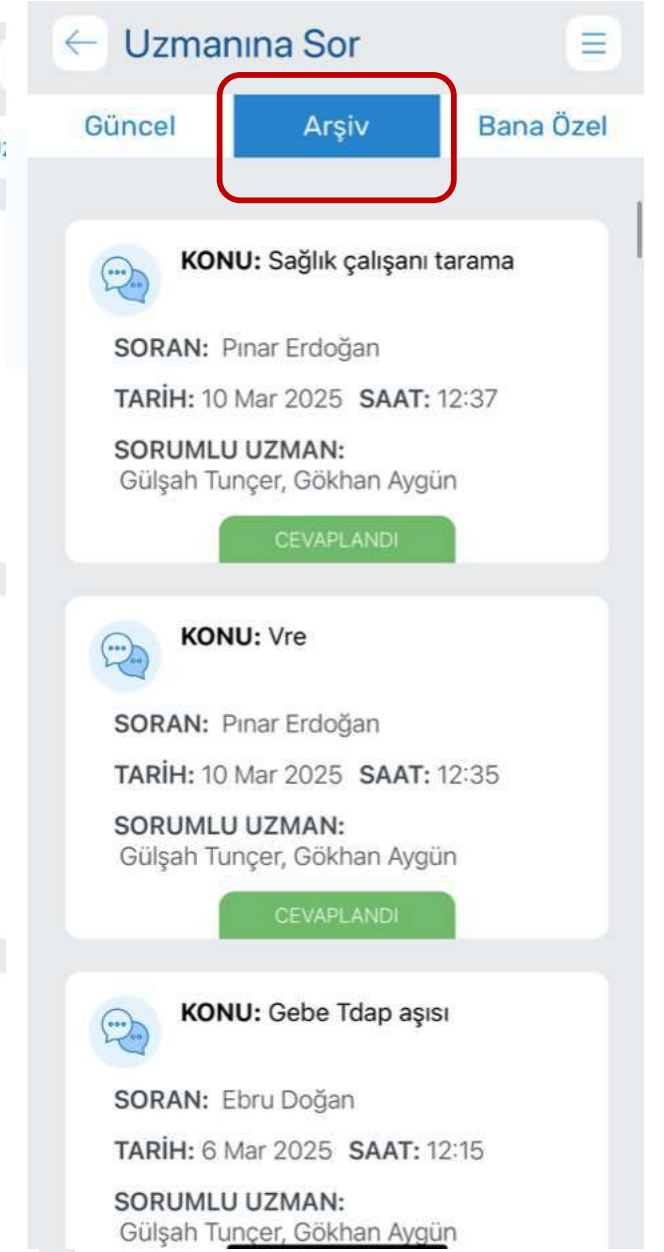


Uzmanına Sor: KLİMİK Mobil'den Sorular/Yanıtlar

Sorular: Gülşah Tunçer

Yanıtlar: Alpay Azap, Selda Sayın-Kutlu, Gökhan Aygün, Serap Şimşek-Yavuz, Selçuk Özger, Güle Çınar

KLİMİK Mobil'in Hikayesi



KLİMİK Mobil'in Hikayesi

- Kullanıma girişı: **3 Kasım 2023**



- “**Uzmanına Sor**” modülü amacı
 - ✓ İHKM asistan/uzmanlarının güncel sorularını doğrudan alanında uzman kişilerle paylaşabilmeleri
 - ✓ Bilimsel bilgiye hızlı, güvenilir ve danışarak ulaşmayı hedeflerken aynı zamanda meslektaş dayanışmasını da teşvik etmek

“Uzmanına Sor” Modülü İşleyişı

	Serap Şimşek-Yavuz (65 soru)
	Selçuk Özger (35 soru)
	Selda Sayın-Kutlu (42 soru)
	Gökhan Aygün (21 soru)
	Alpay Azap, Güle Çınar (12 soru)

- Toplam gelmiş soru sayısı **175**

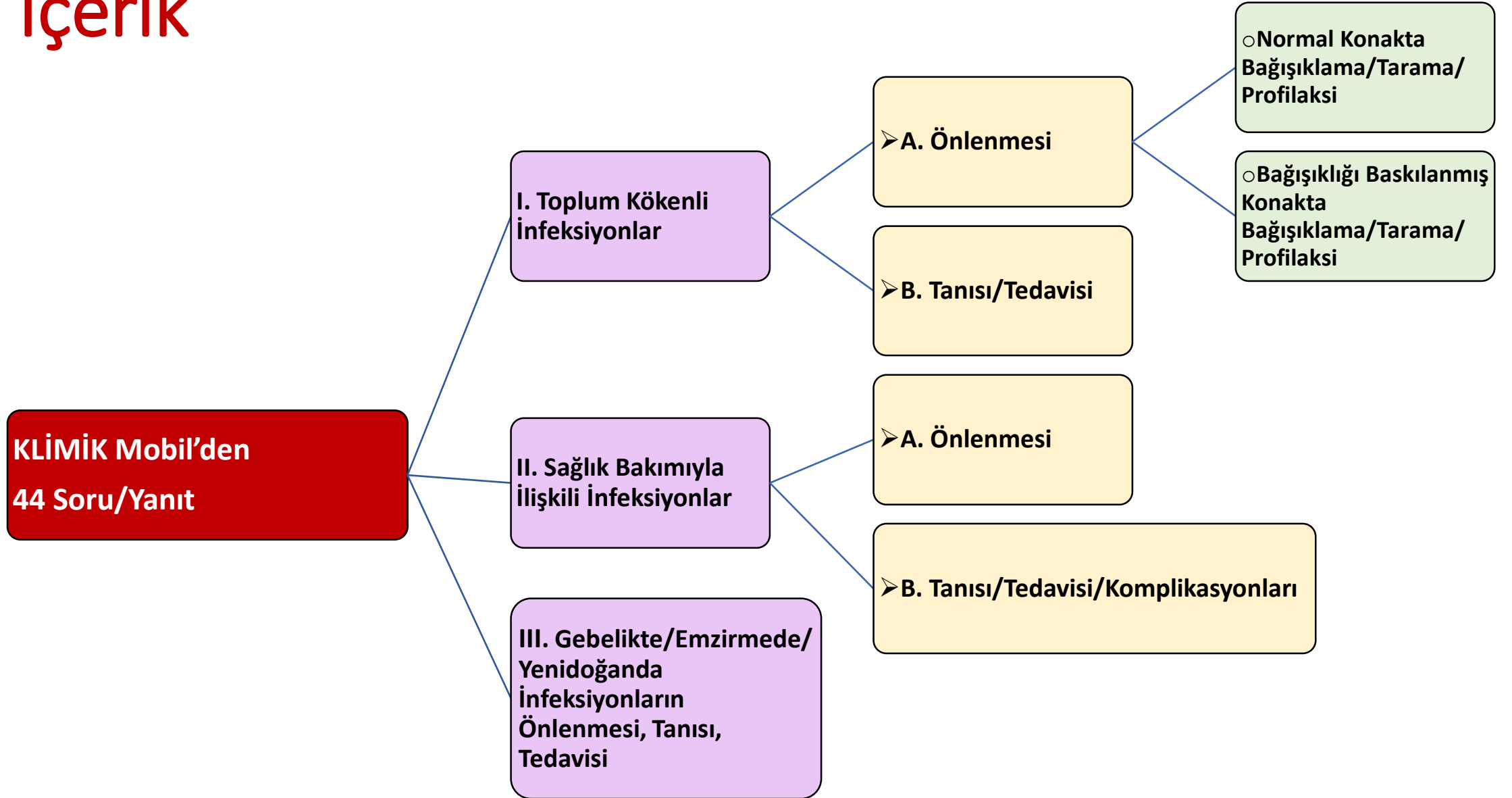
- Katılımcılar, cevapların hızlı ve bilimsel temelli olmasından memnun oldukları yönünde çok sayıda **olumlu** geri bildirimde bulunmuştur



Ali Pekşen

Gülşah Tuncer

İçerik



I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

A. Önlenmesi

1. Normal Konakta Bağışıklama/Tarama/Profilaksi

Soru 91: Tetanoz aşısına bağlı olarak iki kez anafilaktik reaksiyon geçirmiş ve yoğun bakımda izlenmiş 53 yaşındaki bir hasta, eline paslı çivi batması nedeniyle acil servise başvurdu. Tırnak altında hafif kanama var. Son tetanoz aşısının üzerinden 10 yıldan fazla zaman geçmiş. Bu hasta için izlenmesi gereken yaklaşım nedir?

Yanıt 91: Yoğun bakım şartlarında immünoloji ile görüşülerek az doz tetanoz aşısıyla başlanıp sonrasında tam doza çıkılabilir.

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

A. Önlenmesi

1. Normal Konakta Bağışıklama/Tarama/Profilaksi

Soru 120: Yaklaşık 1.5-2 yıl önce dört valanlı HPV aşısı ile üç dozluk aşılama serisini tamamlamış olan bir hekim **Δούτος 2024'te dokuz valanlı HPV aşısı ile yeniden aşılanmaya başlamış. Ancak** **Yanıt 120:** Üç doz HPV aşısını (ikili ya da dördü) tamamlamış kişilerin dokuz valanlı aşıyla aşılanmasının anlamlı bir katkısı olmadığı, yeni ve etkisi son derece sınırlı aşılanmanın olası riskleri nedeniyle, özellikle ekonomik olarak yük getirdiğinden uygulanması önerilmiyor. Bu konuda ACIP tarafından kapsamlı bir yol gösterici kaynak yayımlanmış durumdadır (<https://www.cdc.gov/hpv/downloads/9vhpv-guidance.pdf>).

durumda aşını **a) uygulanmış. Bu**

doz (0., 2. ve 6 **valanlı HPV aşısı, üç**

doz tercih edil **m yeterli midir? İki**

ilk doz geçersiz **akututan uygulanan**

Uygulamada ürün bilgileri şu şekildedir: İlk enjeksiyon sırasında 15 yaş ve üzeri bireyler GARDASIL 9 ile 3 dozluk takvim doğrultusunda aşılanmalıdır (0, 2, 6 ay). İkinci doz birinci dozdan en az 1 ay sonra, üçüncü doz ise ikinci dozdan en az 3 ay sonra uygulanmalıdır. Üç dozun hepsi 1 yıl içinde uygulanmalıdır. Aşının İM olarak uygulanmadığı durumlarda genellikle immün yanıtın gecikmesi ve lokal yan etki riski sorun yaratır. Birçok aşı için tekrar uygulanması gerekmez. Fakat HBV, HPV, kuduz ve influenza aşılarında mutlaka İM uygulama yapılmalıdır. İM uygulanmadığı takdirde aşının tekrarı gerekmektedir (<https://www.immunize.org/wp-content/uploads/catg.d/p3033.pdf>).

I. Toplun

A. Önlenmes

1. Normal Koi

Soru 147: Canlı
gereken yaklaşı
midir, yoksa sist
Ayrıca, hem topi

Yanıt 147: Çin ve Rusya Federasyonu'nda, *Bacillus anthracis*'in zayıflatılmış suşlarından spor içeren canlı aşılar (kapsülsüz Sterne 34F2 suşu, toksin üretebilen) insanlarda kullanımı için lisans almıştır. Bu aşılar aynı zamanda, 1930'lardan beri dünya çapında etkili veteriner aşıları olarak kullanılmaktadır. 1950-1980 yılları arasında eski Sovyetler Birliği'nde milyonlarca insan Sterne benzeri canlı aşı (STI suşu) ile aşılanmış olsa da, hayvan deneylerinde Sterne aşısının potansiyel reaktogenitesi nedeniyle, insanlarda Batı ülkelerinde kullanılmamakta; sadece hayvanlarda kullanılmaktadır. İnsanların kaza ile bu aşılarla temasıyla ilgili ise çok fazla veri bulunmamaktadır.

Rus aşısı, ilk kez 1953'te deriye çizik atma şeklinde ve 1959'da subkütan enjeksiyon yoluyla uygulanmak üzere lisans almıştır. Yaklaşık 2.500 kişiye bu aşının yapıldığı bir çalışmada ciddi bir advers olay bildirilmemiştir. Bazı saha araştırmaları sırasında 6.000'den fazla kişiye aşı uygulanmış ve %1'den azında ateş ve/veya hafif lokal reaksiyonlar bildirilmiştir.

1974 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde, en az 12 kişiye yanlışlıkla Sterne suşu aşısı enjekte edilmiştir. İğne batması kazası sırasında az miktarda aşı (muhtemelen 0.1 ml veya daha az) alan yedi kişide klinik takip yapılabilmektedir. Bu kişilerin hiçbirinde aşılama yerinde deri lezyonu gelişmemiştir. Bir kişide, aşı içeren iğneyle sağ elinde oluşan perkütan yaralanmadan birkaç gün sonra servikal ve sağ aksiller lenfadenopati ve ateşli hastalık gelişmiştir. Ancak, kan veya lenf bezi kültürleri alınmadığı için etiyoloji belirlenememiştir. DSÖ, kazara kendi kendine aşılama yapılması durumunda, yaraya hafif bir baskı uygulanmasını, sıkılmasını ve ardından sabun ve suyla iyice yıkanmasını, infeksiyon gelişimi için izlenmesini ve gelişmesi durumunda tedavi edilmesini önermektedir. Ayrıca, aşılama yerinde ağrılı bir lokal reaksiyon gelişebileceği de belirtilmektedir.

Çin ve Rusya Federasyonu'nda zayıflatılmış canlı aşıların (hayvanlara yapılan aşı suşu ile benzer, ancak dozu farklı olabilir) insanlara uygulanmış olması ve ciddi yan etki bildirilmemesi, hayvan aşılarının insanlara kazayla yapılmasıyla ilgili verilerin çok kısıtlı olmasına rağmen, ulaşılabilen verilerde şarbon gelişmesi ile ilgili risk bildirilmemiştir. Bu nedenle, DSÖ'nün önerdiği gibi gözün bol suyla yıkanması ve kişinin infeksiyon gelişimi açısından izlenmesi uygun bir yaklaşım olarak gözükmektedir. Profilaksi ile ilgili bir öneri bulunmamaktadır. Ancak, aşının içinde bulunan diğer maddelere bağlı reaksiyonlar gelişebilir. Bu nedenle, göz hekimine başvurulması önerilebilir.

m için izlenmesi
ı tedavisi yeterli
klenmeli midir?

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

A. Önlenmesi

1. Normal Konakta Bağışıklama/Tarama/Profilaksi

Soru 122: Hastamın kalça gibi protez implantları için profilaktik antibiyotik önerdiğini ifade etti. Uygulamanın sırasında dahi kardiyak endokardit profilaksi belirttim. Bu nedenle danışmak istedim.

Yanıt 122: Rutin olarak protez eklemi olan hastalarda dental girişimlerde profilaktik antibiyotik önerilmemektedir. Ağız hijyenine dikkat edilmesi ve diş hekimi kontrolleri, rutin bir öneri olarak yer almaktadır. Özel, komplike hastalar ve immünoşüprese hastalar için profilaksi uygulamasının, hasta, ortopedist ve diş hekiminin ortak kararıyla yapılabileceği belirtilmektedir. Tüm ülkelerin rehberleri hemen hemen aynı görüşte iken, Güney Afrika, HIV ile yaşayan birey sayısının ve riskin yüksek olması nedeniyle profilaksi önerebilmektedir (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143964/>).

Kaynak:

Pollecito, Thomas P. et al. "The use of prophylactic antibiotics prior to dental procedures in patients with prosthetic joints." *The Journal of the American Dental Association*, Volume 146, Issue 1, 11-16.e8.

tarafından diz ve kimi gerektiğinde de bu yaklaşımı yıl boyunca bu tın diş fırçalama hasta gruplarında asyonu olmadığını olmadığını sizlere

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

A. Önle

1. Norm

Yanıt 24: Hastalığı geçirmişlerde, temas sonrası profilaksi önerilmez. Bununla birlikte, temas edilen kişide dirençli tüberküloz tanımlanmışsa ve hastada belli risk faktörleri varsa ÇİD profilaksisi düşünülebilir.

Soru 24:
temas et
güvenilir s

Hem PPD, hem de IGRA ile, kişinin lenfositlerinin *M. tuberculosis*'le karşılaşp karşılaşmadığı araştırılmaktadır. Dolayısıyla hastalığı geçirmiş bir kişide, hücresel immünitesi sağlam olduğu sürece hayat boyu pozitif kalması beklenir.

Kaynak:

Sağlık Bakanlığı Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi 2019

Jason R. Andrews and others, Risk of Progression to Active Tuberculosis Following Reinfection With Mycobacterium tuberculosis, Clinical Infectious Diseases, Volume 54, Issue 6, 15 March 2012, Pages 784–791, <https://doi.org/10.1093/cid/cir951>

İmiş bir kişiyle
esti veya IGRA

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar- 19 soru

A. Önlenme

1. Normal Kc

Soru 78: 28 yaş
ile baş ağrısı ya
anemi saptandı
bulguları santr
sonuçlanmış, C
henüz sonuçlar
battı. Hemşire i

Yanıt 78: Rose Bengal testinin brucelloz tanısında duyarlılığı yüksektir. Temas öyküsü ve uyumlu semptomları olan hastalarda hızlı tanı testi olarak önerilir. Ancak mevcut veriler brucelloz tanısında tek başına kullanılması konusunda yeterli değildir. Brucelloz Tanı ve Tedavi Klinik Uygulama 2023 Rehberi'nde, kültürün referans alındığı çalışmalar (n=2752) esas alındığında rose bengal testinin duyarlılığı %99 (%95 GA=%47-99); özgüllüğü ise %94 (%95 GA=%71-99) bulunmuştur. Bu rehberde brucellozdan kuşku edilen hastalarda rose bengal testi pozitif saptandığında da tanının, daha özgül olması nedeniyle Wright Brucella aglutinasyon testi ile doğrulanması önerilir. Tanıda kültür çok önemlidir ve altın standarttır. Dolayısıyla hastanıza brucelloz diyebilmek için Wright Brucella aglutinasyon testi ve kültür sonuçlarını takip etmeniz gerekir. Brucellozda kanda bakteri yükü çok yüksek olmasa da, perkütan yaralanma ile tedavi almamış brucellozlu bir hastanın infekte kan ve vücut sıvılarıyla temas durumunda brucelloz bulaşabilir ve temas sonrası profilaksi önerilir. Temas sonrası profilaksi için mümkün olan en kısa sürede antimikrobiyal profilaksiye başlanmalıdır. Bununla birlikte profilaksi, temastan 24 hafta sonrasına kadar başlanabilir. Temas sonrası profilaksi için doksisiklin 2X100 mg/gün, rifampisin 1X600mg/gün 21 gün boyunca kullanılmalıdır. Temas eden kişiler 6 ay boyunca, haftalık olarak semptom gelişimi ve temas sonrasında bazal, 6, 12, 18 ve 24. haftalarda olmak üzere serolojik testlerle de izlenmelidir.

Kaynaklar:

1. Şimşek-Yavuz S, et al. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Kanıta Dayalı Brucelloz Tanı ve Tedavi Klinik Uygulama Rehberi, 2023. Klinik Dergisi 2023; 36:86-123
2. CDC. Brucellosis Reference Guide: Exposures, Testing, And Prevention, 2017.

ve eklem ağrısı
nbositopeni ve
ı yapıldı. BOS
gal testi pozitif
iltürü sonuçları
ine infekte iğne

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

A. Önlenmesi

2. Bağışıklığı Baskılanmış Konakta Bağışıklama/Tarama/Profilaksi

Soru 133: MS
doldurulan ilaç
Seroloji sonuçla
nelerdir?

Yanıt 133: MS tedavisinde kullanılan ocrelizumab ve diğer monoklonal antikör tedavileri için tedavi öncesinde sadece HBV ve tüberküloz yönünden tarama yapılması önerilmektedir. VZV yönünden ise özel bir tarama yapılması önerilmemektedir. Ancak, VZV IgG negatif olan hastalarda suçiçeği aşısı (zona aşısı değil) uygulanabilir. Suçiçeği aşısı, canlı aşı olduğundan immünosüpresif tedavi sırasında uygulanmamalıdır. Mümkünse, monoklonal antikör veya diğer immünosüpresif tedavi başlamadan en az altı hafta önce tamamlanması gereken bir aşıdır. Zona aşısı (rekombinant aşı), VZV Ig G pozitif hastalarda, immünosüpresif tedavi sırasında da uygulanabilir. Genel bir öneri olarak, tüm MS hastalarında aşılama konusunda takip eden hekimin önerisi dikkate alınarak hareket edilmesi uygun olacaktır.

erle ilgili olarak
nasıl olmalıdır?
ıcak prosedürler

Nöroloji Derneği'nin önerileri de faydalı olabilir: <https://tjn.org.tr/full-text/34/eng>"

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

Yanıt 32: EBV, primer infeksiyondan sonra latent kalan bir virus, bağışıklığı baskılanmışlarda EBV seviyeleri artabilir. EBV'ye bağlı malignitelerde viral yük, tedavi yanıtını değerlendirmede kullanılmakla birlikte, lenfoma veya HLH öngördürmede viremi eşik değeri yok.

A. Önler

2. Bağışıl

Kan/serum EBV DNA

- IMN: İlk 15 gün
- NPC: Tarama, prognoz, tedavi yanıtı ve yinelemelerin belirlenmesinde
- Lenfomalarda?? HL, NKTL ve DLBCL'de : Prognoz ve tedavi yanıtı??
- PTLD: Öngörülmesinde, tanısında
- AIDS'le ilişkili lenfomalarda: Prognoz?
- EBV ile ilişkili olan ve olmayan durumların ayırt edilmesinde PBMC'de EBV yükünün $> 1.6 \times 10^4$ kopya/ 10^6 hücre ve plazma EBV DNA seviyesinin > 500 kopya/ml olmasının duyarlılığı ve özgüllüğü %80.6 ve %96.8

Soru 32: İr
bir cutt-of

i

saptandığında

Kaynak:

Kimura H, Kwong YL. EBV Viral Loads in Diagnosis, Monitoring, and Response Assessment. Front Oncol. 2019 Feb 12;9:62. doi: 10.3389/fonc.2019.00062. PMID: 30809508; PMCID:

Yu S. J Infection 2021; <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.11.027>

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

A. Önlenmesi

2. Bağışıklığı Baskılanmış Konakta Bağışıklama/Tarama/Profilaksi

Soru 92: Menactra ve PCV13 aşılarının birlikte uygulanmasının, immün yanıtı azaltabileceği ve bu nedenle aynı anda uygulanmamalarının önerildiği, bazı kaynaklarda ise bu iki aşı arasında en az bir aylık bir aralık bırakılması gerektiği bildirilmektedir. Bu önerinin çocuklar için geçerli olduğu bilinmekle birlikte, bazı kaynaklarda erişkinler için de benzer bir yaklaşım önerilmektedir. Öncelikle öğrenmek istediğim, bu uygulamanın erişkinler açısından da geçerli olup olmadığıdır. Menactra ve PCV13 arasında bir aylık bir süre bırakılması gereken bir aşılama şeması oluşturmalı mıyız? Kontrendikasyon olmadığı sürece bu iki aşının eş zamanlı uygulanması yanlış bir yaklaşım mıdır? Ayrıca, öncelikli olarak PCV23 ile aşılamaya başlamak uygun bir yöntem midir?

Yanıt 92: Menactra, bazı pnömokok alt tiplerine karşı aşı yanıtını etkileyebilir; bu nedenle, özellikle KP13 (PCV13) ile aynı anda uygulanması önerilmez.

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

A. Önlenmesi

2. Bağışıklığı Baskılanmış Konakta Bağışıklama/Tarama/Profilaksi

Soru 136: Kemoterapi alan veya immünosüpresif tedavi gören bir birey ile aynı evde yaşayan küçük çocukların, çocukluk çağı aşıları arasında yer alan KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) ve **Yanıt 136:** Kemoterapi gören, immünosüpresif tedavi alan veya gebeyle aynı evde yaşayan çocukların, ı risk oluşturur mu?

Bu durumda i: çocukluk çağına ait canlı viral aşıları olmalarında herhangi bir kısıtlama bulunmamaktadır. Ancak, canlı influenza aşısı yerine inaktif (ölü) aşı tercih edilmesi önerilmektedir. Bunun dışında, bu çocuklara canlı oral polio aşısı yapılmamalıdır.

Kaynak:

AAP Red Book

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

A. Önlenmesi

2. Bağışıklığı Baskılanmış Konakta Bağışıklama/Tarama/Profilaksi

Yanıt 155: Bu hasta için rekombinant zoster aşısı uygulanabilir (canlı aşı mevcut değil). Hastalık lezyonları tamamen geriledikten ve infeksiyondan sonra aşılama en erken 1 ay sonra başlanabilir. Aşılama zamanı, hastanın kullandığı immünosüpresif tedaviye göre değişiklik gösterebilir. Rituksimab, metotreksat veya yüksek doz kortikosteroid (>20 mg/gün) kullanan hastalarda, canlı olmayan aşılar için veya canlı aşı uygulanacak hastalarda aşılama zamanlarının immünosüpresif tedavilere göre düzenlenmesi gerekebilir. Ancak Crohn hastalığının tedavisinde yaygın olarak kullanılan anti-TNF inhibitörleri (veya interlekin inhibitörleri) ile tedavi edilen hastalarda tedavi altında aşılama yapılabilir. Kullanılan ilaçların yarı ömrü dikkate alınarak, mümkün olan en düşük serum ilaç düzeyinde aşılama yapılması tercih edilebilir.

Soru 155: Crohn
zamanda zona ge
aşı yapılması uyg
planlanmaktadır
durumunda, ted
konusu olabilir m

Kaynak:

ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease, Journal of Crohn's and Colitis, 2021, 879–913.

2022 American College of Rheumatology Guideline for Vaccinations in Patients With Rheumatic and Musculoskeletal Diseases, Arthritis Care Res (Hoboken), 2023 March; 75(3): 449–464.

bir hasta, yakın
erken ne zaman
kesintisiz olması
ile başlanması
ci bir durum söz
?

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

B. Tanısı/Tedavisi

Yanıt 72: Dünya sağlık örgütü tarafından CE4-CE5 (inaktif) kist hidatiklerde izle ve bekle yaklaşımı 2010 yılından itibaren önerilmektedir. 2023 yılında yayınlanan güncellemede bu yaklaşımın güvenilir olduğu belirtilmektedir. Bu hastalarda reaktivasyon riski yaklaşık %1-2 olup, oldukça düşüktür. Hastaların takibinde önerilen yöntem USG'dir. Serolojik takip ve diğer radyolojik yöntemlerle takip rutin olarak önerilmemektedir. Bu nedenle ifade edilen karaciğerdeki kistlerin plevral aralığa olası rüptürü ise hastanın USG ile değerlendirilmesi ve aktif kist varlığı (evreleme) ve komplikasyonun gelişimin yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Torasik (akciğer ve mediastinal) aktif kist hidatiğin plevral aralığa rüptürü düşünülüyor ise (nadiren de olsa izole plevra kist de görülebilmektedir) ve hastada cerrahi müdahale olasılığı da gerekli olabileceğinden andazol tedavisi başlanması uygun olacaktır.

Yanıt 75: Karaciğerdeki kist hidatik lezyonlarının tedavisi, semptomatik olup olmaması ve evresine göre karar verilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kistlerin büyüklüğüne ve tipine göre sınıflandırmaktadır (CE1, CE2, CE3a, CE3b, CE4 ve CE5). DSÖ, evre CE1 ve CE3a kistlerinin tedavisinde tek başına antiparaziter ilacın başlanmasını önermektedir. Tek başına ilaç tedavisi, çapı >5 cm olan kistlerin tedavisinde veya evre CE2 veya CE3b kistlerin tedavisinde genellikle etkili değildir. Tek başına ilaç tedavisinin gerekli olabileceği diğer durumlar arasında, 5 cm'den küçük çok sayıda karaciğer kistinin tedavisi, perkütan tedaviye uygun olmayan karaciğer parankiminin derinliklerindeki kistlerin tedavisi ve/veya peritoneal kistlerin tedavisi yer almaktadır. Evre CE4 ve CE5 kistleri aktif değildir ve antiparaziter tedavi gerekli değildir. 2023 yılında yayınlanan güncellemede de bu yaklaşımın güvenilir olduğu belirtilmektedir. Antiparaziter tedavi olarak önerilen albendazol veya mebendazol, protoskoleksleri etkisiz hale getirerek hastalığın tekrarlama riskini azaltır. Optimum tedavi süresi belirsizdir; genel olarak tedaviye ameliyattan en az dört gün önce başlanmalı (DSÖ, operasyondan 4-30 gün önce önermektedir) ve operasyonu takiben en az albendazol bir ay veya mebendazol üç ay devam ettirilmelidir. Sonuç olarak, hastanızın kist hidatik evresine göre tedaviyi planlamanız, eğer antiparazit tedavi gerekli ise tedavi sırasında karaciğer toksitesi açısından hastanızı takip etmeniz önerilir.

Soru 114: Bu hastalarda albendazol ile 3 aylık tedavi uygun mudur? Tedavi 1 ay uygulama ve 2 hafta dinle şeklinde mi yapılmalıdır?

Yanıt 114: Albendazol tedavisi sürekli olarak verilmelidir; ara vermeye gerek yoktur. Ancak, aylık AST, ALT ve kan sayımı kontrolleri yapılarak, AST/ALT yükselmesi veya lökopeni belirlenmesi durumunda ilaca ara verilir ve testler düzelince tedaviye yeniden başlanır.

Kaynak

Wen H. Clin Microbiol Rev 2019; 32(2).

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

B. Tanısı/

Yanıt 200: Viral ensefalitlerde kortikosteroidlerin kullanılıp kullanılmaması, kullanılacaksa hangi aşamada, hangi preparatın ve hangi dozlarda kullanılabileceği konusunda öneride bulunulabilecek yeterli veri yoktur.

HSV ensefalitinde steroidlerin yararı gösterilmemiştir

Soru 200:
devam etm

- Büyük bir gözlemsel çalışmada
- Erken sonlandırılan bir randomize kontrollü çalışmada : Deksametazon 40 mg/gün 4 gün

ne kadar süre

Yeterli olgu sayısı içeren bir diğer randomize kontrollü çalışma olan DexEnceph çalışması tamamlanmış ancak sonuçları henüz açıklanmamıştır. Mevcut veriler, HSV ensefalitlerinde kortikosteroidlerin kullanımını desteklememektedir.

Kaynak:

Petersen. Clin Microbiol Infect. 2025; 31:108-11

Meyding-Lamadé. Neurol Res Pract. 2019; 1:26

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

B. Tanısı/Te

Soru 154: S
herhangi bir i
yöntemi ısrar
edilmektedir
sağlanabilmes

Yanıt 154: Sepsis veya septik şok tedavisinde erişkin hastalarda polimiksin-B hemoperfüzyonunun kullanımı önerilmemektedir (zayıf öneri, düşük kanıt düzeyi). Diğer kan pürifikasyon yöntemlerinin kullanımına ilişkin de yeterli kanıt bulunmamaktadır. Ekstrakorporeal prosedürlerin sepsis tedavisindeki yararları belirsizdir ve etkinlik ile güvenliklerinin değerlendirilmesi için çok daha fazla çok merkezli, randomize kontrollü çalışmalara (RKÇ) ihtiyaç vardır. Bu prosedürler, tromboz, protein ve pıhtılaşma faktörlerinin kaybı gibi riskler taşımaktadır. Sepsiste bu yöntemlerin rutin kullanımına dair herhangi bir kılavuz önerisi bulunmamaktadır.

60 RKÇ'nin network meta-analizi (n=4595), plazma değişimi (RR: 0.61; %95 GA, 0.42–0.91) ve polimiksin-B hemoperfüzyonunun (RR: 0.70; %95 GA, 0.57–0.86) tek başına standart tedavi uygulanan hastalarla karşılaştırıldığında, mortaliteyi azaltmada potansiyel faydalar sağladığını göstermiştir. Ancak bu sonuçlar, düşük ve çok düşük kanıt düzeyine sahip çalışmalara dayanmaktadır.

Kaynak:

Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, vd. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 01 Kasım 2021;47(11):1181-247. 2. Bernard A, Koeppen M. [Extracorporeal procedures in sepsis]. Anaesthesiologie. Ekim 2024;73(10):713-20. 3. Chen JJ, Lai PC, Lee TH, Huang YT. Blood Purification for Adult Patients With Severe Infection or Sepsis/Septic Shock: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Critical Care Medicine. Aralık 2023;51(12):1777.

ilgili rehberlerde
arı ve cerrahlar, bu
izmanı onayı talep
msel yayın desteği

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

B. Tanısı/Tedavisi

Soru 164: Pnömonokok menenjitinde deksametazon dozu, morbid obezlerde gerçek vücut ağırlığına g

Yanıt 164: Pnömonokok menenjit tedavisinde, pediatrik yaş grubu için deksametazon dozunun kiloya göre (0.15 mg/kg, 6 saatte bir) hesaplanması önerilmektedir. Erişkin hastalar için ise genellikle 40 mg/gün deksametazon önerilmektedir. Literatürde, erişkin hastalarda uygulanan deksametazon dozları 16-40 mg/gün arasında değişmekte (bir çalışmada 0.8 mg/kg/gün) ve bu dozların etkinlik ve güvenlik açısından kanıtlanan sonuçları bulunmamaktadır. Bu nedenle, mevcut rehberlere göre 4x10 mg/gün dozunda deksametazon tedavisi planlanması uygun olacaktır.

Kaynak:

ESCMID Guideline: Diagnosis and Treatment of Acute Bacterial Meningitis

Brouwer MC, et al. Corticosteroids for Acute Bacterial Meningitis (Review)

I. Toplum

B. Tanısı/Tedavisi

Soru 142: Klopidoğrel kesilmediği ve bu görüşler bulunm

Yanıt 142: Geleneksel yaklaşımda, klopidoğrel gibi antiplatelet ilaçların cerrahi işlemlerden en az 7 gün önce kesilmesi ve işlemten 6 saat sonra yeniden başlanması önerilmektedir. Ancak, son yıllarda yapılan çalışmalar, yalnızca klopidoğrel kullanımının kanama riskini artırmadığını göstermektedir. Klopidoğrel kesilmesinin, yüksek riskli hastalarda iskemik olayların artma riskine yol açabileceği de iyi bilinmektedir. Bu nedenle, lomber ponksiyon (LP) kararı verirken trombotik risk ve BOS analizinin aciliyeti göz önünde bulundurulmalı ve kişiye özel bir karar verilmelidir.

Yüksek kardiyo veya serebrovasküler riski olan hastalarda (örneğin, yakın zamanda stent yerleştirilmiş bir hasta), LP gerekli ise, ilaç kesilmeden LP yapılması önerilmektedir. Ayrıca, bakteriyel menenjit veya viral ensefalit gibi acil durumlarda LP yapılması gerekiyorsa, ilaç kesilmesi için gereken süre beklenmeden işlem yapılması önerilmektedir.

Klopidoğrel veya ikili antiplatelet tedavi uygulanan hastalarda, durum şu şekilde özetlenebilir:

1. Yüksek Trombotik Risk:

- **Acil LP:** LP yapılabilir.
- **Elektif LP:** Klopidoğrel tek başına veriliyorsa, klopidoğrel yerine aspirin kullanmayı düşünün ve bir hafta sonra LP yapın. Eğer ikili tedavi kullanılıyorsa, tedaviye devam edin ve LP'yi ertelemeyi düşünün. Yalnızca aspirin kullanmaya başladığında LP yapılabilir.

2. Düşük Trombotik Risk:

- **Acil LP:** LP yapılabilir.
- **Elektif LP:** Klopidoğrel tek başına kullanılıyorsa, klopidoğrel kesmeyi ve kesildikten bir hafta sonra LP yapmayı düşünün. Eğer ikili tedavi kullanılıyorsa, aspirini tek başına devam ettirin ve klopidoğrel kesildikten bir hafta sonra LP yapın.

ontrendike olup
ynaklarda çeşitli
?

I. Toplum Kökenli İnfeksiyonlar: 19 soru

B. Tanısı/Tecrübesi

Soru 90: Nör
karşılaşmadığım
nereden temin

Yanıt 90: Rutin laboratuvar testlerinin tanıdaki yeri sınırlıdır. Tanı, serum (12 gün), dışkı, kusmuk, mide içeriğinde ya da hastanın yediği yemekte botulinum toksininin tespiti (4 gün), veya dışkı veya yara kültürlerinden *Clostridium botulinum* izole edilmesiyle konabilir.

Botulizmde yakın bir solunum takip ve desteği başta olmak üzere destekleyici tedavi yöntemleri hayat kurtarıcıdır. Hasta yoğun bakım ünitesine alınmalı, endotrakeal tüp veya trakeostomiyle solunum yolu açık tutulmalıdır. Tedavide polivalan antitoksin (antitoksik botulinum serumu) uygulanmalıdır. Antitoksin dolaşımda serbest olarak bulunan toksini nötralize etmesi fakat sinir uçlarına bağlanmış toksine etkisinin olmaması nedeniyle, antitoksin uygulanması olabildiğince erken yapılmalıdır.

Gıda kaynaklı botulizm şüpheli hasta birkaç saat içinde başvurmuş ise kusturularak veya mide lavajıyla kalan toksinin atılmasına yardımcı olunabilir. Diğer yandan hastanın ağır ileus tablosu olmadıkça barsaklar purgatifle veya lavmanla boşaltılmaktadır.

Yara botulizminde kristalize penisilin kullanılmaktadır. Penisiline alternatif olarak metronidazol, aminoglikozid, tetrasiklin gibi antibiyotikler kullanılabilir. Yara botulizminde ayrıca yaranın cerrahi temizliği (debridman) ve tetanoz profilaksisi gerekir.

Botulizm belirtileri çok şiddetli olabilir ve anti-toksinin uygulanması ve yoğun bakım tedavisi gerektirebilir. Böyle tedaviler mevcut olsa bile, tam iyileşme genellikle haftalarca veya aylarca sürebilir. İyatrojenik botulizm vakalarında mortalitenin ne kadar olduğuna dair bilgi sınırlıdır.

Antitoksin için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile iletişime geçilebilir.

var. Daha önce
ıdır varsa nasıl ve

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

A. Önlenmesi

Soru 21: Nazal MRSA taşıyıcılığı bulunan sağlık personeli tedavi sürecinde çalışmaya ara vermeli midir? İşe tekrar başlaması için kültür negatifliği gerekliliği var mıdır?

Yanıt 21: Nazal MRSA taşıyıcılığı, sadece sağlık çalışanı bir salgınla ilişkilendiriliyorsa araştırılmalıdır. Sağlık çalışanlarında rutin MRSA taşıyıcılığı araştırılması önerilmez. Dekolonizasyon yapılan kişinin çalışmaya ara vermesi gerekmez. Buna karşın, kişi salgınla, örneğin bir cerrahi alan enfeksiyonu salgınıyla bağlantılı bulunmuşsa, kolonizasyon tamamlanıncaya kadar ameliyatlara girmemeli, pansuman yapmamalıdır.

Kaynak:

Popovich KJ. Infect Control Hosp Epidemiol. 2023 Jun 29;44(7):1-29.

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili İnfeksiyonlar:19 Soru

Yanıt 62: Nazal *S. aureus* dekolonizasyonu

A. Önlenir

Soru 62: M
nazal kullan
reçete ile 10
sonunda bur

- İlk seçenek: Nazal %2'lik mupirosin pomad
- Alternatifler: %5-10'luk nazal povidon iyod
- 5 gün boyunca günde 2 kez
- Artı günlük klorheksidin duş, 5 gün
- Ameliyat öncesi yapılıyorsa kontrol kültür önerilmez
- Tarayarak hedeflenmiş, universal dekolonizasyon??
- Ortopedik ve kardiyovasküler cerrahi için önerilmekte, diğerleri ??

kremlerinin
alet şeklinde
veya 10 gün

Kaynak:

Miller LG. N Engl J Med. 2023 Nov 9;389(19):1766-1777. doi: 10.1056/NEJMoa2215254.

Smith M. Am J Infect Control. 2023 Nov;51(11S):A64-A71. doi: 10.1016/j.ajic.2023.02.004.

Calderwood M. Infect Control Hosp Epidemiol. 2023; 44(5): 695–720. doi:10.1017/ice.2023.67

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

A. Önlenmesi

Soru 138: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yeni hasta yatışında rektal VRE taraması rutin olarak önerilmekte midir? Bu konuya ilişkin bir yönetmelik mevcut mudur?

Yanıt 138: Hastane yatışlarında (yenidoğan dahil tüm YBÜ'ler için) rutin olarak sürveyans kültürü yapılması gerekliliği ve VRE taraması konusunda güncel düzenlemeler belirsizdir. 2010'lu yıllarda hastane enfeksiyonlarıyla ilgili ayrı bir birim bulunmakta olup, bu birim tarafından öneri ve genelgeler yayımlanmıştır. Ancak günümüzde, HSGM'nin rutin genelge ve bilgilendirmelerinde bu konuda bir belge yer almamaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-bulasicihastaliklar.html>).

Buna karşın, sürveyans kültürleri (VRE, MRSA veya ÇİD Gram-negatifler) hastane veya birim bazında, mikrobiyoloji laboratuvarıyla iş birliği içinde oluşturulacak bir sistemle, sonuçların 48 saat içinde alınabileceği ve bu sonuçlara göre net eylem planlarının belirlenebileceği şekilde düzenlendiğinde faydalı olabilir. Aksi takdirde, bu uygulama standart, emek yoğun ve masraflı bir alışkanlık haline gelebilir. Bu nedenle, tarama uygulamalarına ilişkin kararlar, Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi (HEKK) ve birim yetkilileri tarafından birlikte verilmelidir.

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

A. Önlenmesi

Soru 132: Yenid
durumda, sağlık
istiyorum. Eğer
Ayrıca, işe başla
negatif testten s

Yanıt 132: Yenidoğan ünitesinde çalışan bir hemşirenin VRE (+) saptanmasıyla ilgili bazı temel soruların yanıtı önemlidir. Öncelikle, VRE'nin türü önemlidir; *Enterococcus faecium* ya da *E. faecalis* türleri anlam taşırken, *E. gallinarum* ve *E. casseliflavus* gibi doğal dirençli enterokok türlerinin klinik anlamı yoktur. Ayrıca, VRE rektal örnekten mi yoksa el/deri örneğinden mi saptanmıştır? Eğer el/deri örneği pozitifse, bu durum sadece üniteye yoğun VRE kolonizasyonu ve çevre kontaminasyonu olabileceğini gösterir. Böyle bir durumda, üniteye enfeksiyon kontrol önlemlerinin gözden geçirilmesi gerekmektedir ve kişiye özel bir çalışma yapılması gerekmez.

Eğer hemşire rektal VRE (*E. faecalis*, *E. faecium*) taşıyıcısıysa, öncelikle son dönemde ishal ya da antibiyotik kullanımını sorgulamak gerekir. Bu tür durumlarda dışkıda geçici VRE saptanması mümkündür. Hemşirenin kronik rektal VRE taşıyıcısı olup olmadığını değerlendirmek için, antibiyotik kullanımı olmadığı, bir iki hafta süresince alınan en az iki örnekte bakterinin varlığı gösterilmelidir. Hemşireye el hijyeni ve eldiven kullanımı konusunda eğitim tekrarlanarak, aynı üniteye görev yapmaya devam edebilir. Ardından, ardışık haftalık üç örnekte negatiflik gözlemlenirse, taşıyıcılığın kalktığı söylenebilir.

Yer değişikliği, rutin bir öneri değildir.

sonucu geldi. Bu
diğini öğrenmek
e verilebilir mi?
r gerekiyorsa, üç

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

A. Önlenmesi

Soru 59: Hepatit C ve HIV ile yaşayan bireylerin diyaliz cihazlarını ayırmaya gerek var mı?

Yanıt 59: Diyaliz merkezlerinin çalışma esaslarını belirleyen son yönetmelik 1 Mart 2019 tarihlidir. Bu yönetmeliğe göre HCV ile enfekte hastalar için ayrı cihaz ayrılması gereklidir. HCV-RNA negatif hastalar diğer cihazlarda alınabilir. HIV ile yaşayan bireyler için yönetmelikte herhangi bir öneri yer almamakla birlikte bu kişiler için de ayrı cihaz kullanılması yaygın bir uygulamadır. Tıbbi olarak cihazların uygun şekilde temizlik ve dezenfeksiyonlarının yapılması durumunda herhangi bir bulaşma riski bulunmamaktadır.

Soru 60: Kronik hepatit B tanılı hemodiyaliz hastalarında HBs Ag kaybı görüldüğünde, bu hasta hemodiyalize hepatit B tanılı hastalarda kullanılan cihazla mı devam etmelidir?

Yanıt 60: HBs Ag kaybı gelişen hastalar 6 ay süreyle takip edilmeli ve bu süre içinde Hepatit B tanılı hastalarda kullanılan cihazlarda diyalize alınmalı. Altı ayın sonunda HBs Ag negatifliği devam ediyorsa ise enfekte olmayan hastaların kullandığı cihazda diyalize alınabilir.

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

A. Önlenmesi

Soru 135: Özellikle semptom sonrası hastalarda izolasyon influenza sebebiyle göre belirlenmelidir

Yanıt 135: Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'nde yatan ve temas izolasyonu uygulanması gereken enfekte veya kolonize olgularda izolasyon süresi, hasta ve etkenin özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Eğer temas izolasyonu gerektiren bir etkene sahip hastada bir enfeksiyon odağında üreme saptanmışsa ve tedaviyle mikrobiyal eradikasyon sağlanmışsa, izolasyon süresi sonlandırılabilir. Tarama kültürleri veya kolonizasyon sonrası izolasyon gerektiği durumlarda ise, negatif kültür sonuçları elde edildikten sonra izolasyon sonlandırılabilir. Örneğin, VRE için üç ardışık haftalık rektal kültür negatifliği, bazı kaynaklara göre iki ardışık *C. auris* deri kültürü negatifliği izolasyonun sonlandırılması için uygun olabilir.

Gözlemlerimize göre, VRE, *C. auris* ve diğer dirençli bakteriler için izolasyon önerilerinde negatif kültür sonuçlarının yanı sıra hastanın genel durumu da önemlidir. Eğer hasta antibiyotik veya antifungal tedavi kullanmaya devam ediyorsa, antibiyotiksiz stabil bir süreç geçiremiyorsa, izolasyonu sonlandırmak riskli olabilir.

Etkenler için izolasyon süreleri konusunda CDC rehberi faydalı olabilir: [CDC İzolasyon Kılavuzu](#)

İnfluenza şüphesi olan veya doğrulanan hastalar için, hastalığın başlangıcından sonraki 7 gün boyunca veya ateş ve solunum semptomlarının geçmesinden sonraki 24 saate kadar (hangisi daha uzunsa), hasta sağlık kuruluşunda damlacık önlemleri uygulanmalıdır. İmmünoşüprese hastalarda veya küçük çocuklarda izolasyon süresi daha uzun olabilir. Antiviral tedavi başlanmış olsa bile, bu virusun yayılmasını engellemeyebilir. [CDC İnfluenza Enfeksiyon Kontrolü Kılavuzu](#)

ve herhangi bir üreme saptanan belirlenmelidir? hangi kriterlere

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

A. Önlenmes

Soru 109: Dren, i
ürediği zaman
taşınmadıkları iç
kurallarına uyulm

Yanıt 109: *E. gallinarum* ve *E. casseliflavus* intrinsek düşük düzeyde vankomisin direnci (VanC fenotipi)'ne sahip olması nedeniyle yüksek düzeyde vankomisine dirençli *E. faecium*'dan enfeksiyon kontrolünde daha az endişe uyandırır da, bu patojenle invazif enfeksiyonlar da bildirilmiştir. Düşük düzeyde vankomisin direncine sahip *E. gallinarum* ve *E. casseliflavus* suşları ile enfekte veya kolonize hastanın izole edilmesi gerekli değildir, çünkü intrinsek direnç, diğer bakterilere yayılabilecek plazmidlerde veya transpozonlarda bulunmaz. Bununla birlikte, *E. gallinarum* suşunun neden olduğu hastane çapında bir salgında, virülan bir suşun yayılmasından şüphelenildiğinde izolasyonun yararlı olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca aktarılabılır olan vanA direnci, hem *E. gallinarum* hem de *E. casseliflavus*'ta bildirilmiş, ama bulaşma nadirdir. VanA direnci, intrinsek düşük düzey VanC direncinden fenotipik olarak ayırt edilebilir. *E. gallinarum*'da vanA'nın varlığı, VanC fenotipinde görülenden daha yüksek düzey vankomisin direncine ve teikoplanin direncine neden olur.

Rutin de dışkı/rektal örneklerinden vanA ve vanB genlerinin tanımlanması için polimeraz zincir reaksiyonu teknikleri geliştirilmiş olsa da VRE surveyansı üzerindeki etkileri henüz belirlenmemiştir. Ama *E. gallinarum* izole edilmişse, vankomisin yüksek düzey direnç ve teikoplanin direnci yoksa, VRE izolasyonu gerekmemekte ama vanA direncinden şüphe oluşturacak antibiyogram sonucu varsa VRE izolasyonu yapılmalıdır.

Özetle VanC'ye bağlı vankomisin direnci intrinsektir ve *E. casseliflavus* ve *E. gallinarum*'da bulunur. VanC direnci bulunan mikroorganizmalar epidemiyolojik olarak önemli görünmemektedir ve bu mikroorganizmaları ile kolonize veya enfekte olan hastaların izolasyonu gerekli değildir. Ancak *E. gallinarum*'da vanA'nın varlığından şüphe ediliyorsa (nadirdir), o zaman izolasyon gereklidir.

ne doğal dirençli)
şibi plazmid ile
ine de izolasyon

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

A. Önlenmesi

Soru 58: Hastaya BCG aşısı uygulanması sırasında sağlık personelinin gözüne aşı sıçradı. Profilaksi gereklili midir?

Yanıt 58: BCG aşısı atenüe bir aşı olmakla birlikte intradermal olarak uygulandığı için çok az miktarda atenüe basil içerir. Kazara göze sıçraması durumunda gözün bol serum fizyolojikle yıkanması yeterlidir. Bir kaç gün içinde gecikmiş aşırı duyarlılık reaksiyonuna bağlı foliküler konjonktivit gelişebileceği bunun steroidli damlayla tedavi edilebileceği bildirilmektedir. Antimikrobiyal profilaksi gerekmez.

Kaynak:

Jain M et al. Surv Ophthalmol 2022;67(2):307-20.

Soru 150: İntravezikal BCG aşısı hazırlanırken hemşire arkadaşın eline iğne batmış ve biraz kanama meydana gelmiştir.

Yanıt 150: Bacille Calmette-Guérin (BCG) aşısı uygulaması sırasında sağlık çalışanlarında el yaralanmaları sonrasında süpüratif tenosinovit gelişimleri (yaklaşık 10 vaka) literatürde bildirilmiştir. Bu vakalarda, klinik bulguların yaralanma sonrası günler ile haftalar arasında geliştiği bildirilmiştir. Profilaksiye dair herhangi bir veri bulunmamaktadır. Bu nedenle, yaralanan kişinin lokal enfeksiyon gelişimi açısından takip edilmesi uygun olacaktır. Klinik bulguların gelişmesi durumunda ise tanı ve tedavi süreçlerinin hızlı bir şekilde planlanması gerekmektedir.

Kaynaklar:

M. Tokano et al. / Infection Prevention in Practice 6 (2024) 100332

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

Yanıt 36: Uzun süreli drenajlardan alınan drenaj kültürlerinin enfeksiyon tanısındaki duyarlılığı ve özgüllüğü yetersiz, enfeksiyon alanından direkt örnek alınabilir.

B. Tanısı/

Uzun süreli drenajlardan alınan drenaj kültürlerinin enfeksiyon tanısındaki duyarlılığı ve özgüllüğü yetersiz, enfeksiyon alanından direkt örnek alınabilir.

Soru 36: An
olmasına rağmen
boyaması an

İnfeksiyon düşündürecek bulgu (plevral sıvının görünümünün değişmesi, biyokimyası ve enfeksiyonun semptom ve bulguları) yokken üreme varsa kolonizasyon olarak değerlendirilmeli.

ctanı normal
diyor. Gram

Kaynak:

Macaigne H. Are systematic drain tip or drainage fluid cultures predictive of surgical site infections? J Hosp Infect. 2019 Jul;102(3):245-255. doi: 10.1016/j.jhin.2018.11.013

De Waele JJ. The Role of Abdominal Drain Cultures in Managing Abdominal Infections. Antibiotics 2022, 11, 697. [https://doi.org/10.3390/antibiotics11050697](link)

Sethi DK J Thorac Dis. 2024 Mar 29;16(3):2196-2204. doi: 10.21037/jtd-23-1761.

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

B. Tanısı/Tedavisi/Komplikasyonları

Soru 41: Kolistin ve polimiksin B duyarlılığına ayrı ayrı bakılmalı mıdır? Biri dirençli iken diğeri duyarlı olabilir mi?

Yanıt 41: Doğru yöntemle (BMD) yapılmış olması kaydıyla kolistin duyarlılık sonucunun, polimiksin B duyarlılık sonucunu da yansıttığı belirtilmektedir.

Kaynak:

Pogue JM. Antimicrob Agents Chemother. 2020 Jan 27;64(2):e01495-19. |

II. Sağ

Yanıt 4: Nörotoksisite geliştiğinde ilaç mümkün olduğunca kesilmelidir. Buna karşın, hastada kolistinden başka seçenek yoksa, nörotoksisite riskini artıran risk faktörlerinin eliminasyonu ile yakın takiple polimiksin tedavide tekrar denenebilir. Nöromusküler blok olan kişilerde kolistin tekrar kullanılmamalıdır.

Soru

B. Tanısı

- Sıklık %7-8, 281 olguluk derleme, en sık parestezi (uyuşma, karıncalanma)
- Yeniden verilmesi: Kesin öneriler yok
- Aynı dozla/doz azaltarak yeniden verilenlerin ikisi hariç hiçbirinde sorun yaşanmamış
- Derleme görüşü: Ağır semptomlarda (apne, nöbet vb) kes

Soru 4: Pc
gerekli mi

silmesi

Kaynak:

Falagas, M.E., Kasiakou, S.K. Toxicity of polymyxins: a systematic review of the evidence from old and recent studies. Crit Care 10, R27 (2006). <https://doi.org/10.1186/cc3995>

Spapen H, Jacobs R, Van Gorp V, Troubleyn J, Honoré PM. Renal and neurological side effects of colistin in critically ill patients. Ann Intensive Care. 2011 May 25;1(1):14. doi: 10.1186/2110-5820-1-14. PMID: 21906345; PMCID: PMC3224475.

<https://www.authorea.com/users/723548/articles/1211553-neurotoxicity-of-polymyxins-a-review-of-the-literature>

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

B. Tanısı/Tedavisi/Komplikasyonları

Soru 9: Vankomisine dirençli *Enterococcus faecalis* şusları ampisiline duyarlı saptanırsa hangi klinik durumlarda ampisilin kullanılabilir?

Yanıt 9: Enterokoklar türünden ve vankomisin direncinden bağımsız olarak ampisiline duyarlıysa her zaman ampisilinle tedavi edilmelidir.

Kaynak:

Şimşek-Yavuz S, et al. İnfektif Endokarditin Tanısı, Tedavisi ve Önlenmesi: Ulusal Uzlaş Raporu; Klimik Derg 2019; 32.

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

B. Tanısı/Tedavisi/Komplikasyonları

Soru 141: Panrezistan (CRAB) *Acinetobacter baumannii*'ye bağlı şant enfeksiyonu olan hastada primer tedavi rejimi nasıl olmalıdır? Sulbaktam bazlı kombinasyonların tedavideki yeri nedir? Sulbaktamın BOS'a geğişi terapötik düzeylere ulaşabilir mi?

Yanıt 141: Literatürde, ampisilin-sulbaktam kombinasyonu ile tedavi edilen *A. baumannii*'nin neden olduğu menenjit olguları bulunmaktadır. Kliniğimizde 12 gr ampisilin ve 6 gr sulbaktam tedavisiyle başarılı sonuç elde edilen *A. baumannii* menenjitli bir olgu takip ettik. Sulbaktam, meningeal inflamasyon varlığında beyin omurilik sıvısı (BOS)' na geğiş yapabilmektedir.

Eğer hastanızda tigesikline duyarlılığı değerlendirilmediyse, bu test laboratuvarınızdan talep edilebilir. Tigesikline duyarlı olan ancak diğer antibiyotiklere dirençli *A. baumannii*'nin neden olduğu menenjit tedavisinde, tigesiklin, diğer antimikrobiyal ajanlarla birlikte kurtarma tedavisi olarak kullanılarak tedavi edilen olgular literatürde bulunmaktadır.

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

Yanıt 64: Kandida ÜSİ tedavisinde ilk seçenekler yeterli idrar konsantrasyonu sağlayan flukonazol, flusitozin ve amfoterisin B deoksikolattie.

B. Tanı

- *Candida krusei*'nin flukonazole ve flusitozine dirençli olması ve ülkemizde amfoterisin B deoksikolatın bulunmaması nedeniyle bu türün neden olduğu ÜSİ'nin tedavisinde çok güçlükler yaşanmaktadır.
- Dirençli kandida türleri için kullanılabilecek alternatif ajanların (itrakonazol, vorikonazol, posakonazol, ekinokandinler ve lipozomal amfoterisin B) idrar konsantrasyonları çok düşük , ÜSİ'de etkinlik ??
- Dirençli kandida türlerinin neden olduğu ÜSİ'de, özellikle renal parankimim de tutulduğu durumlarda olmak üzere İV yoldan verilen ekinokandinlerle başarı elde edildiğine dair bildirimler bulunmaktadır.
- Yine dirençli kandida türleriyle sistit olanlarda, lipozomal amfoterisin B ile 50mg/lt olacak 3-5 günlük sürekli irigasyon veya düşük volümlerde aralıklı mesane irigasyonu yapılarak başarı elde edildiğinin bildiren olgu sunumları bulunmaktadır.

Soru 64: i
deoksikola
kaynakları
bulamadır
deoksikola

Bu soruda sorulan olgu için etken suş duyarlıysa ve başka bir kontrendike durum yoksa sistemik ekinokandinlerle birlikte intravesikal liposomal amfoterisin B uygulanması daha akılcı görünmekle birlikte, hastanın genel durumu ve tüm diğer özellikleri birlikte değerlendirilerek karar verilmesi doğru olacaktır

Kaynak:

Fisher FF. CID 2011; 52(S6) <https://doi.org/10.1093/cid/cir112>
Capilla-Miranda A.. Enferm Infect Microbiol Clin (Engl Ed). 2023 Apr;41(4):253-254. doi: 10.1016/j.eimce.2023.02.001.

foterisin B
ve diğer
ri dozunu
ek tedavi

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

B. Tanısı/Tedavisi/Komplikasyonları

Soru 74: FMF tanısı olan hastanın sonrasında ihtiyaç duyulan tedavi alınıyor ve alınan kan kültürü pozitif çıktı. Hastanın tedavisi altında üriner sistemde saptanmadı, hastanın kateteri çıkarılabilir mi? (Kateter takılıyken)

Yanıt 74: Kateter takılıyken komşu endotel hücrelerine geçen *Staphylococcus aureus* suşlarının bazı virulans faktörlerine bağlı olarak enfekte bir kateter çıkarıldıktan sonra bile *S. aureus*'a bağlı kateterle ilişkili kan dolaşım enfeksiyonları ortaya çıkabilir. Persistan *S. aureus* bakteriyemisi, genel olarak 2-7 gün süre ile kan kültürlerinin pozitif olması olarak tanımlanmaktadır. Bakteriyemi süresi uzadıkça komplikasyonlar artmaktadır. Stafilokokal bakteriyemileri sırasında infektif endokardit, septik tromboflebit, vertebral osteomyelit, iliopsoas absesi ve septik artritis gibi metastatik enfeksiyonlar gelişebilir. *S. aureus* bakteriyemisi olan hastaların %6-24'ünde infektif endokardit gelişebilmektedir. Hasta özelliklerine göre endokardit dışlanamayacağından *S. aureus* bakteriyemisi olan tüm hastalara infektif endokarditin değerlendirilmesi için transtorasik ekokardiyografi yapılmalıdır. *S. aureus* bakteriyemisi olan, yeni sırt veya boyun ağrısı olmayan hastalarda bile bakteriyeminin 3-5 günden fazla sürmesi durumunda vertebral osteomyelit gibi metastatik komplikasyonların gelişebileceğinin her zaman farkında olunmalıdır. Sizin hastanızda yeni başlayan sırt ağrısı da olduğu için vertebral osteomyelit ve diskitis açısından değerlendirilmelidir. Sonuç olarak, hastanızda negatif kan kültürü görülünceye kadar 24-48 saatte bir kan kültürü, transtorasik EKO ve vertebral görüntüleme yapılması uygun olacaktır. Eğer hastanızda emboli saptanırsa, kalp pili ve protez kapağı varsa, daha önce endokardit geçirmiş veya intravenöz ilaç kullanımı gibi endokardit açısından yüksek riskli ise hastanıza transözefageal EKO yapılması da önerilmektedir.

kateter takılıyor.
a hastanın ateşi
e USG yapılması
nalı mıdır yoksa
? USG'de odak
ı bakteriyemiydi

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

B. Tanısı/Tedavisi/Komplikasyonları

Soru 57: Cerrahi sonrası gelişen spondilodiskitlerde tedavi süresi en az kaç hafta olmalıdır? Brusella spondilodiskitinde tedavi süresi en az kaç hafta olmalıdır? Nüks oranları süreye bağlı değişkenlik gösteriyor mu?

Yanıt 57: Cerrahi sonrası gelişen spondilodiskitlerde tedavi süresi; ilk iki haftası intravenöz yolla olmak üzere en az 12 hafta olmalıdır (Kaynak: Sanford Antimicrobial Guide: Osteomyelitis, Spinal Implant). Brusella spondilodiskitinde tedavi süresine ilişkin kanıta dayalı öneri yapmak, yetersiz kanıtlar nedeniyle, mümkün değildir. KLİMİK Derneği Kanıta Dayalı Bruselloz Tanı ve Tedavi Klinik Uygulama Rehberi'nde tedavinin en az üç ay uygulanması, tedavi sonunda klinik ve radyolojik olarak hasta bazında değerlendirme yapılarak gerekli durumlarda sürenin uzatılması önerilmektedir.

Kaynak:

Klimik Derg. 2023;36(2):86-123.

II. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar: 19 Soru

B. Tanısı/Tedavisi/Komplikasyonları

Soru 163: Mesane kanseri tanısı almış ve intravezikal BCG uygulaması sonrası geçmeyen yanma ve pyüri yakınmaları olan bir erkek hastam var. Laboratuvar değerlerinde anormallik bulunmamakta ve idrar kültürü negatif. Bu hastayı Tüberküloz sistiti açısından değerlendirip idrarda tüberküloza yönelik testler çalışmayı planlıyoruz. Sonuçlar anlamlı gelmezse, yine de antitüberküloz tedavisi başlamak gerekli midir?

Yanıt 163: BCG uygulaması sonrasında enfeksiyöz komplikasyonlar, hastaların %1-5'inde gelişmektedir. Cinsiyet, yaş, komorbid hastalıklar, tümör tipi, immünosüpresif ilaç kullanımı, BCG uygulama ve cerrahi arasındaki süre gibi pek çok faktör, enfeksiyon gelişimini etkileyebilir. Farklı lokalize ve sistemik enfeksiyonlar, erken (≤ 3 ay) veya geç dönemde (> 3 ay) gelişebilmektedir. Enfeksiyon sıklığı ve klinik tutulumların farklılığı nedeniyle mikobakteriyel enfeksiyonlar için tanısal süreçlerin tamamlanması uygun olacaktır. Mikrobiyolojik tanı yöntemlerinin (ARB, moleküler testler, kültür) tanısal duyarlılığı genellikle %50 ve altındadır. Mikrobiyolojik testlerin negatif olduğu durumlarda, histopatolojik inceleme, özellikle lokalize enfeksiyonlar için planlanabilir.

III. Gebelikte/Emzirmede/Yenidoğanda İnfeksiyonların Önlenmesi, Tanısı, Tedavisi: 6 Soru

Soru 137: 25 hafta gebelik dönemindeki bir hemşireye tetanoz aşılardan birini Tdap olarak önermiş ikinci dozun T bulunamadığını çocukluk çağın aşılandığını belirttikten sonra sorun teşkil ediyor mu?

Yanıt 137: DTap/TDap aşısı kontrendikasyonları arasında gebelik yer almamaktadır. Ancak, bu aşının 7 yaş ve üzeri bireyler için lisansı bulunmamaktadır. Sadece Tdap aşısı, 10-11 yaş ve üzeri için lisanslıdır. Gebelerde önerilen aşı ise Tdap aşısıdır. DTap/TDap aşısının lisanslı olmayan bir formunun gebelere uygulanması, herhangi bir risk oluşturmayacağı düşünülse de, uygun bir seçenek olarak kabul edilmemelidir. Bu nedenle, hastanız için özel bir risk öngörülmesi de, bu uygulama uygun bir yaklaşım olarak değerlendirilemez. İnaktif polio aşısı içeren aşı formlarında da benzer bir belirsizlik bulunmaktadır.

Bazı DTap/TDap aşılarna ait bilgiler:

INFANRIX: Gebelik Kategorisi B2 olan INFANRIX'in yetişkinlerde kullanılması amaçlanmamaktadır, dolayısıyla yetişkinlerde kullanıma ilişkin yeterli insan verisi ve gebelik ile ilgili yeterli üreme çalışmaları mevcut değildir.

<https://www.ebs.tga.gov.au/ebs/picmi/picmirepository.nsf/pdf?OpenAgent&id=CP-2015-PI-01955-1>

Tripacel: Bu aşının çocuk doğurma çağındaki kadınlara uygulanması amaçlanmamıştır.
<https://www.ebs.tga.gov.au/ebs/picmi/picmirepository.nsf/pdf?OpenAgent&id=CP-2013-PI-01470-1>

haftalık gebelikte eczanelerde Tdap ellerinde yalnızca 3 de aynı şekilde için herhangi bir

III. Gebelikte/Emzirmede/Yenidoğanda İnfeksiyonların Önlenmesi, Tanısı, Tedavisi: 6 Soru

Soru 130: Su çiçeği temasına maruz kalan gebe hastaya profilaksi amacıyla VZİG'nin Türkiye'de bulunmaması nedeniyle uygulama yapılamamıştır. Bu durumda, normal IVIG uygulanması önerilmektedir. İVİG uygulama dozu ne olmalıdır?

Yanıt 130: Eğer gebe, VZV yönünden immün değilse ve VZİG bulunamıyorsa, standart immünoglobulin (İVİG) 400 mg/kg dozunda, temas sonrası 10 gün içinde tek doz olarak uygulanabilir. Uygulama sırasında infüzyon hızı ve IVIG'ye bağlı yan etkiler dikkatlice izlenmelidir.

Kaynak:

American Academy of Pediatrics. Varicella-zoster virus infections. In: Kimberlin D.W., Brady M.T., Jackson M.A., Long S.S., editors. *Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 31st ed. American Academy of Pediatrics; Itasca, IL: 2018. pp. 869–883.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6931226/#b0005>

III. Gebelikte/Emzirmede/Yenidoğanda İnfeksiyonların Önlenmesi, Tanısı, Tedavisi: 6 Soru

Soru 88: KKKA şüpheli 24 yaşında hastam var. Üç gün önce kene ısırması, bugün baş ağrısı, halsizlik ve iştahsızlık yakınmasıyla başvurdu. KKKA ön tanısıyla yatırıp takip edilmesi planlanıyor, ancak 4 aylık bebeği var. Emzirmenin kesilmesi öneriliyor mu?

Yanıt 88: Literatürde anne sütüyle bulaşma bildirilmemiş olsa da meme ucundaki çatlaklar ve kanamalar gibi nedenlerle bulaşma riski olması nedeniyle bir süre ara vermekte fayda olabilir.

III. Gebelikte/Emzirmede/Yenidoğanda İnfeksiyonların Önlenmesi, Tanısı, Tedavisi: 6 Soru

Soru 15: Bruselloz tanılı anne emzirebilir mi?

Yanıt 15: Emzirmeyle bruselloz bulaşabilir, o nedenle bruselloz olan anne, en az 2-4 gün etkili antibiyotik tedavisi almadıkça emzirmemelidir.

III. Gebelikte/Emzirmede/Yenidoğanda İnfeksiyonların Önlenmesi, Tanısı, Tedavisi: 6 Soru

Soru 121: 9 haftalık gebede anti-toksoplazma Ig G ve Ig M sonuçları pozitif, avidite testi düşük olup, hasta düşük avidite sonucuyla tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın geçmiş sonuçlarına baktığımda, Nisan ayındaki sonuçlarında da anti-toksoplazma Ig M ve Ig G pozitif olup, o dönemde de aviditesinin düşük olduğu görülmüştür. Su anki sonuçta da avidite düşük old

Yanıt 121: Dokuz haftalık gebede, anti-toksoplazma Ig G (+) ve Ig M (+) pozitifliğiyle düşük avidite, yeni geçirilen bir infeksiyonu düşündürülebilir. Ancak düşük avidite veya şüpheli test sonuçlarının, birincil infeksiyondan sonra aylarca, bir yıl veya daha uzun süre devam edebileceği, bu nedenle infeksiyonun yakın zamanda edinilip geçirilmediğini belirlemek için tek başına kullanılmaması gerektiği özellikle vurgulanmaktadır. Bu durumda, diğer bulgular ve imkanlar (eski serolojik sonuçlar, referans bir tanı merkezi vb.) yoksa, yakın takip ve spiramisin tedavisi düşünülebilir (<https://academic.oup.com/cid/article/47/4/554/304753>).

Hasta bazında değerlendirecek olursak; Nisan ayında saptanan aynı sonucun varlığı, bir kadında, toksoplazma infeksiyonunun gebelikten en az altı ay (hatta bazı kaynaklara göre 1-3 ay) önce geçirilmiş olmasının risk yaratmadığı belirtilmektedir. Bu bilgiler ışığında, öncelikle testlerin başka ve daha gelişmiş bir laboratuvarla tekrarlanması, aynı sonuçlar çıksa bile rutin takip protokolü uygulanması ve tedavi (spiramisin) başlanmaması uygun olacaktır.

III. Gebelikte/Emzirmede/Yenidoğanda İnfeksiyonların Önlenmesi, Tanısı, Tedavisi: 6 Soru

Yanıt 63: Anti CMV IgG ve IgM testleri pozitif gelmiş ve IgG aviditesi düşük bulunmuş bir gebede akut bir CMV enfeksiyonu olasılığı yüksektir.

Soru 63:
durumunu

- Gebeliğin ilk trimesterında geçirilen akut CMV enfeksiyonunda vertikal geçişle konjenital CMV enfeksiyonu gelişmesi halinde ciddi sekele riski yüksektir.
- Bazı gözlemsel ve bir randomize plasebo kontrollü klinik çalışmada, ilk trimesterde akut CMV geçiren gebelerde, amniyosentez yapılana kadar yüksek doz (8 gr/gün) oral valasiklovir uygulanmasının konjenital enfeksiyon riskini azalttığı gösterilmiş olmakla birlikte, bu tedavinin rutin uygulanmasını önerecek yeterli kanıtlar henüz bulunmamaktadır.
- Hem konjenital CMV enfeksiyonunun olası riskleri, hem de yüksek doz valasiklovir tedavisinin olası yarar ve riskleri detaylı olarak açıklanarak hastayla birlikte karar verilmelidir.

Kaynak:

Choodinatha HK. Obstet Gynecol Sci. 2023;66(6):463-476. doi: 10.5468/ogs.23117.
Shahar-Nissan K. Lancet. 2020;396(10253):779-785. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31868-7.

SONNN..