle izlenmeli, profilaksi ve tedavi protokoller buna göre planlanmalıdır.

---

**P15-05 Hematopoetik kök hücre nakli (HKHN) yapılan hastalardaki infeksiyonlardan sorumlu bakterilerin değerlendirilmesi**

Lokman Hızmalı¹, Seniha Başaran¹, Serap Şimşek Yavuz¹, Atahan Çağatay¹, Halit Özgür¹, Sevgi Kalayoğlu Beşişik², Haluk Eraksoy³

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dali, Çapa-Istanbul
²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tip Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dali, Hæmatoloji Bilim Dali, Çapa-Istanbul
Tablo: İnfeksiyon Bölgeleri ve Üretilen Bakterilerin Nakil Dönemine ve Hasta Gruplarına Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kan Dolaşımı</th>
<th>Erken Dönem Otolog (N=58)</th>
<th>Erken Dönem Allogeneik (n=24)</th>
<th>Geç Dönem Otolog (N=3)</th>
<th>Geç Dönem Allogeneik (n=11)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>E. coli (n=10)</td>
<td>21</td>
<td>12</td>
<td>-</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>K. pneumoniae (n=10)</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter spp (n=3)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>KNS (n=12)</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>S. aureus (n=3)</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Non-hemolitik streptokoklar (n=1)</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Pnömoni (N=7)</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>K. pneumoniae (n=3)</td>
<td>3</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterokoklar (n=2)</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>KNS (n=1)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Acinetobacter sp (n=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Üriner Sistem infeksiyonu (N=28)</td>
<td>14</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>E. coli (n=13)</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>K. pneumoniae (n=5)</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterokoklar (n=7)</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomonas aeruginosa (n=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Flavobacterium indolgenes (n=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Polimikrobik üreme (n=1)</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Kateterle ilişkili infeksiyon (N=19)</td>
<td>15</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>KNS (n=13)</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>S. aureus (n=3)</td>
<td>3</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter spp (n=2)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>K. pneumoniae (n=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Yara infeksiyonu (N=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>S. aureus (n=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Apse (N=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomonas aeruginosa (n=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Ötitis Externa (N=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter sp (n=1)</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

KNS: Koagulaz-negatif stafilocoklar


**YÖNTEM:** Hastaların takip dosyaları retrospektif olarak incelemiştir. Yaş, cinsiyet, ilk tanı, birlikte bulunan hastalık, hastaların sonlanımları ve etkenin duyulduğu araştırılmıştır.

**BÜLGULAR:** Hastaların klinik semptomlar ve laboratuvar bulguları kriptokok pozitif hastalarda indirekt olarak tanımlanmıştır. Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları ve genel durumları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**SONUÇ:** Kriptokok infeksiyonları, asemptomatik solumum yolu kolonizasyonunun, dissemine infeksiyonu kadar değişebilen klinik tabloları ortaya çıkabilir. HIV ile enfekte hastalarla görülen sıkılığı daha fazla olan kriptokok infeksiyonları, immün yetmezlik olmayan hastalarda da görülebilmektedir. Asemptomatik veya diğer nörolojik semptomlarla karakterizedir. CD4 hücre sayısı çok düşük olan ve kan kültüründe C.neoformans dissemine infeksiyonu izole edilen dört nolu hasta kaybedilmişdir.

Tablo: Hastaların özellikleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>OLGU</th>
<th>CINS</th>
<th>YAŞ</th>
<th>MR</th>
<th>Baş ağrısı</th>
<th>Balan-Ph.</th>
<th>Zayflama</th>
<th>Ateş</th>
<th>Ensa sevgisi</th>
<th>Etyolojik tanı</th>
<th>CD4 hücre sayısı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Erkek</td>
<td>41</td>
<td>-</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>-</td>
<td>+</td>
<td>BOS / C. laurent</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Erkek</td>
<td>29</td>
<td>-</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>-</td>
<td>+</td>
<td>BOS / C. neoformans</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Erkek</td>
<td>26</td>
<td>Kité</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>-</td>
<td>+</td>
<td>BOS / C. neoformans</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Erkek</td>
<td>46</td>
<td>Kité</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>-</td>
<td>+</td>
<td>BOS / C. neoformans</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P15-06

Bir yıllık sürede HIV/AIDS ile yaşayışan dört hastada izlenen kriptokok infeksiyonları

Filiz Pehlivanoğlu¹, Gönül Şengöz¹, Ahmet Şengöz²

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
²Özel İstanbul Safa Hastanesi, Nöroşirüj Kliniği, İstanbul
**Tablo 1:** İzole edilen etken mikroorganizmaların dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etkener</th>
<th>Sayı</th>
<th>(%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gram pozitif bakterler</td>
<td>40</td>
<td>57,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Metisilin dirençli koagülaz negatif stafilocok</td>
<td>24</td>
<td>34,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Metisilin dirençli Staphylococcus aureus</td>
<td>7</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Metisilin duyarlı Staphylococcus aureus</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Vankomisin duyarlı Enterococcus</td>
<td>4</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Vankomisin dirençli Enterococcus</td>
<td>4</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Gram negatif bakterler</td>
<td>28</td>
<td>40,1</td>
</tr>
<tr>
<td>E.coli</td>
<td>16</td>
<td>22,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Klebsiella spp.</td>
<td>7</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Citrobacter spp.</td>
<td>2</td>
<td>2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter spp.</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomonas spp.</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Aeromonas spp.</td>
<td>1</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Candida albicans</td>
<td>2</td>
<td>2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>70</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tablo 2:** Atta yatan hastalıkların dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primar hastalık</th>
<th>Sayı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AML</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>ALL</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>MM</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>HODGKİN LENFOMA</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>NHL</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>KLL</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>KML</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>TALASEMI MAJOR</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>MDS</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>154</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Hematoloji kliniğinde yatan hastaların mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış infeksiyon etkenlerinin değerlendirilmesi**

Güler Delibalta¹, Ayşen Timurağaoğlu², Oral Öncü³

¹Emsey Hospital, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
²Emsey Hospital, Hematoloji Kliniği, İstanbul
³İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Bu çalışmada Hematoloji Kliniğinde yatan takip edilen 154 hastada gelişen mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış infeksiyon etkenleri mikroorganizmalar içinde değerlendirilmiştir.


**BULGULAR:** 154 hastada gelişen infeksiyon atakları toplam 70 etken izole edildi. Yatan hastaların yaş ortalaması 52 idi ve hastaların %57,7’si erkekti. En sık primer hastalık Non Hodgkin Lenfoma idi (%31,1). En sık görülen mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış infeksiyon atakları; %58 bakteriyemi, %25,7 uriner sistem infeksiyonu, %12,8 pnömoni ve %2,8 cilt-yumuşak doku infeksiyonları idi. Gram pozitif bakteriler %57,1 oranında en sık izole edilen mikroorganizma idi ve bakteriyemi ataklarında %70,7 oranında infeksiyon etkeni olarak kabul edilmişti, hastaların tümünde risk faktörü olarak santral venöz kateter kullanımı vardı. Gram pozitif mikroorganizmaların %80’i stafilocok idi ve %96’sı metisilin dirençli idi. İzole edilen 8 enterokok suçuğunun 4 tanesi vankomisin dirençli idi, vankomisin direnci Kirby-Bauer disk difüzyon yöntemi ile doğrulandı. Gram negatif mikroorganizmaların %40,1 oranında izole edildi, en sık gram pozitif mikroorganizmaların %22,8 oranında E.coli idi ve bunların %68’i genişletilmiş spektrumu β-laktamaz reaksiyonu mevcuttu. İzole edilen gram negatif mikroorganizmalar arasında yalanca kolistin duyarlı 5 izolar vardı, bunların üç tanesi K pneumoniae, bir tanesi E.coli, bir tanesi P aeruginosa idi.

**SONUÇ:** Çalışmamızın sonunda hastanemizde gram pozitif kokların etken olduğunu bakteriyemi en sık mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış infeksiyon olduğu görüldü. Her merkezin kendi mikroorganizma floraşını ve antimikrobiyal direnç oranlarını bilmemesi hastalara uygun empirik tedavi帛lansması açısından önemlidir.

**Tablo 2:** Atta yatan hastalıkların dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primar hastalık</th>
<th>Sayı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AML</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>ALL</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>MM</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>HODGKİN LENFOMA</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>NHL</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>KLL</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>KML</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>TALASEMI MAJOR</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>MDS</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>154</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**P15-08**

**HIV/AIDS’i 308 olgunun eşlik eden hastalık açısından retrospektif analizi**

Saadet Yazıcı, Fatma Sargın, Ayşe Canan Üçışık, Özlem Aydın, Haluk Vahaboğlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** HIV/AIDS olgularının eşlik eden hastalıklar açısından incelenmesi önemlidir.

**YÖNTEMLER:** Klinikümüzde 1994-2014 yılları arasında takip edilen 308 HIV/AIDS olgusu retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Ortalama yaş 42 yıl (n=308) olan olguların 267 si erkek (%86,7) idi. Medeni durumları yönünde olgular ikişerlendiğinde 147 olgu (%47.7) bekar, 25 olgu (%8,1) dülbosanmış, 42
olgu (%13.6) evli idi. Tanı çoğunlukla (%60.1; n=185) tarama testleri ile konmuş olup klinik şıhayet ile başvuran olgu sayısı 109’dur (%35.4). Hastalarımızın 287’si (%93.2) nafl, 18’i (%5.8) bize müracaatları öncesi tedavi almışları. Olguların öz geçmişleri ile ilgili verilerde 43 olguda (%14) geçirilmiş ameliyat ve 5 olguda (%1.6) kan ve kan ürünleri transfüzyon öyküsü vardı. Homoseksüel temas öyküsü 78 (%25.3) olguda olup, 70 (%22.7) olguda herhangi bir bulaş yolu tanınlamamıştır. En sık görülen fırsatçı infeksyon tüberkülozdur (%3.5; n=11). Bu olguların 10’u (%3.2) pulmoner tüberküloz olup ağıçer dişi tüberküloz sadece 1 olguda(%0.3) görülmuştur. Hastalarımızda, literatürde sık olarak rastlanan, lenfoma tespit edilememiştir. Toplam dokuz olguda (% 2.9) görülen karaciğer sarkomu, AIDS ile ilişkili tek malign hastalıdır. Diğer eşlik eden hastalıklar 6’şı oral, birisi sistemik olmak üzere 7 (%2.27) kandidayiz, 9 PCP (%2.9), 2 toksoplazmoz (%0.6), 5 genital HPV (%1.6), 6 herpes zoster infeksiyonu (%1.9) olarak tespit edilmiştir. Toksoplazmoz olgularının biri serebral tutulum göstermiş ve idi.


P15-09 Metilprednizolon ile tedavi altındaki idyopatik trombositojenik purpurali bir hastada fırsatçı infeksiyon olarak ağıçer nokardiyozu

Emine Türkoğlu¹, Muzaffer Sarıyıldız², Çınar Balçık², Recep Keşli³, Neşet Demirtürk¹

¹Kocatepe Üniversitesi Tip Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD. Amonyakarısah
²Kocatepe Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD. Amonyakarısah
³Kocatepe Üniversitesi Radyoloji AD. Amonyakarısah
⁴Kocatepe Üniversitesi Tibbi Mikrobiyoloji AD. Amonyakarısah


SONUCU: Pulmoner nokardiyoz uzun sürelı steroid kullanımı olan immün düşük hastalarda pulmoner TBC’yi taklit eden bir klinik ve radyografik prezentasyona karşıma çıkılmaktadır. Ayrıca tanida mutlaka akla gelmelidir.

Resim 1a-Resim 1b

Resim 2
P15-10
Ototol kök hücre nakli sonrası gelişen dissemine herpes zoster olgusu

Güler Delibalta1, Oral Öncül2

1Güler Delibalta, Emsey Hospital, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
2Oral Öncül, İstanbul Üniversitesi ÇAPA Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul


OLGÜ: Olgumuz Multiple Myeloma nedeniyle otolog kök hücre nakli yapılan 48 yaşında erkek hastadır. Kök hücre nakli sonrası yedinci ayda sağ gluteal bölgesinde ağrı ve vücutta yaygın dokunlu şişayet ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde; sağ gluteal bölgesinde eritemli zeminde grube veziküller, saçı deri ve oral mukoza dahil olmak üzere vücutta yaygın bilateral asimetrik erozive veziküller mevcuttu, hastaya Herpes Zoster tanısı klinik olarak konulmuştur. Sorgulandığında nakli sonrası one-
rar kültürleri alındıktan sonra empirik olarak meronem 3x2 gr iv ve amikasin 1x1 gr iv kombinasyon tedavisi başlandı. 3.ünde eş zamanlı alınan 2 kan kültüründe P. aeruginosa üredi, meropenem, imipenem, siprofloksasin, amikasin ve kolistine duyarlı bulundu. İdrar kültüründe üreme olmadı. Antibiyoterapinin 3.ünde ateş düştü. Genel durumu düzelen hastanın takiplerinde ateş olmadi. KT’nin 17.ünde nötropeniden çıkan hastanın antibiyoterapisi kesildi. CRP: normal, PCT: 0.09 ng/ml idi. Takiplerinde koldaki lezyon sebat eden hastada olası bir fungal infeksiyon ektima edilecek üzerine lezyon eksiz edilerek patolojik ve mikrobiyolojik inceleme yapıldı. Biyopsi materiyalinin patolojik incelemesinin ektima gangrenosum ile uyumlu olduğu ve fungal infeksiyon bulgusuna rastlanmadığı raporlandı. Non spesifik ve fungal kültürlerinde üreme olmadı.

SONUÇ: Bu olgu hematolojik maligniteli hastalarda dik-katlı fizik muayenenin önemi ve ünitelerin kendi antibiyotik duyarlıklarını hakim olmalarının önemini vurguluyoruz.

P15-12

Delftia acidovorans: Nadir görülen bir pnömöni etkeni

Hüseyin Bilgin1, Abdurrahman Sarmiş2, Elif Tigen1, Güner Söyletir2, Lütfiye Mülayımoğlu1

1Marmara Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji BD, İstanbul
2Marmara Üniversitesi, Mikrobiyoloji ABD, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Delftia acidovorans, aerobik, non-fermentatif ve gram negatif bir basildir. Genellikle çevrede bulunur ve patojen olmayan bir mikroorganizmadır. Delftia acidovorans’ a bağlı infeksiyonlar nadirdir ve siklikla hastanede yatan veya immünkompromize hastalarda görülür. Aminoglikozitlere sıklıkla dirençlidir.


P15-14
HIV infeksiyonu olan bir olguda oral tüylü lökoplaki

Semanur Kuzi, Gülner Kul, Gönül Çiçek Şentürk, İrfan Şencan

Dişkapi Yıldırım Beypazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Oral tüylü lökoplaki (OTL) ağız mukozasında olup HIV infeksiyonunun erken bulgularından biri olarak kabul edilmektedir. OTL saptanan hastalarda %48 ile %83 oranında AIDS geliştiği bildirilmiştir. OTL ilk kez homoseksüel erkeklerde bildirilmiş olup erken Ebstein Bar virüsü (EBV) dir. OTL benign hiperplastik bir lezyondur ve siklikla dilin lateral yüzeyinde yerlesir. Lezyonlar dilin tüm dorsal yüzeyini kaplayabilir, bukal mukoza ve damaga da yayılabilir.


Resim: Dilde tüylü lökoplaki

P15-15
Antiretroviral tedavi uyumuzluğu nedeniyle fırsatçı infeksiyonlarla seyreden bir olgu

Ceren Atasoy, Dilek Yıldız Sevgi, Ahmet Sanlı Konuklar, Duygu Demirbaş, Alper Gündüz, Nuray Uzun, İlyas Dökme taş

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul


SONUÇ: Tedavi uyumsuz ve takipsiz hastalarda fırsatçı infeksiyonlar görülebilmektedir. Bu olgumuz ile tedavi uyumunun artırmaması ve eşlik eden diğer fırsatçı infeksiyonlar açısından yakın takip gerektiği vurgulanmıştır.

P15-16
On yıllık karaciğer nakilli hastada kısa süreli steroid kullanımı sonrası ortaya çıkan zona zoster

Berivan Tunca¹, Mustafa Kemal Çelen²

¹Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kızıltepe Devlet Hastanesi, Mardin
²Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır

OLGÜ: 57 yaşında erkek hasta. 2002 yılında genel tettiklerin sırasında HBsAg pozitif saplanan hastanın ileri incelemelerinde sizo varlığı tespit edilmiştir. Anne, baba ve kardeşleri ile çocuklarından hepatit B tespit edilmemiştedir. Hastanın öncesi tettiklerinde Asit +, karaciğerde kitle yok, splenomegali ve özefagus varisleri mevcut olarak bulunarak sempomatik tedavi verilmisti. 2004’te varis kanaması olan hastaya Ege Üniversitesi Tip Fakültesi Organ Nakli biriminde karaciğer nakli gerçekleştirilmiştir, 20 gün yatışa sonrasi taburcu edilmiştir. 2006’da hipertansiyon, 2008’de tip 2 diyetik antiviral tedavi olarak 2004’te lamivudin, 06.11.2012’de tenbivudin, 05.09.2013’te entekavir tedavileri düzenlenmiştir. Hastanın düzenli kullanıldığı ilaçlar; metoprolol tartarat 50mg 1’i, pioglitazon 30mg 1’i, glimepirid 2mg 1’i, pantoprazol 40mg 1’i, entekavir 0,5mg 1’i, everolimus 0,75 mg 2’i, everolimus 0,25mg 2’i’dir. Bilinen minimal kreatin yükseklüğü (1,4-1,6) mevcut. 01.09.2014’te hastanın el, ayak ve göğüsünde yaralar ortaya çıkıyor. Bu tarıhten 25.11.2014 tarihine kadar 3 farklı clidiye hekim tarafından uyuş tedavisine kadar giden çok çeşitli tedaviler uygulanyor, alerji gelişiyor, üniversitelerde yatırılan steroid tedavisi alıyor (Figür 1). Hastanın 25.11.2014 tarihinde sol kolu boyunca C8-T1 dermatomlarına uyan bóğelerde zona zoster döküntüleri ortaya çıkarıyor (Figür 2). Hastanın ilk bulguları zamanında WBC:14000/uL, CRP:14 mg/dl dışında laboratuvar testlerinde bozulma görülmüyor.

P15-17
Akciğer nakli yapılan bir hastada *Mycobacterium abscessus* olgusu

Sibel Doğan Kaya1, Mehmet Emirhan İşik1, Şirin Menekşe Yılmaz1, Bülent Kaya2, Merih Kalamancıoğlu1, Ece Altıny1, Erdal Taşçı1, Ali Yeginsu4, Asım Kutlu1

1Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2Kartal Dr Lutfu Kirdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ-AMAÇ:** Tüberkülöz dişi mikobakterilerle bağlı akciğer hastalığının en temel kaynağı çevre olup özellikle belediye su kaynağındaki oluşan mikrofilm tabakası immunsuprese hastalarda risk faktörü olmaktadır.

**OLGU:** Onyedi yaşında erkek hastanın şikayetleri solunum sıktıntısı, işahılsızlık, halsizlik, bağırsı olup özgeçmişinde bebeklikten ilibaren bronşïotits obliterans hastalığı olup son 2 yılda 24 saat oksijen aralıksız bipap cihazı kullanmaktadır. 30.06.2012 tarihinde bilateral akciğer nakli oldu ve transplantasyon sonrası 25. günde hasta externe edildi. Defa hospitalize oldu. Transplantasyon sonrasında Cellcept, Simulect, Prednolon, Bactrim, Prograf, Combivert nebul, Flukotide nebul ilaclarını kullanmaktadır. Fizik muayenesinde: Ateş: 36.5 °C, TA: 105/85 mmHg, Nabiz: 96/dk Solunum Sayısı: 25/dk Bilinç açık, koopere, ense sertliği yok Kalp dinlemekle rıtmik, ek ses ve üfürüm yok Akciğerler solunuma eşiş katlıyor, ral (+), ronkus (+) Oda havası: SpO2: %88 Batı rahat, organ nomination yok KVAH (÷-) PTÖ (−) WBC: 14.900 /ml Neu: %59.6 Eos: %10.6 Hgb: 12.6 g/dl Htc: %35.7 Plt: 397 x10⁹ /ml CRP: 9.6 mg/dl (0-0.8 AKŞ: 75 mg/dl Üre: 31 mg/dl Kreatinin: 0.53 mg/dl AL: 9 U/LDDH: 248 U/L CK: 30 U/L Albumin: 3.3 g/dl Total Bil: 0.3 mg/dl Tacrolimus: 7.2 ng/ml (Referans aralığı 2-20) GT: 10 U/L yapranko alveoler lavaj (BAL) kültüründe Gram boyama: Yoğun PNL hakimiyetinde, bol gram negatif balt grav nemli Pseudomonas aeruginosa uredi. VITEK -2 ile bakılmıştır. Tedavinin 18. gününe hasta ateşışı ve kültürlerinde üremeye odadı. Rejeksiyon düşünürlerle patoloji sonuçu beklenmektediy. HRCT raporunda; Her iki mediastende prevasküler alanda bazıları kalsifiye, mulpiple, en büyük 12.5 mm çaplı LAP Parankım kestirinlerinde tüberüler bronşektazi görünümü Sağ AC'de daha belirgin her iki lobda yasaması konsoldasyon alanları, hava bronkogramları Perbronşial alanlarda yer yer buzu cam Sol akciğer üst lob posterior segment süperiorunda yer yer tree-inbat görünümlerinin eşlik ettiği yasaması konsoldasyon alanları izlenmiştir. Kanda galaktomannan anti-jeni negatif, CMV PCR negatif olup Çapa tp fakültesine BAL örneği gönderildi. ARB++ ealları bildirildi (hastanın daha önceki yatışlarında bakılan ar bari ve tbc pcr negatif) *Mycobacterium abscessus* üremesi bildirildi. Tedavide klortrimisin 1000 mg/gün + amikasin IV 1000 mg/gün, imipenem 4 g/gün başlandı. Üçüncü ayda hasta kardiyopulmoner yetmezlik nedeniye exitus oldu.

Resim 2 : BT GÖRÜNTÜ

P15-18
Steroid tedavisi alan hastada dissemine nokardiyoz: Olgu sunumu

Yusuf Ziya Demiroğlu1, Ebru Kurşun1, Hikmet Ede Alişkan2, Müge Karataş3, Özlem Akkan4, Bülent Uyar5, Tuba Turunç6

1Başkent Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana
2Başkent Üniversitesi, Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana
3Başkent Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana
4Başkent Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Adana
5Başkent Üniversitesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Adana

**GİRİŞ-AMAÇ:** Nokardiyoz, özellikle bağırsı kılkanın taşınması hastalarda nadir görülen, hayati tehdit eden fırsatçı bir infeksiyondur. Olguların 2/3’ü lokalize infeksiyon, 1/3’ü dissemine infeksiyon olarak görülür. Bu yazida immunsupresif tedavi alan genç bir hastada dissemine infeksiyon sunulmuştur.

**OLGU:** Inaktif hepatit B infeksiyonu olan, fokal glomerüloskleroz tansısı ile kortikosteroid tedavisi alan 28 yaşında erkek hasta son 1 ay içinde gelişen bel ağrısı, yürüme güçlüüğü ve ateş şikayetleri ile kliniğimine başvurdu. Öykü-sünden yaklaşık 6 aydır steroid tedavisi alındığı, 4 ay önce öksürük ve balgam şikayetinin olması nedeniyle yapılan incelemelerde akciğerde kavit ve nodüler lezyonlar tespit edildi. Wegen granulomatoz ve tüberkülöz yönünden tetik edilmiş olduğu, immunsupresif tedavi almasına karşın hepatit B’ye yönelik antiviral tedavi verilmediği ögrenildi. Yapılan incelemelerde hastada lomber bölgede, servikal bölgede spondilodiskit, beyin absesi,
akciğerde nodüler kavitasyonlar ve bilateral korioretinit noksaptandı. Hastanın kan kültüründe Nocardia spp. izole edildi. Hastaya 30 gün süreyle parenteral olarak meropenem 3x2 g IV ve trimetoprim-sulfametoksazol (80/400) 3x4 ampul IV, ardından 1 yıl süreyle oral trimetoprim-sulfametoksazol (160/800) 3x2 tablet verildi. Kronik hemopti B infeksiyonu içinde tenevovir 1x245 mg verildi. Tedavi sonunda servikal ve lomber spondilodiskit bulguları, beyin absesi ve akciğer lezyonları tamamen düzelsmesine karşın korioretinit bulguları düzeldi. HBV-DNA’si negatifitledi.

SONUÇ: Tüberküloz ile karnışılık bulgulara da yol açabilen nokardiyoz özellikle immunsupresif tedavi alan hastalarda ayrıntı tanıda düşünülmelidir.

P15-19 İntravenöz madre bağımlılığı ve MSSA bakteriyemi olgusu

Tuba Ilgär1, Esra Kaya Kılıç1, Selman Ünverdi2, Cemal Bulut1, Çığdem Ataman Hatipoğlu1

1 Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
2 Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği


SONUÇ: Intravenöz madre bağımlılığı olan hastaların infeksiyonlar daha açık hale gelmektedir. Olgunsuzda olduğu gibi ampirik antibiyoteri başlanırken bu hastalardaki infeksiyonlardan sıkılık statiklokokların sorumlu olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

P15-20 Kalp nakli sonrası geç dönemde rejeksiyon ve astım gelişimi ile sonuçlanan Rhinovirus infeksiyonu: Olgu sunumu

Emel Azak1, Aynur Karadenizi2, İknur Başyığıt1, Murat Bülent Rabu2

1 Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfectiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
2 Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Rhinovirus'lar başlangıç üst solunum yolu infeksiyonlarının en sık etkeni olmakla birlikte son yıllarda, özellikle çocuklarda bronşiolit, tekarlatan wheezing, astım alevlenmesi, immunsupresif hastalarda kronik obstruktif akciğer hastalığı ve fatal pnömoni gibi ciddi seyirli hastalıklara iliskili gösterilmiştir. Literatürdeki veriler çocuklarda, hematoonpoetik kık hücre ve akciğer nakli olan hastalar genelinde Rhinovirus'a bağlı suit algınlığı sonucu astım ve kardiyak rejeksiyon gelişen bir olsun olduğunu belirtmektedir.

Olgusu: 39 yaşında bayan hasta; burun ve geniz akıntısi, halsizlik, yorgunluk, çarpıntı ve efortla gelisen nefes darlığı şikayetlerileyle başvurdu. Öyküsünde; burun ve geniz akıntısını şikayetlerinin bir aydır devam ettiği ve son iki gündür halsizlik, yorgunluk, çarpıntı ve efortla nefes darlığının geliştiği öğrenildi. Esansiyel trombositozu olup 2008 yılında kalp nakli olan hasta immünsupresif (siklofosamid, mikofenolat mofetil, hidroksüri) tedavi kullan-

P15-21 Cryptococcus neoformans fungemisi saptanan ve kaybedilen HIV/AIDS hastası

Gönül Şengöz, A. Melik Kayıkçı, Büşra Dutağaç, Sinem Akkaya, Filiz Pehlivanoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ve Kliniği, İstanbul


OLGU: 46 yaşındaki erkek hasta, ateş, bilinc bulanıklığı ve baş ağrısı yaıklarını ile ilimizdeki Üniversite Hasta- 

erlerinden birinın acilinde başvurduğu HIV pozitif olra- 

kaptanmıştır. Kranial MR görüntülemede sağda serbel- 

luma ve oksipital lobda, solda talamanın ponsa uzanan ve çevresel kontrastlambra gösteren üç adet lezyon, to- 

raks BT’de yaş aşıklıkların orta ve orta lobda kaviter lezyonlar, bilateral orta ve alt zonlarda infiltrasyonlar tespit edildi. Üç aydır kilo kaybı olan hastada WBC: 6000/mm³, PLT: 159 000/mm³ olarak bulunmuş. Hasta 12 saat içinde 6 kez konvülsiyon geçirmiş. Hasta sebeber- 

ral toksoplazmoz ve CMV infeksiyonu düşünülen bir metotrim sulfometoksazol, klindamisin ve gansik- 

lovir ile anti epileptik tedavi başlanılmış. Hastanınバイサイト nedenle 112 ile klinikimize gönderilmiştir. 

Klinikimi dezeninle hastanın kafa içi yer kapla- 

yan lezyonları olduğu ve genel durumu iyi olması için pnoksiyon lomber yapılamadı. Alınan iki kan kü- 

türunde de C. neoformans tespit edildi. Amfoterisin B MI- 

ği 0,25 mikrogram/ml, Flukonazol Mİ Kİ degeri 2 mikrogram/ml olarak saptandı. Genel durumu giderek kötüleşen hasta hastağın üçüncü cününe kadar bedeldi.

SONUÇ: Cryptococcus neoformans: kuşların dış鸞larında ve dışki ile kırılırken toprakta bulunan sapfkap- 

sülü bir mantar türdür. Bazı hastaların sporelerin veya haya hücreslerinin çevresinde inhalasyonu sonucunda insanlarla bulasır. Bulas sonrasi aşıklık ve lenf düşüklümlerinde infla- 

matuar reaksiyonun geliştiği ve neurologic klinik bulgulara kadehini nın, C. neoformans fungemisi iyileşime yerine, pense olmaktadır. HIV ile infekte kişilere santral sinir sistemi ve aşıklıkların etkilemekle birlikte dissemin hastalıktan alınma ve dissemin hastalık immunitesi yetersizliği ile ilişkilidir ve bu hastalarda mortalite oranı son derece yüksek olabilir.

P15-22 Tanısı kesinleşmiş olan kronik lezyonlar: HIV/AIDS hastalarında mortalite nedeni

Filiz Pehlivanoğlu, Gönül Şengöz, Sinem Akkaya İşık, Meyra Şahin, A. Melik Kayıkçı

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ve Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: HIV infeksiyonunun seyrini sırasında olgu- 

lardaki merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu görülebilir. Hastaların bir kısımı da ilk olarak MSS yakınlığında baş- 

vurup, HIV tanısı bu sirada alınamaktadır. MSS tutu- 

lumunun erken dönemde enfeksiyoz süreçler olup daha 

sonrasında malignitelere ön plana çıkmaktadır.

OLGU: 44 yaşında erkek hasta sol tarafta güçsüz- 

lük, konuşmada bozulma ve dengesizlik aşıklıklarını ile Nöroloji klinigi başvurmuşdur. Iskemik serebrovascular hastalığın tanısı ile interna edilmiş. Bir ay önce yüzü- 

me bozukluğu aşıklığı yaşamış ve 15 gün içerisinde sol tarafta güçsüzlük ve konuşma bozukluğu eklemiş. Kontrastlı MR tetikindeki her iki serebellar hemisferde, pons sol yarada, kortikal alanlarda yaygın sinyal alanla- 

rular ve genel olarak enflamasyon, bulguların planda enfeksiyoz süreç olarak düşündürülüyor. Hastanın yapılan tetiklerinde HIV pozitif saptanması üzerine İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği- 

ne transfer edildi. Edensel İmmün Yetmezlik Sendromu ile intrakranial infeksiyon düşünülen hastaya lomber pnoksiyon yapıldı. BOS’da altı lókosit/mm³, 256 eritrosit/ 

mm³, protein 54 g/dl, glukoz 54 g/dl (es zamanlı kan glukozu 81) olarak saptandı. Hastaya sertifikasiyon ve

SONUÇ: HIV/AIDS hastalarında tanıda seçilmişle ilke birlikte CD4 düzeylerinde düşme ve fısırlık infeksiyoların kaçınılmazdır. Kranial lezyonların afrıncısı tanımlarında dözünüzmeyi gerektiren maligniteler de tanı koyma güçlü ile birlikte tedaviye de çıkmaza götürmektedir.

P15-23
Myastenia gravisli hastada Nocardia yumuşak doku apseleri

Nur Benzonzana, Serap Gençer, Sedef Başgönül, Yasemin Zeytin, Oğuz Evlice, Özge Çayıda, Mustafa Yılmaz, Demet Hacıseyyitoğlu, Serdar Özer

Dr. Lütfi Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyoloji Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul


P15-24
Selülit nedeniyle yatıran meme kanseri olgusunda deri metastazi

Duygu Mert, Fazilet Duygu, Cihat Oğan, Sabahat Çeken, Muret Ersöz Arat

AY Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Infeksiyoloji Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji


SONUC: İmmunsupresif hastalarda infeksiyon hastalıkları sık görülmektedir. Bu hastalarda, yeni ortaya çıkan cilt lezyonları, tümör metastazı ise onkolojik takibi değiştiğinde, dikkatle incelememesi gerekmektedir. Özellikle malignitelerin kar metastazları, gözardı edilmemesi gereken önemli bir bulgudur.

Resim: Hastanın sırtdaki deri lezyonu


SONUC: Olgularımızda olduğu gibi immunsupresif tedavi uygulanan hastalarda tifo dışı Salmonella bakteriyemilerinin belirgin bir ishal öyküsü olmasının da gelişebileceğine göz önünde bulundurulmalıdır.

P15-25
İmmunsuprese hastalarda tifo dışı Salmonella bakteriyemisi: Üç olgu bildirisi

Elkur Ruffullahay, Cumhur Özen, Seniha Başaran, Serap Şimşek Yavuz, Atahan Çağatay, Halit Özgür, Haluk Eraksoy

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tip Fakültesi, İnfectyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çapa-İstanbul


SONUC: Olgularımızda olduğu gibi immunsupresif tedavi uygulanan hastalarda tifo dışı Salmonella bakteriyemilerinin belirgin bir ishal öyküsü olmasının da gelişebileceğine göz önünde bulundurulmalıdır.

P16-01
Yurtdışı kaynaklı Plasmodium falciparum olgusu

Meltem Avcı1, Selma Tosun1, Ender Aktepe2, Ümmü Gülsüm Altın1, Vecdi Evren Genç3

1İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfectyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir
2İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir
3Aydın Nazilli Devlet Hastanesi, Aydın


OLGU: Kirkbır yaşındaki erkek hasta, bir gün önce başlayan ateş, üşümme, titreme, halsizlik, işehtszsizlik, baş ağrısı, bulanti, kusma ve bel ağrısı şikayetleri ile kliniğimize yatırıldı. Öyküsünde ise nedeniyle Orta Afrika Cumhuriyeti’nde bulunduğu, yaklaşı olarak 37 gün önce ateş, üşümme-titreme, ekmek ağrısı şayetleriyle setma tani- si konulduğu, arteremther 20 mg – lumeferin 120 mg (sezik saatte bir dört tablet olmak üzere oral üç günlik)

SONUÇ: *P. falciparum* tüm Plasmodium türleri arasında en ciddi seyrili ve mortalitesi en yüksek olan sitma etkenidir. Endemik bölgeye seyahat öyküsü, ateş ve splenomegalı triyanda sitma aklı getirilmedi, gerekli tanı testleri yapılamı ve en kısa zamanda uygun tedaviye başlanmalıdır.

**P16-02 Patoloji laboratuvarından hidatik kist olguları**

Kamuran Türker1, Emine Benzer2, Şenay Aydan2, Betül Taş4, Meral Uyar2, Elçin Balci2

1Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Bölümü, İstanbul
2Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü, Ankara
3Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü, İstanbul
4Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Bölümü, İstanbul
5Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü, Kayseri


**YÖNTEM**:Patoloji laboratuvarında kist hidatik tanısı alan preparatlara arşivlerden ulaşıldı.

**BULGULAR**: 1998-2014 yılları arasında iki ayrı şehirdeki Eğitim Araştırma Hastanesinin patoloji laboratuvarında kist hidatik tanısı alan olgular çalışmaya alındı. Yaş ortalaması: 43.86 ±17.09 (min:4-max:80) idi. Erkek 117(36,3), kadın 205(63,7) olmak üzere toplam 322 kişiydi. En sık 26-64 yaş aralığında 230(71,4) hastalar küme-lenyordu. En sık tutulan organ karaciğer 227(70,5), akciğer 22(6,8), dallar 11(3,4), böbrek 7(2,2), ilak kemik 6(2,2), deri 5(1,6), stomi 5(1,6) idi. 42 olguda iki-cil organ tutulumu(én sık safrası kesesi), 4 olguda üç organ tutulumu mevcuttu. En çok 2014 yılında vakalar gömülmüştu 31(9,6). Yıllık ortalaması 18 vaka görülyordu. Yıllık patoloji laboratuvarına gelen örnek sayısı ortalama 26000 olduğu göz önünde tutulursa %0,06 oranda hidatik kist tanısı görülyordu.

SONUÇ: Patoloji laboratuvarına gelen olguların kist hidatik oranı çok düşük olsa da ülkemizde kist hidatik için endemik bir bölge olması toplum sağlığı açısından ciddi bir tehdittir.
P16-03
Böbrek ve karaciğer tutulumlu kist hidatik olgusu

Burcu Uysal1, Tülin Demir2, Turgut Tusem Tokmak3, Yeliz Dadali4, Mehmet Şahin5, Mümtaz Dadali4, Ayşen Ayaydin1

1Ahi Evren Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bilişim Dalı, Kirşehir
2Ahi Evren Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Bilişim Dalı, Kirşehir
3Ahi Evren Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bilişim Dalı, Kirşehir
4Ahi Evren Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uroloji Bilişim Dalı, Kirşehir


OLGULU: Altı aydır sol lomber bögede ağrı şıkayeti ile Ahi Evren Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uroloji Poliklinininde başvuran kırık yaşayan kadın hastanın fizik muayenesinde sol üst kadranda ele gelen düzgün sırını, yumuşak, hareketli bir kitle tespit edildi. Yapılan tetkiklerde; kan beyaz küre (WBC) sayısı 7,6x10⁹/L (4,6-11,3x10⁹/L), hemoglobin 10,7 g/dl (11,7-16 g/dl), ALT 50 U/L (5-35 U/L), AST 73 U/L (5-35 U/L) olup diğer biyokimyasal parametreler normal olarak değerlendirildi. Eozinofil tespit edildi. Hastanın serolojik değerlendirme sonucu Echinococcus granulosus indirekt hemaglutinasyon (IHA) testi 1/1280 pozitif olarak tespit edildi. Yapılan USG’de sol böbrek ve karaciğerde kistik lezyonlar görüldü. Çekilen toraks ve batin bilgisayarı tomografisinde sol böbrekte 15x12 cm boyutlarına tip 3, karaciğerde ise 2x3 cm boyutlarında tip 5 kist hidatik saptandı. Akciğer, dalak ve sağ böbrekte kistik lezyon görülmüldü. Teda- vi olarak hastaya sol nefrectomi yapıldı ve abdöndöz 10 mg/kg/gün başlandı. Postoperatif bir problemi olmayan hasta oral abdöndöz tedaviyiyle taburcu edildi.

SONUÇ: Hidatidözu ürünlerinde en sık böbrek olmakla birlikte prostat, mesane, epididimiler tutulabilir. Hastalar çoğunlukla asemptomatik olup spesifik belirtileri yoktur. Uroloji poliklinikinde başvuran hastanın kistik lezyonlara dair tespit edildiği ve histolojik değerlendirildiği, sol böbrekte, 15x12 cm, 2x3 cm boyutlarda tip 3 ve 5 hidatik kistik lezyonlar saptanması ve bu türlerin neden olduğu parasitik bir hastalığın izlenmesi mümkündür. Bu tür olan hastaların tedavisi kidnasektomose, sol böbrektan çıkartılmasına veya abdöndöz tedaviye olarak sunulabilir.

Resim: Aksiyal BT görüntüleri; sol böbrekte (yeşil ok) duvar kalsifiyasyonu olan Tim 3 kist hidatik (kirmizi ok), kiz veziküller (mavi ok), karaciğerde tip 5 kist hidatik (sarı ok)

P16-04
Miyokarda invaze, plevrar aralık ve mediastene komşu kritik lokalizasyonda olan bir kist hidatik olgusunun tanı ve yönetimi

Emrullah Dengeski1, Yeşim Uygur Kizmaz2, Sıla Akhan3, Hüseyin Fatih Sezer4, Yonca Anık5, Ahmet Yalınız6, Nagihan İnan Gürçan7, Bora Güler8, Burak Can1

1Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD
2Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD
3Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD
4Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD
5Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD


OLGULU: Yaklaşık 1 ay boyunca halsizlik ve kırık gibi şikayetleri olan hastanın antimikrobiyal tedavisi düşünüldü. Hastanın ilk dekstopsonografide kistin sol plevrar aralığında lokalizasyonu, plevrar aralığının invazeden ve plevrar aralığına komşuluk eden nöral aralığın sol plevrar aralığında bulguları izlenmiştir. Hastanın sol plevrar aralığında kist hidatik saptanması ve bu bulguların izlenmesi hastanın sağlığına ve yaşam kalitesine olumlu etkileri vardır.

-311-
sagon gore nisbeten azalmis solunum sesleri haricinde ek bulgu saptanmadi. Oyuksubunden 5 yil once Tuberkuloz (tbc) perikardit sonucu konstruktif perikardit gelmesi ve bu sebepten sternotomiyle parisiyel parkardyekтомi yapıldiği ve 9 ay anti-tuberkuloz tedavialdi oglendi. Hastanin özgecimisinde bahsedilen özellikler sebebi ile cekilen Toraks BT’de sol ventrikül posterior komşuluğun-
da, miyokardi invaze eden, diyafagmaya invaze, pleval aralığa da akan yaklaşık 9x5 cm boyutlu yögün nekrotik koleksiyon izlendi ve Tbc perikardit öyküsi bulunan hast-
tada öncelikle tbc apsesi düştündü, sol lateral ventrikül-
de ise bası nedeni ile hacmi azalmış olarak değerlendir-
di. Bunun üzerine cekilen Kardiyaq MRI’da sol ventrikül-
lateral duvar komşuluğunda, miyokard- epikard loka-
lizasyonunda, multiyokard, duvarı kontrastlanan, kalın-
duvarlı Tuberköloz apsesi ile uyuşmu olarak yorumlanan-
lezyon çekilinde raporlandı. Bu sonuçlarla lezyonun kritik-
y ve hayati bir lokalizasyonda oluşuyla; Gögüs Cerrahisi, 
Kalp Damar Cerrahisi, Kardiyojiyoloji ve Infeksiyon Hastal-
klarından oluşan konsesyon hastaya sol 6.inter-
kostal aralıklar mini torakotomi ile abse drenaji yapıldı. 
ARB(-), Tbc kültür ve diğer kültür sonuçlarında üreme
olmadı. Histopatolojik materyal değerlendirilmesi sonucu
kist hidatik olarak tanı konuldu. Hastaya albendasol baş-
landi. Takip ve tedaviyi devam etmektedir.

P16-05
ARDS gelisen Plasmodium falciparum olgusu

Hava Kaya, Bedia Mutay Suntur

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Akut respiratuar distres sendromu (ARDS), sitmanın nadir görülen ancak ölmüldür seyreden bir komplikasyonu. Burada P. falciparum sitması

OLGUTA: 58 yaşında erkek hasta, Tanzanya’da çalışmak-
ta ıken Türkiye’ye dönüms. Hastanemize başvurun-
dan 20 gün önce, Sitma Savaş Biriminde Plasmodium fal-
ciparum tanısı ile ayaktan tedavi alımı. Ateş, halsizlik
yakınmlar tekrarladığı için acil servise başvuran hasta, sitma ön tanısi ile İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğiine yati-
rildi. Fizik muayenesinde bilişç açıkl, cilt soluk görünüm-
deydi. TA: 120/80 mmHg, Nb: 100/dk, solunum: 16/dk,
ateş: 38 °C tespit edildi. Akciğer dünleme bulguları ola-
ğan, karaciğer palpe edilemedi, traube kapalıydı. Hastan-
ın P. falciparum tanısı doğrulanın kinin sulfat 3x600 mg
ve doksisiklin 2x100 mg başlandı. Yatışında WBC 4.590
/ Ul: 124 000, hct: 29.9 %, kreatinin: 1.12 mg/dl, T. 
bilirubin: 1.43, D.bilirubin = .55 mg/dl olarak saptandı.
Takibinin 2. gündünde trombosit ve hematokrit değerlerin-
de düşüş saptanathan 1 unite taze tam kan ve 2
unite eritrosit süspsionyu verildi. Yatışının 4. günü ates-
şi devam eden, öksürük ve nefes darlığı yakınıması geli-
şen hastada pnömoni düşünülerek tedaviye impenem, 
levoflokasin ve osetamivir eklenli. Akciğer grafisinde
yayın retikülonodüler dansı artışı teşpi edildi. Toraks

SONUC: Plasmodium vivax nadiren ciddi komplika-
yonlaraya neden olurken; her yaşta eritrositler enfek-
tede ebdebelin P. falciparum sitmasında ensefalopati, 
böbrek yetmezliği, akciğer ödemi ve ARDS gibi ölmüldür
komplikasyonlar daha sık görülmektedir. Falciparum sitmas-

Resim 2: klinik takibinin 4.günlünde akciğer grafisi

P16-06
Atilik yerlesimli kist hidatik olguları

Şinir Menekşe Yılmaz*, Sibel Doğan Kaya†, Suzan
Şahin*, Seçil Deniz*, Mehmet Emirhan İlkı*, Yasemin
 Çağ†, Mustafa Yılmaz*, Erdal Taşçı‡

1Kartal Köşyuluo Yüksek Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul
2Dr. Lütfi Kirdar Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul
3Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul
4Kartal Köşyuluo Yüksek Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, İstanbul

1-312-
**GİRİŞ-AMAÇ:** Kist Hidatik, siklikla *Echinococcus granulosis* taraftan oluşturulan ve yerleştiği organa kistik lezyonlar neden olan parazitlerdir. Uzmanlık ile kombine edilmelidir. Ülkemizde sık görülmekte olup, en sık karaciğerde ve ikinci sıkıksıyla da akciğerde hastalığa neden olmaktadır. Bu organların dışında vücudta herhangi bir yerde görülbilmektedir. Bu çalışmada atıpk yerleşimli kist hidatik olguları sunulmuştur.

**OLGU 1:** Sekiz aydır bel ağrısı, 10 gündür sol alt ekstremitede güçsızlık, yürüyeme uyumsuzluğunu 26 yaşında kadın hastanın muayenesinde sol alt ekstremitede motor ve duyuyu tespit edildi. Spinal MR'ın da T12 vertebral korpusunda T1 ve T2 heterojen hipointens sinyal değiştili, IVKM sonrası hafif kontrast tutulumu izlendi. T11 T12. L1-L2 verteboralının solateral kesiminde 87x56 mm çaplı nöral foramenlerden paravertebral alanı içeren, göken gösteren, T2,L1,L2 intervertebral disk düzeyinde ve L1 vertebra düzeyinde ekstradural yerleşim gösteren multiplik özellikli lezyon saptandı. Echinococ IHA sonucu 1/1024 olarak saptanması üzerine Albendazol tedavisi başlandıkları Belen Cerrahi Kliniği tarafından hastanın ve hastanın muayenesi alınırken 2 haftasında T1 T2 T11 total laminektomi, Üroloji Kliniği tarafından da retroperitoneal kist ekzosiyonu yapıldı. Patolojik sonucu kist hidatik ile uyumu bulunan hasta Albendazol tedavisi yapılı kistik lezyonlar ve pulmoner arterde kistik lezyon saptandı. 1 yıl önce PA akciğer grafinde patoloji saptanmamıştı. Hasta Albendazol tedavisi basvurdu, bir kür uygulandı ve operasyon planlan idi. Operasyona alınamaya hasta perop dönemede kaybedildi.

**OLGU 2:** Otuzbir yaşında erkek hastanın birlikte hif ve nefes darlığı, hemoptizi şikayetleri ile hastane başvurduğu. Özellikle 20 yıl önce kardiyak kist hidatik nedeni ile opere edildiği, Albendazol tedavisi verildiği 42 gündür. Hastanın fizik muayenesinde akciğer seslerinde kabalama dışında patoloji saptanmadı. Radyolojik yöntemle her bir patoloji lezyon görünmezken, her iki akciğerde dağınlığı yerleşimi, sağa en büyük 62x43 mm, solda en büyük 55x48 mm boyutlarında lobale konturu, çoğulduğu perifer yerleşimi, bazlarının içerisinde hava dantizleri izlenen çok sayıda dağınlık yerleşimi kistik lezyonlar ve pulmoner arterde kistik lezyon saptandı. 1 yıl önce PA akciğer grafinde patoloji saptanmamıştı. Hasta Albendazol tedavisi başlandığı, bir kür uygulandı ve operasyon planlan idi. Operasyona alınamaya hasta perop dönemde kaybedildi.

**OLGU 3:** Kirk yaşında kadın hastanın, burun akıntısı, sikişlik gibi viral üst solunum yolu infeksiyon bulguları (nabız sahibi 100/dk) ve arıtıma sahipti. Ekokardiografide interventriküler septum orta kesiminde 2.5x1.9 cm kistik yapı, Kardiak MR'da interventriküler septum krinal kesimde 2.5x2 cm kast ile uyumu lezyon saptanmış. Echinococ IHA negatif olarak saptanmıştır. Kist ekzosyonu yapılmış hastanın patoloji incelemesinda kist hidatik ile uyumu idi. Albendazol tedavisi başlandığı, ciddi kardiyovasküler bulgular ve pulmoner sistemde kistik lezyon saptandı. 6 kür uygulandı, Po-liliklinik kontrollerinde ek şişme halıma anlamamakta idi. 

**SONUCU:** *Echinococcus granulosus*’un her organa karşimiza çabuklenmeleri akılda tutulmalıdır. Medikal tedavi cerrahi tedavi ile kombine edilmelidir.
**P16-08**
Uzun süreli nedeni açıklanmayan karnın ağrıısı ve eozinofilili seyreden bir olgu: Toksokariyaz sendromu

**Deniz Özkaya**
Karşıyaka Devlet Hastanesi

**GİRİŞ-AMAÇ:** İnsan toksofariyazi, köpek nematodu **Toxocara canis** ve kedi nematodu **T.cati** larvalarının sindirim yoluyla alınmasına rağmen parazitik bir infeksiyon dur. Yağının Toksokariyaz, genellikle yetişkinlerde görülen guclüzülük ve nefes almadan zorluk ve karnın ağrıısı gibi gözük olmayan klinik belirtilere lökösitoz, hipereozinofilili ve IgE seviyesinde artışın eşlik ettiği klinik bir tablodur.

**OLGU:** Otuza başına kadin hasta 5 aydır devam eden eozinofilili ve lökösitoz, karnın ağrıısı, mideyi şiştilkinlik ve CRP'de artış nedeniyle Infeksiyon Hastalıkları Polikliniğinde başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgu ile karşılaşıldı. Bas aşılı ve de benzer yakınmlarla hastane ve başvuran hastanın son başvurusunda lökösitoz (14.900/mm³) ve eozinofilili (%35.3) saptandi. Total IgE: 560 (normal değeri<100) bulunan hastanın serolojik incelemelerinde Anti-Toxocara IgG (Western Blot): pozitif olarak saptandi. Hipereozinofililiye neden olabilecek diğer etkenlere ait serolojik testler negatif olarak bulundu. Hastanın fizik muayenesinde herhangi bir tutum saptanmadı. Yaklaşık 5 aydır devam eden eozinofilili, lökösitoz, karnın ağrıısı nedeniyle yapılan incelemelerde anti-toxocara IgG pozitifiği belirlenen hastaya Toksokariyaz Sendrom tanısı konuldu. Otuza karnın ağrıısı sonucunda ambulans ve Değerli Doktor temsilcimiz tarafından albendazol tedavisi başlattı. Tedavi devam etti ve 21 gün sonra sırasıyla BK: 8800/mm³ ve 9400/mm³, eozinofil oranı %6.6 ve %4.6 olarak saptandi. Klinik bulguları tedaviden sonra yedinci gün kontrolünde tamamen gerileyen hastada tam kür sağlandı.

**SONUÇ:** Toksokarının, lökösitoz, eozinofilili ve açıklanmayan karnın ağrıları gibi sert hava ve bulgulara sahip hastalannın aynısında akla geeğilerek gerekli serolojik araştırmna yapılması tani açısından önem taşımaktadır.

**P16-09**
Kas içinde ve bir çok kemikte yerleşimli hidatik kist olgusu

**Saadet Yazıcı, Özlem Aydin, Pınar Ergen, Ahmet Naci Emecen, Haluk Vahaboğlu**
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dali İstanbul


**SONUÇ:** Anatomik ve klinik bulguları seyreden kemik hidatik kistlerin nadir olmakla beraber ağırl klinik tablolarla karşıma çıkmaktadır. Tanıda radyolojik tetikler önemli rol oynamakta olduğu göstermiştir. 10 yıl aralıklarla de- davisi alın başa gelen, devedeye rağmen yazılmaktır olusa, karaciğer kist hidatik olguları başka organ yerleşimleri açısından dikkatli izlemelidirler.

**Omul MR 1**
P16-10
Erişkin hastada intestinal amibiyaz maskelediği kolon adenokarsinomu ve invajnasyon: Olgu sunumu

Pınar Yaşlıncı¹, Meliha Çağla Sönmezce¹, Güney Ertem¹, Mahmut Kaçar², Kerim Temiz², Mustafa Kemal Urhan³, Buğra Kaptanoğlu³, Şebnem Erdinç⁴, Hatice Ünderdi⁴, Necla Tülekm

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği
³S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
⁴S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Ünitesi

GİRİŞ-AMAÇ: İnvajnasyon kanlı ısmal, rektal kanama, ileus ve akut karın gibi değişik tablolara yol açabilen ve erişkinlerde nadir görülen bir durumdur. Burada; intestinal amebiyaz ön tanısı ile karşimize çıkan trackta invajnasyon tanısı alarak acilen opere edilen bir olgu sunuldu.

OLGÚ: Elli yaşında erkek hastaya beş gün önce başlayan bulantu, kusma, karın ağrısı ve kanlı ışsal yankılar ile başvurduğu bir merkezde siprofloksasin reçete edilmiş. Beş günlük tedaviye rağmen yankıların artması üzerine poliklinikimize başvuran hastanın intestinal amebiyaz ön tanısı ile yatırıldı. Fizik muayenesinde genellikle ele, atesi: 36.6°C, karın da yaygın hassasiyeti dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkikleri; kanda lökosit: 11.700/mm³ ve eritrozit sedimentasyon hızı: 61 mm/sa dışında normaldi. Gaita makroskopisi; sulu, kanlı ve mukusluydu; mikroskopibinde bol eritrosit, nadir lökosit, eritrositleri fagosite etmiş trofozoitler ve dörtlük çekirdekli kistler görülmesi üzerine hasta intestinal amebiyaz tanısiyla metronidazol 3x750 mg/gün, oral tedavi başlandı. Abdominal ultrasonografide ileocekal valv düzeyinde 127x74mm boyutlarında invajnasyon ya Establish, 27 mm'lik paraçeçek serbest mayvi ve hemorajik alanlar izlendi; Abdominal bilgisayarlı tomografide ise sağ ileokolik invajine barsak segmentlerinin oluşturduğu yaklaşık 8x8 cm’lik kitle ile uyuşan görünüm, ileal anksarda 4 santimetreye ulaşan dilatasyon ve sivi kolleksiyonları mevcuttu. Klinik olarak işleyen saptanamayan hasta, Genel Cerrahi tarafından değerlendirildi. Hasta intestinal obstrüksiyon ve invajnasyon ön tanıları ile ameliyata alındı. Ameliyat sırasında distal ileal segmentlerin, çekumun ve çikan kolonun tersi kolon proksimaline invajine olması ve invajnasyon bölgesinin total olarak beslenmesinin bozuk olması, invajnasyonun elle manipulasyonu zorlu ve hemikolotomi yapıldı. Kittenin patolojik incelemesi kolon adenokarsinomo Grades 2 olarak rapor edildi.


P16-11
Enfekte karaciğer kist hidatığı: Olgu sunumu

Fatih Temocın¹, Hüseyin Aksoy², Tuğba Sari²

¹Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Yozgat
²Buldan Göğüş Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Denizli
³Yozgat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Yozgat


OLGÚ: Seksen üç yaşında erkek hastanın, son 3-4 gündür olan ateş ikizkızı ile poliklinikte başvuruyor. Fizik muayenesinde, ates: 38.2°C saptanıyor. Batım muayenesinde, palpesロン karişmaları控制系统 3 cm ile geliyor. Diğer sistem muayenesinde özellikle saptanıyordu. Yaprak tetkiklerinde: WBC: 12,6 K/mm³ (4,6-10,2), HB: 9,1 g/dL
(14-18,1) AST: 32 IU/L (5-40) ALT: 45 IU/L (5-41), GGT: 448 IU/L (5-61) saptanyor. Batın ultrasonografi sında karacığer sol lob yerleşimli, 19x16 cm boyutlarında ve 2x2 cm boyutlarında abse benzeri yoğun içerikli sivi kol- leksiyonu görüldü. Hastaya batın tomografisi çekildi ve mide antrumu ve duodenuma bası yapan, içerisinde hava sivi seviyelerinin olduğu, abse ile uyu Mundo lezyon görüldü (Resim). Kist hidatik aglutinasyonu 1/2560 titre- de pozitif saptandi. Hastaya 2x400 mg/gün albendazol ve 4x1,5 mg/gün sulbaktam-ampisilin başlandı. Tedavi- sinin 3. gününde genel cerrahi tarafından opere edildi ve abse/kist boşaltıldı. Operasyon sırasında alınan kültür Streptococcus spp. üredi. Tedavisi tamamlanan hast- ta genel durumunun iyi olması üzerine taburcu edildi.


Resim: Kistin tomografi görüntüsü


OLGÜ: Otuz iki yaşında Suriye’li bayan hasta, 2014 yılı Nisan ayında kliniğimize sah on kıl dış yüzeyde yara şi- kayeti ile başvurdu. Öyküsünden yaklaştı 5 ay önce Su- riye’den Türkiye’ye geçti. 10 ay önce sah on kıl dış yüzeyde başlayan yara şikayetini ile Suriye’de doktora başvurduğu ancak tedaviden fayda görmediğini belirtti. Yapılan muayenesinde karacığer kık kıları 3 cm. paltap edildi. Sah on kıl dış yüzeyde eritemli, ödemli, deriden kabarık orattı. Úlserle keskin sınırlı, 10x6 cm ve 3x2 cm boyutlarından 2 adet cilt lezyonu izlendi (Resim 1-2). Laboratuvar testlerinde hemogram normal sınırlar- da, sedimentasyon 18mm/s, CRP <0.2 mg/L saptandi. Hastanın Hfizisinsa Merkez Halk Sağlığı Laboratuvarına gönderilen kan örneğinde ELISA yöntemiyle Leishmania Ig M ve Ig G pozitif olarak sonuclandı. Lezyondan alınan biyopsi örneğinde; Epitelyum altında klinik bir odakta ekstrasellüller alanda ve histiyositlerle intrastoplaszik alanda, morfolojik olarak Leishmania ile uyu Mundo bazofí- lik cisimcilıklar görüldü. Hastanın tedavisi kullanılarak planlanan glucantime (1.5 gr/5 ml) Lê Sağlık Müdürlüğün- ce temin edildi. Glucantime 20 gün süreyle 20 mg/kg/gün dozda I.M, 4 hafta süreye haftada iki gün 0.5 gr dozda intralezyonlar olarak uygulandı. Tedavi sonunda lezyon- lar skatris bırakarak iyileşti (Şekil 3-4).

İzole renal kist hidatik: Olgu sunumu

Arif Hakan Önder¹, Kübra Demir Önder², Selim Barış Gül³

¹Aksaray Devlet Hastanesi, İç Hastalıklar Kliniği, Aksaray
²Aksaray Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Aksaray
³Aksaray Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Aksaray


Resim 1

Resim 2

P17-01
Bruselloz: Yatarak izlenen 71 olgunun retrospektif olarak değerlendirilmesi
Petek Şarlak Konya, Neşe Demirtürk
Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

GİRİŞ-AMAC: Bruselloz, ülkemizde endemik olarak görülen zoonotik bir hastalıktır, birçok sistem etkileyerek ciddi düzeyde morbidi nedeni olmaktadır. Bu çalışmada klinikimizde yatarak takip edilen bruselloz olgularının klinik, laboratuvar ve tedavi özellikleri retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.


BULGULAR: Çalışma sonucunda 71 brusellozlu hastanın bilgilerine ulaşıldı. Yaş ortalaması 47.5±16.5 olup %40.9'u (n=29) kadın, %59.1'i (n=42) olup yaş ortalamaları sırasıyla 46.8±15.8 ve 48±17.2 bulundu. Hastaların %77’si akut, %18.1’si kronik bruselloz olarak değerlendirildi. Hastaların %81.8’i (n=58) hayvancılıkta ugrasma ve pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerini tüketme öyküsü verirken, %4.2’si (n=3) mesleki maruziyet öyküsü vermiştir. En sık saptanan semptom eklemler ve en sık saptan fizik muayene bulgusu ateş yüksekliği olup diğer semptom ve bulgular ile laboratuvar değerleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastalarda görülen komplikasyonlar değerlendirildiğinde, 7’sinde (%16) epididimo-orit, 6’sında (%8.4) artrit, 6’sında (%8.4) spondilodiskit ve 20’sinde (%28.1) hepatit tespit edildi.

Hastaların 52’si (%73.2) rifampisin + doksisiklin, 9’u (%12.7) rifampisin + doksisiklin + streptomisin, 2’si (%2.8) rifampisin + siprofloksasin, 2’si (%2.8) siprofloksasin + doksisiklin, 2’si (%2.8) siprofloksasin + doksisiklin + streptomisin kombinasyonu ile tedavi edildi. Uygulanan standart tedavi süresi 6 hafta olup kemik tutulumu olan 3 hastada tedavi 24 haftaya, 8 hastada ise 12 haftaya uzatılmıştır.

SONUÇ: Hayvancılıkta ugrasma, çığ süt ve süt ürünleri tüketen, ateş yüksekliği ve eklemler ve eklem ağrıları ile başvuran olgularda bruselloz mutlak gelmeli ve bu hastalığın çok farklı klinik tablolarla ortaya çıkabileceğini unutulmalıdır. Bölümimiz gibi hayvancılığın yaygın olduğu yerlerde, halk hastalıktı ve bulama yöntem konusunda bilinciğin geliştirilmesi, bruselloz görülmeyi azaltacaktır.

Tablo: Hastalarda tespit edilen semptom ve bulgular

<table>
<thead>
<tr>
<th>Semptomlar</th>
<th>n (%)</th>
<th>FM bulgular</th>
<th>n (%)</th>
<th>Laboratuvar bulgular</th>
<th>n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ateş</td>
<td>32 (45)</td>
<td>Ateş</td>
<td>32 (43)</td>
<td>Lökopeni</td>
<td>5 (7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bel ağrıısı</td>
<td>27 (38)</td>
<td>Hepatomegali</td>
<td>5 (7)</td>
<td>Trombositopeni</td>
<td>6 (8.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Eklemler ağrıısı</td>
<td>40 (66.3)</td>
<td>Splenomegali</td>
<td>4 (6.6)</td>
<td>Anemi</td>
<td>19 (28.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalça veática ağrıısı</td>
<td>7 (16)</td>
<td>Testiste şişlik</td>
<td>7 (16)</td>
<td>Transaminaz yükselşığı</td>
<td>20 (28.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kanser ağrıısı</td>
<td>2 (2.8)</td>
<td>Eklemlerle şişlik ve kuzyanlık</td>
<td>5 (7)</td>
<td>Wright Aglutinasyon &gt; 1/160</td>
<td>58 (81.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Skrotal ağrıısı</td>
<td>7 (16)</td>
<td>Kan kültüründe üreme</td>
<td>17 (23.9)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hastalık</td>
<td>66 (92.9)</td>
<td>Kan kültüründe üreme</td>
<td>17 (23.9)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bulanti ve kusma</td>
<td>5 (7)</td>
<td>Kan kültüründe üreme</td>
<td>17 (23.9)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Leptospiroz: Doğu Karadeniz'den 9 olgu

Çınar Öztürk1, Osman Zikrullah Şahin2, Ayşe Ertürk1, Erdinç Atabek3, Emine Sönmez1

1Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
2Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Dahailye Anabilim Dalı
3Etlik Veteriner Kontrol Merkez Araştırma Enstitüsü


YÖNTEM: Bu çalışmada, Şubat 2013- Kasım 2014 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniği ile Nefroloji polikliniği telefon, klinik ve laboratuvar bulgulara ek olarak Mikroskopik_AG-lüütasyon Testi (MAT) testi ile leptospiroz teşhisi konulan, dokuz hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan olgulardan 6 (% 66,7)’si kadın, 3 (% 33,3)’ü erkek olup yaş ortalaması 58.7 ±14,5 idi. Hastaların semptom ve belirli klinik bulguları ile laboratuvar bulgularının değerlendirildiği bu çalışmada en fazla görülen semptomlar ateş (%77.8), bulanti ve kusma (%77.8) ve yaşının kas ağrısı (%77.8) oldu. Hastaların % 55,6’sında ikter saptanırken semptomların ortaya çıkma süresi 15.2 ± 2.7 gün olarak bulundu. Olguların 6’da (% 66,7) santa trombositopeni gözlemdi. Bir olgu hariç diğer tüm olgularda (%88,9) ise renal hasar saptandı. Hastaların serolojik tanıları Etlik Merkez Veteriner Kontrol ve Araştırma Enstitüsü’nde çalışmaları ile sağıldı. Buna göre 2 hastada Leptospira interrogans serovar Bratislava; 3 olguda Leptospira interrogans serovar icterohaemorrhagiae; 1 olguda ise Leptospira interrogans serovar hebdomadis saptandı. 3 olguda ise klinik ve laboratuvar olarak leptospiroz düşünülmesine karşın MAT’de non patojen tür olan Leptospira biflexa serovar patoc 1’e karşı antikor pozitifliği bulundu. Hastaların 6 (%66,8)’inin tedavisinde seftriakson, 1(%11,1)’inin tedavisinde ampicilin ve 1 (%11,1)’inin tedavisinde ise doksisiklin tercih edildi. Hastaların tamamında şifa sağlandı.

SONUÇ: Leptospiroz, özellikle ateş, trombositopeni ve akut böbrek yetmezliği bulgularıyla başvuran hastalarda akla gelmesi gereken ve bölgesinde en sık görülen infeksiyonlardandır.
Tablo 2: Leptospirozlu olgularda laboratuvar inceleme sonuçları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hasta no</th>
<th>Lökosit (1/mm³)</th>
<th>Trombosit (1/mm³)</th>
<th>Total Bil. (mg/dl)</th>
<th>Direkt Bil. (mg/dl)</th>
<th>Üre (mg/dl)</th>
<th>Kreat. (mg/dl)</th>
<th>CK (IU/L)</th>
<th>AST (IU/L)</th>
<th>ALT (IU/L)</th>
<th>Sedimen. (mm/saat)</th>
<th>CRP (mg/dl)</th>
<th>PT (sn)</th>
<th>Pyüri</th>
<th>Proteinüri</th>
<th>MAT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1**</td>
<td>2720</td>
<td>81000</td>
<td>0,3</td>
<td>0,2</td>
<td>83</td>
<td>1,3</td>
<td>695</td>
<td>30</td>
<td>14</td>
<td>20</td>
<td>10,1</td>
<td>12,7</td>
<td>Hayır</td>
<td>Negatif</td>
<td>1/50</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>4940</td>
<td>18900</td>
<td>0,8</td>
<td>0,5</td>
<td>17</td>
<td>0,2</td>
<td>24</td>
<td>47</td>
<td>88</td>
<td>55</td>
<td>3,3</td>
<td>12,9</td>
<td>Hayır</td>
<td>Negatif</td>
<td>1/200</td>
</tr>
<tr>
<td>3**</td>
<td>5490</td>
<td>182000</td>
<td>4,6</td>
<td>3,2</td>
<td>82</td>
<td>2,4</td>
<td>82</td>
<td>253</td>
<td>26</td>
<td>_</td>
<td>9,8</td>
<td>21,7</td>
<td>Evet</td>
<td>+</td>
<td>1/50</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>2660</td>
<td>99000</td>
<td>1,5</td>
<td>1,2</td>
<td>165*</td>
<td>7,3*</td>
<td>21</td>
<td>199</td>
<td>180</td>
<td>70</td>
<td>37,0</td>
<td>12,3</td>
<td>Hayır</td>
<td>+</td>
<td>1/400</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>14300</td>
<td>19300</td>
<td>2,9</td>
<td>2,1</td>
<td>172</td>
<td>2,5</td>
<td>35</td>
<td>53</td>
<td>93</td>
<td>68</td>
<td>12,6</td>
<td>13,4</td>
<td>Evet</td>
<td>Negatif</td>
<td>1/400</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>20300</td>
<td>151000</td>
<td>5,4</td>
<td>3,9</td>
<td>217*</td>
<td>8,1*</td>
<td>810</td>
<td>421</td>
<td>60</td>
<td>71</td>
<td>5,1</td>
<td>13,3</td>
<td>Hayır</td>
<td>Negatif</td>
<td>1/100</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>11200</td>
<td>29800</td>
<td>4,8</td>
<td>3,8</td>
<td>112</td>
<td>1,8</td>
<td>273</td>
<td>104</td>
<td>127</td>
<td>60</td>
<td>26,7</td>
<td>14,1</td>
<td>Evet</td>
<td>+</td>
<td>1/200</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>11100</td>
<td>66200</td>
<td>0,4</td>
<td>0,2</td>
<td>233*</td>
<td>5,5*</td>
<td>112</td>
<td>36</td>
<td>51</td>
<td>103</td>
<td>19,1</td>
<td>13,9</td>
<td>Evet</td>
<td>+</td>
<td>1/200</td>
</tr>
<tr>
<td>9**</td>
<td>6100</td>
<td>21300</td>
<td>5,8</td>
<td>4,1</td>
<td>67</td>
<td>3,7</td>
<td>878</td>
<td>59</td>
<td>31</td>
<td>82</td>
<td>22,7</td>
<td>14,3</td>
<td>Evet</td>
<td>++</td>
<td>1/200</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Kronik renal yetmezlik zemininde akut renal hasar oluşumu  
**MAT’de non patojen tür olan Leptospira biflexa serovar patoc 1 saptanan olgular

P17-03  
İstanbul’da sitma: 74 olgunun epidemiyojik, laboratuvar, klinik özellikleri ve tedavi sonuçları  
Asuman İnan, Derya Engin, Serpił Erol, Şule Damlaca, Seniha Şenbayrak, Seyfi Ç. Özyürek  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul  

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada İstanbul’da bir eğitime ve araştırma hastanesinde izlenen erişkin malarya olgu- 

rınin epidemiyojik, klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.  


BULGULAR: Altimış iki olgu erkek, 12 olgu kadın olup; ortanca yaş 34,4 (aralıktan,15-60) olarak belirlenmiştir. Tüm olgularda endemik bölgeler (57 olgu Afrika, Afganistan, Azerbaycan, Arap Yarımadası, bir olgu Doğu Türk- 
kişan, Güneydoğu Afirka, Güneydoğu Anadolu) bölgese seyahat öyküsü saptanan 2 olgu 34,4 (aralıktan %0,5 ile %25 aralığındadır. Tüm olguların 47’sinde Plasmodium falciparum, 22’sinde P. vivax, beşinde Plasmodium falciparum ve P. vivax saptanmıştır. Para- 
zemi oranı %0,5 ile %25 arasında değişik yetmeydi. Hastalarda ateş (%100), splenomegalı (%68), hepatomegalı (%44), anemi (%56,7), lükopeni (%35,1), trombositopeni (%74), sedimantasyon yüksekliği (%65), karaciğer en- 
zim ve yüksekliği (%52), hipoglizemi (%28), hiponatremi (%25), serum kreatininde artış (%21) olarak belirlendi.  

Akut böbrek yetmezliği, akut solunum yetmezliği sendromu, serebral tutulum ve yaşın damar için pihtlaşma sendromu görülen bir olgu tamamen iyileşti. P. falcipa- 
rum’un etken olduğu iki olgu (%2,7) klinikNAME lize ve sendromu neden olur.  

SONUC: Endemik bölgelerde seyahat öyküsü olan her atesli olgu da sitma ayrıncılı tanıda mutlaka yer almalıdır. Bu olgularda seyahat edecom bireylerde kemoprofilaksi uygulanması ve kişisel korunma önlemlerinin alınması çok önemlidir.
Çalıpozitif örneklerin 1474′ü 1/160 ve üzeri titrelerde pozitifti. 1/40 titrede bile STA negatif sonuç verdi (Tablo). Sero-1804ünde seropozitif örneklerin tamamı Standard tüp aglütinasyon, STA uygulandırılndan 1/40 ve üzerindeki titreler seropozitif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

BULGULAR: Çeşitli kliniklerden gönderilen 11234 serum örneklerinin tamamında WB pozitif sonuç verildi. STA pozitif serumlardan 1804’ünden 1/40 tıtrde STA negatif sonuç verdi (Tablo). Sero- pozitif örneklerin 1474′ü 1/160 ve üzeri tıtlere pozitifti. Çalışımmızda 1/160 ve üzeri titrelerde pozitif sonuç veren serumları en fazla temmuz ve ağustos aylarında, en az pozitif sonuç veren serumları ise okçu ayında tespit edilmişdir (Şekil-1).

SONUÇ: Bruselloz yurdumuzun bazı bölgelerinde hayvanlar ve insanlar arasında düşük oranda görülen zoonotik bir infeksiyon hastalığıdır. Brusellozun kontrolü hayvançılıkta uygulan ve risk grubundaki bulunan bireylerin bu konuda seropozitif tıtrlandırılması, taze ve şut ürünlerini pastörize edilerek ya da maymunlar taktirlemesi ve hayvanların bruselloza karşı aşılanmasına seçilmişdir.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Serum Sayısı</th>
<th>11234</th>
<th>53</th>
<th>91</th>
<th>239</th>
<th>250</th>
<th>261</th>
<th>255</th>
<th>708</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rose Bengal testi</td>
<td>-</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Wright aglütinasyon testi</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1/140</td>
<td>1/180</td>
<td>1/160</td>
<td>1/1320</td>
<td>1/1640</td>
<td>1/211280</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Şekil: Wrigt aglütinasyon Testinin 1/160 ve üzerinde pozitif serumlarda pozitif sonuç veren örneklerin tamamı aylara göre dağılımı.
P17-06 *Brucella melitensis* Rev-1 aşısına perkütan temas sonrası gelişen akut bruseloz olguşu

Derya Seyman1, Zahide Aşık2, Nevgün Sepin Özen3, Hande Berk4

1Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya
2Tokat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Tokat
3Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü, Klinik Mikrobiyoloji Birimi, Antalya

GİRİŞ-AMAÇ: Bruseloz insanlarla sliklîka infekte hayvanlarla direkt temas, pastörize olmamış süt-süt ürünlerin tüketimi veya infekte aerosollerin inhalasyonu ile bulaşır. Literatürde veteriner hekimlikte kullanılan canlı brusella aşılarına kazayla konjonktival veya perkütan maruziyet sonucu da hastalik geliştiği bildirilmiştir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) bu hastalara üç hafta süreyle temas sonrası profilaksi (TSP) (doksiklinik tablet 1x100 mg, rifampisin kapsül 1x600 mg) önermektedir. Burada, Brusella Rev 1 hayvan aşısına kazayla perkütan teması olan ve sonrasında akut bruseloz gelişen bir olgu sunuldu.

OLGU: 49 yaşında hayvancılıkla uğraşan bir bayan hasta, sol kol üst kısmında ağrı, ateş, halsizlik ve eklemlerde Bàikatı ile başvurdu. Hastanın 13 gün önce kuzularının aşınlanması esnasında *Brucella melitensis* Rev-1 1 hayvan aşısı kəzara sol koluna inoküle ettiği; doktora başvurmadığı ve profilaktik bir tedavi almadığı ögrenildi. Fizik muayenede 39.4° ateş ve sol kol 1/3 üst kısımda 2 cm çaplı ağrı bir endürasyon dışında fark azaltan hastanın laboratuvur testlerinde bəyaz kürə 7800/mm3 (%65 polimorfonükleer hücres, %25 lenfosit, %10 monosit), hemoglobin 12.7 g/dL, platelet sayısı 168000/mm3. C-reaktiv protein 15.5 mg/dL, eritosit sedimentasyon hızı 52 mm/saat idi. Diğer biyokimyasal testleri normal olan hastanın brusella Rose-Bengal testi pozitif; Wright testi 1/1280 titredi pozitif sıaptandi. Hastaya rifampisin 1x600mg/gün ve doksiklinikin 1x100mg/gün oral kombinasyon tedavisi başlandı. Hastanın eş zamanlı alınan kan kültüründe de *B. melitensis* izole edildi. Tedavi sonrası ateş 4. günde düşerken, sol koldaki ağrı ve klinik semptomların iyileşmesi 14. güne geçikleşt. Toplam altı hafta tedavi alan hasta tamamın düzellen, tedavi sonrası 12 aylık takipte relaps gözlenmedi.

SONUÇ: Literatürde brusella canlı aşılardırın kazayla temas sonrası bruseloz geliştiği bildirilen olgu sayısı çok azdır. CDC, temas riski yüksek hastalara (bakteriyolojik kültürlerin koklanması, ağızdan pipetleme, bakterinin göz, ağız ve buruna sıçraması gibi) TSP önermektedir. Hayvan aşılamlarında kəzə ile temasın azaltılması için aşınaların koruyucu ekipman giyilmesi, personel ile yapılmış gerek. Aşılamada temas riski temas gelişirse TSP uygulanması için akut bruseloz önlemelede unutulmamalı; hayvan sahipleri ve veterinerler bu konuda bilgilendirilmelidir.

P17-07 Süpüratif parotis bezi tutulumu ile seyreden bruseloz olguşu

Lütfi Kannaz1, Faruk Karakeçili2, Aytekın Çikman3, Fatih Özcicek4, Erdal Karavas5

1Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
2Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
3Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
4Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi İÇ Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
5Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ: Bruseloz, hürce içi Gram negatif kokobasılı olan *Brucella* cinsi bakterilerin neden olduğu, dünyada yaygın, multisistem hastalıklar taklit eden zoonotik bir infeksiyondur. Bu çalışmadada, literatürde daha önce bildirilmemiş, süpüratif parotis bezi tutulumu ile seyreden bir bruseloz olgu sunulmaktadır.

OLGU: Hayvancılık yapan 60 yaşında erkek hasta, 3 aydır devam eden ateş, halsizlik, terleme, yağın vücut/eklem ağrısı ve son 2 aydır saçı kulak altında ağrı ve kıkırdak etiyle başvurdu. Birçok antibiotik kullanım ancak şikayetleri kısmen gerilemişti. Parotis bezi lokalizasyonunda 4x5 cm şişlik/kizarlık ve cilde fistülize olmuş pürürlən akıntılı lezyon mevcuttu (resim 1). Laboratuvur incelemesinde hemogram ve biyokimyası testleri normal, CRP: 1.04 mg/dL bulundu. EBV, anti-HIV, anti Toxo IgG/IgM, Salmonella ve Tularemii aglutinasyonu negatif, Rose Bengal test pozitif, Brusella tıp aglutinasyonu 1/1280 tıtrede pozitif sıaptandi. Aşep materyal kültüründe üreme

**GİRİŞ-AMAÇ:** İnfeksiyoz Mononükleoz (IM) genç erişkinlerde eksüdatif tonsillofarenjit, ateş, lenfadenomegalii ile karakterize akut seyirli bir hastalıktır. Gözkapı gibi ödemi(IM) seyrinde nadir görülen bir bulguydu. Burada gözkapı gibi ödemi ve seyredenIM olgusu sunuldu.


**SONUÇ:** Gözkapı gibi ödemi IM seyrinde hastalığın erken dönemlerinde ortaya çıkabilen ve ileri dıge sürecinde erken dönemde kaybolan bir fizik muayene bulgusudur. Literatürde prevelans %10 olacak bildirilmiş olup diğer mononükleozla seyreden viral infeksiyonların seyrinde görülmemesi ve IM hastalığının erken döneminde görüleni tanında yarın gösterici olabilir.

**Resim 1:** Gözkapı gibi ödemi

**Resim 2:** Eksüdatif tonsillofarenjit

**P17-09**

**Medikal tedavi altında ataklara seyreden kronik bruselloz: B.melitensis'e bağlı kalp pili cep ve led infeksiyonu olgusu**

Mustafa Taner Yıldırım¹, Dicle Akçoray¹, Funda Şimşek¹, Özge Acar¹, Sinan Öztürk¹, Çağdem Arabacı²

¹Sağlık Bakanlığı Okmeydani Eğitim ve Araştırma Hastanesi Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

2Sağlık Bakanlığı Okmeydani Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tibbi Mikrobiyoloji Bölümü, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Bruselloz dünyada yaygın olarak görülen zoonotik bir infeksiyondur. Hastalığın uygundaki edilmediği takdirde ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Burada infekte kalp pili dejimini rededen ve basılayıcı antibiyoterapi altında izlenirken spondilit gelişen bir olgu sunulmaktadır.

**P17-10**

**Osteoartiküler tutulmaya beraber seyreden bir bruselloz olgusu: Reaktif artrit mi? Septik artrit mi?**

Çınar Öztürk¹, Ayşegül Türkyılmaz², Adem Erkul³, Ayşe Ertürk⁴, Emine Sönmez¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı


**P17-11**

**Yetişkin bir hastada seronegatif parvovirus B19 infeksiyonu**

Ulkı Kavruk¹, Mustafa Doğan², Tutku Taşkınolu³

¹Medicalpark İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Samsun
²Medicalpark İç Hastalıkları Servisi, Samsun
³Düzen laboratuvar grupu, Ankara


---

-325-
serlojik test yalancı pozitifiklerinin vurgulanması amaçlı ile sunulmuştur.

P17-12
Laboratuvar kaynaklı bruselloz olgusu
İbrahim Halil Şahin¹, Süda Tekin Koruk²
¹Bittlis Eren Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu, Bittlis
²Köç Üniversitesi Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, İstanbul


OLGU: Mikrobiyoloji laboratuvorları bakteriyoloji bölümünde çalışan 42 yaşındaki erkek hasta, üç hafta önce halsizlik, yüksek ateş, eklem ağrıları yakınması ile polilikiniğimiz başvurdu. Özgeçmişinde taze peynir yeme ve hayvanlarla temas öyküsü yoktu. Yapılmış fizik muayenesinde ateş 38.7 °C, TA:120/70 mmHg, nabız 76/dk ve sakroiliak eklemlerde ağrı mevcuttu. Diğer muayene bulguları normaldi. Laboratuvar incelemesinde Lökosit: 7800 mm³, Hb: 11.6 g/L, CRP:10,9 mg/L (N: 0-5 mg/L), ESH 12 mm/saat, AST: 21 IU/ml, ALT: 23 IU/ml idi. Radyolojik incelemede patolojik bulgu tespit edildi. Olgunun Rose Bengal testi pozitif, Wright aglutinasyon testi 1/1280 titrasyon pozitifiydi. Alınan 3 kan kültüründe Brucella spp. üredi. Bulaş riski açısından taze peynir yeme ve hayvanlarla temas öyküsü olmayan hastanın kendişi ve çevresiyle ilgili olarak, iki hafta kadar önce laboratuvarında Brusella bakterileri ile çalısmada olup bir risk faktörü yoktu. Doksisiklin içinde 200 mg ve rifampisin içinde 600 mg olarak tedaviye başlandı. ateş ve eklem ağrıları tedaviinin 8.günden itibaren gerildi. Hastanın tedavişi altı hafta tamamlanarak kesildi.

SONUC: Sonuç olarak ateşle başvuran laboratuvar çalışanlarında aşıri takip ve bruselloz düşünülmelidir. Sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sorunun risk altının da oldukları akiida tutulmalı ve laboratuvarlarda brucella bakteriyelile çalışacak olan personel, standart güvenlik kurallarına uymalı, çalışma sırasında elden, maske gibi koruyucu ekipmanlar kullanarak güvenlik kabinlerinde çalışmalıdır.

P18-01
Bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarında el hijyeninin farklılıklarını arttırmaya yönelik girişim çalışması
Sema Alp Cavuş¹, İzbel Selin Özsoy², Duygu Uzun², Ayşegül Gencer³, İrem Peker⁴, Ali Firat Ülgü², Ömer Faruk Tekin⁵
¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İzmir
²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, 3. mình Öğrencisi, İzmir


BULGULAR: Girişim öncesi 94, girişim sonrası 118 sağlıklı çalışanın anket uygulandı. Iki grup arasında DSÖ’nün 5 endikasyonunu bilme durumları açısından anlamalı fark bulundu (p=0.000). Öncesinde bilinen endikasyon sayısı ortalamada 2.22±1.18, tepe değeri 2 iken, girişim sonrası 3.17±1.20, tepe değeri 3 olarak saptandı. Tüm meslek gruplarında bilinen endikasyon sayısi artışın olmakla birlikte öğrenci hemşire (p=0.01) ve asistan doktorlardaki (p=0.000) artış istatistiksel olarak anlamalı bulundu (Tablo).

Tablo: Mesleklere göre kampanya öncesi ve sonrası bilinen ortalama endikasyon sayısı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meslek</th>
<th>N Kampanaya sonrası/ Kampanaya öncesi</th>
<th>Bilinen Ortalama Endikasyon Sayısı</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tip İntörn</td>
<td>29</td>
<td>2.45±0.95</td>
<td>0.051</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>20</td>
<td>3.00 ± 1.17</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hemşire İntörn</td>
<td>11</td>
<td>2.36±0.81</td>
<td>0.01*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14</td>
<td>3.43±0.94</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hemşire</td>
<td>17</td>
<td>2.82±1.01</td>
<td>0.107</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>46</td>
<td>3.26±1.27</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Asıstan Doktor</td>
<td>37</td>
<td>1.73±1.32</td>
<td>0.000*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>38</td>
<td>3.05±1.22</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>94</td>
<td>2.22±1.18</td>
<td>0.000*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>118</td>
<td>3.17 ± 1.20</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

P18-02
Kardiyotorasik cerrahi sonrası cerrahi alan infeksiyonları insidansı ve risk faktörlerinin araştırılması

Gülçin Telli1, Sevgi Sökülmez Yıldırım2, Firdevs Aktaş3

1Gazi Üniversitesi Tip Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
2Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmanın amacı kalp-damar ve göğüs cerrahisi sonrası gelişen cerrahi alan infeksiyonu (CAE) insidansı ve risk faktörlerinin araştırılmasıdır.


P18-03
Hastanemiz beş yıllık göz içi girişim süyeyınsı sonuçları

Doğan Barış Öztürk

Uluçlaran Göz EAH, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Hastanemiz bir dal hastanesi olup yalnızca göz içi girişimler için süyeyınsı yapılmaktadır. Bu çalışmada son beş yıl içinde yapılan süyeyınsı sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.


BULGULAR: 2010-2014 yılları arasında toplam 43926 göz içi girişim yapılmıştır. Bunun sonucunda toplam 14 hasta cerrahi alan infeksiyonu gözlemlenmiş (%0,03).

**P18-04**
Kalbe ventrikül destek sistemi (VDS) yerleştilen hastalarda görülen enfeksiyonlar: Başkent Hastanesi deneyimi

Özlem Azap, Ayşegül Yeşilkaya, Hande Arslan, Atilla Sezgin

Başkent Üniversitesi Tip Fakültesi


**SONUC:** VDS enfeksiyonlarında profilaksiye ve tedavi sü- resine ilişkin bilgiler sınırlıdır. VDS enfeksiyonları ilişkin verilerin paylaşılması ile birlikte tanı, etken davranış, te- davi ve profilaksiye ilişkin bilgiler netleşecektir.

**P18-05**
Bir yıllık sürekli zarında KKTC’deki klinik önekle- rinden izole edilen stafylokokların dağılımı

Ayşe Arkan¹, Emrah Güler¹, Meryem Güvenir¹, Kaya Süer²

¹Yakin Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tibbi Mikrobiyoloji AD. Lefkoşa, KKTC
²Yakin Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD. Lefkoşa, KKTC

**GİRİŞ-AMAC:** Hastane enfeksiyonlarının en sık etken- lerinden olan metisilin dirençli stafylokok cihazın açılan günümüzde halen önem arz etmektedir. Bu çalışmada değişik klinik önekle- rinden izole edilen stafylokok türlerinin bir yıllık dağılımlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Ocak 2014- Aralık 2014 tarihleri arasında hastanemiz mikrobiyoloji laboratuvanın ‘nereden gelmiş kan, idrar, nasal sürünüt, kateter ucu, derin trakeal aspirat, balgam, BOS ve abse/yara materyalleri mikrobiyolojik olarak incelendi. Numuneler ilk olarak %5’lik koyun kan- lifi besiyeri ile eosin methylene blue (EMB) besiyerlerine eklidi ve 24-48 saatlik inkübasyona bırakıldı. Üremeleri 249 tanesinde Staphylococcus aureus (MRSA), 43 (%17)’ ü metisilin du- yarlı Staphylococcus aureus; 80 (%32)’i metisilin dirençli koagülaz negatif Stafylokok (MRKNS), 74 (%30)’u koa- gülaz negatif Stafylokok (KNS) olarak saptandı.

**GİRİŞ-AMAC:** Sağlıklı çalışanların mesleki maruziyetleri sonucu kan yolu geçen viruslara gelişen enfeksiyonlar için risk altındadır. Bu çalışmada erişkin aşır poliklinikine başvuran, hepatit B pozitif hasta ile temas sonucu kaza- en bir yaralanan sağlık personelinin Hepatit B virus yönün- den sonuçları ve uygulamaları idarelenmiştir.

**YÖNTEM:** Mayıs 2012-İulyoz 2014 tarihleri arasında Erişkin Aşır Poliklinikinde mesleki kazayı maruziyet sonucu başvuru yapmış sağlık personelinin viralонаz saylığı ve antibiyotik kullanımına dair bilgileri incelenmiştir.
BULGULAR: 26 aylık süre içerisinde toplam 76 sağlık personeli, 2 hasta refakatçısı aşı poliklinikinde hepatit B pozitif hasta ile kazai temas nedeni ile başvurmuştur. Başvuruların hiçbirinde HBsAg pozitif saptanmıştır. 41 personelin hepatit B aşısı öyküsü mevcut, 37’sinde Anti-HBs pozitif olarak değerlendirilmiştir. Anti-HBs negatifliği cerrahı bölümlerde 28 personel, dahili bölümlerde 27 personel, 19 Tip Fakültesi (4-6) sınıf öğrencisi, 2 destek birimlerden personel, 2 hastane refakatçısından belirlenmiştir. Mesleki maruziyet sonrası başvurular sırasında anti-HBs yönünden negatif saptanan gruplar 3ira yönelik doktorlar, tip öğrencileri ve hasta bakıcılar olarak değerlendirilmiştir.


ŞEKLİ: Hastanemizde Mayıs 2012-temmuz 2014 tarihleri arasında hepatit B virus kazai maruziyet sonucu izlenen sağlık personelinin değerlendirilmesi

P18-07 Kandidürili hastalıların değerlendirilmesi

Günay Tuncer Ertem1, Ebru Aktepe1, Şule Çınar1, Serap Yaşıcı2, Melih Çağla Sönmez1, Berin Esen2, Necda Tüleük1

1’ S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
2’ S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tibbi Mikrobiyoloji Bölümü, Ankara


BULGULAR: Hastaların 25’i (%58.1) bayan, 18’i (%41.9) erkekti ve yaş ortalamaları 75 yıl (median: 33-92) olarak saptandı. En sık görülen predispozan faktör üriner kateterizasyon (36-83.7) olup, üriner kateterizasyonun ortanca değerini 15 gün (2-60 gün) idi. Diğer predispozan faktörler; 1 (%2.3) hastada renal şaş, 12 (%2.7) hastada diabetes mellitus (DM), 1 (%2.3) hastada malignite ve transüretral rezeksiyon öyküsü, 3 (%7) hastada nörojenik mesane öyküsü ve 4 (%9.3) hastada benign prostat hiperrefleksini ve hastaların tümünde önceden antibiyotik kullanımı öyküsü mevcuttu. Yırdımdız (%67.4) hastada bir predispozan faktör belirlenmedi. Hastaların 21’inde (%48.8) asemptomatik kandidüri, 22’sinde (%51.2) semptomatik kandidüri saptandı. Semptomatik olanların 6’sına (%27.3) pürelonfret, 16’sına (%72.7) sistit tanısı kondu. İzolatların 17’si (%39.5) toplom kaynaklı idi. Diğer 26’sı (%60.5) hastane kaynaklı olup, bunların 22’si (%84.6) yoğun bakım ünitelerinden izole edildi. Tür düzeyinde identifikasyon yapılabilen toplam 29 izolat vardi. Tür dağılımı sırasıyla Candida albicans (n=25, %58.1), C. tropicalis (n=3, %7) ve C. parapsilosis (n=1, %2.3) şeklindeydirdi. Hastaların sadece birinde kandidemi tespit edildi. Semptomatik olan hastalardan 20’sine (%46.5) fluoronazol, 2’sine (%4.7) anidulaflunin başlandı. Tedavi sistitli hastalarda 7’inde, pürelonfretli hastalarda 10’unda sonlandırıldı.

SONUÇ: Kandidüri için bilinen predispozan faktörler bizzat hastalarımızda da saptanmıştır. Özellikle gerekse üriner kateterizasyon ve antibiyotik kullanımdan kaçınırlar kandidüri oranları düşürülebilir. Ayrıca kandidürili hastaların antifungal tedavi kararında semptomatik olup olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

-329-
P18-08
Hastane kaynaklı infeksiyonların değerlendirilmesi

Meltem Avcı¹, Selma Tosun¹, Neslihan Genç², Sabiha Atmaca³, Didem Yekenenür³, Gülhan Çapanoğlu³, Özlem Yüksek Ergin³, Seher Ayten Coşkuner¹

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
²Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir
³İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Kontrol Komitesi, İzmir
⁴İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Infeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)¹nin 1 Ocak 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında saptafade hastane kaynaklı infeksiyonların sıkılığını, bu infeksiyonların kliniklere, infeksiyon insidansı ve antibiyotik direncin santralizasyonunu amaçlamaktadır.


BULGULAR: Bir yıllık sürede 178759 hasta gününde 251 hastane kaynaklı infeksiyon saptanmıştır. Genel HE lisansinsans dansitesi %1.4 olarak belirlenmiştir. Hastane infeksiyonları en sık yoğun bakım üniteleri (YBU)¹'de gözlemlenmiştir. Hastane infeksiyon insidans dansitesi Yanık YBU'nude %12.3, Genel YBU'nde 11.7 ve Anesteziyoloji YBU'nde (10.2) idi. Yüksek bakım kliniği kliniklerde en yüksek insidans dansitesi Uroloji (%9.9) ve Hematóloji (%3.5) kliniklerinde saptanmıştır. Infeksiyon bölgesinde infeksiyon oluşturan mikroorganizmalar; saniyem豍daki hastane infeksiyonunun %97, kronik hastaların %94, santral venöz kateter infeksiyonlarının %63, cerrahi alan infeksiyonlarının %20, deri ve yumuşak doku infeksiyonlarının %7 ve santral venöz kateter infeksiyonlarının %6 izlemekteydi. Infeksiyonların %66,5'inde etkeneti etkendir. En sık izole edilen mikroorganizmalar; sırasıyla Pseudomonas aeruginosa (%24), Acinetobacter spp. (%19), Escherichia coli (%16), Klebsiella spp. (%12) ve enterokoklar (%9) olarak saptanmıştır. P. aeruginosa ve Acinetobacter spp. kullanırda karabeneren direnç %37, %86, E. coli ve Klebsiella spp kullanırda antibiyotik direnç %2,6, 22; enterokoklarda vankomisin direnç %33 olarak saptandı.

SONUÇ: Tüm dünyada sorun olan ve olmaya devam edeceğidüşünülen hastane infeksiyonları sürekli izlenmeli; her hastane kendi verileri doğrultusunda, infeksiyon kontroluna yönelik önlemleri almalıdır.

P18-09
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde alet ilişkili hastane infeksiyon hızlarının değerlendirilmesi

Meltem Avcı¹, Selma Tosun¹, Neslihan Genç², Sabiha Atmaca³, Didem Yekenenür³, Gülhan Çapanoğlu³, Özlem Yüksek Ergin³, Seher Ayten Coşkuner¹

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
²Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir
³İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Infeksiyon Kontrol Komitesi, İzmir
⁴İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada hastanemiz YBU'nude saptanan alet ilişkili infeksiyon hızlarının, alet kullanım oranlarını incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖＮTEM: İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nnde Ocak 2013-13 Aralık 2013 tarihleri arasında yedi farklı YBU'nde ileriye dönük bir surveyan çalışması gerçekleştirmiştir. Hastane infeksiyonunu tanıması “Ulusal Hastane Infeksiyonları Suryeyans Ağı” (UHESA) kriterlerine göre konulmuştur. Hastane infeksiyon zaman 1.96, 2, 0.63, 0.72, 2.76, 2.76 ve 1000 ÜK gününe göre SVK ile ilişkili hastane infeksiyon hızı = İnvaziv aletli ilişkili infeksiyon sayısı/İnvaziv aletği birServiceProvider Infeksiyon sayısı x 1000 formüllerini kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışma dönemde ventilatör kullanım oranları 0.16-0.89, santral venöz kateter (SVK) kullanım oranları 0.26-0.77, üriner kateter (ÜK) kullanım oranları 0.69-1 arasında saptanmıştır. Bin ventilatör gününde ventilatör ile ilişkili pnömoni (VIP) hızı; Anesteziyoloji YBU, Genel YBU, Cerrahi YBU, İç Hastalıkları YBU ve Beşin Cerrahisi YBU için sırasıyla 6.2, 9.15, 11.95, 4.41 ve 6.2, 1000 SVK gününde svk ile ilişkili kar dolası infeksiyon (SVK-KDE) hızı; Anesteziyoloji YBU, Genel YBU, Cerrahi YBU, İç Hastalıkları YBU, Nöroloji YBU, Beşin Cerrahisi YBU ve Yanık YBU için sırasıyla 0.51, 0.33, 0, 3.9, 2.7, 4.31, 1.32 ve 1000 ÜK gününde göre ÜK ile ilişkili üriner sistem infeksiyon (ÜK-USE) hızı; Anesteziyoloji YBU, Genel YBU, Cerrahi YBU, İç Hastalıkları YBU, Nöroloji YBU, Beşin Cerrahisi YBU ve Yanık YBU için sırasıyla 1.96, 2, 0.63, 0.72, 2.76, 2.76 ve 1.2 olarak saptanmıştır.

SONUÇ: Alet kullanım oraneları ve alet ilişkili infeksiyon hızları 2013 yılı UHESA özet veri raporunda bulunan Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın Bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanerileri sonuçları ile karşılaştırıldığında; ventilatör kullanım oranı, İç Hastalıkları ve Nöroloji YBU dışında tüm YBU'nun, SVK kullanım oranı Anesteziyoloji, Genel ve Yanık YBU'nun, ÜK kullanım oranları Cerrahi ve Beşin Cerrahisi YBU dışında tüm YBU'nun ağırlıklı genel ortalamaların üzerinde bulunmuştur. Ancak hızzıl değerlendirme döneminde; Cerrahi YBU VIP hızı dışında
tüm YBÜ’nde ağrıılı genel ortalamanın altında bulunmuştur. İnfeksiyon hızlarının çoğunlukla ulusal ağrıılı ortalamanın altında kalması sevindirci bulunmuş olup YBÜ’nde hasta güvenliğinin kontrolü için infeksiyonlarla ilgili tüm parametrelerin sürekli olarak izlenmesi ve değerlendirmesine karar alınmıştır.

P18-10
Bir üniversite hastanesinde sosyal el hijyene uyum

Azize Kömür Karahan¹, Süda Tekin Koruk¹, Bahar Madran², Gizem Tokca², Hanife Ebru Dönmez², Önder Ergönü³

¹ Koç Üniversitesi Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, İstanbul
² Amerikan Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, İstanbul
³ Koç Üniversitesi Tıp Fakultesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Sosyal el hijyeni günlük yaşamda el te

masını gerektiren kirlı/kontamine olan tüm i

ğil etkenlerin önlenmesi ve de

ortalamanın altına indi

fallık personeli, 140 temizlik personeli ve ça

hem uyumun artışının en önemli kural, standart önlemlerin uygulanması ve el hijyeninin oranının ölçümünden zayif hastalarda uygulanmaktadır. Bu hastalarda gelişen kateter ile ilişkili kan dola

günlük ve etkinliklere devam edilmesinin ve tüm perso

nele eğitiminin cellanımsın ve uygulanması için kod

yonunun önlenebilir olduğu görüldü. 

SONUÇ: El hijyenine uyum etkinlik sonrasında hala düşük olarak gözlemledik. Bunun sonucu olarak da farkındalık yaratmak için etkinliklere devam edilmesinin ve tüm perso

nele eğitiminin cellanımsın ve uygulanması için kod

yonunun önlenebilir olduğu görüldü. 

Şekil 1: Etkinlik öncesi el yıkama oranları

P18-11
2013-2014 yılı kateter ilişkili kan dola

şı infeksiyonu etkenlerinin incelenmesi

Cafek Korkut¹, Günlü Şengözº, Fatma Eksi Polat¹, Cen

Özdağlıçığoluº, Bilge Özdemir¹, Ayşe Banu Esen¹, Derya Yıldız¹, Meryem Çoban¹, Emine Güngör Özdemir³

¹ Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
² Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Santral venöz kateterler, sıkıla

ğın bakım unitesinde yatan ve immünolojik yönendeyi zayıf hastalarda uygulanmaktadır. Bu hastalarda gelişen kateter ile ilişkili kan dola


YÖNTEM: Retrospektif olarak yapılan bu çalışmada, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Ocak 2013-2014 yılları arasında yatan hastalarda

-331-
gelisen Kİ-KDE, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) kriterlerine göre laboratuvar ve kliniğe dayalı aktif surveyan sistemi ile belirlendi. İzole edilen etkenlerin tanımlanmaları CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) kriterlerine uygun olarak yapıldı.


SONUC: Kİ-KDE en sık yoğun bakımlarda görülmektedir. Yoğun bakım üniteleri; genel durumu bozuk hastaların en sık yayıldığı ve invaziv girişimlerin yoğun yoğun uygulandığı, hastane surveyan verilerinin analizi, izole edilen mikroorganizmaların dağılımı, antibiyotik duyarılılıklarının bilinmesi, infeksiyonun kontrolü ve tedavisi açısından önemlidir.


<table>
<thead>
<tr>
<th>ETKENLER</th>
<th>sayısı</th>
<th>%</th>
<th>sayısı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Acinetobacter baumannii</td>
<td>15 37</td>
<td>5 21</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Candida albicans</td>
<td>3 7 1 4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Candida diğer</td>
<td>3 7 2 9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Candida glabrata</td>
<td>1 2 - -</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Candida parapsilosis</td>
<td>1 2 1 4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enterococcus faecalis</td>
<td>1 2 1 4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enterobacter cloace</td>
<td>- - 4 16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Escherichia coli</td>
<td>1 2 1 4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klebsiella oxytoca</td>
<td>4 11 2 9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klebsiella pneumoniae</td>
<td>5 13 - -</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pseudomonas aeruginosa</td>
<td>1 2 5 21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Serratia marcescens</td>
<td>4 11 - -</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Staphylococcus aureus</td>
<td>1 2 1 4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stenotrophomonas maltophilia</td>
<td>- - 1 4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOPLAM</td>
<td>41 100 24 100</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

P18-12

Bir branş hastanesinin ameliyat tipine özgü cerrahi alan infeksiyonlarının değerlendirilmesi

Güle Aydin1, Zerrin Aşçı1, Ayşe Şevik2, Neslihan Öztürk2

1Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları 2Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Infeksiyon Kontrol Hemşiresi

GİRİŞ-AMAÇ: Cerrahi hastalarda en sık hastane infeksiyonu nedeni olarak karşımıza çıkan cerrahi alan infeksiyonları, hastanedeki kalış süresini ve tedavi maliyetlerini artırırktak. Bu çalışmada hastanemizde yapılan ameliyat tiplerine özgü cerrahi alan infeksiyonlarının (CAİ) değerlendirilmesi amaçlanmıştır. YÖNTEM: Şubat 2014- Ocak 2015 tarihleri arasında hastanemizde yapılan tüm operasyonlar infeksiyon kontrol hemşirelerimizce değerlendirildi ve CAİ olarak kabul edilen hastalar, her gün hastaya dayalı aktif surveyan sistemile takip edilmiştir. CAİ tanısi CDC (Centers for Disease Control) rehberindeki kriterler doğrultusunda konulmuştur.

BULGULAR: Hastanemizde histertekomiler, sezeryanlar ve appendektomiler olmak üzere 3 operasyon tipinde CAİ surveyanları yapılmaktadır. Şubat 2014 - Ocak 2015 tarihleri arasında hastanemizde yapılan 1536 sezeryan, 73 appendektomi, 27 vajinal histerektomi ve 58 abdominal histerektoomiler olmak üzere toplam 1694 operasyonun %12’inde (%0,88) CAİ saptanmıştır. Abdominal histerektoomilerin 7 tanesinde (%12) ve sezeryanların ise 8 tanesinde (%0,5) CAİ gelişmiştir. CAİ’larda 3 tanesi derin insizyonel, 12 tanesi yüzeyel insizyonel primer cerrahi alan infeksiyonudur. 4 hastada alta yatıyan diyabetes mellitus tanısı olduğu belirlenmiştir. Yapılan kültürlerde CAİ etkenleri olarak ön planda gram negatif mikroorganizmaları olduğu görülmüş ancak hiçbirde özel ilaca dirençli bir etkenle karşılaşılmamıştır.

SONUC: Cerrahi alan infeksiyonları ile mücadele etmek için önemsel bir surveyan programa oluşturulmuştur, sorunun bozuldu, yüksekt risk altındaki hastalar belirlenmek, beraberinde de hastane personeline sürekli eğitim verilerek konuya gösterilen hassasiyet artırılması ve böylece infeksiyon kontrolu için gerekli tedbirlerin alınması ve etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.
P18-13
Bir kardiotorasik cerrahi hastanesinde nozokomiyal *Staphylococcus aureus* enfeksiyonlarının 8 yıllık seyri

Ayfer Eren-Şensoy¹, Serap Şimşek-Yavuz², M. Seyda Öcalma², Denef Deniz³, Reha Masatlı¹, Sabahat Çeken³, Aysė Ertürk⁴

¹Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
³Dr. A.Y. Onkoloji Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
⁴Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi Mikrobiyoloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: *Staphylococcus aureus* nozokomiyal enfeksiyonlarda, özellikle cerrahi bölümlerde önemli bir etkendir. Bu çalışmada, cerrahi ağrılıklı hastanemizde gözlenen *S. aureus*‘un neden olduğu nozokomiyal enfeksiyonların son 8 yılındaki seyri incelenmiştir.

YÖNTEL: 2007-2014 yıllarında hastanemizde yatan hastaların tümüne yönelik, CDC nozokomiyal enfeksiyon tanımlamaları ve prosküfik surveyanın yapılışıdır. *S. aureus*‘un etken olduğu nozokomiyal enfeksiyon gelisen hastalar ve suçlara ait verileri hastaneye ait olmasa, yine aynı sisteminde yer alan “nozokomiyal enfeksiyon surveyan”ı hastalarından elde edilmişdir.* S. aureus’un tanımlanması klasik yöntemlerle, metisilin disk testindeki mortalite oranlarında görülmüştür.* S. aureus'un tanım ve sınıflandırılması klasik yöntemlerle, metisilin disk testindeki mortalite oranlarında görülmüştür*

BULGULAR: 2007-2014 yılları arasında toplam 163477 hasta yaşamış (973215 hasta yaşam gününde), 260*S. aureus* nozokomiyal enfeksiyonu (%15.15) belirlenmiştir. 1000 hasta yaşam gününde nozokomiyal*S. aureus* enfeksiyonu 0.26’dir. MRSA enfeksiyonlarının yıllar içinde azalacağı görülmekle birlikte (1000 yılın sonuna kadar 0.46’dan 0.05’e (p<0.05), MSSA enfeksiyonlarında bir fark belirlenmemiştir (1000 yılın sonuna kadar 0.13’ten 0.19’a) (P>0.05). Nozokomiyal*S. aureus* enfeksiyonu gelisen hastaların 92’sinde (%26) hastane içi mortalite gözlenmiştir.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yıllar</th>
<th>2007</th>
<th>2008</th>
<th>2009</th>
<th>2010</th>
<th>2011</th>
<th>2012</th>
<th>2013</th>
<th>2014</th>
<th>Toplam</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S. aureus inf. (1000 hasta gününde)</td>
<td>0.59</td>
<td>0.41</td>
<td>0.21</td>
<td>0.13</td>
<td>0.14</td>
<td>0.22</td>
<td>0.24</td>
<td>0.26</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MRSA inf. (1000 hasta gününde)</td>
<td>0.46</td>
<td>0.25</td>
<td>0.04</td>
<td>0.06</td>
<td>0.05</td>
<td>0.04</td>
<td>0.08</td>
<td>0.05</td>
<td>0.13</td>
</tr>
<tr>
<td>MSSA inf. (1000 hasta gününde)</td>
<td>0.13</td>
<td>0.16</td>
<td>0.17</td>
<td>0.07</td>
<td>0.09</td>
<td>0.18</td>
<td>0.14</td>
<td>0.19</td>
<td>0.13</td>
</tr>
<tr>
<td>MRSA Oran %</td>
<td>71</td>
<td>60</td>
<td>26</td>
<td>47</td>
<td>35</td>
<td>19</td>
<td>38</td>
<td>20</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Opere olanların orani %</td>
<td>84</td>
<td>88</td>
<td>58</td>
<td>73</td>
<td>88</td>
<td>85</td>
<td>93</td>
<td>93</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Mortalite oran %</td>
<td>39</td>
<td>46</td>
<td>42</td>
<td>40</td>
<td>29</td>
<td>30</td>
<td>30</td>
<td>13</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Infeksiyon Tipi</td>
<td>%52</td>
<td>%50</td>
<td>%37</td>
<td>%27</td>
<td>%65</td>
<td>%44</td>
<td>%48</td>
<td>%73</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cerrahi alan inf. %</td>
<td>%33</td>
<td>%38</td>
<td>%26</td>
<td>%40</td>
<td>%18</td>
<td>%22</td>
<td>%22</td>
<td>%10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pnömoni %</td>
<td>%15</td>
<td>%12</td>
<td>%37</td>
<td>%33</td>
<td>%17</td>
<td>%34</td>
<td>%30</td>
<td>%17</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


P18-14
Bir yoğun bakım ünitesinde görülen nozokomiyal *Elizabethkingia meningoseptica* enfeksiyonları

Güler Delibalta¹, Oral Öncül², Hakan Korucu³

¹Güler Delibalta, Emsey Hospital, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
²Oral Öncül, İstanbul Üniversitesi ÇAPA Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
³Hakan Korucu, Emsey Hospital, Anestezi Yöğun Bakım, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: *Elizabethkingia meningoseptica* (Chryseobacterium meningosepticum); immün supersif hastalıktır, uzun süreli hastanede yaşılı, genç.specrumlu antibiyotik kullanılarak, invaziv araç olmayan ve yenidoğanlarda yüksek mortalite oranlarına sahip nozokomiyal enfeksiyonlar neden olan gram negatif farsatlı bir patojendir. Yüksek bakım ünitesinde takip edilen ve uygun antibiyotik tedavisine rağmen üç hücre kaybedilen *E. meningoseptica* kaynaklı nozokomiyal enfeksiyonu beş olgu sunulmuştur.

SONUC: E. meningoseptica, yoğun bakım başta olmak üzere, immünusupresif hasta popülasyonunun bulunduğu hastane ortamında infeksiyonlara neden olan ve hastalar arasında kolayca yayılara salganlar oluşturur. Uygun antibiotik tedavilerine rağmen hastaların yaşamlarını kaybetmeleri ve bakterinin immünsupresif ve diğer duyarlı hastalar arasindaki kolayça yayılabilmesi nedeniyle, E meningoseptica izole edilen bir bölümde bu durumu bir sağlık boyutuna erişebileceğiz göz önünde bulundurulmalı ve kesintisiz infeksiyon kontrol önlemleri uygulanmalıdır.

P18-15 Sternetomi sonrası gelişen Candida spp. osteomiyelit olguşu
Utlu Kavruk1, Artan Jahollari2, Ertuğrlu Özel2, Esra Meltem Kayahan Ulu3
1Medicalpark İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Samsun
2Medicalpark Kardiyoşkovaküler Cerrahi Servisi, Samsun
3Medicalpark Radyoloji Servisi, Samsun


SONUC: Bu olgu, cerrahi alan infeksiyonlarında ender görülen etkenlerin tanısı, tedavi ve takibi açısından önem taşıması nedeni ile sunulmuştur.

P18-16 Serratia marcescens sepsisi: Hangi sağlık hizmeti infeksiyonu yol açabilir?
Utlu Kavruk1, Köksal Tıtkı2, Esra Meltem Kayahan Ulu3
1Medicalpark İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Samsun
2Medicalpark Ortopedi Servisi, Samsun
3Medicalpark Radyoloji Servisi, Samsun


SONUC: Bu olgu infeksiyon hastalığı pratikte anamnezin önemini vurgulamış amaç ile sunulmuştur.

P18-17 Transrektal prosat biopsisi: Firtına öncesi sessizlik mi? Bir olgu nedeni ile
Utlu Kavruk1, Abdullah Açıklık2
1Medicalpark İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Samsun
2Medicalpark Uroloji Servisi, Samsun
ÜRETEROSKOPI SONRASI PSDOMONAS AERUGINOSA'YA BAĞLI ÜRİNER SİSTEM İNFESYİYONU SAĞLIÇARŞIMA

Hülya Kusoğlu¹, Sena Demir², Onur Karatuna³, Ece Deniz Kaya¹, Hakan Çakır⁴, Ayşe Sesin Kocagöz⁵

¹Acibadem Üniversitesi, Tip Fakültesi, İnfeksiyonden Hastalıklar ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
²Acibadem Fulya Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Hemşiresi, İstanbul
³Acibadem Üniversitesi, Tip Fakültesi, Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
⁴Acibadem Fulya Hastanesi, Uroloji Kliniği, İstanbul


SONUÇ: Üreteroskopi ile börek taşı ekstraksiyonu işlemi infeksiyon gelişme riskini azaltmak için minimal invazif bir cerrahi yöntemdir. Ancak tekrar kullanılan olan ureteroskopi aletin dar lumenli yapısı, isıya dayanıksız malzeme içermesi sterilizasyon-dişinfeksiyon işlemini güçlendirmektedir. Üreteroskopi sonrası üç olguda üriner sistem infeksiyonu gelişmesi nedenileşitガン arastırmaşı yapılarak infeksiyon kaynağını tespit edilmesi amaçlandktı.

Resim: Pulse-field gel elektroforez ile Pseudomonas aeruginosa
P18-19
Karbapenem dirençli Acinetobacter baumannii’nin etken olduğu bir nozokomiyal menenjit olgusu
Özlem Altuntas Aydın¹, Hayat Kumbasar², Karasosmanoğlu¹, Umit Tözalıga², Izzet Durmuşsalıoğlu², Mustafa Ali Akçetin³

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Nöroşurjikal girişim uygulanmış olgulara karabapenem dirençli Acinetobacter baumannii’nin etken olduğu santral sinir sistemi (SSS) infeksiyonunun mortalitesi yüksektir.Karabapenem dirençli A. baumannii’nin etken olduğu bir nozokomiyal menenjit olgusu sunulmuştur.


P18-20
Sağlık bakımıyla ilişkili gram negatif bakteremiler: Direnç gelişimi ve fatalite
Önder Ergönül¹, Alpay Azap², Seniha Başaran³, Süda Tekin-Koruk¹, Şafak Kaya¹, Serda Günsün⁴, Gülşen Yöрук⁵, Ebru Kursun⁶,AYSŞevıklaya⁷, Funda Şimşek⁸, Emel Yılmaz⁹, Hüseyin Bilgin¹⁰, Çağdem Hatipoğlu¹¹, Mehtap Aydın¹², Hatice Cabadak¹³, Yasemin Tezer¹³, Turhan Tanogan¹⁴, İlyak Karaçoğan¹⁵, Asuman İnan¹⁶, Aynur Engin¹⁷, Hikmet Eva Çalışkan¹⁸, Serap Şimşek Yavuz¹⁹, Şebnem Erdin²⁰, Lütfiye Mulazimoğlu²¹, Özlem Azap²², Funda Timurkaya²³, Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği, Sağlık Bakımı İlişkili İnfeksiyonlar Çalışma Grubu (SBİÇG)

¹Koç Üniversitesi Tip Fakültesi
²Ankara Üniversitesi Tip Fakültesi
³Istanbul Üniversitesi Istanbul Tip Fakültesi
⁴Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi
⁵İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
⁶Başkent Üniversitesi Tip Fakültesi, Adana Hastanesi
⁷Başkent Üniversitesi Tip Fakültesi, Ankara Hastanesi
⁸Ökmeydani Eğitim ve Araştırma Hastanesi
⁹Uludağ Üniversitesi Tip Fakültesi
¹⁰Marmara Üniversitesi Tip Fakültesi
¹¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
¹²Başkent Üniversitesi Tip Fakültesi, İstanbul Hastanesi
¹³Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi
¹⁴Başkent Üniversitesi Tip Fakültesi, Konta Hastanesi
¹⁵Gaziantep Üniversitesi Tip Fakültesi
¹⁶Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
¹⁷Cumhuriyet Üniversitesi Tip Fakültesi

GİRİŞ-AMAÇ: Gram negatif bakterilerin oluşturdukları infeksiyonlar, ülkemizde önemli bir sorun oluşturmakta- dir. Bu sorunun uyuş bir şekilde saptanması için yerlerin özeni bir şekilde toplanması ve analiz edilmesi gerekmektedir.

YÖNTEM: Çok merkezli ve retrospektif olarak tasarlanan 371 olgu (44) kaybedildi. Ülkemizde, 2013 yılında sağlık bakımıyla ilişkili olarak Gram negatif bakterilerin neden olduğu primer ve sekonder kan dolasımı infeksiyonları saptanan hastalar dahil edilmiştir.

BULGULAR: Toplam 831 olgu çalışmaya dahil edildi, bu hastalara 371’i (44) kaybedildi. Ülkemizde, 2013 yılında sağlık bakımıyla ilişkili Gram negatif bakterilerin neden olduğu primer ve sekonder kan dolasımı infeksiyonlar arasında en yaygın görülen bakteriler Acinetobacter baumannii (% 31), Klebsiella pneumonia (% 27) ve E. coli (% 24) dır. Karapenem direnci, Acinetobacter baumannii için % 94, Pseudomonas aeruginosa için % 47 ve Klebsiella pneumonia için % 38 oranında saptanmıştır.
SONUÇ: Gram negatif infeksiyonlarda direnç durumu yakından izlenmeli ve sonuçları paylaşılmalıdır. İleri yaş, santral venöz kateter kullanımı, ventilatör ilişkili pnömoni, karbapenem direnci ve yüksek Apache skoru ölüm riskini artırtır. 176 viral etken arasında RSV tip A, 9 (%5) Coronavirus, 4 (%2) RSV tip A, 42 (%23.8) Rhino/enterovirus, 32 (%18.1) Bocavirus, 10 (%5) RSV tip B, 4 (%2) Parainfluenza tip 2, 3 (%1) Parainfluenza tip 4, 2 (%1) Parainfluenza tip 3 saptanmıştır.

Toplam 198 etken arasında en sık görülenlerin oranı Influenza A % 21 (42), Rhino/enterovirus %21 (42), Bocavirus %16 (32), Human metapneumovirus %8 (16), Adenovirus %6 (12), Mycoplasma pneumoniae da %6 (11) olarak bulunmuştur.

SONUÇ: Mevcut kapsam ile alnan % 65 pozitif sonucu, oldukça başarılı bir sonuç olduğu söylenebilir.

- 198 etken arasında 176 (% 89)’ün virus olması, virüslerin solunum yollarında beklenenden daha önemli bir yere sahip olduğunu düşündürmektedir.
- Virüslerin izolasyonu oldukça güçtür. Multipleks PCR ile bu etkenlerin saptanabilir hale gelmesi, tanısındaki büyük kazanç sayılmalıdır.
- Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae gibi izolasyonu oldukça zor olan etkenlerin saptanabilir hale gelmesi, tanısında büyük bir hatalı sonuç olabileceği durumda, karbapenem direnci ve yüksek Apache skoru ölüm riskini artırır.
- 2008 larna kadar sahip olan ve virüslerin izolasyonu oldukça zor olan etkenlerin saptanabilir hale gelmesi, tanısında büyük bir kazanç sayılmaktadır.

BULGULAR: 2014 yılı içinde görülen 213 hasta örneği üzerinden çalışma yapılmıştır. 139 (%65) hasta pozitif colspanımıştır. 139 pozitif hastanın 80 (%58)’inde tek etken saptanmıştır, 59 (%42)’inde birden çok etken saptanmıştır. 139 örnekte saptanan etken sayısı 198’dir. Bu 198 etkenin 176 (%89)’si virus, 22 (%2)’si bakteri, 16 viral etken arasında 42 (%23.8) adet Influenza A, 42 (%23.8) Rhino/enterovirus, 32 (%18.1) Bocavirus, 16 (%9) Human metapneumovirus, 12 (%6) Adenovirus, 10 (%5) RSV tip A, 9 (%5) Coronavirus, 4 (%2) RSV tip B, 4 (%2) Parainfluenza tip 2, 3 (%1) Parainfluenza tip 4, 2 (%1) Parainfluenza tip 3 saptanmıştır.

SONUÇ: Mevcut kapsam ile alnan % 65 pozitif sonucu, oldukça başarılı bir sonuç olduğu söylenebilir. • 198 etken arasında 176 (% 89)’ün virus olması, virüslerin solunum yollarında beklenenden daha önemli bir yere sahip olduğunu düşündürmektedir. • Virüslerin izolasyonu oldukça zor. Multipleks PCR ile bu etkenlerin saptanabilir hale gelmesi, tanısındaki büyük kazanç sayılmalıdır. • Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae gibi izolasyonu oldukça zor olan atışp pnömoni etkenlerin saptanabilir hale gelmesi, tanısında büyük bir hatalı sonuç olabileceği durumda, karbapenem direnci ve yüksek Apache skoru ölüm riskini artırır.

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, solunum yolu infeksiyonu ön tanımlı laboratuvar ve laboratuvarının etkenlerini saptanması bu etkenlerin izolasyonu ve multipleks PCR testlerinde alınan sonuçların ortaya konulacak bilimden ortam ile paylaşılmasınıdır.

YÖNTEM: Laboratuvarında PathoFinder (Hollanda) firmasının 18 virüs ve 4 atıp pnömoni etkeni bakterileri olmak üzere, 22 patojeni saptanacak solunum yolları multipleks RT-PCR kit kullanılmaktır. BULGULAR: 2014 yılı içinde görülen 213 hasta örneği üzerinden çalışma yapılmıştır. 139 (%65) hasta pozitif colspanımıştır. 139 pozitif hastanın 80 (%58)’inde tek etken saptanmıştır, 59 (%42)’inde birden çok etken saptanmıştır. 139 örnekte saptanan etken sayısı 198’dir. Bu 198 etkenin 176 (%89)’si virus, 22 (%2)’si bakteri, 16 viral etken arasında 42 (%23.8) adet Influenza A, 42 (%23.8) Rhino/enterovirus, 32 (%18.1) Bocavirus, 16 (%9) Human metapneumovirus, 12 (%6) Adenovirus, 10 (%5) RSV tip A, 9 (%5) Coronavirus, 4 (%2) RSV tip B, 4 (%2) Parainfluenza tip 2, 3 (%1) Parainfluenza tip 4, 2 (%1) Parainfluenza tip 3 saptanmıştır.

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, solunum yolu infeksiyonu ön tanımlı laboratuvar ve laboratuvarının etkenlerini saptanması bu etkenlerin izolasyonu ve multipleks PCR testlerinde alınan sonuçların ortaya konulacak bilimden ortam ile paylaşılmasınıdır. BULGULAR: 2014 yılı içinde görülen 213 hasta örneği üzerinden çalışma yapılmıştır. 139 (%65) hasta pozitif colspanımıştır. 139 pozitif hastanın 80 (%58)’inde tek etken saptanmıştır, 59 (%42)’inde birden çok etken saptanmıştır. 139 örnekte saptanan etken sayısı 198’dir. Bu 198 etkenin 176 (%89)’si virus, 22 (%2)’si bakteri, 16 viral etken arasında 42 (%23.8) adet Influenza A, 42 (%23.8) Rhino/enterovirus, 32 (%18.1) Bocavirus, 16 (%9) Human metapneumovirus, 12 (%6) Adenovirus, 10 (%5) RSV tip A, 9 (%5) Coronavirus, 4 (%2) RSV tip B, 4 (%2) Parainfluenza tip 2, 3 (%1) Parainfluenza tip 4, 2 (%1) Parainfluenza tip 3 saptanmıştır.
Gibi ventilatör ilişkili pnömoni (VIP), konjenital kardiyak cerrahi sonrasıda mortalite ve morbidite artışının en önemli nedenlerindenindir. VIP artışının nedenlerinden biri de ventilatör desvresindeki su yoğunlaşması ve bunun hastaya gidişinin önlenememesidir. Bu çalışmada isıtıcları telli kapali sistem solunum devresin pnömoni gelişimi üzerine etkilerini gözlemlemeye hedefledik.


**BULGULAR:** Takip edilen dönemde Grup 1'de 581 hasta, Grup 2'de ise 682 hasta operede edildi. Hastaların demografik verileri benzerdi. VIP'in önlenmesi amacıyla tüm hastalara benzer protokol uygulandı. Standart solunum devresi kullanılan Grup 1 hastalarında VIP hızı 11,03 iken, kapali sistem telli solunum devresinin kullanılmasıyla Grup 2'de bu oran 6,84'e düştü (p<0.05).

**TARTIŞMA:** Konjenital kardiyak cerrahi sonrasıda salgınların pnömoni görülme oranını azaltmak için fettile kapalı sistem telli ventilasyon uygun ve hastanın solunum yollarına kaçaçağı için önerilmektedir. Bu pnömonların önlenmesi amacıyla kullanılan solunum devresinin pnömoni oranının azalmasına neden olmuştur. Bu nedenle özellikle entübasyon süresi uzayan hastalarda sivi yoğunmasını önleyen solunum devresinin kullanılması önerilir.

**P19-04**

**Risk grubundaki hastalarda pnömokok aşılama oranı düşük: Hastaneye yatış aşılamanın için fırsat olabilir mi?**

Sema Alp Çavuş1, Madina Abdullahayeva2, Yasemin Şahin2, Vecihe Dursun2, Ayşe Yüce1

1'Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dali, İzmir
2Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzincan
3İlgil Devlet Hastanesi, İlgil

**GİRİŞ-AMAÇ:** İnvaziv pnömokok hastalıkları önemli morbidity ve mortalite nedenidir. Pnömokok hastalıkları riski taşıyanlarda pnömokok aşısı (13 degerli konjuge aş, 23 degerli polisakkarit aş) ve influenza aşısı önerilmektedir. Risk grubunda, diyabetes mellitus, kronik böbrek, kalp, akciğer hastalığı, splenektomi ve malignitesi olanlar ile 65 yaş üstündeki sağlıklı kişiler yer almaktadır. Türk-
Tablo: Risk grubundaki hastaların bölümlere göre pnömokok ve influenza aşılanma oranları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bölüm</th>
<th>Risk grubundaki hasta sayısı</th>
<th>Toplam hasta sayısı</th>
<th>Pnömokok aşı</th>
<th>Pnömokok aşı ı</th>
<th>Flu enza aşı</th>
<th>Flu enza aşı ı</th>
<th>p</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Göğüs Hastalığı</td>
<td>31/36</td>
<td>8 (25.8)</td>
<td>23 (74.2)</td>
<td>0.058</td>
<td>17 (54.8)</td>
<td>14 (45.2)</td>
<td>&lt;0.001</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kardiyoji</td>
<td>46/48</td>
<td>9 (19.6)</td>
<td>37 (80.4)</td>
<td>24 (52.2)</td>
<td>22 (47.8)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>İş Hastalığı</td>
<td>57/84</td>
<td>5 (8.8)</td>
<td>52 (91.2)</td>
<td>13 (22.8)</td>
<td>44 (77.2)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nóroloji</td>
<td>23/40</td>
<td>1 (4.3)</td>
<td>22 (95.7)</td>
<td>3 (13.0)</td>
<td>20 (87.0)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>157/208</td>
<td>23 (14.6)</td>
<td>134 (85.4)</td>
<td>57 (36.3)</td>
<td>100 (63.7)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

P19-05
İnfluenza A H1N1 ve İnfluenza B virus koinfeksiyonu

Safak Göktas1, Mesut Yılmaz2, Burcu Hizarci3, Paşa Göktas1

1Gelişim Tip Laboratuvarları, İnfluenz Hastalıkları ve Kl. Mikrobiyoloji, İstanbul
2Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfluenz Hastalıkları ve Kl. Mikrobiyoloji, İstanbul
3Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bu bildirinin amacı, İnfluenza A H1N1 ile İnfluenza B olgularının aynı hastada birlikte yer alabildiğini bilimsel ortam ile paylaşmaktır.

YÖNTEM: Laboratuvarlarda, solunum yolu patojenleri saptayabilme amacıyla, multiplex RT-PCR kiti kullanılmaktadır. PathoFinder (Hollanda) firması tarafından üretilen kit ile, 18 virüs ve 4 atipik pnömoni etkeni bakteri birlikte saptanmaktadır. Bu kit ile saptanan etkenler şu şekildeki: Bakteriler, Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertussis, Legionella pneumophila ve Chlamydia pneumonia'dir. Virüslere ise İnfluenza A, İnfluenza A H1N1, İnfluenza B, Rhinovirus/enterovirus, Bocavirus Tip 1, Human metapneumovirus, Adenovirus, RSV tip A, RSV tip B, Coronavirus NL63, Coronavirus HKU1, Coronavirus 229E, Coronavirus OC43, Parainfluenza tip 1, Parainfluenza tip 2, Parainfluenza tip 3, Parainfluenza tip 4'dir.

BULGULAR: İnfluenza A H1N1, 2014-15 influen- za sezonunda, Eylül - Ocak ayları arasında kullanılan 214 hasta örneğinde saptanmış, 2015 yılı Ocak ayında incelenen 76 hasta örneğinden 2 (%2.6)'sin- de saptanmıştır. Bu örneklerin birisinde İnfluenza A H1N1 ile, İnfluenza B birlikte saptanmıştır. 2015 Şubat ayının ilk 10 gününde ise, İnfluenza B olgularında hızla bir artış (~93.75) görülmuştur, incelenen 16 hastadan 2 (%12.5)'sinde delİnfluenza A H1N1 ile, İnfluenza B de
birlıkte saptanmıştır.

Sonuç olarak, İnfluenza sezonu henüz sona ermeden 3 olguda İnfluenza A H1N1 ile İnfluenza B koinfeksiyonu saptanmıştır.

SONUC: Hastaların bir kısımında, İnfluenza A veya İnfluenza B' nin, diğer virüsler ile koinfeksiyonları siklikla gördükteyiz. Ancak, aynı hastada İnfluenza A H1N1 ile, İnfluenza B' nin birlkte görüldüğü dikkatini çekmiştir. İnfluenza A tiplerinin insan, domuz, kuş, at gibi çeşitli canlilara bulunabileceği, İnfluenza B' nin ise yalnızca insanlık hastalik yapabileceğini bildirilmektedir. İnfluenza A H5N1 ( Kuş gribi) ile, İnfluenza B' nin koinfeksiyonunun mümkün olabileceği bildirilmektedir. Ancak, İnfluenza A H1N1 ( Domuz gribi) ve İnfluenza B koinfeksiyonu ait bir ibareye rastlanmamıştır. Olgularınıza da görüldüğü üzere, İnfluenza A H1N1 ile, İnfluenza B' nin de birlıkte koinfeksiyonlarının olabileceği anlaşılmaktadır.

P19-06 2015 kiş dönemi grip salgınlarında influenza B’ nin yeri
Şaफak Göktas¹, Mesut Yılmaz², Burcu Hızirci³, Paşa Göktas¹

¹Gelişim Tıp Laboratuvarları, İnfeksiyon Hastalıkları ve Kli. Mikrobiyoloji, İstanbul
²Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Kli. Mikrobiyoloji, İstanbul
³Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, İstanbul


YÖNTEM: Multipleks RT-PCR yöntemiyle solunum yollarında patojen olabilen 22 etken (18 virus ve 4 atıpk pneumonia' ndir. Virüsler ise İnfluenza A, İnfluenza A H1N1, İnfluenza B, Rhinovirus/enterovirus, Bocavirus Tip 1, Human metapneumovirus, Adenovirus, RSV tip A, RSV tip B, CoronavirusNL63, CoronavirusHKU1, Coronavirus229E, Coronavirus OC43, Parainfluenza tip 1, Parainfluenza tip 2, Parainfluenza tip 3, Parainfluenza tip 4 dır. Bakteriler, Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertussis, Legionella pneumophila ve Chlamydia pneumonia' dir. Virüsler ise İnfluenza A, İnfluenza A H1N1, İnfluenza B, Rhinovirus/enterovirus, Bocavirus Tip 1, Human metapneumovirus, Adenovirus, RSV tip A, RSV tip B, CoronavirusNL63, CoronavirusHKU1, Coronavirus229E, Coronavirus OC43, Parainfluenza tip 1, Parainfluenza tip 2, Parainfluenza tip 3, Parainfluenza tip 4 dır. 

BULGULAR: 2014 Ekim ayından, 10 Şubat 2015' e kadar olan sürede, solunum yollarında multipleks PCR yöntemi ile patojen etken arastırılmış istenilen 256 hasta değerlendirilmiştir. 2014 yılındaki Ekim ayında 39 hastadan 10 (%25.6)'nda, Kasım'da 57 hastadan 9 (%15.8)'nda, Aralık'ta 68 hastadan 15 (%14.7)'inde İnfluenza A saptanmıştır. Bu süre içinde hiç İnfluenza B saptanmamıştır. 2015'in Ocak ayında ise, incelenen 76 hastadan 5 (%6.5)'inde İnfluenza A, 9 (%11.8)'unda İnfluenza B, 2 (%2.6)'sindede İnfluenza H1N1 saptanmıştır. 2015 Şubat ayında ise farklı 10 gün itibariyle incelenen örneklerde, %93.8 oranda ortaya çıkmıştır. 2015 Şubat ayında ise ilk 10 gün itibariyle, İnfluenza B'nin koinfeksiyonu olduğu ve gribal infeksiyon tablolarında İnfluenza A yerine İnfluenza B'nin yer almakta olduğunu söylemler. Bu bulgular, bize görülen örnekleri yansıtmaktadır olup, diğer kuruluşların bulguları ile de kıyaslamarak idealemektedir. Belirtilen olguların bir kısmında, diğer virüs ve bakteriler de saptanmıştır. Onlar değerlendirilmekte dahil edilmemiştir.

P19-07 Linezolid kullanımda bağlı gelişen trombositopeni ve akciğer parankim kanamaları bir olgu
Güler Delibalta¹, Yasemin Çağır, Oral Öncü², Hakan Korucu³

¹Emsey Hospital, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
²İstanbul Üniversitesi ÇAPA Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
³Emsey Hospital, Anestezi Yoğun Bakım, İstanbul


OLGU: Bilinen hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter Hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, kronik börek yetmezliği tanıları olan 67 yaşında erkek hasta. Akciğer ödemi ne bağlı gelişen solunum yetmezliği tanısı ile yoğun bakım unidadesına yatışının 8. ayında 38,6 °C ateş saptanın hastanın, artmış pürüler vasküler solunum seekresyonlarını mevcuttu. Fizik muayenelerde her iki akciğerde krepiter ralleri ile PA akciğer grafişinde saşak akciğer orta ve alt zonarda pnömonik infiltrasyon ile uyuşmuyordu. Endotreakeal aspirat kültüründe gram pozitif mikroorganizma üremesi visto. VITEK®2 otomatize sistemlile (bioMerieux, Fransa) Staphylococcus aureus olarak tanımlanan izotol penisilin, oksasilline, eritromisin, tetrasiklin, klindamisin, moksifloksasin, fosfomisin ve rifampisin'e dirençli, teikoplanon, linezolid,
Bokavirus
P19-08
hematolojik yan etki olarak değerlendirilir ve gözününde bulundurularak parankim içine kanama olmadan 6. gününde endotrakeal tüp içinden kanama ri takip eden günlerde bu seviyede seyr etti. Linezolid tedavisi
G
Hastalığı tedir. Biz nazofarengeal sürüntü örneklerinde HBoV1 pozitifi. Hastaya klinik-laboratuar-radyolojik bulgular ve kültür
4Liv Hospital, Gastroenteroloji, 3Liv Hospital, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

SONUC: Linezolid, ventilatör ile ilişkiliéfono medene tedavi edici etkinliği, akciğer parankiminde ulaşacağı yüksek konsantrasyon, hızlı klinik yanıt ve mikrobiyolojik eradi-kasyon sağlanması nedeniyle tercih edilen bir antibiyotik olmakla beraber hastalar gelişebilirce hematolojik yan etkiler açısından yakın takip edilmelidir.

P19-08 Çocuklarda akut solunum yolu infeksiyonu etkeni: Bokavirus
Zehra Çağla Karakoç¹, Şafak Göktas², İsmail Gönen³, Eda Balanlı³, Ahmet Akçay³, Binnur Şimşek⁴
¹Liv Hospital-Bağçeşhir Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
²Gelişim Tıp Laboratuvarları, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
³Liv Hospital, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
⁴Liv Hospital, Gastroenteroloji, İstanbul

GİRİŞ-ÂMAÇ: On yıl önce tanımlanan ve dört yüz olan Bokavirüsler (HBoV) Paroviridae ailesinde yer alır. Çok sayıda çalışmada HBoV solunum yolu infeksiyon-
larında ko-pathojen olarak bulunduğu ve asptomatik hastalarda prevalansın yüksek olduğu gösterilmiştir. HBoV1’in solunum yolu infeksiyonu yol açtığı bildirilmektedir. Biz nazo-farengeal sürüntü örneklerinde HBoV1 pozitifiği saptanan iki olgu sunduk.

OLGU 1: Beş yaşında kız hasta üç gün önce başlayan ateş, beslenme azlığı ve ses kısıklığı şikayetleri ile başvurdu. Muayenesinde tonsiller hipereumik, hipertrofik ve ateşli 38.50°C saptaldi. Lökosit sayısı ve CRP değerleri normal olan hastanın monositozu (lökosit:6940/mm³, nörtrol: %64, lenfosit: %24, monosit: %14) vardı. Tonsillofarenjit öntansisi ile alman bazı karaciğer ve nazofarengeal sürüntü öngörüne multiplevs RT-PCR (RespiFinder® SMART 22 FAST; 18 virus ve 4 bakteri) çalışıldı. Semptomatik tedavi verilen hastada nazofarengeal sürüntü öngörüne HBoV1 pozitifiği saptandi ve boğaz kütürgünde üreme olmadi. Takibinde şikayetleri 4. günde geriyecek 1. hafta sonunda iyileşti.

OLGU 2: Astım bronşialı tanisi ile izlenen üç yaşında kız çocuk beş gündür devam eden öksürük, burun ağırlığı ve 380 C ateş şikayetleri ile başvurdu. Akciğer grafişinde sağ akciğer periheler alanda nonhomojen dansite artıştı saptanarak mononi öntansisini yaratılan mononu, boğaz kütürgü ve nazofarengeal sürüntü öngörüne multiplevs RT-PCR (RespiFinder® SMART 22 FAST; 18 virus ve 4 bakteri) çalışıldı. Laboratuvar incelemelerinde minimal lökositoz ve sinirda monositoz (10600/mm³; %58 nörtrol, %11.4 monosit, %26 lenfosit) dışında CRP değeri 23 mg/dL (0-5) saptanmıştır hastaya seftriakson ve klaritromisin tedavisi 7. günü tamamlanarak kesildi. Bir hafta sonraki poliklinik kontrolünde klinik ve laboratuar olarak düzeldi.

SONUC: Son yıllarda kullanılan nükleik asit testlerinin de yardımı ile solunum yolu infeksiyonlarının %80’unun virüslere Tabi olabileceği gösterilmiştir. Dünya HBoV pozitifiği oranı %1.5-18.5’dür. Ülkemizde yapılan çalışmaldarda solunum yolu örneklerinde çocuk hastaların %6.5 oranında HBoV1 saptanmıştır. Klinik olarak diğer solunum yolu viral infeksiyonlarından ayrılamazlar. Çok sayıda grubunda gelişen akut solunum yolu infeksiyonlarında Bokavirusler akılda tutulmalıdır.

P19-09 Nekrotizan pnömoninin nadir bir etkeni: Legionella
Tuba İlgar¹, Esra Kaya Kılıç¹, Cavet Çulha2, Cemal Bulut¹, Çiğdem Ataman Hatipoğlu¹, Duygu Çerçioğlu¹, Sami Kınıklı¹
¹Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
²Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ-ÂMAÇ: Nekrotizan pnömoni, akciğer infeksiyonu
nunun nadir bir komplikasyonudur. Mikroorganizmanın virulansına veya konağın predispozan faktörlerine bağlı oluşabilir. Çoğulukla stafilokok pnömonilerinde karşıla-
şılımlıktedir. Bu yüzden Legionellaya bağlı gelişen bir nekrotizan pnömoni olgusunu sunacağız.

OLGU: 64 yaşında erkek hasta, torotoksikoz nedeniyle 40 gündür 24 mg/gün prednizolon tedavi almakta idi. Hastaneye yatıştırma 22. yılında ise kronik balgam şikayetleri, yanıştı ve hastanın solunum sistemine bağlı olmaya başlamıştır. PA akciğer grafişinde sağ alt zonda nonhomojen dansite görülen hastaya hatane kaynaklı pnömoni öngörülen AMPİRARIERININ 4. güne 38 C ateş olsa olmanın solunum sisteminde muayenesinde sol bazalde ralleri ve sağ
bazalde ronkusleri duyuldu. Akciğer grafisinde sağda in-
filtrasyonunda artış görüldü, piperasilin tazobaktam te-
davisi kesilerek meropenem 3x1 g (IV) ve klaritromisin
2x500 mg (po) tedavisine geçildi. Hastanın çekilen to-
raks tomografisi, “sağ akciğer orta ve alt lob segmentle-
rinde havalanmayi tapayan kollaps-konsolidasyonu yulumu geniş
dansite artımları izlenmiştir, yer yer bazal ve nonho-
mojen yoğunluğ artımlarının da eşlik ettiği dikkati çek-
mıştır. Orta lobda izlenen konsolidasyonun göre düşük
danstide-hipodens yapıda olduğu kaydedilmiştir; nekro-
tizan pnömoni yönünden görünüm şüphelidir” olarak rap-
orlandı (Resim). Hastadan balgam kültür ve solunum
yolu hastalıkları bakteri paneli PCR görenildi. merope-
nem tedavisi 5. gününde linezolid 2x600 mg (IV) tedavisi
ekendi. Balgam kültüründe üst solunum yolu flora ele-
manları olarak, PCR’da Legionella pneumophila pozitif
saptandı. İdrarda bakılan legionella antijeni pozitif sap-
tandi. Legionellaya yönelik sorgulamalarında hastaneye
yatıştı olduğu klinikalt ortamda bulunma, otele, kapli-
caya veya saunasına girmeye öyküsü saptanmadı. Hastanın
tedavisi nevofloksasin 1x750 mg (IV) ekendi. Hastanın
takibinde atesi olmadığı, solunum sistemi muayenesinde
ralleri geriledi, meropenem tedavisi 10, linezolid tedavisi
14, nevofloksasin tedavisi 10 güne tamamlanarak kesildi.

SONUÇ: Nadir görülmekle beraber, nekrotizan pnömoni
immün sistemini baskılanmış hastalarda, tedavide rağmen
ilerleyen pnömoni klinijinde akla gelmelmektedir. Siklikla sta-
filokok cinsi bakteriler etken olarak saptanmakla beraber
buzm olgumuzda da olduğu gibi atıpk etkenler de sebep
olabilir.

Resim: Nekrotizan pnömoni görünümü

P20-01
Ekstrapulmoner tüberküloz olgularının klinik ve
laboratuvar özelliklerinin incelenmesi

Şirin Menekşel Yılmaz1, Nurcan Baykam2, Seçil Deniz2,
Tuba Çiçek Güzeller, Şebnem Eren Gök, Ayse Kocagül
Çelikbaş, Hanika Esener, Başak Dozuğoz2

1Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul
2Ankara Numune Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları, Ankara,
3Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Tüberküloz, HIV (Human Immün
Deficiency VIRüs) infeksyonunun artmışları olarak
tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olmuştur devam
eden, tüm organları tutabilen bir infeksyon hastalığıdır.
Çalısmamızda klinikjimizde izlenen ekstrapulmoner
tüberküloz olgularının incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamızda; Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi 1. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Kliniği’nde Ocak 2004 - Ocak 2009 tarihleri
aralığında takip edilen ekstrapulmoner tüberküloz olgu-
larının klinik ve laboratuvar özellikleri retrospektif olarak
incelenmiştir.

BULGULAR: Beş yıllık sürec içinde 33 ekstrapul-
moner tüberküloz olgusu tespit edilmiştir. Olgu-
larda sliklik sırasına göre lenf nodu, santral sinir
sistemi, tüberküloz spondilodiskit, milyer tutulum, gastro-
intestinal ve genitouriner sistem tutumlu sıaptıtıır. Olguların yaş ortalaması 46.8 olarak tespit edilmiş olup,
%54.5 olgunun da üreten kademede olduğu sıaptıtıır. Tüberküloz lenfadenit kadın (p=0.007), santral sinir
sistemı tüberkülozunun ise erkek cinsiyetle (p=0.039)
da daha sık görüldüğü istatistiksel olarak gösterilmiştir.
Takip ettiğimiz hastaların %12.1’inde tüberküloz
hasası ile temas, %18.2 olguna geçirilmiş tüberkö-
loz öyküsü varlığı, %57.6’sında altta yatan hasta-
lık veya kolaylaşıcı etken etmiş sıaptıtıır, en sık
altta yatan hastalık olarak HIV/AIDS sıaptıtıtır. Olguların 16’ındada (%48.5) birden fazla organ tutu-
muş sıaptıtıır, bu olguların 8’inde (%24.2) eşlik
eden organın akciğer olduğu tespit edilmiştir. Tüber-
külin deri testinin %55.2 olguna pozitif sıaptıtıır.
Yalnızca %15.1 olguna M.tuberculosis izole edil-
miş, %18.2 olguna ise örneklerde AARB pozitif-
liği gösterilmiştir. Olguların %6’sında tanı tedavi-
den tıpta gidererek konulmuştur. Histopatolojik
olarak %45.4 olguna granülomatoz lezyon sıaptıtıır.
Olgularımızın 5 (%15)’i mortal seyrmetmiştir. Ateş yük-
seklığı, hiponatremi ve lökopeni olan hastalarda mor-
talitenin daha yüksek olduğu istatistiksel açıdan an-
ılamı bulunmuştur. Olguların %60.6’sının şikayet
süresi 1 yandan uzun olduğu ve İstatistiksel olarak gös-
terilememekle beraber, şikayet süresi uzun olan olgu-
larda mortalitenin daha yüksek olduğu gözlemiştir.
SONUÇ: Çok farklı klinik tablolara neden olan, aslında çok nadir görülmeyen, tanı koymada zorluklar nedeniyle de çoğunlukla gözden bir hastalığın ekstrapulmoner tüberkülozu tanısında en büyük adımı hasta bilen kuşkulanmaktadır.

Tablo: Tutulum Yerlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tutulum Yeri</th>
<th>n</th>
<th>Kadın n (%)</th>
<th>Erkek n (%)</th>
<th>P değeri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tüberküloş Lenfadenit</td>
<td>9</td>
<td>8 (88.9)</td>
<td>1 (11.1)</td>
<td>0.007</td>
</tr>
<tr>
<td>SSS Tüberküloş</td>
<td>6</td>
<td>3 (50.0)</td>
<td>3 (50.0)</td>
<td>1.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Tüberküloş Spindlodiskit</td>
<td>6</td>
<td>3 (50.0)</td>
<td>3 (50.0)</td>
<td>1.000</td>
</tr>
<tr>
<td>Miliyer Tüberküloş</td>
<td>3</td>
<td>1 (33.3)</td>
<td>2 (66.7)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GIS Tüberküloş**</td>
<td>2</td>
<td>1 (50)</td>
<td>1 (50)</td>
<td>1.000</td>
</tr>
<tr>
<td>GÜS Tüberküloş**</td>
<td>2</td>
<td>1 (100)</td>
<td>1 (0)</td>
<td>0.227</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>33</td>
<td>31 (93.9)</td>
<td>2 (6.1)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*: Gastrointestinal sistem **: Genitouriner sistem

P20-02
Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi personelinin tüberkülinsensitiyelerinin ve akciğer grafilerinin değerlendirilmesi

Tuğba Sarı¹, Fatih Temocin²

¹Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Denizli
²Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Yozgat

GİRİŞ-AMAÇ: Ülkemizde sağlıklı çalışanlardadı tüberküloz (Tb) insidansının yüksek olduğu bilinmektedir. Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi yıldır yaklaşık 100 Tb tanı ve tedavisinin yapıldığı bir hastanedir. Çalışmamızda amacımız Tb riski açısından hastanemizdeki prevalansı saptamak ve sonuçlarla göre alınması gerekli önlemleri ortaya koymaktır.


BULGULAR: Çalışmaya alınan 102 (%44) personelden, 69 (%67,6)’ı kadın, 33 (%32,4)’ü erkek olup, yaş ortalaması 33,9 ± 7,17 idi. Çalışların 1 (%1)’i doktor, 38 (%37,3)’i hemşire, 27 (%26,5)’si temizlik personeli, 16 (%15,7)’i tıbbi sekreter, 20 (%19,6)’si hasta ile direkt teması olmayan diğer personeldi. Hiçbirinde geçirilmiş Tb öyküsü yoktu, 8 kişide (%7,8) ailede Tb öyküsü, 2 kişide Tb profilaksisinin (%2), 18 kişide (%17,6) kronik hastalık öyküsü mevcuttu. Tb semptomlarında; ateş 1 (%), gece terlemesi 7 (%6,9), öksürük 6 (%5,9), kilo kaybı 1 (%1) kişide vardı. Hemoptizi hiçbir personelde yoktu. Bir personel harici hepsinde BCG aşısı vardı. Hastane personelinin PPD endürasyon ortalaması 9,5 ± 5,9 mm olarak bulundu. Tb servislerinde çalışanların PPD ortalamaları 10 ± 6,06 mm idi. BCG skar sayısı ile PPD ortalamasında anlamli bir ilişki saptanamamıştır, (p=0,4), çalışma yılına bağlı olarak PPD endürasyonu arasında ilişki saptanmıştır (p=0,04). BCG sayları Tablo 2’de verilmiştir. Tb ile temas olan personelin (86) %13,7’sinde, teması olmayanların ise (16) %2,9’sinde PPD pozitifliği saptanmıştır. Değerlendirmeye alınan PA akciğer grafilerin sonuçları Tablo 1 de gösterilmiştir. BCG skar sayısı ile PPD pozitifliği ilişkisi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamalı bir ilişki izlenmemiştir (p=0,2). PPD negatif olan 85 personele tekrar PPD planlanmıştır. İnfeksiyon oranımız %17,6 olarak bulundu.

SONUÇ: Sonuç olarak bütün sağlık çalışanları için, özellikle de tüberkülozu hasta takibi açısından branş hastanelerinde çalışanları için, hastanelerin tüberküloz kontrol programlarını oluşturmalı ve personel eğitmine önem vermeleri gerekmektedir.

Tablo 1: Hastanemiz personelinin BCG skar sayıları

<table>
<thead>
<tr>
<th>BCG skar sayısı</th>
<th>Personel sayısı (%)</th>
<th>PPD pozitifliği (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>1 (1)</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>34 (33,3)</td>
<td>5 (4,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>41 (40,2)</td>
<td>6 (5,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>25 (24,5)</td>
<td>7 (6,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>1 (1)</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 2: PA akciğer grafi bulguları

<table>
<thead>
<tr>
<th>PA akciğer grafi bulguları</th>
<th>Personel sayısı (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Normal</td>
<td>85 (83,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Fibrotik lezyonlar</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Bronşlarda genişlemeler</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Nodüler lezyon</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sağ dağ genişlemeler</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Hiler genişleme</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Belirgin pulmoner konus</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Eleve sağ diafrağı</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
P20-03
Lenten nodu tüberkulözuna yaklaşıma, klinik ve patolojik bulgular: Olgu serisi
Selçuk Karaakadıoğlu1, Beyza Ören Bilgin2, Hüseyin Bilgin1, Cihan Mutlu1, Lütfüye Mülazimoğlu1
1Marmara Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, İstanbul
2Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bülüm Dali, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Tüberkulözun akıçğı dişi en sık yerleşen formu olan tüberkulöz lenfadenitler ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olarak karşıma çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde her yıl 13-14 bin yeni tüberkulöz olgusu oluşur, bunların %36’sı akıçğı dişi tüberkulöz olgularıdır. Bu olguların %30,2’sinde ekstratoraksal lenten tutulumu görülüür. Çalışmamızın amacı, lenf nodu tüberculöz tanıları hastaların genel özellikleri belirlenmek ve tanisal yaklaşımı değerlendirmektir.


BULGULAR: Bu çalışmamızda tüberkulöz lenfadenit hastalarının %95,2’si kadındı. Hastaların ortalama yaş 45 olup yaş aralığının 23-92 yıl arasında değiştiği görüldü. Olguların %90’ında servikal lenf nodu tutulumu, geri kalanında aksıllar tutulumu vardı. Hastaların %80’inde PPD pozitif saptandı. %95,2 olguna lenf nodu eksizyo

SONUÇ: Lenf nodu tüberkulöz gelismekte olan üłe

P20-04
Tüberkulöz hep aklımızda bulunsun! Erişkin ekstrapulmoner tüberkulöz olgularının değerlendirilmesi
Adiyez Ayvap1, Şebnem Eren Gök1, Aysel Kocagul Çelikbaş1, Nurcan Baykam2, Salih Kızci1, Mustafa Necati Eroğlu1, Harika Esener1, Başak Dokuzoğlu1
1Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
2Hitt Üniversitesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Çorum

GİRİŞ-AMAÇ: Tüm organları tutabilen bir infeksiyon hastalığı olan tüberkulöz, gelişmekte olan ülkelerin yanı sıra, HIV(Human Immune Deficiency Virus) infeksiyonunun artışına bağlı olarak gelişmiş ülkelerde de önemli bir sağlık sorunu olmaiva devam etmektedir. Tutulan organa göre belirli ve bulguların değişmesi, tanıda güçlüklerle ve tedavide geçikmelere sebep olmaktadır. Bu çalışmada, eğilim için önemli bir sağlık sorunu olarak ekstrapulmoner tüberkulöz (EPT) olgularının dağılımı ortaya konmuştur.


BULGULAR: 41 EPT olgusu takip edilmiştir. Olguların 23(56’ı) erkekti, yaş ortalaması 51:16:48(88) olarak saptandı. EPT olgularının dağılımı Tablo’dan gosterilmiştir. Beş olguya akıçğı tüberkulöz eşlik etmektediydi. Olgulardan ikişinde ailede tüberkulöz ekzosyediştir. 19 olguda HIV pozitifliği(n=4),cerrahi girişim(n=5),travma(n=1),diabetes mellitus(n=3), kronik böbrek yetmezliği(n=1), immünsüpresif tedavi almak(n=2),bruselloza bağlı spondilodiskitis nedeni ile tedavi almak(n=1),fibroza aitatan hastalik veya hastalığı havrlayıcı ve kolaylaştırıcı faktör saptan

SONUÇ:Ülkemizde tüberkulöz infeksiyonunun de

-344-
Tablo: Ekstrapulmoner tüberküloz olgularının dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tutulum yeri</th>
<th>Olgu sayısı (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kemik-eklem</td>
<td>19(43.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Lenfadenit</td>
<td>8(19.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Menenjit</td>
<td>5(12.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Üriner tüberküloz</td>
<td>2(4.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Millir tüberküloz</td>
<td>2(4.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pott absesi</td>
<td>2(4.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Psoas absesi</td>
<td>1(2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cilt tüberkülozu</td>
<td>1(2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Peritonit</td>
<td>1(2.4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P20-05
BCG aşısı sonrası dissemine tüberküloz gelişen kronik granülomatöz hastalık tanılı bir olgu

Güler Delibalta¹, Oral Öncüli², Murat Seringöl³
¹Emsey Hospital, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
²İstanbul Üniversitesi Çapa Tip fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
³Emsey hospital, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, istanbul

GİRİŞ-AMAÇ: BCG (Bacillus Calmette-Guérin) aşısı çocukları miliyer tüberküloz ve tüberküloz menenjittek korumak amacıyla dünyada yaygın olarak kullanılan bir aşıdır. Aşılı bağılı olduğu yant etkiler coğunluksa altta ya tâm insan susceptif hastalık varlığındaki görülür. Olgumuz BCG aşısı sonrası dissemine tüberküloz gelişen 3 ay 28 günlük erkek hastadır. Hasta immünometzizik açısından tektil edilmiş ve otozomal resesif tıpte Kronik Granülomatöz Hastalı(KGH) tanısı konulmuştur

OLGU: Olgumuz miadiında 3800 gr olarak doğan 3 ay 28 günlük erkek hastadır. BCG aşısı sonrasında 15 gün sonra sol aksiller lenfadenopati ve ateş yüksekliği şikayetleriyle başvurdu. Hastamızda ve ailesinde bilinen immüneter-sizlik öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenesinde: genel durum orta-kötü, sol aksiller bölgede ege gelen 3x3 cm boyutunda yüzeyi kizarık, yaklaşık 8 cm hepatomegali ve 2 cm splenomegalı mevcuttu. Sol aksiller kitle eksizyonu yapıldı, yapılan EZN( Ehrlich-Ziehl-Neelsen) boymasında çok sayıda asido rezistan bakteri(ARB) görülü. Hastaya rifampisin 20 mg/kg + izonyazid 10 mg/kg + etambutol 15 mg/kg + streptomisin 30 mg/kg dozunda dörtlül antitüberküloz tedavi başlandı. TBC DNA PCR testi pozitif olarak geldi. Löwenstein jensen besiyerinde üreme ile tiplendire edilmiş sonucuna izole edilen bakteri Mycobacterium bovis olarak isimlendirildi. Hastada immünometzizik araştırılması için Dihydroamin ve LAD(lenfosit adevyoz defekt) paneli değerlendirildi, sonuçlar ile birlikte değerlendirilen hastaya otozomal rese-sif tıpte Kronik Granülomatóz Hastalık tanısı konuldu ve hastaya interferon gamma tedavisi başlandı. Antitüberkü-loz tedavinin 14. gününde ateş düştü ve tekrar ateş göz-lenmedi, tedavinin üçüncü ayında hepatospplenomalgelisi düzdüldi.

SONUÇ: KGH fagositik lökositleri etkileyen ve yaygın olarak görülen bir immünometzizik tipidir. KGH hasta-lar arasında bazı bakteri ve mantarların yanı sıra mikobakteri infeksyonlarının artmış yatıklığı vardır. KGH taşıyıcılara rin BCG aşısı kontrindir, ailesinde KGH öyküsü olan yenidö完善的 imünonolaj olarak tektil edilmedi ve sonuçlar elde edilincey kadar BCG aşısından kaçınılmalıdır.

P20-06
Rifampisin dirençli tüberküloz spondidolodiskit olgu sunumu

Onur Ural, Nazlim Aktuğ Demir, Şua Sümer, Fatma Çolkesen
Selçuk Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Tüberküloz akıcı anıda en sik iske-let sistemini tutar. Olguların %10’unda vertebral tutulum vardır.

OLGU: Altmış altı yaşında erkek hasta kliniğiime bel ahrsı, yürüyememe, idrar yapamama şikayetleriyle başvurdu. Hastanın çekilen torakolomber MR’da spondidolodisit ve apse sağlandıyor. Yerinin uygun olmaması nedeni ile apse direne edilemedi. Ampirik olarak siprofloksasin 2x400 mg + teikoplanin 2x400 mg tedavisi başlandı. Kan kültüründe üreme olmadı ve PPD:12 mm olarak tespit edildi. Tedavinin 14. gününde klinik bulguları düzelmeye infeksiyon parametrelerinde düşüş ve çekilen torakolomber MR’da bir değişiklik olması üzerine hastanın teda-visi meropenem 3x1 gr + daptomisin 1x500 mg çeklinde düzenlendi. Bu tedavinin 14. gününde hasta kendi isteği ile siprofloksasin 2x500 mg + teikoplanin 1x400 mg te-davisi ile taburcu edildi. Hasta taburcu edildikten 8 gün sonra bel ahrsında artma, bakaklarda uyuşma şikayet ile tekrar kliniğiime başvurdu. Çekilen MR’da bulguların değişmeden devam ettiği görüldüğü üzerine hasta beynin cerrahi kliniği tarafından apse drenaaj uygulandı. Ampirik olarak tekrar meropenem 3x1 gr + daptomisin 1x500 mg taburcu edildi. Bu drenaajda yaklaşık 1-2 cc pürürlan öne alınabiliyor olmayanı önune aerop kul-tür, Tbc kültür, EZN ve gram boyama, histopatólojik inceleme istendi. Apse kültüründe üreme sağlandığına EZN boymada basil görüldü. Meropenem + dap-tomisin tedavisi ile şikayetlerinin azalması ve infeksiyon parametrelerinin düşmesi üzerine tedavinin 4. haftası tamamlanırdıktan sonra hastanın isteği ile siprofloksa-sin 2x750mg + klindamisin 4x300 mg tedavisi ile taburcu edildi. Bu sıra patoloji sonucunda kazeiffiyе granüloma-

SONUC: Bu olyu snumu ile tüberkülozun sık görüldüğü ülkelerde spondilodiskit ayırıcı tanıda düşündürüleni gerektiği ve apse varlığında örnek alınmanın ne kadar değer olduğu vurgulamak istenmiştir.

P20-07 Romatoid artriti taklit eden el bileği tüberküloz oclusu

Aziz Ahmad Hamidi¹, Nuray Uzun², Gülkan Özkan², Dilek Yıldız Sevği¹, Veli Yazlaşım², İlyas Dökmetsa¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatod Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: El bileğinde artriti nedeniyle romatoid artrit (RA) düsünleerde kortikosteroid tedavi verilen hastada gelisen dissemin tüberküloz (el bileği, yumuşak doku, vertebran ve renal tutulumun birlikteliği) oclusu sunulmaktadır.

OLGUN: 56 yaşında kadın hasta, 3 aydır olan ateş, kilo kaybı, yürüyememe ve bel ağrısı şikayetle başvurdu. 2.5 yıl önce sağ el bileğinde oluşan artrit nedeniyle RA düşünüleerde kortikosteroid tedavi verilmiştir. 2. yıl önce sol böbrekte hidronefrroz nedeniyle 6 ay süreyle üre-tere stend uygulanmış. Tedavi altında elbileği şikayetleri gerilememeyen hasta bel ağrısı ve yürüme zorluğu geliş-miş. Fizik muayenede; ateş: 38.10C, sağ hemitorakst 2. interkostal aralikta 4 cm büyüklüğünde, sert, yari mobil cilt altı lezyon, sağ el bileğinde aktif iliopsis kas göcü 3/5, quadriceps kas göcü 4/5, bel ağrısı nedeniyle oturumamayaaptı. Laboratuvarunda; Hb: 9.9gr/dL, lökosit: 5430/ul, CRP: 74mg/L, eritosit sedimentasyon hızı: 30mm/saat, tüberkülın deri testi (PPD): 23mm bin bir. Manyetizan rezonansta; lomber bölgeler L4 verteb- rada yükseklük kaybı ve L4-L5 aralığında da diskit; el bi- leğinde uña da yoğun medüller ödem ve ekle ralığı mesafesinde darlama izlendi. Bilgisayarlı tomografide; 2. sternokostal eklem anteriorunda intratoraks izanım gösteren 41x23mm boyutlarında düzgün konturu nodüler yuMutak doku oluSMu ve sol böbrek toplak sistemde evre 3 hidroüreteronefrroz saptandı. El bileğe sinoviyal biyopsi yapıldı; mikrobiyoloji incelenmesinde sinoviyal sıvıda (+++) ası direnci bası (ARB) görül- dü, sinoviyal dokuda ARB pozitifliği ve Mycobacterium tuberculosis complex (MTC) üremesi olduğu. Histopatolojik incelemende nekroz gösteren kronik granülomatoz ilthap (KGI) saptandi. Stemumun onündeki nodülden insizyonel biyopsi yapıldı. Kültüründe MTC üredi; histopatolojik incelemede kaseifikasyon gösteren KGI saptandi. İdrarda üç kez ARB pozitifliği ve kültüründe MTC saptandi. RA için almakta olduğu tedavi kesiler 4'ülü antituberkuloz tedavi başlandı. Tedavinin 8. ayında el bileğindeki şişliğin tamamen geriledi; yürüyebildiği ve kronik anemisinin düzeltildiği (Hbg: 12.9gr/dL) saptandi. Tedavisi 12 aya tamaamlandı. Tedavi bitiminden bir yıl sonra şikayetlerinin tamamen kaybolduğu ve yeni bir eklem bulgusunun gelişmediği görüldü.

SONUC: Tüberkülozun nadir formları olan periferik eklem tutulumlarının RA gibi infamatuar hastalıklara karşıbileceği ve immunsupresif tedavi altında disseminasyon gösterebileceğini vurgulamak istedik.

P20-08 Yumuşak doku absesi şeklinde prezentе olan milier tüberküloz oclusu

Nazife Duygu Demirbaş, Ahsen Öncül, Dilek Yıldız Sevği, Ceren Atasoy, Ahmet Sanli Konuklar, Nuray Uzun, İlyas Dökmetsa

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği


OLGUN: Bilinen hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği tanıları oluphaftada üç kez fistül- den hemodiyalize giren 60 yaşında kadın hasta, iki ay önce sırtında şişlik ve bel ağrısı yakınıması ile diş mer- keze başvurmuş. Uygulanan drenaj sonucu patoloji raporu abse içeriği ile uyuMu sonuçlanmış ve hastaya ampiisol-binbaktam ve ciprofloksasin tedavi başlan-mış. Bu tedavi altında iken (iki lezyondan 20 gün sonra) sol omuz bölgesinde benzer şişlik oluşmuş üzerine tekrar drenaj uygulanmış ve lezyonlara gerileme saplandı. İkinci lezyondan bir ay sonra sol memede kizarıklık, ağrı, şişlik yakınıması olan hasta, hastane- miz genel cerrahi kliniğini yatırılmış. İstenilen konsül- tasyon sonucu hasta servisimize nakil alındı. Çekilen meme MR’inda retropelteryal bölgenden superiores ve lateral kesimle uzanan gösteren 15x3x4 cm boyutlarında düğün konturunun planda enkefe hematom, abse lehine değerlendirilir lezyon görülmesi üzerine giri-
P20-09
Karnı ağrısı ile seyreden tüberküloza bağlı primer psoas absesi

Müge Ayan, Gülden Yılmaz, Elif Mukıme Öztürk, Belgin Coşkun, Fazilet Ayan, Kemal Osman Memikolu

Ankara Üniversitesi Tip Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

AMAÇ: Vücutun herhangi bir yerinde aktif tüberküloz odağını oladan psoas absesinin tüberkülozun ilk odağını olarak bulunması nadir görülen bir durumdur. Bu bildiride karın kitle nedeni ile araçtırmalar hastada tespit edilen ve drenaj sonucu tüberkülozu kültüründe mycobacterium tuberculosis complex üreyen bir olağan durumu gösterilmiştir.


P20-10
Adrenokortikal yetmezliğe neden olan bir miliyer tüberkülozu olgusu

Şule Canlar¹, Celal İdemen¹, Aysun Yalçın², Özge Leyla Şengezer², Alpay Azap³, Murat Faik Erdoğan¹

¹Ankara Üniversitesi Tip Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dali, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dali, Ankara
²Ankara Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dali, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Tüberküloz (TB) gelişmekte olan ülkelerde adrenal yetmezliğin önemli sebeplerinden biridir. Biz de adrenal tümör düştüğünde bir miliyer TB olgusunu sunmak istedik.

OLGU: Otuz beş yaşında erkek hasta bulunan, kusma ve baş ağrısı çıkayeti ile hastaneyeye başvurmuştur. Gece terlemesi, ıkısıkür balgam çıkayetleri de olan hasta hastane ye yatırılmış. Yapılan tetiklerde bilgisayarlı tommografide (BT) sürenin bezledede kitle saptanmıştır. Hasta metabolik sronul kanser ön tanısi ile hastanemine sevk edilmiştir. Hastanemize yapılan tetiklerinde CRP 110 mg/L (0-3), sedimentasyon 64 mm/saat idi. Karaciğer, böbrek ve karın enzimleri, vertebraları, kusma ve holgerolistleri normaldı. Kranial magnetik rezonans görüntülenmesi (MRG) sol seyrek hemisferde, sağ serebral hemisferde, temporal lobda, frontal lobda, sol parietal lobda kontrast tavan metastastik lehine lezonlar saptandı. Çekilen boyun korne dokumunun BT’de akıcı ve akciğerlerde miliyer nodüller (miliyer metastatik süreçler?) saptanmiştir.


P20-11 Intrazevikal BCG uygulaması sonrası gelişen dissemine tüberküloz: Olgu sunumu

Yaşar Bayındır1, Aysegül Kuscu1, Hilal Ermiş2, Barış Otu1, Adem Köse1, Üner Kayabaş1, Funda Yetkin1, Yasin Emre1

1İnönü Üniversitesi, Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya
2İnönü Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya
3İnönü Üniversitesi, Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ-AMAĞÇ: Mesane kanserlerinde progresyon ve rekürrens engelleme için birçok ilaç intrazevikal olarak kullanılmaktadır. Bunlar içinde intrazevikal olarak Mycobacterium bovis’inavrul suçu olan Bacillus Calmette-Guerin (BCG) uygulanmasının en başarılı immünoterapi yöntemi ise GenoTip MTBC (Germany) kullanımı ile birliktedir. Organlar için reeküperasyon, 84,6% olarak saptandı.

OLGU: Mesane kanseri nedeniyle intrazevikal BCG uygulaması 60 yaşında erkek hastanın son tedavisinin sonrası ateş, gece terlemesi, idrar yaparken yanma ve işahısi sikayetleri başlamış. Ateşi 10 gün sürdüğe devam etmesi üzerine hastaneminize sevk edilmiştir. Fizik muayenede ateş 38,5°C, nabiz 112/dk, arteriyel tansiyon 100/60 mmHg, solunum sayısı 24/dk olarak saptandi. Şuurgu açık, koopere ve ciyayente, ancak halsiz görünümde idi. Dinlemekteki akış bazalderde roller mevcuttu. Tam kan sayımında beyaz kür 8,400/mm³, C-reaktif protein 11,9 mg/dL, sedimantasyon hızı 55 mm/ saat olarak saptandi. Idrar mikroskobisinde 50 lökosit/mm³ mevcuttu. Idrar örneği Mycobacterium tuberculosis kompleks’i özü gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu testi (Cepheid GeneXpert MTB/RIF, USA) ile negatif iken, bronkoalveolar lavaj sıvısı pozitif bulundu. Mycobacterium tuberculosis kompleks tiplendirmesi için GenoType MTBC testi (Hain Lifescience, Germany) kullanıldı ve örnekte BCG suçu saptandi.


SONUC: Kas tabakasına ilerlemiş mesane kanserlerinde intrazevikal BCG uygulaması, hala en etkili tedavi yaklaşımı olup, genellikle iyi toler edildiğinden tedaviye başlanmasında uyumlu olabilir (Şekil). 

Resim: Intrazevikal BCG uygulaması sonrasında dissemin BCG infeksyonu saptanan hastanın akış görseli.

P20-12 Postpartum tüberküloz menenjitli olgu

Mehla Çağla Sönmez1, Şeref Özkara2, Fatma Şebnem Erding3, Meltem Arzu Yetkin3, Günay Ertem3, Ferah Bölükbaşıoğlu4, Behiç Oral5

1S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
2S.B. Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
3S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
4S.B. Úskudar Devlet Hastanesi
5Ankara Özel Güven Hastanesi

OLGU: Otuzyedi yılında kadın hastada postpartum 3. haftada uykuya eğilim, içe kapanıklık, baş ağrışiagnostics giderek artması, bulantu-kusma eşlik etmesi, biliş bulanıklığı ile beraber ajitasyon gelişmesi üzerine klinikimizde sevki edilen hastanın ilk değerlendirilmesinde bilişbünk, kooperasyon ve oryantasyon yoktu. Kranial BT’de patoloji saptanmadı. BOS incelemesinde; 480 lükosit/mm³ (%88 lenfosit), 70 eritrosit/mm³, protein 2028 mg/dl, glukoz 22 mg/dl (EZK's; Eş zamanlı Kan şekeri 135 mg/dl) olduğu saptandı. Hastaya seftriakson+asiklovir verildiği için tedavisine izoniazid, rifampisin, etambutol, pyrazinamid 1x300 mg, 1x600 mg, 1x1500 mg, 1x1200 mg, streptomisin 1x1000 mg, otorokakis 1x300 mg, servikal lenfadenopatilerinde küçülme saptanmıştır. Hastanın servikal lenfadenpleksinde karaciğer ağırlığı ve batılabildiği için tüberküloza (tbc) bağlı karaciğer tutulumu akciğer dışı tüberkülozlarda ayrıca %10 olasılıkla görülmekte ve genellikle akciğer veya milyar tüberkülozla birliktedir. Aşı olustuğunda drenaajlı birlikte anti tüberküloz tedaviden yararlanmaktadır. Burada drenaaj mümkün olmayan, sadece tıbbi tedavi ile izlenen, servikal lenfadenitile birlikte görülen karaciğerde tbc apsesi olgusu sunulmuştur.

OLGU: Bir yıl önce, sezaryaşı ile doğumlardan 40 gün sonra başlayan boyunda şişik ve 1.5 aydır kaygısız yaşamak üzere evden gelen, 31 yaşındaki kadın hastanın 5 ay önce çıkanla bir ilmekli lenf nodunun patolojisinin granülomatöz lenfadenit olarak değerlendirildiği, tbc PCR’in pozitif gelmesi üzerine dütti anti tüberküloz tedavisi başlanmıştı. Karaciğerdeki şişikin ağırlığına bakılması üzerine tbc PCR ve MR tipteki boyun lenf nodunun patolojisinde granülomatöz tbc apsesi olduğu saptandı. Hastanın batı MR incelemesinde anti tbc tedaviden yararlanmamış, anti tbc tedaviden yararlanmamış, sadece tıbbi tedavi ile izlenen, servikal lenfadenitile birlikte görülen karaciğerde tbc apsesi olgusu sunulmuştur. Bu nedenle özellikle gebelik ve postpartum dönemde immün sistemini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu nedenle özellikle gebelik ve postpartum dönemde immün sistemini önemli ölçüde etkileyebilir.

SONUÇ: Bizim olgumuzda yakınınların başlamasından sonra farklı tanılırdı ile çeşitli tedaviler uygulanmış ancak 2 hafta sonrasında tüberküloz menenjit tanısı konulmuş oldu. Bu nedenle özellikle gebelik ve postpartum döneminde immün sistemini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu nedenle özellikle gebelik ve postpartum döneminde immün sistemini önemli ölçüde etkileyebilir.
Tüberküloz menenjit, akciğer dışı tüberkülozun en ciddi seyrinden formudur. En sık tüberküloz menenjit genellikle pulmoner tutuluma eşlik eder. Tüberküloz menenjitin seyri sırasında spinal kord tutulumu ve buna bağlı olarak radikülomyelit görülebilmektedir.

**OLGU:** 38 yaşında erkek hasta, bir haftadır devam eden baş ağrısi, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde ateş: 36.3°C, bilinç açık, oryante ve kooperediydi. Ense sertlikli. Kernig ve Brudzenski bulgularını saptanmıştı. Hastanın laboratuar tetkiklerinde: CRP (46 mg/L) ve sedimentasyon (78 mm/saat) hızında artış ve hiponatremi (Na: 128 mEq/L) saptandı. Lomber ponksiyon ile elde edilen beyin omurilik sıvısında (BOS) basınç artmış, pandy (+++), 103 lökosit/mm³, protein 206 mg/dl, glikoz 32 mg/dl (es zamanlı kan glikozu 109 mg/dl) ve klorür 114 mg/dl saptanarak hasta tüberküloz menenjit ön tansıyla yatırıldı. Hastanın çekilen toraks BT’si milifer tüberküloz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın çekilen takımlarında tüberküloz tespit edildi. Hastanın spinal MR görüntülemesi de spinal kord tutulumu, Gönül Hastanesi, İstanbul'da tespit edilmiştir. Hastanın ikinci ayda 1x400 mg, rifampisin 1x800 mg, pirazinamid 1x2000 mg, etambutol 1x1500 mg ve dekort tedavisi başlattığı belirtilmiştir. Hastanın EMG sonucunda kronik dönemde L5 radikülopati ve hiponatremi (Na: 128 mEq/L) saptandığı belirtilmiştir. Hastanın spinal MR görüntülemesi de spinal kord tutulumu, Gönül Hastanesi, İstanbul yılında tespit edilmiştir.

**SONUC:** Tüberküloz radikülomyelit tüberküloz menenjitin bir komplikasyonu olarak karşıma çıkılmaktadır. Radikülomyelit bacağı olarak subakut paraparezi ve radyülier ağrı hastaakin ciddi tablosuna eşlik edebilir.
P20-15
Milier tüberküloza eşlik eden tüberküloz koroidit olgusu

Esma Senses, İrem Akdemir Kalkan, Çiğdem Mermutluoğlu, Hüseyin Mete, Celal Ayaz, Fatih Mehmet Türkçü

1Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Kl. Mikr. Ana Bilim Dalı Diyarbakır
2Batman Bölge Devlet Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Kl. Mikr. Ana Bilim Dalı Batman
3Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Hastalıkları Ana Bilim Dalı Diyarbakır

GİRİŞ-AMAÇ: Tüberküloz hem gelişmekte olan ülkelerde hem de- HIV sikliklarının artması ile- gelişmiş ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle ilerlemiş olgularda yaygın organ tutulmaları ve atıpk tutulumlar görülebilir. Tüberkülozda görülen baş ağırsı, bulanıtı, küsma göme kiyi hem MSS tüberkülozu hem de oküler tutulum açısından uyarıcı olmalıdır. Milier tüberküloz ile izlenen olgumuzda göme azalma ile ta- dık tedavisine steroid 1 mg/kg/ eklenerek kademeli amaçladık.

OLGU: 36 yaşında bayan hasta dış merkezde milier tüberküloz tanısı alıp 4’tü antitetobüklozu ilaçları ile tedavi düzenlemesinden 40 gün sonra baş ağırsı, bulanıtı, küsma göme kiyi hem MSS tüberkülozu hem de oküler tutulum açısından uyarıcı olmalıdır. Milier tüberküloz ile izlenen olgumuzda göme azalma ile taniya yöneliktimiz tüberküloz koroidit tablosunu sunmayı amaçladık.


Resim1: Olgu anjyô

Resim2: Olgu anjyô

P20-16
Reanîmsyon yuğun bakım unitesinde tani konulan akciğer tüberküloz olgusu

Caffer Korkut, Güler Özgül, Dede Şit, Mehmet Salih Sevdi, Kerem Erkalp, Gönül Şengöz, Esra Bilgi, Bilge Özdemir, Hatice Hançer Babayiğit, Fatma Eski Polat, Derya Yıldız, Meryem Çoban

1Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
2Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Tüberküloz siklikla akciğer hedef alan, ancak lenfatikler ve kan dolaşımı yolu ile tüm vücuda yayılan bir infeksiyon hastalığıdır. Tüberkülozun klinik ve radyolojik bulguları tanıda yardımcı olmaları birlikte kesin tanı; mikrobiyolojik olarak etkenin -Mycobacterium tuberculosis- gösterilmesidir. Astım ve pnömoni tanlary-
la birçok merkezde takip edilen ve ancak yoğun bakım ünitesinde akciğer tüberkülozu tanısı alan olgu sunulmuştur.

**OLGU:** Bilinen ek hastalığı olmayan 58 yaşındaki erkek hasta, yaklaşık 2 ay önce halsizlik ve öksürük şikayeti ile başvurduğu göğüs hastalıkları polikliniğinde çekilen kontrastlı toraks tomografisinde; bilateral akciğer üst lop segmentlerinde sekel fibrotik değişiklikler, sağ apleks te 15 mm çaplı kaviter lezyon, bilateral üst loplarda en büyüüğü 10 mm nodüller (sekel granülomlar) saptanmış ve astım tanısı ile tedavi verilmiştir. Takiplerinde hastanın öksürük, kilo kaybı ve halsizlik şikayetlerinin artması, ani gelişen biliş bulanıklığı olması üzerine dahiyye servisinde pnömoni tanısı yapılımı ve ampisilin-sulbaktam, klaritromisin tedavisi başlanmıştır. Solunum sıkıntısının artması üzerine tedavisinin 8. günü yoğun bakım ünitesine sevk yapılmış. Fizik muayenesinde; genel durumu kötü, solunum sesleri; her iki akciğer alt zonlarda azalmış, üst zonlarda bilateral raller alınmıştır. Ateş 38.1ºC, sedimentasyon 82mm/saat, CRP 233mg/L, trombosit 33000/mm3, AST 20U/L, ALT 25U/L, glukoz 98mg/dL, üre 86mg/dL, kreatinin 1.4mg/dL, ve çekilen PA akciğer grafinde bilateral plevral efüzyon, üst zonlarda yaygın konsolidasyon görülmüştür. Hastanın pnömoni ön tanısıyla yatıştırma ve ampisilin-sulbaktam, klaritromisin tedavisi başlanmıştır. Yatışın 3. ayında plevral sıvı kültüründe Acinetobacter baumannii ve Pseudomonas aeruginosa üretilmiştir. Trakel aspirat boyamında Aside dirençli basiller (ARB) pozitif tespit edildi. Klinik ve radiolojik bulgularla birlikte trakeal aspiratta ARB’un pozitif olması ile hastaya akciğer tüberkülozu tanısıyla; anti tüberküloz tedavisi başlanmıştır. 5 gün sonra trakeal aspirata Mycobacterium tuberculosis PCR pozitif sonucu olmuştur.

**SONUÇ:** Tüberküloz, ülkemizde önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda ve immünosupresyonu olan kişilerde daha sik görülmektedir. Hastalık artışını nedenine akla getirilemeyen kolaylıkla aitlanabilir, tanı geçikebilir ve buna bağlı morbidity ve mortalite artabilir.

**Resim1:** 2 ay önceki Akc. grafişi (ilk şikayetleri başladığında)

**Resim2:** Hastanın yatışında Akc. grafişi

**Resim3:** Toraks BT (ilk şikayetleri başladığında)

**P20-17**

**Batında kitle tanısı ile presente olan bir abdominal tüberküloz vakası**

**Çafer Korkut¹, Mürselin Güney¹, Hatice Hançer Babayiğit¹, Gönlü Şengöz², Pelin Demirtürk¹, Esra Bilgi¹, Nazım Nasuhbeyoğlu¹, Fatma Ekşi Polat¹, Derya Yıldız¹, Emine Güngör Özdemir¹, Meryem Çoban¹**

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Tüberküloz (TB), multisistemik tutulum gösterebilen morbidity ve mortalitesi yüksek bir infeksiyon hastalığıdır. Primer akciğer tüberkülozundan hematojen veya lenfojen yayılmla ayarda yollar varsayılır ve ekstrapulmoner TB gelişebilir. Ekstrapulmoner TBnin nadir görülen klinik formlarından biridir. Batında kitle klinikleri ile başvuran ve abdominal TB tanısı alımı ve medikal tedavi ile izlenen bir olgu sunulmaktadır.

**OLGU:** 61 yaşında kadın hasta, yaklaşık bir ay önce başvuran karın ağrısı, şişkinlik, ateş, 20 kg kilo kaybı ve acı çekmeyi ile başvurduğu Vestan polikliniğinde, çekilen akciğer grafinde plevral efüzyon ve batın ultrasonografiinde karaciğer hilusunda büyük 50x20 mm olan multipl...
LAM'lar, perisplenik, peri hepatik ve barsak anları arasında yaygın serbest maya görülmesi üzerine karsınamatozis peritonit tanısıyla dahilie servisine yatırıldı. Fizik muayenesinde şutür ağız, kopere, kaşektik görünümde, solunum sesleri; bilateral bazallerde azalımz bulundu. Ateş 37.8°C, nabiz 78 vuruş/dakika ve ritim, kan basıncı 120/70 mmHg aptan hastanın laboratuvar inceleme- sinde; lökosit 5140/mm³, hemoglobin 11.6g/dL, hema- tokrit 34, sedimentsasyon 76mm/aat, CRP 20mg/L, üre 26 mg/dL, kreatinin 0.4 mg/dL, glukoz 95 mg7dL, AST 24U/L, ALT 8U/L, Adenozin deaminaz 66U/L bulunmuş. Batın MR'da mezerterde kalınlık artıştı, batında yaygın serbest sivi görülmesi üzerinde tanı amacı ile cerrahi tara- findan periton ve omentumdaki lezyonlardan laparosko- pik biyopsi yapıldı. Histopatoloji olarak nekrotizan gra- nülomatoz ilahip tanı konuldu. Plevara ve periton sıvısı kültürlerinde üreme olmadan, PCR negatif sonlandırıldı.


P21-01
Sağlık çalışanlarının bağışıklanma ile ilgili bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Zehra Karacaer¹, İzzet ilker Öztürk², Hüseyin Çiçek³, Sibel Şimşek⁴, Gülcan Duran⁵

¹Etikmesut Asker Hastanesi  
²Beytepe Asker Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Sağlık çalışanlarının infeksiyon hasta- lıklarından korunmack için yapılması önerilen Hepatit B Virüs (HBV), Mevsimsel grip aşı (MGA) ve Kızamık-Ki- zamiğ-Kabakulak (KKK) aşıları ile ilgili hastanın personelinin bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarını belirlemek, aşılamanın nedenlerini ortaya koymak maksadı ile bu çalışma planlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışma 01-31 Mayıs 2014 tarhanları arasında, hastanelimiz personeline uygulanamayan tanımlayıcı tıpte bir anket çalışmasıdır. Yüzüze görüşme tekniği kulla- nılmıştır. Veriler SPSS 22,0 versiyonu kullanılarak analiz edilmiştir. Pearson ki-kare ve Pearson korelasyon testi kullanılmış, p< 0,05 düzeyi anlamalı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Hastanelimizde görevli 219 personel çalışma- maya katılmayı kabul etmiştir. Katılım oranı %72,75’tir. Katılımcıların 113 ‘i (%51,6) erkek, 106 ‘sı (%48,4) kadın olup, yaş ortalaması 39 + 6,57 (min-maks: 24-66), hizmet süresi ortalaması 17+ 7,25 (min-maks: 1-35) olarak tespit edilmiştir. Çalışmayla 42 (19,2) hekim, 67 (%30,6) hemşire, 52 (%23,7) diğer yardımcı sağlık perso- neli (DYPD), 38 (17,4) yönetim birimi personeli (YBP) ve 20 (9,1) temelik personeli (TP) katılım göstermiştir. Çalışmaya katılanların 45’si (%20,5) ilköğretim (ilkokul-ortaokul-lise), 136’sı (%62,1) yüksekokul/fakülte, 38 (%17,4) yükseköğretim (DYSP), 38 (17,4) yönetim birimi personeli (YBP) ve 20 (9,1) temelik personel (TP) katılım göstermiştir. Çalışmaya katılanların 45’si (%20,5) ilköğretim (ilkokul-ortaokul-lise), 136’sı (%62,1) yüksekokul/fakülte, 38 (%17,4) yüksek- lisans/doktora mezunuydu. Doğru bilgi puan ortalaması 7+ 1,57 (min-maks: 1-10), doğru tutum puan ortalaması 35+ 3,82 (min-maks: 27-47), doğru davranış puan orta- laması 5+ 1,76 (min-maks: 0-9) olarak hesaplanmıştır. MGA’yı hiçbir zaman yapmıştır anlamlan %46,6, her yıl yapımamayanlar %20,1, H1N1 aşıını yapmışlar %46,6, HBV aşısı yapmışlar %82,6, sağlık personeli için önerilen kizamık aşısı yapmışlar %18,3 olarak hesaplanmıştır- 

SONUÇ: Sağlık çalışanlarının așılama oranları arttı- rılabilme için etkinlik, yan etki gibi konulara doğru ve yeterli bilgiye ulaşmalanı, güven veren kişilerin davra- 

-353-
P21-02
Geriatrik hastalarda saptanmış olan hastane infeksiyonları ve bu infeksiyonların gelişiminde etkili olabilecek faktörler

Ayşe İnci1, Ayşegül Karabay2, Suat Erus3, Yavuz Demiraran3

1Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Infeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
2Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
3Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Tüm dünyada yaşılan nüfus oranı giderek artmaktadır ve yaşlı nüfusun artması ile birlikte yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatma hasta sayısı da artış göstermektedir. Yaşlı hastalar nozokomial infeksiyon gelişimi açısından riskli grup içinde yer almaktadır ancak bununla birlikte yaşlı hasta grubundaki hastane infeksiyonları sikliği, riskleri ve türeleri az bilinen bir konudur. Bu çalışmada amacımız geriatrik yaş grubundaki hastalarda saptanmış olan hastane infeksiyonlarının değerlendirilmesi ve bu infeksiyonların gelişiminde etkili olabilecek faktörleri belirlemebilmektir.

YÖNTEM: Bu çalışmada Ocak 2014-Aralık 2014 tarihleri arasında erişkin yaşın yoğun bakım ünitesinde izlenmiş olan 18 yaş ve üzeri hastalar bilgisayar kayıtları incelenerek retrospektif dosya tarama yöntemi ile incelendi. Çalışmaya 65 yaş ve üstü hastalar dahil edildi. Hastalar HE gelişen ve gelişmeyen hastalar olarak iki grup ayrıldı. Daha sonra bu iki grup, mekanik ventilatörl (MV), santral venöz kateter (SVK) kullanımı, alıttta yatan hastalıklar (Kardiyo-vasküler sistem hastalığı(KVS), kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH), diabetes mellitus (DM), serebrovasküler hastalik (CVH) varlığı,malignite varlığı ve mortalite açısından karşılaştırıldı.


SONUÇ: Çalışmamızda HE gelişen yaşlı hastalarda mortalite oranının yüksek ve invaziv girişimleri bulunan hastalarda HE ’nin daha sik olduğu görülmüştür. Geriatrik hastalara özgü bulguların daha iyi bilinmesi ve bu olgulara mümkün olup ve bir risk faktörü olarak elde edilen hastane infeksiyonları bu gruba dahil edilmişdir.

Tablo: HE gelişen ve gelişmeyen geriatrik hastaların özelliklerinin karşılaştırılması(n/%) HE gelişen hasta n: 27(12.2) HE gelişmeyen hasta n: 195(87.8) p p Yaş ortalaması 74.85±9.73 76.64±6.86 0.113 Cinsiyet E/K 15/12(55.6/44.4) 75/120(38.5/61.5 0.09 Santral venöz katatır varlığı 27 (100) 87 (44.6) <0.001 Mekanik ventilasyon varlığı 27 (100) 72 (36.9) <0.001 KOAH varlığı 8 (29.6) 58 (29.7) 0.99 DM varlığı 6 (22.2) 60 (30.8) 0.36 CVH varlığı 2 (7.4) 34 (17.4) 0.18 Malignite varlığı 3 (11.1) 58 (29.7) 0.04 Mortalite oranı 23 (85.2 ) 28 (14.4) <0.001

P21-03
Ticari sıtrik asit ve asetik asit antimikrobiyal etkisi

Melek Gökmen Karakaya1, Cahit Babü2

1Üşak Üniversitesi Banaz Meslek Yüksekokulu
2Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

rinde önemli antimikrobiyal etki gösterdikleri belirlenmiş olup daha ileri çalışmaları laboratuvarlarda disposable olmayan malzemelerin temizliğini ve hijyenini sağlamak amaçlı en düşük konsantrasyonlar belirlenmeye çalışılacaktır.

**P21-04**
Son on yılda kliniğimizde izlenen nedeni belirlenmeyen ateş olgularının değerlendirmesi

Nagihan Bülbül, Emine Türkoğlu, Neşe Demirtürk
Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD. Afyonkarahisar

**GİRİŞ-AMAÇ:** Nedeni belirlenmeyen ateş(NBA) 38.30°nin üzerinde en az 3 haftadır devam eden ve hastanede yatırılanların 3 günlük incelemeye karın nedeni belirlenemeyen ateş tabloları olarak tanımlanmaktadır. NBA, infeksiyoz ya da noninfeksiyoz birçok nedenle or-ıbilgilerine hastane otomasyon sisteminde kayıtları olmayan malzemelerin temizliği ve niteliksel kalite do-ner mayo Anti HIV testi istenmiyor. Hastaların podyalı hastaların prosedürlerini ile yapabilmek için, özellikle ülkemizde en yüksek oranlarda elde edilen örneklerin ne oranda WB testi tavsiye edilmesi ve bu sonuçlarla yenidoğan profili profilaksının gerekir mi ?

**Tablo:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>İnfeksiyoz nedenler</th>
<th>Olgu sayısı</th>
<th>Dağılım yüzde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Brucelioz</td>
<td>12</td>
<td>%15.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Pnémoni</td>
<td>9</td>
<td>%14</td>
</tr>
<tr>
<td>Salmonelloz</td>
<td>2</td>
<td>%2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Akçığır tüberküloz</td>
<td>2</td>
<td>%2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Karaciğer asipi</td>
<td>2</td>
<td>%2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Santral sinir sistem enfeksiyonu</td>
<td>1</td>
<td>%1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Infeksiyoz monoklebroz</td>
<td>1</td>
<td>%1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Hepatit B enfeksiyonu</td>
<td>1</td>
<td>%1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Vajinist</td>
<td>1</td>
<td>%1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Kist hidatik</td>
<td>1</td>
<td>%1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Dalaks asipi</td>
<td>1</td>
<td>%1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Perinal asipi</td>
<td>1</td>
<td>%1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sağlıklı asipi</td>
<td>1</td>
<td>%1,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**GİRİŞ-AMAÇ:** CDCve USPSTF tüm gebelere doğum öncesi HIV tarama testi önermektedir.HIV ile infekte bebe-lerin tedavisi için amac, anneye tedavi olanlığı su- nihilmek, doğumdan önce viral yükü saptanamayacak düzyelere düştüklerce beşbebe HIV bulaçması için önemle- tir. Özellikle prevelansın düşük olduğu toplularda en sık karşılaşılan problemlerin başında yanlancı pozitiflär gelmektedir. Yanlış pozitif anti HIV sonuçlarının özellikle viral proteinle çarpar reaksiyon sonucu oluşabileceği bildirilmektedir. Özellikle ülkelerde test tanımlanmısının ve destek programlarının yetersizliği göz önüne alındığı-ında gebeliklerin yaşamabiliçegi damgalanmak, terk edilme, çocuğunun kariplendiği gibi ciddi psikolojik zararlarla sosyal sıkıntılar mutlaka değerlendirilmeli ve test politikaları gözden geçirilmelidir.Bu çalışmada ama- cımız gebelere ELISA testi ile Anti HIV sorunun pozit if olan örneklerin oranı, bu örneklerin ne oranda WB testi ile doğrulanıpın belirlenmesi, Anti HIV testleri titre son- uçlarının indenemesi ve bu sonuçlarla yenidoğana profilaksının gerekliğinin değerlendirilmesidir.

**YÖNTEM:**Bu çalışmada Anti HIV testi istenmiş olan tüm kadınlar alındı. Hastalar gebe olanlar ve olmayanlar ola-
rak 2 gruba ayrıldı.

**BULGULAR:** Anti HIV testi doğum öncesi bakım olun 14025 gebenenin 38’inin (% 0.27) anti HIV testi pozitif sonuçlарından bunların 2 sinde (% 0.014) WB pozitif olarak sonuçlanmıştır. Gebe olmayanların 5758 kadının 6 sinin (% 0.10) Anti HIV testi pozitif olarak sonuçlanırken WB testinde pozitiflik görülmemiştir. Gebe kadınlarda %0.25, gebe olmayanlarda % 0.10 yalancı pozitiflik鬃ılanmış ve bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p:0.034)Anti HIV pozitif,WB testi negatif gelen gebelerin titre ortalamasının ise 2.45 olduğu belirlenmiştir. Bu yüzden 5 sahık çağılanın HIV profilaksi verilmiş olup zidovudin verilmiş olan bir yenidoğanla ilaca bağlı anemi gelişmiştir.

**SONUC:** Çalışmamız retrospektif bir çalışma olduğundan eksikleri bulunmaktadır, ancak özellikle son yıllarda ülkemize HIV infekte olduğu olasıdayız artık, gebe kadınlardaki yüksek yalanc pozitifik, annenin beşbinden alınmışda, damgalanma, gibi sosyal problemleri ile birlikte, her yenidöguna zidovudin verilmesi ve sağlık çalışanlarına profilaksi verilmesi durumun göz önune alınmadığında konunun önemli olduğu, ülkemiz için gebelere yeni algoritmalar ihtiyaç olabileceğine ve doğrulama testlerinin daha hızlı bir şekilde sonuçlanması ile konuyla ilgili problemlerin azalabileceği düşünmektediz.

**P21-06**
ErİşKINlerin grip aSıSının YakALASıNıN ArAÇArlıSTıRıMıSı

Türkan Tüzün, Duru Mistanoğlu Özatağ, Pınar Korkmaz, Çemile Uyar, Ahmet Özmen
Dumlupınar Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kütahya

BULGULAR: On yıllık sürede HBV aşılama için 2808 ve son bir yıllık sürede de pnömokok aşılama için 47 hasta başvurmuştur. HBV aşılama için başvuran hastaların %58'i kadındı. HBV aşılama endikasyonlarını değerlendirdiğinde en sık başvurdu nedeni 2360 (%84) kişi ile aileden kronik HBV infeksiyonu olan bulunmuştur. Bunu sırasıyla sağlıklı personelleri 312 kişi (%11.1), kronik HCV infeksiyonu ve diğer kronik karaciğer hastalıkları 156 kişi (%5.5), hemodializ hastaları 86 kişi (%3.1) ve onkoloji hastaları 72 kişi (%2.6) olarak bulunmuştur. HBV aşılama sonrası aşılantısı 2346 kişide (%83.5) değerlendirilme ve 2622 kişide (%93.4) koruyucu düzeyde sağlanmıştır. Pnömokok aşılama uygulanan kişilerin %21'i kadındı. Pnömokok aşılama yapılanların büyük çoğunluğu 28 kişi (%59.5) kişi ile HIV/AIDS hastalarından oluşmaktadır. Bu sırasıyla 13 (%27.6) kişi ile renal transplant adayları ve üçer (%6.3) kişi ile de plenekton-mili ve rekürren menenjitli kişiler izlemekte idi. Pnömokok aşılama yapılanların sadece üçü 65 yaş ve üzeri idi.

SONUÇ: HBV aşıına yanılt oranları genel toplum verileceğini belirtir. HBV aşılama için başvuran kişiler arasında cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar için risk altındalıkları kişiler ve pnömokok aşılama için de diyabet, KBY, KKY, KOAH gibi kronik hastalıkları olan kişiler ile 65 yaş üstü kişilerin başvurdu oranını düşüktür.
İşmaya dâhil edilmiştir. Personelin 14 (70%)’ü kadının, 6
(30%)’si erkesi. Meslek gruplarına göre incelemdiğinde
8’i hemşire (40%), 5’i stajyer hemşire (25%), 4’ü temizlik
personeli (20%), 3’ü doktor (15%) olduğu görüldü. Olgu-
ların büyük çoğunluğu iğne batması şeklinde yaralan-
mıştı (70%). Yaralanmaların tamami üst ekstremitelde
meydana gelmişti. Yaralanmaya maruz kalan persone-
lini 80’i yaralanma sırasında eldiven giymekteydi. Bir
çoğunun Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastasının kani ile
kontamine alet yaralanmasına ve 3 çift halde da kronik
hastat bir hastanın kani ile kontamine alet yaralanması-
na maruz kalmıştı. Hıçbir personelimize hastalık bulu-
omzak, 3 personelinizin Hepatit B’ye karşı koruma
olduğu için profilaksi uygulandi.

SONUÇ: Yaklaşık 1000 personelin olduğu Yozgat dev-
let hastanesinde 2014 yılı içerisinde infeksiyon kontrol
komitesi kayıtlarında 20 personelin kesici delici alet ya-
ralanmasına maruz kaldığı görülmüştü. Yaralanmaya
maruz kalan personelin geri bildirim yapmamasının sa-
ynnın az olmasında etkili olduğu düşünülmüştü. Yarala-
nma sırasında eldiven kullanmanın önünük olmasi,
eldivenden kaynaklanan sahte güven hissinin sağlanab-
lır. Sonuç olarak; kesici delici alet yaralanmları, sağlık
personeli açısından ciddi riskler oluşturmaktadır. Yara-
lanma saylarının azalmak için eğitim programlarının siki
bir şekilde uygulanmalı ve gerçek verileri ulaştırılmak
adına, kayıtlar titizlikle tutulmalıdır.

P21-10
Kalp kapı kapak kültürlerinin değerlendirilmesi

Sibel Doğan Kaya1, Mehmet Emirhan Işık1, Şirin
Menekşe Yılmaz2, Bulent Anırç2, Buket Tan2, Bülent
Kaya2, Arzu Atesoğlu1, Ece Altinay1, Altuğ Tuncer1,
Çengiz Köksal1

1Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
2Kartal Dr Lutfu Kirdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Klavoksetin endokardit (EE) patojenleri
(S. aureus, Streptococcus türleri ve Enterococcus türle-
ri) hasarlanmış kapaklara tutunabilmek, lokal prokoagü-
ntaki aktivite başlatılabilir ve varlıklarını sürdürebilecekleri en-
fekte vejetasyonlar yetişirebilmek gibi ortak yeteneklere
sahip. Bu mikroorganizmaların hasarlı kapaklar üzerindeki
donan matriks moleküllerine (örn. fibrinogen, fibronetin,
betasit ve protezyonlar) tutunmaya başlamak için mikroorgan-
izmalarda genel bir prokoagüntaktaki ve hematoz induksiyonu
etkisini aktif ve potansiyel olarak eden kan doygunluğu
determinanterdir. Colonizasyon kısmen tutunmuş olan
bakterilerin konağın savunmalarından kaçabilmek
gerektir. Gram pozitif bakteriler kompleksanı dirençlidir.
EE’ye neden olan patojenlerin tipik bir özelliğidir. Pozitif
kan kültürlerinin temel tablolarından biridir ve duyar-
lılık testi için ciddi bakteri sağlar. Hastanemizde yapılan
kapak cerrahisi nedenleri arasında EE, biyotex kapak
değişimi, art. kık kök absesi, konjenital kalp hastalıkları gibi
sebeplerle yapılmaktadır.

YÖNTEM: Hastanemizde 1 Ocak 2011 -31 Aralık 2014
yılları arasında mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen opere
kapak materollerinin kültür sonuçlarını retrospektif olarak
incelemiştir.

BULGULAR: Toplam 67 Kapak kapı kültürleri gönderil-
miş olup 11 (%17) materyalde üreme saptanmıştır. Gön-
deren kapak kültürlerinin dağılımı: 81’i protokapak
(12%), 59 ‘u biyotex kapak kültüründen (%88) oluşturul-
matır. P11 E. coli, Staphylococcus epidermidis, 2’si (%18) Met-
hicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA), %9 er-
1. % (9) kez üreyen ve tedavide karşılaşılan stresfilus
Staphylococcus aureus(Eurasia, än. Kaya ve Şahin, 2009-2014 yılları arasındaki antibiyotik tüketim huzunun
izlenmesi

SONUÇ: Hastanemizde kapak operasyonları çoğaltı
nenlerde yapılsı ve mikrobiyoloji laboratuvarına ve
patoloji laboratuvarına materyallerinin değerlendirilmesi
rutin uygulamadır. Yapılan çalışmalarında biyotex ve protokapak
kapakın ve tedavide hastanede diagnose edilen mikroorganizmaların
arastırılması ve laboratuvarın gelinçce hace kontaminasyonu olasılığı
olmasına rağmen yalancı güven verme ve açıklık ol-
ması ile devam etmektedir.

P21-11
S.B. Ankara Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve
Araştırma Hastanesi 2009-2014 yılları arasında
antibiyotik tüketim huzunun izlenmesi

Emin Ediz Tütüncü, Gamme Sevinç, Yunus Gürbüz,
Asıye Tekin, Esengül Şendag, Aysun Acun, Gönül Çiçek
Şentürk, İrfan Şencan

S.B. Ankara Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
GİRİŞ-AMAÇ: Antiğemir yaban modern tibbin en
özel endemiği bölgelerde bellaştırmaktadır. Bu
sonuçları, 3

YÖNTEM: Antibiyotik tüketim miktarları, 2009-2014 yil-
ları arasında Infeksiyon Kontrol Ekibi tarafından hastan
ecezane kayıtlarından izlenmiştir. İzlenen
antibiyotikler penisilinler, sotalosporinler, beta laktam/
betalaktamaz inhibitörleri, karbapenemler, aminoglikozitler, parenteral kinolonlar, glikopeptitler ve diğer (linezolid, iginesiin, kolistin, daptomisin, sulbaktam, TMP/SMX ve klärtrimisin) olarak gruplandırılmıştır. Sonuçlar Microsoft Excel’de kayit alta alınmış ve analiz edilmiş, Hesaplamalarda aşağıdaki formüller kullanılmıştır. İlğili Dönemde Hastanede Antibiyotik Tüketim Hızı: Kullanılan antibiotik miktarı / hasta günü x 1000 İlğili Dönemde Hastanede Infeksiyon Hastalıkları Uzmanı Onay ile Kullanılan Antibiyotik Tüketim Oranı: Infeksiyon Hastalıkları Uzmanı Onaylı Kullanılan Antibiyotik Miktarı / Kullanılan Antibiyotik Miktarı x 100


SONUÇ: Yıllar içerisinde hastanemizde kullanılan antibiyotiklerin tüketim hızında belirgin değişiklik olmasına karşın, infeksiyon hastalıkları uzmanı onaylı olarak kullanılan antibiotiklerin oranının artış göstermesi, etkin bir infeksion kontrolu programının yürütülmesi ve akıncı antibiyotik kullanımı politikalarının geliştirilmesi ile ilişkili rilebilir.

Şekil 1. Yıllara göre toplam antibiotik tüketim hızları

Şekil 2. Yıllara göre infeksiyon hastalıkları uzmanı onaylı olarak kullanılan antibiotik tüketim oranları

P21-12 Kırım-Kongo kanamalı atesı hastalığının Yozgat ilindeki demografik özellikleri ve konumsal epidemiyojolojisi

Fathi Temocin¹, Tugba Sari², Necla Eren Tülek³, Mehmet Pariak⁴

¹Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Yozgat
²Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Denizli
³Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
⁴Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü, Yozgat


YÖNTEM: Bu çalışmada, 2003-2014 tarihleri arasında Yozgat il ve ilçe devlet hastanelerinde KKKA hastalığı tanışı alan ve Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kayıt alınan vakalar yaş, cinsiyet, yaşadıkları bölge ve hastalığın seyrine göre incelenmiştir.


SONUÇ: Çalışmamızda yıllara göre yaş ortalamasında artış olduğu görülmüştür. Pek çok çalışmada erişkin yaş grubu KKKA hastalığı açısından risk kabul edilmektedir. Bu çalışmada da KKKA hastalığının erişkinlerde daha çok görülüğü saptanmıştır. KKKA vakalarının dağılımı incelendiğinde Yozgat ili kuzeydoğu kesimlerinde vaka sayısının fazla olduğu görülmüş, bu da kuzeydoğu bölgesinin KKKA hastalığının fazla görülüğü illere yakın olmasıyla ve diğer çalışmalarla belirlendiği üzere yüksek rakımla ilişkilendirilmiştir. Bu durumun hastalığı taşıyan beneklerin yüksek rakimlarda daha yoğun -359-
yasamasindan dolayı kaynaklandığı gözlenmektedir. Sonuç olarak KKKA’nın görüldüğü bölgelerde yapılacak epidemiolojik çalışmalar ve coğrafi konumlandırma hastalıklar mücadelede faydali olacaktır.

Resim:

Tablo: KKKA hastalarının yaş ortalamaları

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>2008</th>
<th>2009</th>
<th>2010</th>
<th>2011</th>
<th>2012</th>
<th>2013</th>
<th>2014</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Toplam yaş ortalaması</td>
<td>36,2</td>
<td>39,3</td>
<td>36,3</td>
<td>41,7</td>
<td>37,9</td>
<td>41,5</td>
<td>45,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Kadın yaş ortalaması</td>
<td>37,1</td>
<td>40,3</td>
<td>36,5</td>
<td>44</td>
<td>40,5</td>
<td>45,3</td>
<td>45,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkek yaş ortalaması</td>
<td>35,7</td>
<td>38,3</td>
<td>36,2</td>
<td>40,7</td>
<td>36,4</td>
<td>40,5</td>
<td>45,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ölen yaş ortalaması</td>
<td>42,7</td>
<td>40,5</td>
<td>46,6</td>
<td>38</td>
<td>46,1</td>
<td>36,5</td>
<td>59,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tablo: Seyahat Etmeden Önceki Seyahat Sağlığı ile İlgili Davranışlar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Davranış</th>
<th>n (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Seyahat edilen yerleşim genel bir Araştırma yapanlar (n=124)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>78 (62,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayir</td>
<td>46 (37,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Seyahat hastaları/sağlığı ile ilgili güçlü araştırma yapanlar (n=124)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>14 (11,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayir</td>
<td>110 (88,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Glimtmeden önce, hastaları/sağlığı konusunda araştırma yapılan gün sayısı (n=14)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 7 gün</td>
<td>6 (42,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>15-30 gün</td>
<td>6 (42,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;31 gün</td>
<td>2 (14,2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

-361-
P21-14
Tibbi atık miktarlarına eğitim ve denetimin etkisi
Doğan Barış Öztürk
Ulucanlar Göz EAH, İnfeeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara


YÖNTEM: Eğitim ve sıkı denetim önemi ve sonrası yıllık tibbi atık miktarları, maliyetleri kayıt alta alınmıştır. Dal hastanesi olan ve yoğun bakım ünitesi olmayan hastanemizde, en çok tibbi atığın çıktığı ameliyathanelerdeki eğitimi sayısı not alınmıştır.

BULGULAR: Hastanemizde 2012 yılında 8851 operasyon yapılmış ve toplam 10893 kg tibbi atık oluşmuştur. Atık komitesinin kuruluğu ve sıkı eğitim ve denetimin uygulandığı 2013 yılında 10626 operasyon yapılmış (operasyon sayısı %20 artış) toplam 8292 kg tibbi atık oluşmuştur (%23,9 oranında tibbi atık miktarı azalmış) ve takip eden 2014 yılında 10986 operasyon yapılmış (operasyon sayısı, bir önceki yıla göre %3 artış) toplam 7681 kg tibbi atık oluşmuştur (bir önceki yıla göre %7,6 oranında tibbi atık miktar azalmış ).

SONUÇ: Tibbi atık miktarlarının hastane giderleri açısından önemli büyütüktür. Hastanemizde ameliyat sayıları artmasında rağmen oluşan tibbi atık miktarının düşmesi eğitim ve denetimin ne kadar önemli olduğunu göstermiştir.

P21-15
El hijiyanın uymumunda eğitimin önemi
Doğan Barış Öztürk
Ulucanlar Göz EAH, İnfeeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Hastanemizde infeksiyon kontrol komitesi ile yapılan el hijiyanı gözlemlerinde, yapılan eğitim sonucu el hijiyanın uymuğunun değişmek amaçlandı.

YÖNTEM: Bilir bir boyunca uygulak periyotlarla 4 kez belirlir periyodlarda doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeli el hijiyanı endikasyonu açısından takip edildi. El hijiyanının uymuğunun değişmelerine göre değişikliklerde düzenleyici önlemleri faaliyet (DÖF) formu hazırlararak gereki tedarikler alındı. Bu tedariklerin sonucu el hijiyanın uymuğunun değişmek amaçlandı.

BULGULAR: Hastanemizde 2014 yılında toplam 4 periyotta 120 kişiye gözlem yapmıştır. İlk üç aylık periyota toplam el hijiyanı uymuğun %73,3 olarak tespit edildi. DÖF belgesi düzenen tüm hastane personeline eğitim ve girdiği sabit denetim yapıldı. Bünun sonucunda içkis üç aylık periyotta uymuğun oranı %86,7 ye çıktı.

SONUÇ: El hijyeni hastane infeksiyonlarının engellenmek adına en önemli basamaktır. Tüm sağlık personellerinin, tüm endikasyonlarda el hijiyanı uymuğunun sağlanması için eğitim ve denetim aralıklar devam etmesi gereklidir.

P21-16
Bozok üniversitesi hastanesi çalışanlarında kan ve vücut sıvılarıyla ilgili yaralanmaların değerlendirilmesi
Güleser Ünsal¹, Ayşe Erbay², Münine İşlak Demir², Çiğdem Kader²
¹Bozok Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İnfeeksiyon Kontrol Komitesi, Yozgat
²Bozok Üniversitesi, Tip Fakültesi, İnfeeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ-AMAÇ: Sağlık çalışanları ve kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklara karşı mesleksel risk altındaırlar. En büyük riski perkutan ve mukoza yaralanmalar oluşturmaktadır.


BULGULAR: Kan ve vücut sıvıları ile yaralanma nedeniyle toplam 27 sağlık çalışanı EK Klein])). Azoitilde bulun. Yaş ortalaması 30.7-25.18 (18-45 yaş arasında) ve 18'i (%66.7) kadındı. Yaralanmaya maruz kalır sağlık çalışanların meslekteki başarımı sizlere göre; hemşire (%33.3, n=9), temizlik personeli (%25.9, n=7), öğrenci (%14.8, n=4),であること tekniyesi (%11.1,n=3), doktor (%7.4, n=2), laboratuvar teknisi (%7.4, n=2) idi. En çok yaralanma dahil kliniklerde (%22.1) ve eke- liyahanede (%18.5) medyana geldi. Yaralanın sağlık çalışanlarının tümü hepatit B'ye karşı aşındı ve anti-HBs pozitif idi. Yaralanmalar %25.9'u temizlik, %22.2'si kan alma, %18.5'i enjeksyon, %14.8'i ameliyati sırasında medyana geldi. Yaralanların %92.6'sı kesici delici alet yaralanmaları oluşturmak ve bu yaralanmaların tamamında yaralanan bölge el idi. Yaralanmaların %80.7'inde iğne batması mevcuttu. Yaralanma mey- dana geldiği sırada eliven kullanlanların oranı %74.1, koryoruyu önlekm kullanlanların oranı ise %22.2 idi. Kesici delici alet yaralanmalarının %32'si (n=8) iğne kapağını kapatma sırasında ve %36'sı (n=9) ortamda birakılmış açık iğne ucunun batması neden olunca gerçekleşmişti. Yara-

P21-18 Acil serviste infeksiyon hastalıkları konsültasyonlarının irdelenmesi

Metin Özsoy1, Necla Tülek1, Murat Soyaduru2, Melih Çağla Sönmez2, Ersá Kayan Kilic3, Fatma Şebnem Erdinç4, Günay Tuncer Ertem1, Sami Kınikl1

1Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uygulandı. Anti-HIV(+) kan ve vücut sivileri ile temas eden ve delici-kesci alet yaralanmalarda maruz kalan 3 sağlık çalışanına antiretroviral profilaksi verildi. Maruziyet söz konusu olan sağlık çalışanlarının 1 yıllık takiplerinde herhangi bir taşıyıcılık veya akut infeksiyon gelişimi olmadığı görüldü.

SONUC: Delici-kesci alet yaralanmaları, kontamine sı- vilara maruziyet sağlık çalışanları için her zaman risk oluşturmutma devam etmektedir. Sürekli hizmet içi eğiti-mler yapılmasının her sağlık hizmetindeki kadın çalışanlar erkek çalışanlara göre daha sık yaralanmaktadır, yatakli klinikler ve acil serviste hastanein diğer birimlerine göre daha sık yaralanma yaşanmaktadır.

Tablo: Riskli Maruziyet Yaşayan Sağlık Çalışanlarında Klinik ve Demografik Bulgular

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cinsiyet</th>
<th>Sayı</th>
<th>%</th>
<th>Klinikler</th>
<th>Sayı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kadın</td>
<td>100</td>
<td>68</td>
<td>Yatak Klinikler</td>
<td>55</td>
<td>37.4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>ogh Uçu</td>
<td>26</td>
<td>17.6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>109</td>
<td>61.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkek</td>
<td>47</td>
<td>31.9</td>
<td>Acil</td>
<td>12.6</td>
<td>7.4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>1.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Meslek</td>
<td>21</td>
<td>14.2</td>
<td>Yoğun Bakım</td>
<td>12</td>
<td>8.1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>15</td>
<td>11.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Doktor</td>
<td>48</td>
<td>32.6</td>
<td>Kan Alma</td>
<td>10</td>
<td>6.8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>9</td>
<td>5.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Hemşire</td>
<td>39</td>
<td>27.2</td>
<td>Merk. Steril. Ünit</td>
<td>4</td>
<td>2.7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>97</td>
<td>53.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Temizlik Elemanı</td>
<td>37.2</td>
<td>2.7</td>
<td>Mide Öz Suyu</td>
<td>2</td>
<td>15.3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>15.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Hizmeti Personel</td>
<td>2</td>
<td>1.3</td>
<td>Abse</td>
<td>2</td>
<td>15.3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>18</td>
<td>12.2</td>
</tr>
<tr>
<td>KKE Kullanımı Var</td>
<td>121</td>
<td>82.3</td>
<td>Yıkama Svrisi</td>
<td>2</td>
<td>15.3</td>
</tr>
<tr>
<td>KKE Kullanımı Yok</td>
<td>26</td>
<td>17.6</td>
<td></td>
<td>15</td>
<td>11.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>


BULGULAR: Delici-Kesci alet yaralanması nedeniyle 2013’te 52 kişi, 2014’te 82 kişi, kontamine kan ve vücut sivileri temas nedeniyle 2013’te 4 kişi, 2014’te 9 kişi Infeksiyon Kontrol Komitesi’ne başvurmuştur. Sağlık çalışanlarının 100 (68.0)% kadın, 47 (31.9)% erkek, yaş ortalaması 28 (17-49) olarak belirlenmiştir. Olaylar incelendiğinde maruziyetlerin 82 (55.7)’inde kaynayan serolojik durumu bilinmemektedir. Kaynak hastalardan 65 (44.2)%’ın Elisa sonucuna ulaşılmıştır. Bu hastaların 20 (30.7)’inde Hbs Ag(+), 7 (10.7)’inde Anti HCV (+), 3 (4.6)’nda Anti-HIV (+) saptanmıştır. Hbs Ag (+) kan ve vücut sivileri ile temas eden ve deli- ci-kesci alet yaralanmasına maruz kalan 20 personelin 2 (10) tanesine Anti Hbs (-) olması nedeniyle aşı ile birlikte Hepatit-b immunglobulini uygulandı. Anti-HIV(+) kan ve vücut sivileri ile temas eden ve delici-kesci alet yaralanmalara maruz kalan 3 sağlık çalışanına antiretroviral profilaksi verildi. Maruziyet söz konusu olan sağlık çalışanlarının 1 yıllık takiplerinde herhangi bir taşıyıcılık veya akut infeksiyon gelişimi olmadığı görüldü.
çalışmada Acil Servisten istenen infeksiyon hastalıkları konsultasyonları irdelenmiştir.


**BULGULAR:** Çalışma süresince toplam 173 609 kişi Acil Servise başvurdu ve toplamda 27 615 kişiye (% 15,9) konsultasyon istenecekti. Infeksiyon Hastalıkları konsultasyonu sayısı 1399 olup, tüm konsultasyonlarını % 5,1’ini oluşturuordu ve diğer klinikler arasında dokuzuncu sıradır yer alıyordu. Infeksiyon Hastalıklarının en sık konsultasyon istenme nedenleri ve dağılımı: pnömoni ve diğer alt solunum yolu infeksiyonları %25,8 (359 kişi), ateş etyolojisi %25,8 (358 kişi), üriner sistem infeksiyonları %11,4 (159 kişi), hayvan ve insan işi -tirama -ma %10,4 (146 kişi), deri-yumuşak doku infeksiyonları %8,8 (123), santral sinir sistemi infeksiyonları %3,6 (51), sepsis %2,2 (31), gastroenteritler %2,1(29), Kırım Kongo Kanamalı ateşkuşu %1,1 (15), MERS –EBO-LA ateşkuşu %1,1 (15), beyaz küre yüksekliği %1 (14) olarak saptandı. Hastalıların hiçbirinde MERS-EBOLA saptanmadı. Konsultasyon istenmenin 142’sine (%10,2) yatış verildi.

**SONUÇ:** Infeksiyon acilcilerine yaklaşıma konusundaki Acil Tıp Uzmanlık Anabilim Dalı ile karşılık iletişimi ve e lithi̇m e ihtiyac olduğunu düşünmektediyiz.

**P21-19**
İkinci basamak bir bran hastanesine başvuran gebelerde saptanan pozitif Anti-HIV sonuçlarının değerlendirilmesi

Güle Aydı̇n¹, Zerrin Aşçı¹, Sema Akgün²

¹Afyonkarahisar Zübye Eman Doğum ve Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları
²Afyonkarahisar Zübye Eman Doğum ve Çocuk Hastanesi, Tibbi Biyokimya


**BULGULAR:** Çalışma süresince toplam 173 609 kişi Acil Servise başvurdu ve toplamda 27 615 kişiye (% 15,9) konsultasyon istenecekti. Infeksiyon Hastalıkları konsultasyonu sayısı 1399 olup, tüm konsultasyonlarını % 5,1’ini oluşturuordu ve diğer klinikler arasında dokuzuncu sıradır yer alıyordu. Infeksiyon Hastalıklarının en sık konsultasyon istenme nedenleri ve dağılımı: pnömoni ve diğer alt solunum yolu infeksiyonları %25,8 (359 kişi), ateş etyolojisi %25,8 (358 kişi), üriner sistem infeksiyonları %11,4 (159 kişi), hayvan ve insan işi -tirama -ma %10,4 (146 kişi), deri-yumuşak doku infeksiyonları %8,8 (123), santral sinir sistemi infeksiyonları %3,6 (51), sepsis %2,2 (31), gastroenteritler %2,1(29), Kırım Kongo Kanamalı ateşkuşu %1,1 (15), MERS –EBO-LA ateşkuşu %1,1 (15), beyaz küre yüksekliği %1 (14) olarak saptandı. Hastalıların hiçbirinde MERS-EBOLA saptanmadı. Konsultasyon istenmenin 142’sine (%10,2) yatış verildi.

**SONUÇ:** Infeksiyon acilcilerine yaklaşıma konusundaki Acil Tıp Uzmanlık Anabilim Dalı ile karşılık iletişimi ve eolithi̇m e ihtiyac olduğunu düşünmektediyiz.

**P21-20**
Sağlık çalışanlarının Kırım-Kongo kanamalı aşeşi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Güle Aydı̇n¹, Zerrin Aşçı¹, Murat Bükêr²

¹Afyonkarahisar Zübye Eman Doğum ve Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları
²Ege Üniversitesi, İstatistik Ana Bilim Dalı
BULGULAR: Ankete yaşları 22 ile 60 arasında (yaş ort. 37.6) değişen 50'si erkek, 99'u kadın toplam 149 kişi katıldı. 79 tanesi (%53) yardımı sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru), 35 tanesi (%23.6) temizlik personeli, 21 tanesi (%14) bilgi işlem personeli, 14 tanesi (%9.4) doktor idi.
Ankette katılanların %32.2'si KKK ile ilgili bilgi düzeyin iyi, %9.4'ü kötü olduğu, 1 kişi ise hiçbir bilgi bilmediğini belirtti. Bilgi düzeyi ve meslek arasında anlamlı ilişki vardı.
10 kişi (%6.7) kene tarafından işirdiğini ancak KKK geçirdiği, 13 kişi (%8.7) kene tarafından işirdi biri ile, 11 kişi ise (%7.3) KKK hastalığı geçiren bireyle teması olduğu belirtti. 69 kişi (%46.3) KKK’ın viral bir hastalık olduğunu, 127 kişi (%85.2) yaz aylarında sık görülduğunu, 111 kişi (%74.4) atested, halsizlik gibi semptomlarla seyredden kalmalı, 105 kişi ise (%70.4) ibanı zoru bir hastalık oduğunu söyledi. Meslek ile bu cephalar arasında anlamlı bir ilişki bulundu.
105 kişi (%70.4) KKK’ın hastadan sağlık personeline bulaşabileceği, 29 kişi ise (%29.4) sadece kenele rihastalar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

YÖNTEM: Çalışma HIV/AIDS ile ilgili 5 sorudan oluşan birden fazla şıkın işaretlenmiş olduğu katılanların demografik özellikleri ile çöken çıkanın bir anket çalışmaya hazırlanmıştır.

BULGULAR: Ankete 20 tanesi erkek, 40 tanesi kadın toplam 60 kişi katıldı. Ankette katılanların yaş ortalaması 36,4 olarak (22-54) belirlendi. Çalışmaya katılanların hepsi yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru) idi. Ankette katılanların %98’i HIV/AIDS’in cinsel yolla, %97’si kan nakliyeye, %95’in anneden bebeye vertical yolla ve %97’si traş bağlı olarak, manıkür seti gibi malzemelerin ortak kullanımı ile bulaşabileceği belirtilmiştir. Bununla beraber %45’si sıvrinise, böcek isirması ile, %21’i aynı tuvala kullanma ile, %6’sı aynı ortamda çışıma ile, %3’ü öpümse ile bulaşabileceği düşünülmektedir. %60 oranında ise aynı sütte ile bulaşabileceği söylenmeyi, %95’i HIV/AIDS hastasının mutlaka izole edilmesi gerektiğini, %99’u HIV/AIDS hastasına yakalanma riskini, %90’ı non-invaziv işlemler sırasında dahi koruyucu ekipman kullanmak gerektiğini belirtilmiştir. %60’ı HIV/AIDS hasta kansı ile temas durumunda ne yapması gerektiğini belirtir. %75’i ise anti-retroviral profilaksi verildiği ni bilmemektedir. Yine %75’i HIV/AIDS’i ölümcül ve tedavi olmayan bir hastalık olarak tanımlamıştır.


P21-22 İkinci basamak bir bran hastanesinde cerrahi antibiyotik profilaksisi uygununun değerlendirilmesi

Güle Aydın¹, Zerrin Aşçi¹, Ayşe Şevik², Neslihan Öztürk²

¹Afyonkarahisar Züephye Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları
²Afyonkarahisar Züephye Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Infeksiyon Kontrol Hemşiresi

GİRİŞ-AMAÇ: Uygun antibiyotik profilaksiyi sağlık personelinin HIV/AIDS ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

opere edilen toplam 1000 hasta alındı. Düzenli olarak hastanemiz infeksyon kontrol hemşirelerince kayıt altına alınan profilaksi için kullanılan antibiyotikler, başlama zamanı, dozu, kullanım süreleri ve hangi endikasyonlarda kullanılndıkları retrospektif olarak değerlendirildi. Profilaksların uygulanıp olup olmadığı CDC rehberlerine göre belirlendi.

BULGULAR: Antibiyotik profilaksisi uygulanan 1000 hastanın 482 tanesinde (%48,2) 24 saatten uzun süre doş bir antibiyotik seçimi %92 olarak, doğru zamanda antibiyotik tedavisine devam edildiği belirlendi. Uygulan antibiyotik seçimi %92 olarak, doğru zamanda antibiyotik profilaksisine başlama ve doğru endikasyonda profilaksi verme oranı %100 olarak bulundu. Uygulan antibiyotik dozlarının uygulduğu ise %81 olarak belirlendi. Kullandığı antibiyotik türe, süresi, dozu ve profilaksi uygulanan endikasyon, açısından değerlendirildiğinde uyum oranı %51,1 olarak belirlendi. Çocuk cerrahisi bölümünün uyum oranının kadın hastalıkları ve doğum bölümüne kıyasla daha iyi olduğu saptandı.

SONUÇ: Cerrahi girişimlerde uygulanan antibiyotik profilaksisi infeksyonların gelişimini önlemekeli olarak makul birlikte bu amaçla uygulanan antibiyotiklerin türe, dozu, süresi gibi faktörlere dirençli bakterilerin gelişimini ne kadavra bulunabileceğini de göz önünde bulundurulmali ve uyuşmu artrabilirme için düzenli ve sürekli eğitim politikaları geliştirilerek uygulanmalıdır.

P21-23
Ebola virus hastalığı; 2014 Bati Afrika salgının hastanemize yansımaları

Gönül Şengöz, Filiz Pehlivanoğlu, Sinem Akkaya İşık, Meyha Şahin, Büşra Dutağacı, A. Melik Kayıkçı
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfectyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul


YÖNTEM: Eskiden beri salgılarda (SARS, avian influenza ve diğer) referans hastalar olarak görev yapan Haseki EA Hastanesi; bu salgında da görevlendirilmişdir. Bilimsel Danışma Kurulu tarafından oluşturulan ve dövamlı güncellenen vaka yönetim rehberi doğrultusunda hastalara yaklaşılmıştır.


Tablo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gelinlen Ülkeler</th>
<th>Olgu sayısı</th>
<th>Laboratuvar bulguları pozitifi</th>
<th>Olgu sayısı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nijerya</td>
<td>9</td>
<td>Bilirubin yüksekliği</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sierra Leone</td>
<td>1</td>
<td>CRP</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Şikayetler ve bulgular</td>
<td>Olgu sayısı</td>
<td>ALT, AST</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Ateş</td>
<td>13</td>
<td>Trombositopeni</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Bulanti-kusma</td>
<td>7</td>
<td>Lökopeni</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Halsizlik</td>
<td>7</td>
<td>Amlaz yüksekliği</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Bağışırısı</td>
<td>6</td>
<td>Kreatinin</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ishal</td>
<td>4</td>
<td>P. falciparum pozitifi</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Splenomegalı</td>
<td>4</td>
<td>EBOV</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P21-24
İzmir Bozaya Eğitim ve Araştırma Hastanesine 2014 yılında sewisinde başyaran kuduz riskli temas olgularının değerlendirilmesi

Ebru Dik, Selma Tosun, Seval Demir, Meltem Avci
İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Kuduz şüpheli isirik olguları ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.
Bu çalışmada son bir yıl içinde hastaneye başvuran kuduz şüpheli isirik olgularının özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** İzmir Bozyaka EAH’ne başvuran ve kuduz şüpheli isirik nedeniyle müdahale edilen olguların kayıtları değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Bir yıllık sürede toplam 721 olgu başvurmuş olup 644 olguna isirık, 73 olguna tırmık şeklinde maruziyet saptanmıştır. Maruz kalmanın hayvanlarının 57’i köpek, 146’ısı kedi, üç şat, biri maymundur. Olguların büyük çoğunluğu sadece aşılı yapılmış olduğu bilinenmiştir. Yaş gruplarına ve göre cinsiyete göre dağılım değerlendirildiğinde en fazla maruz kalınan yaş 18-25 yaş aralığındadır ve en çok köpek isirisi olduğu gözlenmiştir (Tablo).


**Tablo:** Kuduz şüpheli isirik olgularının yaş gruplarına ve yapılmasına göre dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>YAŞ</th>
<th>KEDI</th>
<th>KÖPEK</th>
<th>İSIRIK</th>
<th>TİRMIZ</th>
<th>AŞI</th>
<th>AŞI+IG</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt;17</td>
<td>29</td>
<td>132</td>
<td>141</td>
<td>14</td>
<td>20</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td>18-25</td>
<td>14</td>
<td>135</td>
<td>141</td>
<td>14</td>
<td>8</td>
<td>146</td>
</tr>
<tr>
<td>26-35</td>
<td>40</td>
<td>90</td>
<td>114</td>
<td>16</td>
<td>121</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>36-45</td>
<td>25</td>
<td>72</td>
<td>88</td>
<td>9</td>
<td>93</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>46-60</td>
<td>22</td>
<td>106</td>
<td>119</td>
<td>9</td>
<td>125</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>61+</td>
<td>16</td>
<td>36</td>
<td>41</td>
<td>11</td>
<td>50</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPLAM</td>
<td>146</td>
<td>571</td>
<td>644</td>
<td>73</td>
<td>689</td>
<td>28</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**P21-25**
Hayati tehdit eden infeksiyonlardan biri: Kuduz Gönnül Şengöz, Filiz Pehlivanoğlu, Yeşim Küreç Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul


**YÖNTEM:** Kliniğimize bağlı olarak 24 saat hizmet veren Kuzeydoğu Aşısı Merkezine başvuran hastalar değerlendirilmiştir ve aşısı uygulamaları “Kuduz Korunma ve Kontrolu Yönergesi” uyarınca uygulanmıştır. Hastalara ait bilgiler formlara kaydedilmiş ve Halk Sağlık Müdürlüğü bildirilmiş. Bu çalışma için; aylık geri bildirim formlarındaki bilgiler kullanılmıştır.

**BULGULAR:** 2014 yılında Kuduz Aşı Merkezine başvuran 10.133 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların %56’sı erkekdir. Yaş dağılımları incelendiğinde bir yaş altında 4 olgu olduğu görülmüştür. 1-14 yaş grubunda ise 399 olgu saptanmıştır (0-14 yaş grubu tüm vakaların %4’ünü oluşturmuştur). Mevsimsel dağılmın incelendiğinde Ma’nış-Augusto aylan aralığında dönemde vakaların %42’si, Kasım-Şubat aylan aralığında dört aylık dönemde ise vakaların %24’ü başvurmuştur. Hayvan teması incelendiğinde %52’si köpeklerle, %20’yi vahşi hayvanlarla oluşturmuştur. Olguların %2,5’i ve sona bırakılıp profilaksi uygulanmasına gerek görülmemiştir. Olguların %55’inde 3 doz aşısı uygulanırken %41’inde 5 doz aşısı yapılmıştır.

**SONUÇ:** Bütün zoonotik hastalıklarda olduğu gibi kuduz hastalığından da insan kuduz vakalarını önlemenin yolu hayvanlardaki kuduzu önlemektir. Sokak hayvanlarının aşılıyor olması ve sahipleri ile ilgili tedbirlerde bulunmak için gerekli olacaktır.

Temas sonrası profilaksi insan vakalarını önlemek için vazgeçilmez uygulamadır ve hastaların çok iyi değerlendirme, hastaların iyi bilgilendirilmesi ve aşı şemasını tamamlamaları için ikna edilmişlerdir.


BULGULAR: Bir yıllık sürede hastanemizde yakma olarak 290 erken (%54,6), 242 kadın (%45,4), toplam 532 hastaya taraflımcı konsültasyon hizmeti verildi. Hastaların 273’ü (%51,3) yogun bakım ünitelerinde (YBU) takip edildi. En sık konsültasyon hizmeti verilen YBU’ler Anestezi-Reanimasyon (%24,4), Nöroloji (%16,9) ve Nöroşürgü YBU (%14)’leri idi. Diğer konsültasyon hizmeti verilen 266 (%48,7) hastanın yattıları servisler arasında ilç üç sırada Genel Cerrahi (%21), İç Hastalıkları (%9), Uroloji (8.8) yer almaktaydı. En sık konsültasyon nedenleri: toplum kökenli pnömoni (109 hasta; %20,4), toplum kökenli üriner sistem infeksiyonu (76 hasta; %14,2), noozokomiyal pnömoni/ventilatör iliskili pnömoni (75 hasta; %14), kateter iliskili üriner infeksiyon (48 hasta; %9), deri-yumuşak doku infeksiyonları (47 hastta; %8,8), cerrahi alan infeksiyonları (37 hasta; %7,1) idi. Tüm hastalar tedavi bitirime ya da taburcu oluncaya dek izlendi. Hastaların 289’unu (%54,3) konsültasyon öncesinde ampirik antimikrobial tedavi başlanmıştır, en sık kullanılan antibiotikler üçüncü kuşak sefalosporinler, birinci kuşak sefalosporinler ve ampinisin-sulbaktam idi. Konsültasyon sonrasında en sık kullanılan antibiotikler ise sertifikasız, piperalisin-tazobaktam, karba penemlerdi. Konsültasyon hizmetlerinin en sık karsılışlan sorunlar, konsültasyon öncesinde hastaya antibioterapi başlanması ve planlanan mikrobiyolojik incelemlerin yapılması olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Konsültasyon hizmetlerinin daha verimli olabil mesi için akci telefonik kullanım ve mikrobiyolojik inceleme konusunda multidisipliner yener stratejilere ihtiyaç duyulmuştur.
P21-28  
**Stenotrophomonas maltophilia** salgın şüphesinin araştırılması

Bahir Madran¹, Hanife Ebru Dönmez¹, Azize Kömür Karahan², Gizem Tokca³, Önder Ergönlü¹, Füsun Can¹, Aykut Koroğlu¹, Pelin İspir³

¹Amerikan Hastanesi  
²Koç Üniversitesi Tip Fakültesi Hastanesi  
³Koç Üniversitesi Tip Fakültesi

---

**GİRİŞ-AMAÇ:** *Stenotrophomonas maltophilia* (S.maltophilia) en sık kullanılan direnci geliştirilen sağlık bakımını ilişkili infeksiyonlardan biridir. Bağımsızlığı baskılanmış ve uzun dönem hastanede yatan hastalarda mortalite ve morbiditeyi artırır. Öncelikli olarak izole edilen ortam ortamında izole edilen gram negatif bakterilerin %9’unu ifade ederken, izole edilen sahnenin %83’ü ‘génis spektrumlu antibiotiklere de dirençlidir (ESBL+).

Giysimsel alandan alınan oda sırtleyen kültürlerde herhangi bir patoloji izole edilmedi. İşlem sırasında yapılan kültürlerin sadece gözlenenlere ait rapor teknikleri aykırı işlem yapmadıkları gözlenmiştir. DNA incelemesi yapılan sahnenin benzerlik oranlarınının maksimum %85.4 (%95) olduğu belirlendi. 
Yapılan incelemeler sonucunda giysimsel alanda salgın ihtimalinin olmadığına anlaşılmış ancak bu durum kurum içi “SALGİN” ihtimalinin değerlendirilip salgın olup olmadığını tespit edip kayıtlara geçmesi açısından önemli bir aşamadır.

**SONUC:** Bu çalışma ileriley墳美で客を下げる Kurum içi salgın şüphesinin değerlendirilmesi ve olası salgınların önlenmesi açısından yol gösterici nitelikindedir.

---

P21-29  
Primer vankomisine dirençli enterokok (VRE) bakteriyemisinde mortalite açısından risk faktörlerinin analizi

Zeynep Memiş, Serap Şimşek Yavuz, Seniha Başaran, Atahan Çağatay, Halit Özsüt, Haluk Eraksoy

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tip Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

---

**GİRİŞ-AMAÇ:** VRE’ler dünya ve ülkemizde gittiğçe artan oranlarda Sağlık bakımını ilişkili infeksiyon etkenleri olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada, VRE bakteriyemisi ile ilgili hastalarda mortaliteye etki eden risk faktörleri araştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmamız 2007-2014 yılları arasında hastanemizde yatan ≥18 yaş hastalardan, klinik bulgularla bakteriyemi düşünülen ve ≥1 nöbetlikte VRE üremesi olan hastalar dahil edildiştir. Hasta bilgileri, hastane otomasyon sistemleri ve epikrizlerden retrospektif olarak elde edilip, önceden hazırlanmış formlara kaydedilmişdir. Primer bakteriyemi tanısi CDC ölçümlerine göre konulmuştur. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 11.0 programıyla yapılmış, sürekli değişkenlerin tekli analizinde Student t testi; kategorik değişkenlerin tekli analizinde χ² veya Fisher’in 2x2 testini kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışma süresince toplam 38 hasta prim YRE bakteriyemisi belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalama 53 olup, 20’si erkek (%53), 18’i kadını (%47). VRE bakteriyemisi ile ilgili hastaların 38 hastanın 23’ünde hastane içi mortalite gözlemmıştır (%60). Tanı konulduğu sıradaki Pitt bakteriyemi skoru (p=0.044) mortalite gelişmesine etki eden risk faktörü olarak belirlendi (%p=0.044).

**SONUC:** Klinik tablonun ağırlığını gösteren Pitt bakteriyemi skorunun yüksekliği, primer VRE bakteriyemisinde mortalitenin artmasına ilişkili bulunmuştur. VRE bakteriyemisi açısından riskli hastalarda, ağır infeksiyon bulguları gelişmeden erken ve uygun ampirik tedaviler başlanması mortaliteyi azaltabilir.
Tablo: Primer VRE bakteriyemili hastalardan mortalite gelişen ve gelişmeyenlerin karşılaştırılması.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Özellikler</th>
<th>Mortalite Gelişmeyen Hastalar (n=15)</th>
<th>Mortalite Gelsen Hastalar (n=23)</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kadın cinsiyet</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>0.208</td>
</tr>
<tr>
<td>Yaş (ortalama ± SD)</td>
<td>49±18</td>
<td>56±16</td>
<td>0.229</td>
</tr>
<tr>
<td>Charlson komorbidite skoru (ortalama ± SD)</td>
<td>3.87±2.38</td>
<td>5.04±2.18</td>
<td>0.136</td>
</tr>
<tr>
<td>İmmünosüpresif tedavi</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
<td>0.506</td>
</tr>
<tr>
<td>Nötropeni</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>0.294</td>
</tr>
<tr>
<td>Mukozit</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>0.722</td>
</tr>
<tr>
<td>Perianal komplikasyon</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>0.401</td>
</tr>
<tr>
<td>YBÜ yatırı</td>
<td>10</td>
<td>15</td>
<td>0.927</td>
</tr>
<tr>
<td>Cerrahi girişim</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>0.367</td>
</tr>
<tr>
<td>Pitt bakteriyemi skoru (ortalama ± SD)</td>
<td>1.73±1.79</td>
<td>3.39±3.08</td>
<td>0.044</td>
</tr>
<tr>
<td>Hemoglobin (gr/dl) (ortalama ± SD)</td>
<td>8.9±0.9</td>
<td>8.6±1.2</td>
<td>0.329</td>
</tr>
<tr>
<td>Trombosit (/mm3)X1000 (ortalama ± SD)</td>
<td>211±157</td>
<td>121±122</td>
<td>0.073</td>
</tr>
<tr>
<td>ALT (iü/l) (ortalama ± SD)</td>
<td>27±21</td>
<td>35±37</td>
<td>0.427</td>
</tr>
<tr>
<td>Kreatinin (mg/dl) (ortalama ± SD)</td>
<td>0.92±1.33</td>
<td>1.23±1.06</td>
<td>0.460</td>
</tr>
<tr>
<td>Albumin (gr/dl) (ortalama ± SD)</td>
<td>2.83±0.44</td>
<td>2.52±0.57</td>
<td>0.072</td>
</tr>
<tr>
<td>CRP (mg/l) (ortalama ± SD)</td>
<td>133±20</td>
<td>188±125</td>
<td>0.109</td>
</tr>
<tr>
<td>Uygun tedavi</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>0.103</td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Linezolid</td>
<td>9</td>
<td>8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Daptomisin</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

P21-30
Sañık çalışanlarının aşılar ile ilgili tutumlarının belirlenmesi

Güle Aydın1, Zerrin Aşçı1, Ayşe Şevik2, Neslihan Öztürk2

1Afyonkarahisar Züleyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Infeksiyon Hastalıkları
2Afyonkarahisar Züleyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi, Infeksiyon Kontrol Hemişresi


YÖNTEM: Çalışma sağlık çalışanlarının aşılar ile tutumlarını tanımlayacak çoktan seçmeli 5 sorudan oluşan bir anket çalışması olarak planlandı.

BULGULAR: Ankete 25'i erkek, 58'i kadın olmak üzere toplamda 83 kişi katıldı. Ankettekiラインのたる人が yaş ortalaması 35,6 olarak (22-54) belirlendi. Çalışmada çalışanların hepsi yardımcı sağlık personeli (hemişre, ebe, sağlık memuru, anestezi teknisiyeni, laboratuvar teknisiyeni) idi. Çalışmada çalışanların 52 tanesi (%62,6) son 1 yıl, 40 tanesi (%48,3) ise son 5 yıl içinde herhangi bir aşılı olmadıklarını belirtti. 70 kişi (%84,3) aşı yaptıklarının gerkeleyen, 65 kişi (%78,3) yararlı olduğunu, 13 kişi (%15,6) etkisiz olduğunu, 19 kişi (%22,8) ise aşılı yaptıklarının tehliki olduğunu düşünmüyorlardi. Aşı yaptıklarının zararlı olduğunu düşünme oranı 19 kişi (15%) olası yan etkiler nedeniyle, 4 kişi ise etkilerini bilmekle en tehliki olduğunu düşünmekteydi.


Resim

P21-32

Renal transplantasyon sonrası asiklovir ve valgansiklovir profilaksisinin karşılaştırılması

Betül Saside1, Seniha Başaran1, Yaşar Çalışkan2, Serap Şimşek Yavuz1, Atahan Çakatay1, Halit Özçift, Haluk Ersosoy1

1 İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çapaş Sultan
2 İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Çapaş Sultan


YÖNTEM: 1 Ocak 2011-31 Aralık 2014 arasında hastanemizde renal nakil yapılan hastaların poliklinik dos-
yaları ve hastane yataş epikrizleri incelenerek hastaların epidemiolojik verileri, nakil öncesi serololari, geçirdikleri infeksiyonlar, uygulanılan profilaksi ve immünosüpresif tedaviler kaydedildi. Nakil sonrası CMV profilaksisi olarak Temmuz 2014'ten önce oral asiklovir 240 mg/gün, Temmuz 2014'ten sonra ise oral valgansiklovir 450 mg/gün dozunda üç ay süreyle kullanıldı.

BULGULAR: Üç yıllık zaman diliminde 97 kişiye canlıdan ve kadavradan böbrek nakli yapıldı. Bunların 51 (%52.6)'ı erkek, 46 (%47.4)'si kadın. Yaş ortalaması 38.56±7.7, 38 (%39)'i kadavradan, 59 (%61)'i canlıdan renal nakil yapılan hastalardı. Asiklovir profilaksisi 68 (%70), valgansiklovir profilaksisi 29 (%30) kişiye uygulandı. 16 (%16) hastada kanıtlanmış viral infeksiyon (CMV ve CMV dışı) geliştirildi. Bunların 12 (%75)'i CMV infeksiyonuydu. Valgansiklovir alanların 3 (%10.3)'ünde, asiklovir alanların 13 (%19.1)'ünde kanıtlanmış viral infeksiyon geliştirildi. Kadavradan nakil olan 38 hastadan 9 (%23)'unda kanıtlanmış CMV infeksiyonu geliştirildi. Bunların 2 (%22)'si valgansiklovir, 7 (%88)'si asiklovir almaktaydı. Valgansiklovir ve asiklovir profilaksisi sırasında gelişen viral infeksiyonların nakil türlerine göre dağılımı Tablo'da gösterildi. Kadavradan nakil yapılmış hastalarda asiklovir ve valgansiklovir profilaksisi arasında CMV infeksiyonu gelişimini önlemeye istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.124). Canlıdan nakil olan ve gansiklovir profilaksisi alan hastalarda CMV infeksiyonu gelişmemekle birlikte asiklovir profilaksisi alanlara aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=1). Kadavradan nakليلi ve kanıtlanmış viral infeksiyon geçiren hastalar arasında, infeksiyon sırasında bakılan lenfosit saylarının ortalama değeri 870/mm³ idi. Canlıdan renal nakillerde ise infeksiyon sırasında bakılan ortalama lenfosit sayısı 2220/mm³ idi. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamadı (p=0.02).

SONUÇ: Renal nakil sonrası ilk üç ayda görülen viral infeksiyonların oranı %62 CMV infeksiyonunu oluşturdu. Kadavradan nakil yapılmış hastalarda lenfopeni, CMV infeksiyonu gelişimi için önemli bir risk faktörü olarak bulundu. Her iki nakil grubunda (kadavradan ve canlıdan), asiklovir ve valgansiklovir profilaksisi alan hastalar arasında CMV infeksiyonu önleme açısından fark olduğu gözlandı. Bu durum olmuş sayılanın düşük olmasıyla ilgili olabilmek için daha geniş hasta serilerinde yapılacak kararlaştırılama gerekenin vardır.

Tablo: Valgansiklovir ve Asiklovir Profilaksisi Sıradasında Gelişen Viral Infeksiyonların Nakil Türlerine Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Kadavradan (n=38)</th>
<th>Canlıdan (n=59)</th>
<th>Toplam (n=97)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sayı</td>
<td>(%</td>
<td>(%</td>
<td>(%)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALGANSIKLOVIR</td>
<td>19 (50)</td>
<td>10 (17)</td>
<td>29 (29,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Infeksiyon yok</td>
<td>16 (54.2)</td>
<td>10 (16.9)</td>
<td>26 (26.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>CMV</td>
<td>2 (10.5)</td>
<td>-</td>
<td>2 (2.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>CMV dışı</td>
<td>1 (5.3)</td>
<td>-</td>
<td>1 (1.0)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASIKLOVIR</td>
<td>19 (50)</td>
<td>49 (83)</td>
<td>68 (70,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Infeksiyon yok</td>
<td>11 (57.9)</td>
<td>44 (89.8)</td>
<td>55 (56,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>CMV</td>
<td>7 (36.8)</td>
<td>3 (6.1)</td>
<td>10 (10.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>CMV dışı</td>
<td>1 (5.3)</td>
<td>4 (8.1)</td>
<td>5 (5.2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P21-33
Ateş ve trombositopeni ayırıcı tanımsında endemik bir hastalık: Q Ateşi

Zeynep Banu Ramazanoğlu, Özgür Günlal, Hamide Saygılı, Aynur Atila, Süleyman Sırrın Kılıç

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

gal ve tüp aglutinasyon testi negatifti. Hastadan Q Ateşi için IFA testi istendi. Hastaya plazmaferez uygulandı ve 2 ünite aferz trombot trombospansiyon verildi. Hastaya ola-

SONUÇ: Ulkemizde yapılan çalışmalarla, kansal alandaki yaşamın Q Ateşi açısından riskli olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, bölgemizde akut ates ve trombositopeni ile başvuran hastalarda, viral hemorajik ateş nedenlerinin yanı sıra Q Ateşinin de ayrıca tanıda düşünülmesi gerektiktir.

**P21-34** Shapiro sendromu: Olgu sunumu

Nazım Aktüg Demir¹, Şuа Sümer¹, Onur Ural¹, Fatma Çalışken², Levent Kebapçılar², Şerefurn Öztürk³

¹Selçuk Üniversitesi Tip Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı
²Selçuk Üniversitesi Tip Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı
³Selçuk Üniversitesi Tip Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı

**GİRİŞ-AMAÇ:** Shapiro sendromu 1967 yılında Shapiro ve Plumb tarafından tanımlanmıştır. Korpus kallozum genel olarak görülün bir bozukluktur. Korpus kallozum agenezisi ve agenezi ile ilgili epidozik hipotermi ve hiperhidroz ile karakterizedir.

**OLGU:** Yirmi iki yaşında erkek hasta 3-4 gündür olan tilreme, terleme, halsızlık şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Halsız görüümünde olan hastanın fizik muayenesinde infeksiyon odağı saptanamadı. Entorit sedimin-
tasyon hızı 7 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) değeri 3 mg/L, Procalstonin değeri 0.03ng/mL, beyaz küresi 12.800 K/uL, ALT: 207 u/L, AST: 114 u/L olarak saptandı. Hastadan akut viral hepatit markerleri, solunum yolu paneli, viral infeksiyon markerleri Brusella STA gönlendi ve kültürleri alındı. Periferik yaşama yapıldı. PA aki-ğer grafsisi, Waters grafsisi, batın USG çekildi. İnfeksiyon odağı tespit edildi. Hastanın takipinde üşme-tit-reme ve ardından aşınma terleme ataklar devam etti. Ataklar sırasında hastanın hipotermik olduğu saptanıldı. Takipinde tilreme, terleme nöbetleri ve hipotermisi devam eden hasta Endokrinoloji ve Metabolizma Has-

**SONUÇ:** Titreme ve terleme şikayetleri ile başvuran hastada hipotermi saptanırsa ayrıca tanıda nadir görülen bir hastalık olan Shapiro Sendromu akılda tutulmalıdır.

**P21-35** İlaç alerjisinin taktil bir Akdeniz benekli atesi olgusu

Süda Tekin Koruk¹, Ayhan Gözyayın², Ayşe Bilge Öztürk³

¹ Koç Üniversitesi Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, İstanbul
² Primer Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Gaziantep
³ Koç Üniversitesi Hastanesi, Alerji ve İmmünoloji Bölümü, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Bu yazında, Şanlıurfa İl’inde ilaç alerjisi zannedilenler tanı konulmadıkça çok geçici bir atrak Akdeniz Benekli Ateşi olgusunun sunulması amaçlandı.

SONUC: Ülkemizde nadir görülen Akdeniz benekli atesi hastalığı yaygın makülopapüler döküntü, yüksek ateş, artralji ve baş ağrısı ile başvuran hastaların akrıci tanıında düzensizdir.

P21-36
Kurban bayramı sonrasında aynı aileden iki kişide görülen deri şarbonu: Olgu sunumu

İnci Yilbat Kılıç

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları


Resim 1: Birinci olgunun sağ el avuç içindeki deri şarbonu

Resim 2: İkinci olgunun sol el 2. 3. parmaklarındaki deri şarbonu

P21-37
Kırım-Kongo kanamalı atesi ile karışan akut retroviral sendrom olgusu

Sabri Atalay, Şükran Köse, Ayşe Özkan, Başak Göl Serin

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Akut Retroviral Sendrom (ARS), insanimmün yetmezlik virüsü (HIV) ile karşılaştırılabilir 2-4 hafta sonra olguların %40-90’ında ateş, lenfadenopati, makülopapüler döküntü, farenjit, iştahsizlik, artralji, ishal, kusma gibi belirtilerle seyreden bir tablodur. Nonspekif bulgulara seyretmesi nedeniyle başka hastalıklara karışır. Bu posterde epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özellikleriley Kırm Kongo Kanamalı Atesi (KKA) ile karışan bir
ARS olgusunun sunulmuştur.


SONUÇ:

*Halk Sağlık Kurumu*’na gönderilen kan örnekleri 9 mm/h. C-reactif protein 0.18 mg/dL (0–5) olup normal değerlerdi. El parmağından alınan punch biyopsi örneğinde viral infeksiyona ikinci histopatolojik bulgular olan vakuoller keratinositler ve eozinofilik inkluziyon cısımlıkları saptandı. Hastanın klinik ve histopatolojik bulgularından yol çıkarılacak orf tanısı konuldu. Semptomatik tedavi ile yaklaştırılmış bir ay sonra epidermiste soyulma ile skatrasiyon bırakmadan lezyonları geriledi.

**SONUÇ:** Orf; Parapox viruslarının neden olduğu, insanlara genellikle infekte hayvanların aşısı ve diğer kontamine salguları ile bulaşan bir hastalıktır. Veziküler ve nekrotik deri lezyonlar seyreden, ağırlıktaki enfeksiyoz mononükleoz, influenza, toksoplazmoz, viral hepatit, herpes virus ve sekonder sifiliz gibi pek çok hastalıktaki karşılaştırılabilir. Bu dönemde p24 antijeni veya HIV-RNA pozitifiydi, anti-HIV antikorları ve HIV doğrulama testi_coefunlukla negatifdir. HIV RNA'sı saptanmamıştır. Bu hastanın kası tissuesinde moleküler testler kullanılmamıştır. ARS'nin erken dönemde tedavi edilmesi, klinik ve immünolojik bulguların iyileşmesini sağlayacaktır.

**P21-38**

**Multipl cilt lezyonlarına neden olan Orf hastalığı:**

**Olgu sunumu**

Tuğa Sarı¹, Fatih Temoçin²

¹Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi
²Yozgat Devlet Hastanesi


**OLGU:** Otuz iki yaşında erkek hasta; 10 gün önce sol el 3. parmak dorsal yüzde büyük lezyon farkedilmiş, 5 gün sonra, lezyonu ağrı ve büyüklüğünde artış olmuştur. Şı- kayetlerinin 10. ayında el ve kollarında çok sayıda hi- peremik, kaşıntılı ve ağrılı nodüller çıkayetle başvurdu. Hastanın öyküsünden çıplak ve hayvancılık ile ugraşığı öğrenildi. Fizik muayenede el ve kolları eritemli, mor zeminde, üsleme ödematöz nodüller tespit edildi (Resim). Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Hastanın yapılan tetiklerinde be yaz Kure 5150 mm³ (4.800–10.800), erit- rosit sedimentasyon hızı 9 mm/h, C-reactif protein 0.18 mg/dL (0–5) olup normal değerlerdi. Yara kültürün de örneğine El parmağının alınan punch biyopsi örneğinde viral infeksiyona ikinci histopatolojik bulgular olan vakuoller keratinositler ve eozinofilik inkluziyon cısımlıkları saptandı. Hastanın klinik ve histopatolojik bulgularından yol çıkarılacak orf tanısı konuldu. Semptomatik tedavi ile yaklaştırılmış bir ay sonra epidermiste soyulma ile skatrasiyon bırakmadan lezyonları geriledi.

**Resim:** E1 ve kollarında üsleme ödematöz nodüller
P21-39
Selülitin nadir bir nedeni (Nekrotik araknadizm): İki olgu sunumu

Tuğba Sarı1, Fatih Temoçin2

1Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Denizli
2Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Yozgat


Burada örümcek isını sonrası selülit (nekrotik araknadizm) görülen iki olgu sunulmuştur.

OLGÜ: 21 yaşında, erkek hasta; boyunda şişli, kizartılık, kaşıntı ve ağrı şikayetleri ve bir gün önce lezyon bölgesinden örümcek ısırığı öyküsü ile başvurdu. Fizik muayenede boyunda hemorajik lezyon ve süperfisyal nekroz eşli etiği selülit tespit edildi (Resim 1). Diğer fizik muayene bulguları normaldı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 7400 /mm³ (4.000–11.000), böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve koagülasyon testleri normal değerlerdeydi. 52 yaşında, kadın hasta; kolunda şişli kizartılık, ağrı, süperfisyal nekroz ve bir gün önce lezyon bölgesinde örümcek ısırığı öyküsü ile başvurdu. Fizik muayeneinden kolda hemorajik lezyon ve süperfisyal nekrozun eşli etiği selülit tespit edildi (Resim 2). Diğer fizik muayene bulguları normaldı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 7400 /mm³ (4.000–11.000), trombosit sayısı 234.000 /mm³ (150.000-400.000), böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve koagülasyon testleri normal değerlerdeydi. Tipik cilt lezyonlarını ve örümcek ısırığı öyküsünü nedeniyle hastalara nekrotik araknadizm tanısı konuldu. Hastaların lezyonları su ve sabun ile yıktı. Soğuk kompres uygulandı. Tetanoz aşısı yapıldı. Selülit olması ve sekonder bakteriyel infeksiyon şüphesi ile ampsilin/sulbaktam 6gr/ gün başlandı ve semptomatik antihistaminik, analjezik, antiinflamatuar tedaviler ile birincisi hastanın beş, ikincisi hastanın on gün sonra lezyonları geriledi.


P21-40
Endemik bölge bruselloz ve Kırım-Kongo kanamalı ateş koinsidansı: Olgu sunumu

Faruk Karakeçili1, Aytekin Çikman2, Hicran Akın1, Barış Gülnah2, Adalet Özcüpek3

1Erzincan Üniversitesi Tip Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
2Erzincan Üniversitesi Tip Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye.
3Erzincan Üniversitesi Tip Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmaada, bruselloz ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) koinsidansı tespit edilen bir olgu nun literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır. Literatürde: benzer bulgularla seyreden 2 hastağın karşısında, ilk değerlendirilmedelerinde yalnız tanı konmuş olgu bildirimleri bulunmamakla birlikte, bruselloz ve KKKA koinsidansı daha önce bildirilmemiştir.


Tablo: Bruselloz-KKKA kinsidansı olgu (10 günlik laboratuvar takibi)

<table>
<thead>
<tr>
<th>1.gün</th>
<th>2.gün</th>
<th>3.gün</th>
<th>4.gün</th>
<th>5.gün</th>
<th>7.gün</th>
<th>10.gün</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lökosit sayısı (x10^3/mm3)</td>
<td>2500</td>
<td>2000</td>
<td>2400</td>
<td>2500</td>
<td>3300</td>
<td>4100</td>
</tr>
<tr>
<td>Nötrofiller sayısı</td>
<td>1600</td>
<td>1100</td>
<td>1100</td>
<td>1300</td>
<td>1600</td>
<td>1700</td>
</tr>
<tr>
<td>Hemogoblin (g/dL)</td>
<td>13.6</td>
<td>13.1</td>
<td>13.4</td>
<td>13.5</td>
<td>13.4</td>
<td>14.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Trombosit sayısı (x10^3/mm3)</td>
<td>99000</td>
<td>37000</td>
<td>45000</td>
<td>49000</td>
<td>64000</td>
<td>139000</td>
</tr>
<tr>
<td>ALT (U/L)</td>
<td>52</td>
<td>57</td>
<td>64</td>
<td>57</td>
<td>56</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>AST (U/L)</td>
<td>66</td>
<td>100</td>
<td>92</td>
<td>79</td>
<td>62</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>CK(U/L)</td>
<td>339</td>
<td>216</td>
<td>141</td>
<td>106</td>
<td>66</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>LDH (U/L)</td>
<td>464</td>
<td>331</td>
<td>297</td>
<td>307</td>
<td>287</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>INR (%n)</td>
<td>1.2</td>
<td>1.0</td>
<td>0.97</td>
<td>0.91</td>
<td>0.87</td>
<td>0.85</td>
</tr>
<tr>
<td>Sedimantasyon (mm/saat)</td>
<td>38</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CRP (mg/dL)</td>
<td>4.4</td>
<td>2.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P21-41
Ağır seyirli bir Coxiella burnetti endokarditini olgu

Fahri Karakeçeli¹, Hüsnü Değirmenci², Hicran Akın³, Gökhan Ceyhun⁴, Merve Aydın⁵

¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
²Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyojoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye
³Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye.

GİRİŞ-AMAÇ: Q Ateşi, zorunlu hücre içi gram negatif bir bakteri olan Coxiella burnetti'nin neden olduğu zoonotik bir infeksiyonudur. Bu çalışmadada, Coxiella burnetti'ye bağlı gelişen, ağır seyiri bir infektif endokardit olgu sunulmaktadır.

OLGU: Otuz yaşında olan erkek hastanın aort semptomları 3 aydır halsizlik ve grip benzeri şikayetlerle başvurduğu meğerlerde sıçramanız, buralık infeksiyon gibi tanılanları tedavi aldığı dönemdeydi. Muayeneye: ateş 38 °C, TA: 110/70 mmHg, NDS: 98, kardiyak oskültasyonda üfürüm mevcuttu. Batın rahat, karaciğer ve dalak palpabel saptandı. Tetkiklerinde; lökösit: 13800/mm³, hemoglobin: 11 mg/dL, trombosit: 24600/mm³, sedimantasyon: 97 mm/saat, C-reactif protein (CRP): 14.1 mg/dL saptandı. Transözofageal ekokardiyografi (TEE) aort kapağına ve semptomlarla tedavi alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak国家重点 olarak kalp alımı aile merkezlerinde bak重点领域としての心臓外科を受診, CRP değerleri 0.4 mg/dL ve sedimantasyon (50 mm/saat) geriledi. Kontrol TEE'de perikardiyal effüzyonun gerilediği, yetezasjonın küüldüğü ancak ieri derecede kapak disfonsiyonu geliştiği görülüyor. Hasta aort kapak replasman için ieri bir merkeze gönderildi.

SONUC: Akut Q Ateşi içinde klinik bulgular özel olmayan grip benzeri aşı cri bir hastalık çekinde ortaya çıkmış ve klinik bulgular kesin olarak kaçaçar, endokardit, kronik Q atesinin en sık görülen şekilleri olup tüm olguların %60-70'inity tüm endokardit olgularının ise %3-5'ini oluştururdu. Kan kültürleri ve PCR analizi ile iki aşı cri bir infeksiyon saptanmıştır. Coxieella burnettii serolojisi ve PCR infeksiyona destektedir. Etki çoğunlukla onceden defektli kalp kapaklarına yerleser. Aort ve mitral kapak en sık tutulur. Olgumuzda aort kapakta tutulmuş ancak onceden bilinen kalp defektı yoktu. Sonuç olarak klasik bakteriyel endokardit tedavi-
Doğru veri kaynağına başvurulması veya metnin kesin olarak okunması için resmi metni ektedir.

**KLİMİK 2015 XVII. TÜRK KLINİK MİKROBİYOLOJİ VE İNFEKSİYON HASTALIKLARI KONGRESİ**

sine yanıt vermeyen, kültür negatif endokarditlerin büyük bir bölümünden Coxiella burnetti'nin sorumlu olduğu akıl- 
da tutulmalıdır.

**Resim-1**

Olgunun transözafageal ekokardiografi'sinde (TEE) aort kapağında vejetasyonla uyumlu görünüm.

**Resim-2**

Olgunun transözafageal ekokardiografi'sinde (TEE) aort kapak yetmezliği

**P21-42**

Albendazole bağılı sağ ve kırılarda dökülenin görülüğü bir oltu

Özge Leyla Şengezer1, Aysun Yalçı1, Elvan Onur Kırımkırı, Alpay Azap1

1Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara
2Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Ankara


**OLGU:** Kırk beş gün önce karaciğer kist hidatikti nede- niyle opere olmuş 44 yaşındaki erkek hasta polikliniği- ze on gündür süren ateş ile başvurdu. Fizik muayenede yangın batın hassasiyeti mevcuttu. Hasta karaciğer ab- sesi örtüsü ile yatırıldı. Rutin tetkiklerde anemi, tran- 

**P21-43**

Bir fayton sürücüsünde geliştirilen akut Q Ateşi oltusu

Mustafa Taner Yıldırımk, İsmail Türköz, Özge Acar, Fuad Şimşek

Okmeydanı Eğitim Araştırmacı Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

**GİRİŞ-AMAÇ:** Coxiella burnetti'nin yol açtığı akut infeksiyonlar genellikle subklinik veya kendini sınırlayan ateşli hastalık şeklinde geçirilmekte ve tanısı gözden kaçmaktadır. Zoonotik yönüyle besilerek ve
mandıracılık işlemlerinde çalışmaların hastalığa yakalanma olasılığı daha yükselir. Burada nedeni bilinmeyen ateş (NBA) yönünden inceленirken saptanan olası bir akut Q ateş olgusu sunulmaktadır.

OLGÜ: 36 yaşındaki erkek hasta 1 aydır mide bulantısı, kusma, terleme ateş şayetleri nedeniyle çeşitli sağlık kurularlığını ayaktan başvurmuş olanlardan bir tanesi. %91.8 çapraz yöntemlerin sayesinde hastanın bu yüksek ateş, yatılı sahne, kusma ve kusma N באס (NBA) yönünden inceленirken saptanıyor idi. Hastanın antibiyotik tedavisi 14 gün verildi, ancak hasta aylarca tekrar etmekte idi. Kadın ve erkek hastaların antibiyotik tedavisi 14 gün sürdü.

Tablo: Akut ve konvelesan serum örneklerinde C. burnetii antikor titreleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>ANTİKOR GRUBU</th>
<th>PARAMETRE</th>
<th>METOT</th>
<th>ILK SERUM</th>
<th>İKINCİ SERUM</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Akut Infeksiyon Antikorları Faz- II</td>
<td>IgG- Faz II</td>
<td>IFA</td>
<td>1/1024</td>
<td>1/16384</td>
</tr>
<tr>
<td>Akut Infeksiyon Antikorları Faz- II</td>
<td>IgM- Faz II</td>
<td>IFA</td>
<td>1/96</td>
<td>1/768</td>
</tr>
<tr>
<td>Kronik Infeksiyon Antikorları Faz- I</td>
<td>IgG- Faz I</td>
<td>IFA</td>
<td>-</td>
<td>NEGATİF</td>
</tr>
<tr>
<td>Kronik Infeksiyon Antikorları Faz- I</td>
<td>IgM- Faz I</td>
<td>IFA</td>
<td>-</td>
<td>NEGATİF</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P21-44
Günlük pratikte aktinomizok akinda geliş mi? Kolon malignitesi ile karşılan bir abdominal aktinomizok olgusu

Ayşen Koçakçıl Çalışkan1, Adalat Ayap1, Salih Kazı1, Devrim Tuba Unal2, Settar Bostanoğlu3, Sebnem Eren Gök1, Nurcan Baykam1, Mustafa Eroğlu1, Başak Dokuçoğuz1

1Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara
2Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara
3Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Aktinomizok, gram pozitif mikroaerofilik/ anaerobik bir basılı tarafından oluşturulan apse ve fistül formlarını ile karakterize kronik süpüratif granulomatoz bir hastalık. Mukozanın normal endojen florasında bulunan ve mukoza engelini aşan doku içine girmesinde travma önemi bir rol oynar. Bu bildiride kolon malignitesi ile karşılan bir abdominal aktinomizok olgusu sunulmuştur.

infeksiyondur. Önerilen süreden uzun kalan RİA uygulamaları sonrasında aktinomikoz infeksiyonları görülebilir. Aktinomikozun tanısı çoğu zaman cerrahi işlem sonrasında patolojik değerlendirme ile olmaktadır. Bu olgu medikal tedavi ile düzeltilememe mümkün bir infeksiyon olan aktinomikozun intrabdominal malignite ariçisi tanısında akılda tutulması gerektiğini gostermesi açısından önemli bulunmaktadır.

P21-45
Aile boyu görülen akut retroviral sendrom

Şüda Tekin Koruk¹, Azize Sezin Şeyhanoğlu²

¹Koç Üniversitesi Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, İstanbul
²Harran Üniversitesi, Tiş Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

SONUÇ: Uygun klinik semptomları ve laboratuvar bulguları olan hastalarda riskli temas öyküsü alınmasa da akut retroviral sendrom tanısı mutlaka akla gelmelidir ve aile taraması zaman kaybetmeden yapılmalıdır.

Tablo: Hastalara ait laboratuvar sonuçları

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>HIV RNA (kpy/ml)</th>
<th>CD4 sayısı</th>
<th>CD8 sayısı</th>
<th>Hemoglobin (g/dl)</th>
<th>ALT (U/L)</th>
<th>AST (U/L)</th>
<th>CRP (mg/L)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hasta</td>
<td>659000</td>
<td>605</td>
<td>3574</td>
<td>12.8</td>
<td>68</td>
<td>81</td>
<td>7.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Eşi</td>
<td>28000</td>
<td>610</td>
<td>1965</td>
<td>13.9</td>
<td>45</td>
<td>42</td>
<td>3.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Çocuk</td>
<td>120000</td>
<td>937</td>
<td>1290</td>
<td>11.2</td>
<td>97</td>
<td>89</td>
<td>9.7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

P21-46
Kırım-Kongo kanamalı ateşinde nadir bir komplikasyon; akciğer absesi

Süle Cınar, Gülten Bilgin, Necla Tüliek, Melin Özoşy, Çiğdem Moroğlu, Fatma Şebnem Erdinç, Günay Tuncer Ertem

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

SONUÇ: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)’nin seyri sırasında en sık kanamaya sekonder komplikasyonlar olmakla birlikte çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Burada KKKA tanısı ile izlenen ve akciğer absesi gelişen bir olgu sunulmaktadır.

görülen endoteliyal ve mukozal hasar infeksiyonuna rastlanmamıştır (.şekil). Dört haftalık antibiotik tedavi sonrası klinik olarak iyileşen ve kontrol graflerinde abse formasyonunun hızla gerilediği gözlenen hasta taburcu edildi (.şekil).


Resim: Hastanın başlangıç, abse gelişimi ve tedavi sonrası akciğer graflerleri

P21-47
Infeksiyon hastaları kliniğiine ateş ile başvuran hastalarda ayrımcı tanıda erişkin Still hastalığı

Pınar Yaşın, Necla Tülek, Şule Cinar, Meliha Çağla Sönmüze, Günay Ertem, Fatma Şebnem Erşin

Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniği


BULGULAR: Toplam altta değerlendirme çıktı. Hastalara nez bir kadın (yaş ortalaması 30,8, biri erkek (yaş 25). En sık görülen yakınmalar sırasıyla ateş %100, boğaz ağrısı (%100), döküntü (%66,6), eklem ağrısı (%66,6), kas ağrısı (%50), karnın ağrısı (%25) çeklindeydi. Ortalama ateş süresi 26 gündür. Beş hastanın daha önce benzer atıqları olmadığını. Fizik muayenede en sık saptanan bulgular sırasıyla: ateş (%100), orofarenks hiperemisi (%66,6), splenomegalı (%50), servikal lenfodenopati (%16,6) çeklindeydi. En sık laboratuar bulguları anemi (%83,3) lökositoz(%50), karaciğer transaminazlarla yükselmeye (%50), plevrall ve perikardiyal effüzyon (%33,3) çeklinde saptandı. Tüm hastalarda C-reaktiv protein (orta-lama 10,8 mg/dL), eritrosit sedimentasyon hı yüksekme (%50), plevral ve perikardiyal effüzyon (%33,3) çeklinde saptandı. Tüm hastalarda ANA, RF, anti-dsDNA negatif saptandi. Hastalarda klinik tabloya çıkayetlerin olması bir neden bulunamadı. Romatoloji Bölümünde danıştakı iki hastaya metilprednizolon, bir hastaya indometazin tedavisi yapıldı. Üç hasta tedavi için Romatoloji Bölümü yönlendirildi.

SONUC: Erişkin Still hastalığı, klinik olarak birçok infeksiyon hastalığına benzeylebilir. Özellikle genç erişkinlerde nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisinde ayırıcı tanda göz önune alınmalıdır.

P21-48
Sepsisle seyreden atipik yerleşimli komplike deri şarabonu olgusu

Burcu Uysal¹, Ayşe Ayaydın¹, Tülin Demir², Selçuk Kılıç³, Bekir Çelebi³, Ramazan Keskiner³

¹Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir
²Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kirşehir
³Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları, Daire Bağkanı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Bacillus anthracis’in etken olduğu şarbon hastalığı insana hasta hayvanların kesmesi ve derisinin yüzülmesi sonucu direkt temasla, infekte etlerin yemesi ve hayvanların inhale edilmesiyle buluştakdır. Şarbon ülemizde Doğu Anadolu başta olmak üzere farklı coğrafi bölgelerde endemik olarak karşılanmıştır önemli bir zoonozdur. Deri şarbonunda lezyon, sporanların deride ilki giriş yerinde oluşur. Bu bölgeler genellikle travmaya daha çok maruz kalan yüz, boyun, el ve ayaklar gibi açık alanlardır. Bu çalışmada da oldukça nadir olarak görülen, bakteriyemik seyreden, sağı alt ekstremite tutulumun bir şarbon olgusunu idrak etmemiz gerekmektedir.

OLGÜ: Altmış yaşında erkek hastanın, bir gün önce başlayıp, ateş, sağ dizde şişlik, kizarıklık, yanma ve sulu lezyonlar çıkayetlerile Ahi Evran Üniversitesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği başvurdu.
Özgeçmişinde bilinen bir hastalığı olmadığı ve çobanlık yaptığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilincini açıktı. Aksiller vücut isisi 38,6°C, kan basınçları 110/70mmHg, nubaz 120/dakika, solunum sayısı 26/dakika idi. Sağ başka medialinde belirgin ödem, hiperemi ve sağ diz üzerinde yaklaşık 5x10cm çapında eritemli zemin üzerinde bullöz, ortası siyah nekrotik deriden kabarık lezyon mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; WBC: 8,0x10³/μL (%75 nötrofili), hemoglobin 16,6 g/dL, trombosit 134x10³/μL ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda olan hastanın kan glukoz seviyesi 125 mg/dL, AST: 27 U/L, ALT: 22 U/L ve C-reaktif protein: 2,0 mg/dl idi. Hasta derişarbon ön tanılarıyla servisimize yatırıldı. Yapılan gram boyamasında nadir PNL ve gram pozitif basiller görüldü. Hastaya kristalize penisilin G 24 milyon ünite/gün iv tedavi başlandı. Kan ve yara kültüründe B. anthracis izole edildi. İzolatın moleküler yöntemlerle doğrulaması ve tiplendirmesi yapıldı.


Resim 1: Koyun kanlı agar culturesinde kolonilerin görünümü  
Resim 2: Sağ alt ekstremitede yaygın ödem  
Resim 3: Sağ dizde şarbon lezyonu (1. gün)  
Resim 4: Sağ dizde şarbon lezyonu (3. gün)
P21-49
Atiplik histiyositik proliferasyon ile seyreden bir nedeni bilinmemen ates olduğu

Şebnem Şenol¹, Vural Çetin¹, Çiğdem Banu Çetin¹, Ismet Aydoğdu², Nalan Neşe³, Özlem Tüngör¹

¹Celal Bayar Üniversitesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD.
²Celal Bayar Üniversitesi Tip Fakültesi Hematoloji ABD.
³Celal Bayar Üniversitesi Tip Fakültesi Patoloji ABD.

GİRİŞ-AMAÇ: Nedeni bilinmemen ates (NBA) etyolojisinde ilk üç sırada enfeksiyon, kollajenoz ve maligniteler yer tutmaktadır. Uzun sürede kesin tanı koyulamamasi ve atıpk seyri nedeniyle sunulmuştur.


P21-50
Brusellozu hastada sintigrafide zigomifik eklem tutulumun taklit eden aktinik keratoz

Özlem Özer, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Cemal Bulut, Talîha Karakoç, Sami Kınıklı, Ali Pekcan Demiröz, Nesrin Ata

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


Erİşkin iki hastada Parvovirüs B19’un neden olduğu papüler purpurik eldiven ve çorap sendromu

Sibel Yorulmaz Göktaş1, Nesrin Kebabcı1, Tekin Tuncel1, Gülşen Koruluğu2, Melda Sinırtaş3, Halis Akalın3

1Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları AD, Bursa.
2Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara
3Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tibbi Mikrobiyoloji AD, Bursa


Olgu 1: Otuz bir yaşında erkek hasta; ateş, peteşiyal döküntü, yaygın vucut aşırı ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenede ellerde parmak aralarında ve ayaklarda belirgin olmak üzere tüm vücutta peteşiyal döküntüler dışında ek özellik yoktu (Resim - 1). Laboratuvar incelemesinde trombositopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde ilümlü yükseklik, CK ve LDH yüksekliği saptandı (Tablo). Viral kanamalı ateş, viral sendrom ön tanıları ile tetkik edilen hastanın ELISA yöntemi ile bakılan Parvovirüs IgM pozitif, Parvovirüs IgG negatif ve Kizamık IgM sınırda pozitif bulundu. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’na gönderilen serum örneklerinde Kırıng Kongo kanamalı ateşli (KKKA) immun floresan antikor (IFA) ve Hantavirüs IFA negatif, Kizamık ELISA ile sınırdı pozitif olarak bildirildi. Üçüncü gününde döküntüleri geriye kalan ve laboratuvar değerleri düzelten hasta poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.


Resim 1: El bileklerinde peteşiyel döküntüler

Resim 2: Ayaklarda peteşiyel döküntüler

Resim A: Parmak aralarında peteşiyel döküntüler
Yüksek ateşle seyreden Still hastalığı

Derya Keten, Evrim Gülderen, Süleyman Kulotu

Necip Fazıl Şehir Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kahramanmaraş

GİRİŞ-AMAÇ: Üç haftadan uzun süren, 38.3°C üzerinde saptanan ve nedeni açıklanamayan ateş Nedeni Bilinmeyen Ateş olarak tanımlanmaktadır. Nedenleri arasında infeksiyonlar, kollajen doku hastalıkları ve neoplaziler görülmektedir.

Olgumuzun klinik seyrinin ağır seyretmesi ve tanı konulmasındaki zorluk nedeniyle sunulmuştur.


İNDEKS
İbrahim Halil Şahin 321, 365 Mehmet Parmak 183, 235, 359
İbrahim Koruk 287 Mehmet Reşat Ceylan 246
İdris İnce 229 Mehmet Şahin 318
Ihsan Durmaz 172 Mehmet Salih Sevdi 351
Ilhami Çelik 281 Mehmet Sevdi 225
İhan Özgüneş 196, 269 Mehmet Süleyman Sümüş 218
Ilkay Karaoğlan 243 Mehmet Uşur 228, 270
İlkay Karaoğlan 254, 287, 336 Mehmet Yıldırım 241
İlkay Taşdan 203 Mehmet Zafiroğlu 290
İller İnci Balkan 328 Mehtap Aydın 336
İller Kayı 193, 245 Mehtap Koçan 184
İllikur Ödemiş 194, 238 Mehtap Oktar 261, 283
İllikur Başyılgı 306 Melahat Uğur 210
İllikur Gündüş 171 Melda Sinrüşt 171, 384
İllikur Kaledi 175, 270 Melda Türk 238, 239
İllikur Vardar 253 Melek Gökmen Karakaya 354
İlyas Dökmetaş 303, 346 Melina Çağla Sonmez 168, 215, 225, 289, 315,
İnci Yılmaz Köse 281 329, 348, 368, 381
İnci Yılmaz Köse 220, 281, 374 Melina Meriç Koç 356
İrem Akemir Kalkan 284, 351 Meltem Akin 218
İrem Peker 326 Meltem Arzu Yetkin 348
İrına Ergül 245 Meltem Kurt Yüksek 233
İsa Karaca 182 Meltem Uzun 73
İşıl Köse 191, 197 Menekep Öçzeli 195
İsmail Ağırbaş 195 Meral Karaman 268, 368
İsmail Balik 239 Meral Turan 176, 243
İsmail Gönen 341 Meral Uyar 310
İsmail Hakkı Bahar 268, 368 Menih Kalamancıoğlu 296, 305
İsmail Türköz 264, 378 Menih Kalamancıoğlu Balcı 237
İsmail Yaşar Avcı 257 Mert Ahmet Kuşçu 178
İsmet Aydoğdu 383 Merve Aydın 226, 272, 377
İzel Selin Öğzoy 326 Merve Çardak 256, 316
İzzet Durmuşalioğlu 326 Merve Türkmen 196
İzzet İlker Öztürk 353 Meryem Çoban 331, 351, 352
K Meryem Güvenir 328
Kahraman Tunçkol 219 Mesut Yılmaz 339, 340
Kamuran Şanlı 355 Metin Öztay 168, 215, 225, 363, 368, 380
Kamuran Türker 232, 249, 285, 310 Mevlüt Türe 179, 223, 276
Kaya Süer 210, 211, 286, 328 Meyha Şahin 307, 313, 366
Kemal Avşar 215 Mithratan Yücel 269
Kemal Osman Memikolu 203, 347 M. Servet Alan 104
Kenan Ak 178, 195, 363 M. Şeyda Ocakmaz 333
Kenan Midilli 178 M. Tamer Yıldırım 195, 363
Kerem Erkalp 351 Mucahit Yemişen 328
Kerim Serdar Hepgüler 210 Muğes Ayhan 233, 239, 285, 347
Kerim Temiz 315 Muğes Karataş 305
Köksal Atalay 274 Muhammed Yakan 293
Köksal Tilki 274, 334 Müjdat Özbek 216
Kübra Demir Önder 317 Mükremin Uysal 247
Kültüg Türkmen 272 Mümtaz Dadali 311
L Münir Fidan 206, 256
Leman Karaağaç 279 Münir İzák Demir 362
Levent Görenek 167 Mürüre Korkmaz Fidan 232
Levent Kebapçılar 373 Murat Aydın 279
Lokman Huzmali 297 Murat Bükre 174, 364
Lütfi Kannaz 322 Murat Bülent Rabu 306
Lütfi Saltuk Demir 248 Murat Faik Erdoğlu 347
Lütfiye Mülazımoğlu 53, 302, 336, 344 Murat Haluk Özkal 293
Lütfiye Nilsen Altunali 260 Murat Kalın 241
M Murat Karamaş 216, 217, 218
Madinay Abdullahave 338 Murat Kutlu 34, 175, 228, 270
Mahir Kapmaz 193, 245 Murat Sayan 252, 253, 261, 355
Mahmut Kaşar 315 Murat SAYAN 6
Mahmut Sünnetçioglu 172, 245 Murat Seringeç 345
Mahmut Uğur Çalı 217, 218 Murat Soydürü 363
Martin Heisig 187 Murat Sunprü 42
M. Bülent Ertuğrul 98 Murret Ersoy Arat 308
Mehmet Ataş 185 Mursel Güney 352
Mehmet Bakır 120, 178 Mürşerif Tatman Oktun 244
Mehmet Berfe Canberk 191, 192 Mustafa Ali Akçetin 330
Mehmet Çelik 246 Mustafa Bahadir Sucakli 218
Mehmet Ceylan 197 Mustafa Bülent Ertuğrul 230
Mehmet Emirhan İşik 234, 237, 296, 305, 312, 358 Mustafa Doğan 325
Mehmet Fatih Tekbaşoğlu 203, 214, 259 Mustafa Ergüöz 224, 235, 379
Mehmet Hakan Taşkin 321 Mustafa Gökhan Gözel 185

-391-
Mustafa Kasım Karahocagil 172, 246 Onur Ünal 165, 212
Mustafa Kemal Çelen 68, 264, 284, 304 Onur Ünal 114, 248, 280, 345, 373
Mustafa Kemal Urgan 315 Oral Öncül 167, 295, 299, 301, 333, 340, 345
Mustafa Namidur 243 Orçun Çelik 174
Mustafa Namidur 254 Orhan Yildiz 61, 252, 284, 291
Mustafa Necati Erçoğlu 181, 256, 295, 316, 344 Osman Memikoglu 167, 347
Mustafa Nuri 171 Osman Zikkullah Şahin 171, 319
Mustafa Yılmaz 222, 308, 312 Ozcan Nazlican 337
Mustafa Yorumuz 213 Özge Acar 240, 264, 324, 378
Mutlu Şeyda Öcalmaz 212 Özge Çaydaşı 287, 308
Muzaffer Fincanci 191, 192, 206, 256 Özge Leyla Şengecer 347, 378
Muzaffer Sanaydi 300 Özge Yıldız 248, 280
N Özgür Gündüz 181, 252, 321, 372
Nabil Abraham 187 Özgür Ünal 167
Nagehan Didem Sarı 191, 192, 256 Özlem Alkan 305
Nagehan Mutlu Yılmaz 218 Özlem Altuntaş Aydın 336
Nagihan Bülbül 287, 355 Özlem Aydın 299, 314
Nagihan İnan Gürcan 311 Özlem Azap 328, 336
Nalan Karakus 171, 219 Özlem Çağşar 266
Nalan Neşe 383 Özlem Çakmak 244
Nathan P Wiederhold 236 Özlem Güzel-Tunçcan 106
Nazife Duymu Demirbaş 346 Özlem Kurt Azap 158, 194
Nazif Erkan 241 Özlem Onay Demirel 237
Nazım Nasuhbaybouğlu 352 Özlem Özer 290, 383
Nazım Aktug Demir 248, 280, 345, 373 Özlem Tünger 383
Necla Eren Tülek 183, 277, 359 Özlem Yüksek Ergin 192, 258, 330
Necla Tülek 168, 215, 225, 269, 315, 329, 381, 363, 368, 380, 381 Öznur Ak 27, 269
 Necemettin Ünal 195 P 183, 237, 337, 339, 340
Nefesit Öztopark 213, 229 Paşa Göktas 191
Nejat Sebzeçi 249 Pelin Adar 232
Nergis Ağır 202, 250 Pelin Altnook Süü 352
Neriman Defne Altuntaş 195 Pelin Demirtürk 182, 369
Neşe Demirtürk 130, 247, 252, 267, 273, 287, 300, 318, 355 Pelin İspir 182, 369
Neşe Salı Güçlü 95, 328 Pekey Şarlat Konya 318
Neslihan Genc 330 Pinar Bulut 232
Neslihan Öztürk 214, 332, 365, 370 Pinar Çakmak 261, 283
Nesrin Ata 219, 290, 383 Pınar Eryay Dündar 292
Nesrin Bozhan 321 Pınar Ergen 314
Nesrin Kebabci 171, 384 Pınar Kırân 287
Nesrin Türker 38, 253 Pınar Korkmaz 356
Nevzat Sepin Özen 322 Pınar Özdemir Şen 253
Nevil Aykın 210 Pınar Yağan 168, 225, 315, 381
Nevin Sangüzül 79 R 183
Nihal Küçükboyacı 328 Rahile Arslan 255
Nihal Pıskın 52 Ramazan Keskiner 176, 381
Nilay Malkoç 237 rıqış Yontem Varol 337
Nilgün Karabıçak 236 Recep Eşkin 242
Nilgün Özdemir 328 Recep Kêşî 300
Nil Ünal 287 Recep Öztürk 177, 328
Nirügül Kılıçaslan 224 Reha Masatlı 333
Nural Cevahir 228 Reşat Özras 177, 328
Nuray Uzun 303, 346 Reşit Mîstîk 176, 255, 290
Nur Benzonana 131, 133, 216, 275, 308 Resul Karaşuk 146, 185
Nurcan Ankan 287 Rezan Harman 254
Nurcan Baykam 151, 181, 224, 235, 256, 295, 316, 342, 344, 379 Rıdvan Dumlû 244
Nurcan Demirkiran 191, 192 Rıza Aytaç Çetinkaya 257
Nurettin Erben 196, 289 Rukiye Aygu Revanlı 185
Nurgül Yurtseven 229 S 330
Nurhan Doğan 267 Saaed Yazıcı 9, 265, 299, 314
Nur Honor 177 Sabahat Çağan Aktaş 201, 262
Nuriye Taşdelen-Fışgün 81 Sabahat Çeken 212, 308, 333
Nur Yapar 129 Şaban Gürcan 275
O Sabîha Atmaca 330
Oğuz Evlice 306 Sabri Atlayay 191, 194, 197, 239, 357, 374
Ömer Ateş 181 Şafak Göktaş 183, 237, 337, 339, 340, 341
Ömer Faruk Tekin 326 Şafak Kaya 181, 255, 336
Ömer Karakamış 250, 301 Şakir Gülür 194, 239
Ömür Gündoğan 178 Salihya Aydın 321
Ömür Tabak 248 Salihya Kazçı 235, 256, 344, 379
Önder Akci 273 Salihya Sevinçer 301
Önder Ergünöl 109, 182, 213, 331, 336, 369 Salih Çakıroğlu 263
Öner Aynoğlu 173 Salih Haldu Bal 266
Onur Karatuna 335 Salim Aksoy 203
Onur Kaya 165 Sami Kınıkli 277, 289, 290, 341, 363, 383

-392-
Uluhan Sili 102, 177
Ümit Kahraman 196
Ümit Murat Topçu 172
Ümit Oğur 279
Ümit Savaşçı 257
Ümit Tözalgan 256, 336
Ümmü Günsüm Altın 309
Üner Kayabaşı 123, 172, 266, 348, 361
Utku Kavruk 274, 282, 325, 334
V
Vasif Aliyev 231, 294
Veddi Evren Genç 309
Vecihe Dursun 338
Vedat Bulut 148
Vedat Turhan 167
Veli Yazısız 346
Vildan Avkan-Oğuz 138
Volkan Korten 15
Vural Çetin 383
Vuslat Boğnak 287
Vuslat Keçik Boğnak 243, 254
Y
Yaşar Bayındır 172, 266, 348, 361
Yaşar Çalışkan 371
Yasemin Balkan 254
Yasemin Çağ 201, 222, 301, 312, 340
Yasemin Ersoy 348
Yasemin Gökdelen 240
Yasemin Heper 176, 255
Yasemin Şahin 338
Yasemin Tezer 338
Yasemin Varol 208
Yasemin Zeytin 201, 216, 287, 293, 308
Yavuz Demiraran 354
Yeşim Dadali 284, 311
Yeşim Kurekçi 367
Yeşim Uygun Kızılgın 244, 311
Yonca Anık 311
Yunus Gürbüz 37, 207, 222, 260, 337, 358
Yusuf Ziya Demiroğlu 305
Z
Zahide Aşık 322
Zakir Zeki Çalışk 216, 217, 218
Zehra Çağla Karakoç 183, 323, 337, 341
Zehra Karacaer 353
Zeki Kılıçalın 236
Zerrin Açı 252, 267
Zerrin Açı 174, 214, 224, 332, 364, 365, 370
Zeynep Banu Ramazanoğlu 372
Zeynep Dereli 216
Zeynep Güneş 171
Zeynep Memiş 231, 270, 369
Zeynep Süle Çakar 203, 214, 247, 259
Zühre Doğru Yaşar 210
Züleyha Bingöl 236
Geliştirilen tedaviler, sağlıklı yaşamlar...

Dünyanın önde gelen ilaç firmalarından Gilead, 1987'den bu yana yeni moleküller keşfederek ve yeni ilaçlar geliştirerek, hayatı tehdit eden hastalıklarla mücadele etmektedir.