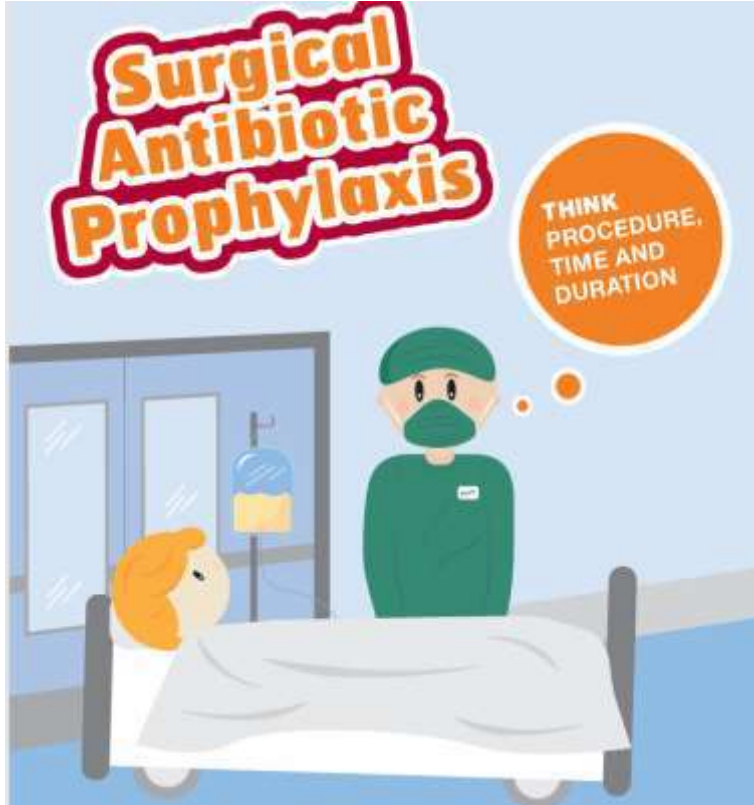


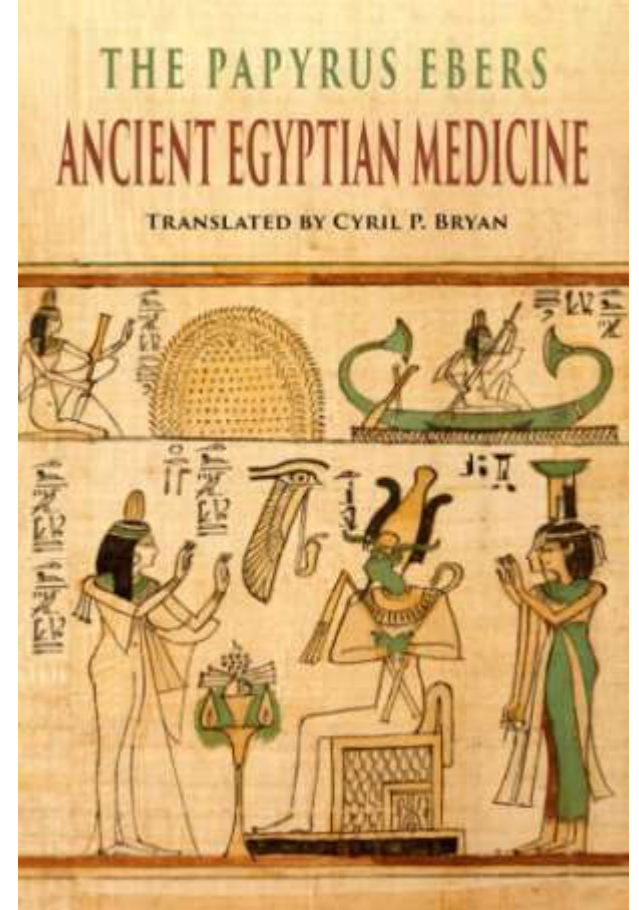


Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi

Dr Vildan AVKAN-OĞUZ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD
10 Ocak 2026/Ankara

Sunum Planı

- Tarihçe
- Cerrahi alan enfeksiyonu (CAE);
Risk faktörleri, etkenler
- Antimikrobial Profilaksi (SAP) gerekli mi ?
Kime, Ne zaman, Hangi antibiyotik, Kaç kez ?
- Nakilde durum ?



Tarihçe



14 - 17. Yüzyıl

Hastalığı önlemek için alınan önlem

- Kan alma,
- Kaynatarak delme,
- Aromatik ot yakma
- Gül suyu ve/veya sirke ile yıkanma



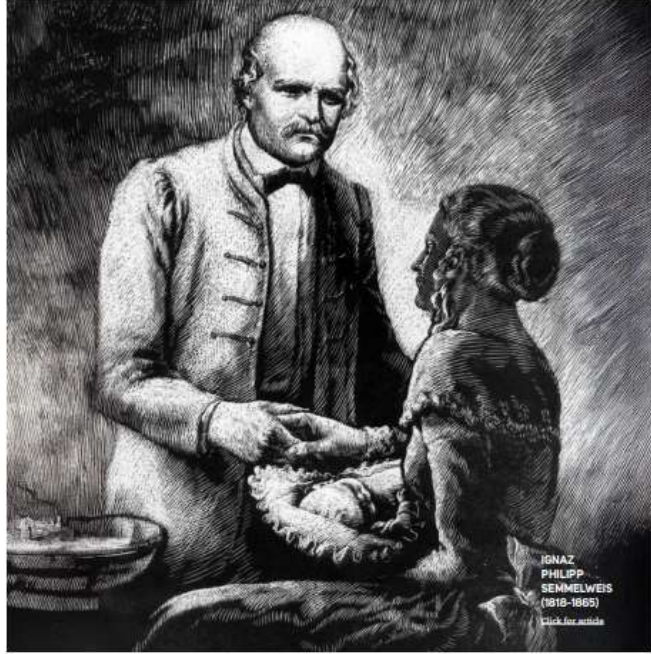
Brunswick's Pestbuch describes the origin of the plague, its communication, symptoms, prophylaxis and treatment. A surgeon, Brunswick had witnessed the plague of 1473.

Tarihçe



VOLUME 7
ISSUE 2
JUNE 2025

IDCM.JOURNAL.ORG
ISSN 2667-646X



19. yüzyıl

Antisepsi Kavramı

Enfeksiyonun etyolojisinin anlaşılması



Semmelweis (1847),

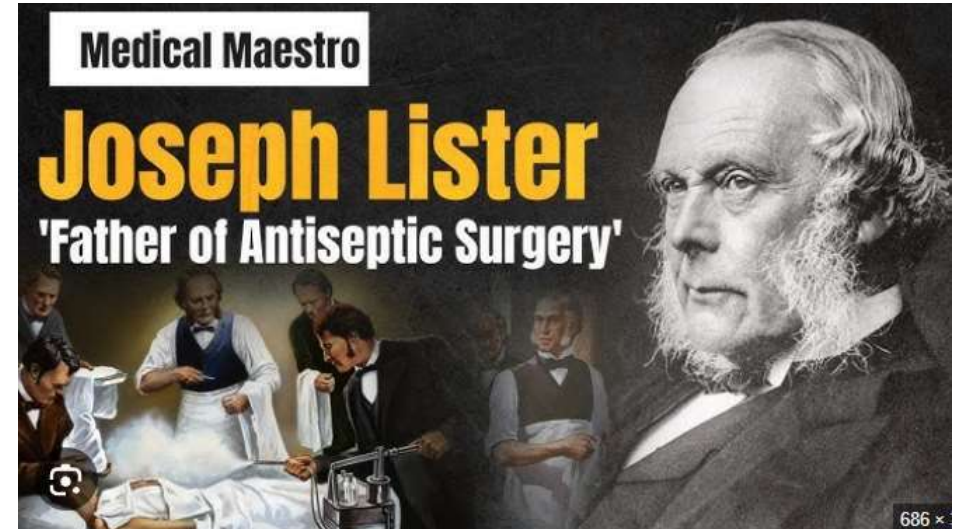
El hijyeni - Puerperal ateşte azalma

• **Lister (1867),**

Karbolik asidin yaralara uygulanması

CAE oranlarını azalma

Saver of mothers
2018 - 200.yıl anma yılı



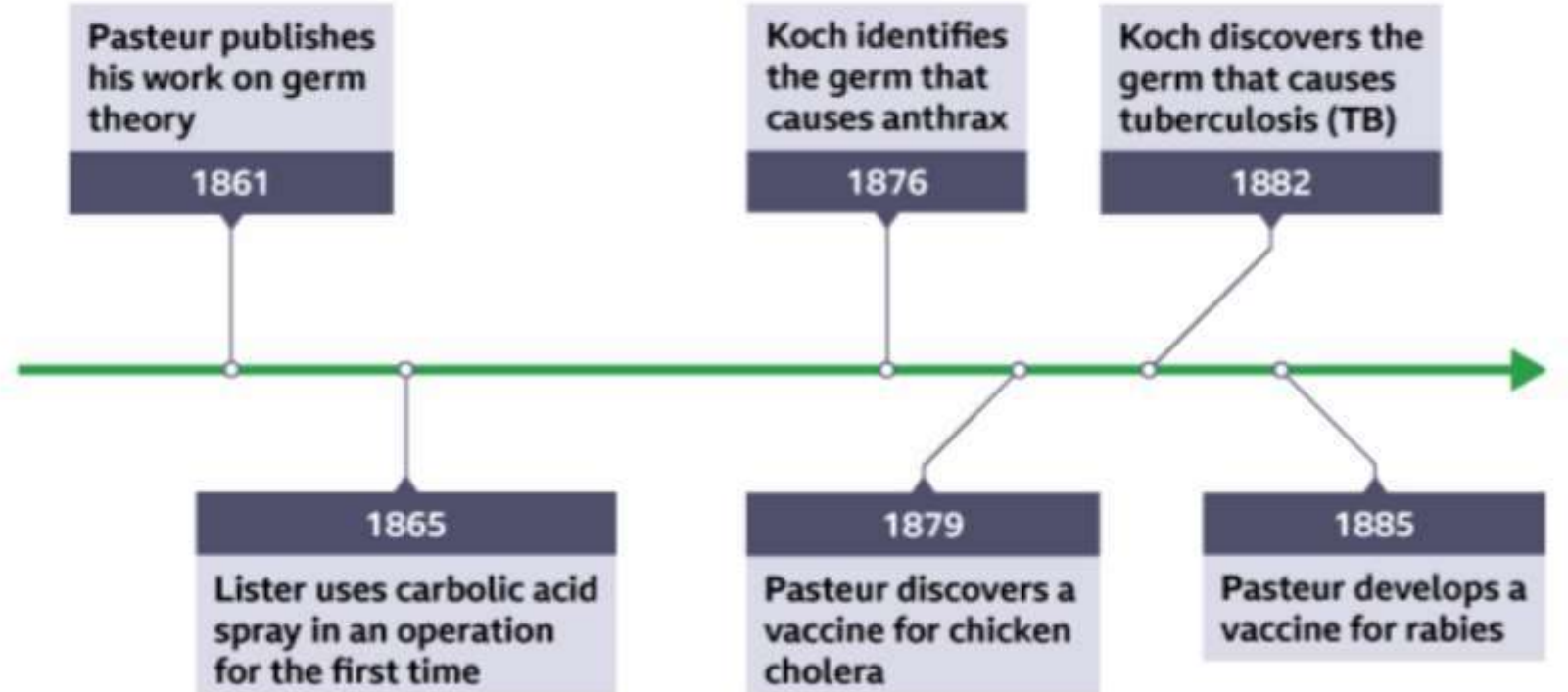
Tarihçe

19. yüzyıl

Pasteur ve Koch'un mikroorganizma teorisinin kabulü



How did the fight against disease develop?



Tarihçe

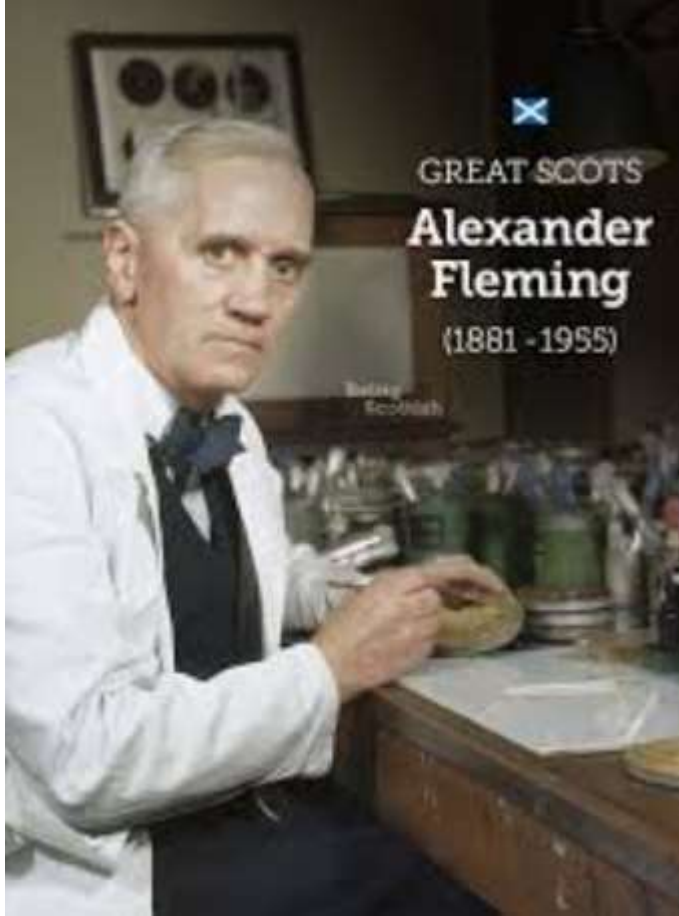


20. Yüzyıl

Antibiyotik Çağının Başlangıcı (1928-1950)

Antibiyotiklerin keşfi, cerrahi enfeksiyon yönetimi

- Fleming'in 1928'de penisilini keşfi
-
- 1940'larda klinik kullanıma sunulması
- 'Antibiyotikler cerrahi sonuçları etkileyebilir' gözlemler



Tarihçe

Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Kavramı Gelişmesi (1950-1970)

Bilimsel araştırmalar

Miles (1957)

Hayvan modelleri

Kontaminasyondan
antibiyotiklerin en
şekilde engellediği

THE VALUE AND DURATION OF DEFENCE REACTIONS OF THE SKIN TO THE PRIMARY LODGEMENT OF BACTERIA

A. A. MİLEŞ, ELLEN M. MILES AND J. BURKE*

From the Lister Institute of Preventive Medicine, London, S.W.1

Received for publication October 26, 1956

IN all animal infections there is a stage when the infecting microbes, taking advantage of a breach in the surface defences of the host, make their primary lodgement in or on the tissues. The fate of this primary lodgement—its suppression or its persistence and growth into an established infection—is determined in part by the antimicrobial properties of the tissues immediately round it. Little, however, is known of the efficiency of these tissue responses in the early stages of infection, of the part they play in non-specific immunity, or of the physiological and pathological defects in the responses that determine the breakdown of natural resistances to the primary lodgement. Experimentally, it is obvious that suppression of this kind occurs when sub-infective doses of living pathogens are injected; and in nature they may justifiably be assumed to occur as part of the means whereby animals remain healthy in spite of the substantial microbial hazards of

Tarihçe



Cerrahi Antibi

Bilimsel araştı

- **Burke (1961)** olduğunu be

Antibiyotikler

SOCIETY OF UNIVERSITY SURGEONS · Volume 50, Issue 1, P161-168, July 1961

[Download Full Issue](#)

The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions

[John F. Burke, M.D.](#) ^{a,b}

[Affiliations & Notes](#) [Article Info](#)

a From the Department of Surgery, Harvard Medical School, Boston, Mass., USA

b From the Surgical Services, Massachusetts General Hospital Boston, Mass., USA



[Get Access](#)



[Cite](#)



[Share](#)



[Set Alert](#)



[Get Rights](#)



[Reprints](#)



Show Outline

Abstract

There is a definite short period when the developing staphylococcal dermal or incisional infection may be suppressed by antibiotics. This effective period begins the moment bacteria gain access to the tissue and is over in 3 hours. Systemic antibiotics have no effect on primary staphylococcal infections if the bacteria creating the infection have been in the tissue longer than 3 hours before the antibiotics are given. Antibiotics cause maximum suppression of infection if given before bacteria gain access to tissue.

Tarihçe

1960 -1970

Kanıtı Dayalı Tıbbi Yaklaşımın Yükselişi: Randomize Kontrollü Çalışmalar



Stone ve arkadaşlarının (1976) çok merkezli randomize kontrollü çalışması,

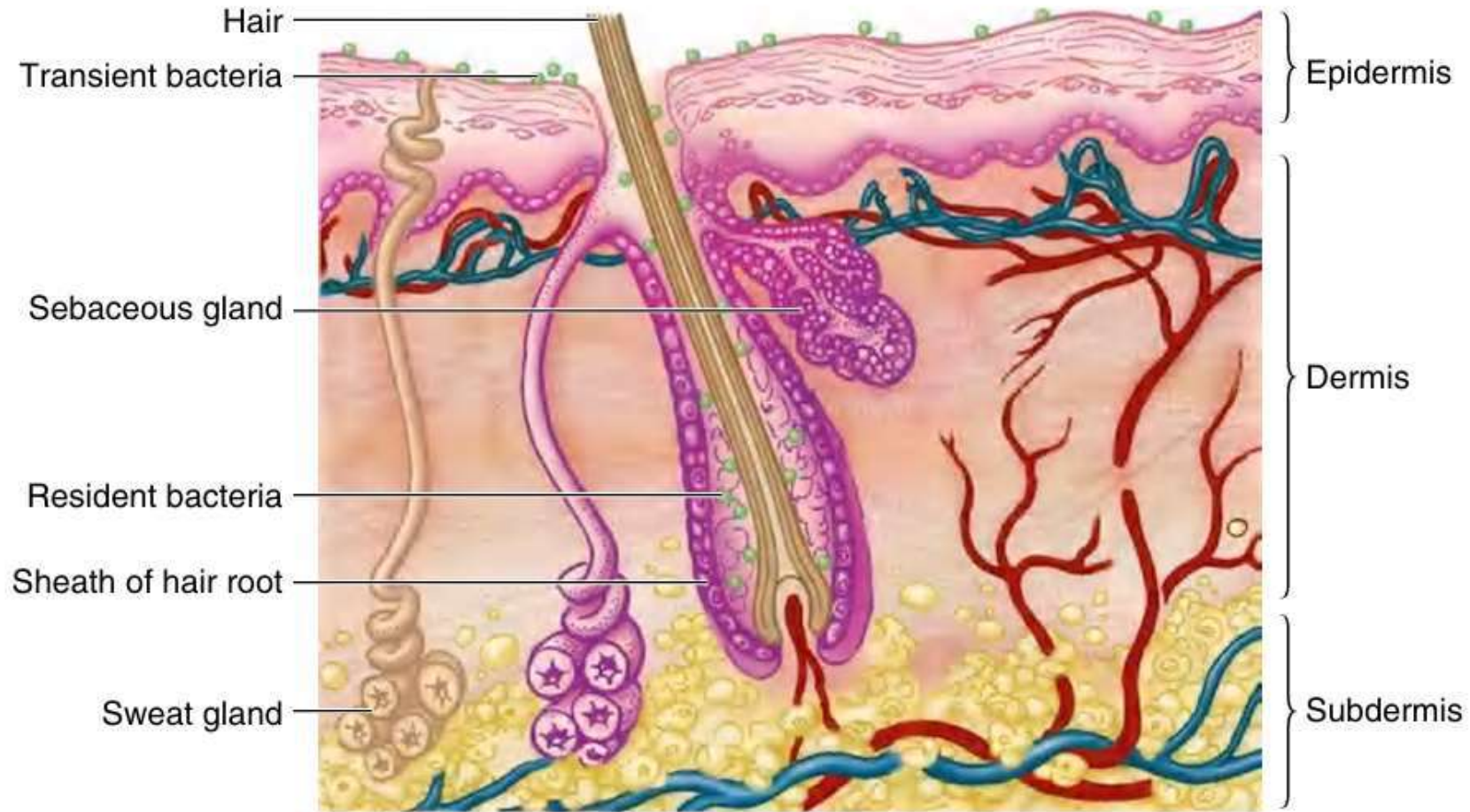
- Temiz-kontamine cerrahilerde AP ;CAE oranlarını azaltır
- Antibiyotiğin spektrumunun, olası patojenlerle uyumlu olmalı
- Gereksiz geniş spektrumlu kullanımın direnç gelişimini hızlandırır fikri
- Farklı cerrahi disiplinler için **standart bakım** uygulaması

1980 - 2000

Rehberler, Standardizasyon ve Antimikrobiyal Stewardship

- **CDC, ASHP** ve çeşitli cerrahi uzmanlık dernekleri tarafından ayrıntılı kılavuzların yayınlanması
- Bugün rehberlerde yer alan temel ilkelerin belirlenmesi

CAE



Normal mikrobiyata ; İmmun sistem- ALERT ??

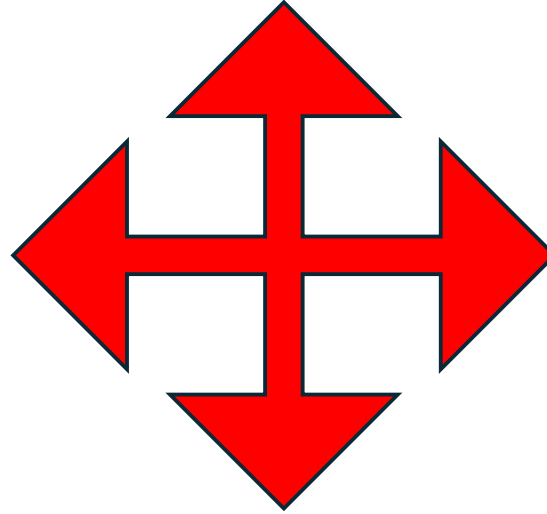


CAE - Risk faktörleri



Hasta ile ilişkili
faktörler
Konak immunitesi

Mikrobiyal
faktörler
Doku adherensi,
invazyon



Cerrahi girişim ile
ilişkili faktörler
implant, doku travması

Enfeksiyon kontrol
önlemleri
Antimikrobiyal
profilaksi

CAE - Risk faktörleri

Hasta ile ilişkili faktörler

Diabetes

Mikrobiyal

Mik

End

Kolo

Der

Ame

S. aure

Cerrahi girişime bağlı risk faktörleri

Girişimden bir gece önce operasyon bölgesi tıraşı

Jilet kullanımı

Uygunsuz preoperatif cilt hazırlığı (alkol bazlı olmayan)

Uygunsuz antibiyotik profilaksisi

Uzun süren op.- ek doz antibiyotik kullanılmaması

Yetersiz ameliyathane havalandırması

Artan ameliyathane personel trafiği

Perioperatif hipotermi ve/veya hipoksi

CAE - Etkenler

PATHOGEN	NO. OF ISOLATES TESTED	PERCENT OF ISOLATES RESISTANT (%)
<i>Staphylococcus aureus</i>		
Resistant to oxacillin/methicillin (MRSA)	8738	42.6
<i>Enterococcus faecium</i>		
Resistant to vancomycin (VRE)	1342	58.4
<i>Escherichia coli</i>		
Extended-spectrum cephalosporin resistant	6816	15.3
Fluoroquinolone resistant	6816	30.9
Carbapenem resistant	6816	0.7
Multidrug resistant	6816	6.5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		
Extended-spectrum cephalosporin resistant	2617	9.9
Fluoroquinolone resistant	2617	11.5
Carbapenem resistant	2617	7.7
Multidrug resistant	2617	4.3
<i>Enterobacter spp.</i>		
Extended-spectrum cephalosporin resistant	2056	27.5
Carbapenem resistant	2056	3.4
Multidrug resistant	2056	2.4
<i>Klebsiella spp.</i>		
Extended-spectrum cephalosporin resistant	2319	11.3
Carbapenem resistant	2319	3.3
Multidrug resistant	2319	4.6
<i>Acinetobacter spp.</i>		
Carbapenem resistant	174	33.3
Multidrug resistant	174	32.9



Mandell 2025

Bakteriyel kontaminasyon düzeyine göre yara sınıflaması

Sınıf 1; Temiz Yara

Cerrahi alanda inflamasyon-infeksiyon yok
Solunum, gastrointestinal, genitoüriner boşluklara girilmez
Primer suture edilmiş gerekirse kapalı drenaj ile drene edilmiştir.
Penetran olmayan travmayı takiben oluşan ameliyat kesileri bu kriterleri karşılıyorsa bu gruba dahil edilir.

Sınıf 2; Temiz - Kontamine Yara

Solunum, gastrointestinal, genitoüriner boşluklara kontrollü müdahale,
Özellikle safra yolları, apendiks, vajina ve orofarenksi ilgilendiren operasyonlar enfeksiyon veya teknik bir problem olmadığı sürece bu kategoridedir.

Bakteriyel kontaminasyon düzeyine göre yara sınıflaması

Sınıf 3; Kontamine Yara

Açık, taze, kazara yaralar

Steril teknikte problem (açık kardiyak masaj vs)

Gastrointestinal kanaldan ciddi bulaş olan operasyonlar

Akut pürülan olmayan inflamasyonun görüldüğü durumlar

Sınıf 4; Kirli enfekte Yara

Eski travmatik nekrotik doku içeren yaralar

Klinik enfeksiyon bulgusu ve organ perforasyonu olan durumlar

(Bu durum postoperatif enfeksiyon nedeni olan etkenin preoperatif dönemde ameliyat alanında bulunduğunu gösterir)

Antibiyotik profilaksisi - Amaç ?



- Cerrahi girişim sırasında veya hemen öncesinde, enfeksiyon gelişimini önlemek amacıyla uygulanan kısa süreli antibiyotik kullanımı
- Amaç, **enfeksiyon gelişmesini engellemek** (TEDAVİ ETMEK DEĞİL)
 - Cerrahi alanda enfeksiyonları azaltmak
 - Postoperatif morbidite ve mortaliteyi düşürmek
 - Hastanede yatış süresini ve maliyeti azaltmak



Effectiveness and safety of strategies to optimise antimicrobial use in solid organ transplant recipients. Systematic review and meta-analyses

María Paniagua-García,^{a,b,c,e} Ana Belén Guisado-Gil,^{a,b,c,d,e} José Molina Gil-Bermejo,^{a,b,c,*} Germán Peñalva,^{a,b,c} Rocío Álvarez-Marín,^{a,b,c} María Eugenia Pachón-Ibáñez,^{a,b,c} and José Miguel Cisneros^{a,b,c}



^aClinical Unit of Infectious Diseases, Microbiology and Parasitology, Virgen del Rocío University Hospital, Seville, Spain

^bInstitute of Biomedicine of Seville, Virgen del Rocío University Hospital/CSIC/University of Seville, Seville, Spain

^cCIBER de Enfermedades Infecciosas. Instituto de Salud Carlos III (CIBERINFEC, ISCIII). Madrid, Spain

^d**4050 makale - 34 çalışma - 17 çalışma- perioperatif cerrahi profilaksi**

Summary

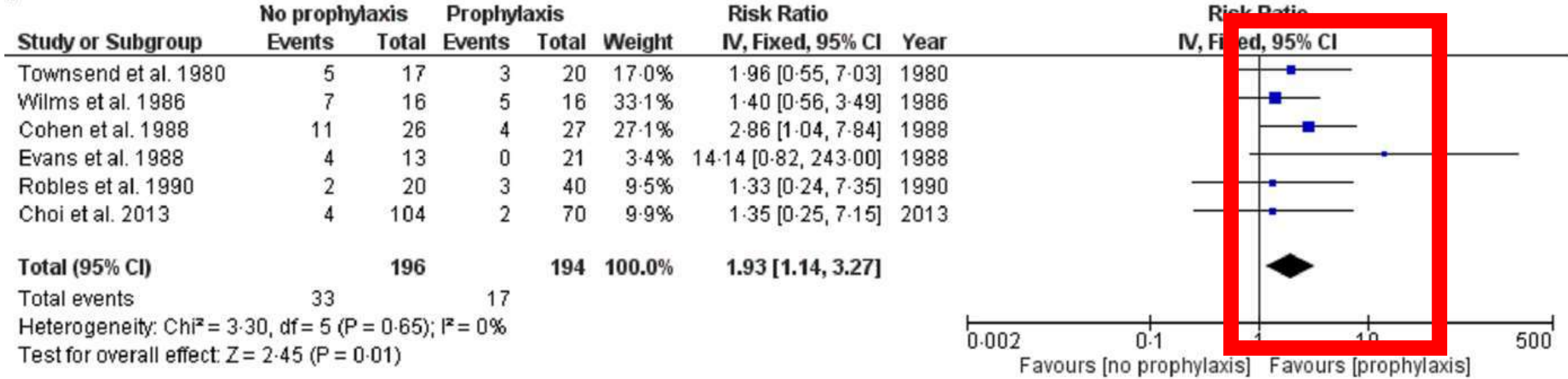
Background Solid organ transplant recipients (SOTr) are at high risk of infectious complications, and effective antimicrobial stewardship (AMS) programmes need to be developed. We aimed to review the available evidence on the effectiveness and safety of different strategies to optimise antibiotic use in SOTr.

eClinicalMedicine
2025;85: 103310

Published Online 3 July
2025

<https://doi.org/10.1016/j.eclim.2025.103310>

Study ID	Country	Period (years)	Design	Number of patients	Type of transplant	Intervention	Duration (months) of assessed intervention	Main outcome assessed
Townsend et al., 1980 ^{31,a}	United States	1976–1978	Randomised clinical trial	37	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis	17	Post-transplant global infections
Wilms et al., 1986 ^{32,a}	Germany	1982	Randomised clinical trial	34	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis	Until hospital discharge	Post-transplant global infections
Evans et al., 1988 ^{33,a}	United Kingdom	1983	Randomised clinical trial	46 (34 transplant surgeries)	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis	1	SSIs
Cohen et al., 1988 ^{34,a}	United Kingdom	1984–1985	Randomised clinical trial	53	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis	14 days	Post-transplant global infections
Robles et al., 1990 ^{35,a}	Spain	1986–1987	Randomised clinical trial	60	Kidney	Perioperative prophylaxis	1	SSIs, UTI
Pfundstein et al., 2001 ^{36,a}	United States	1994–1995	Randomised clinical trial	112	Kidney, Pancreas	Perioperative antibiotic prophylaxis	12	Post-transplant global infection, SSIs
García Prado et al., 2008 ³⁷	Spain	2003–2006	Pre-post study	167	Liver, Liver-kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis	12	SSIs
Choi S et al., 2010 ³⁸	South Korea	2006–2008	Retrospective observational	106	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis	36	Post-transplant global infections
Abboud et al., 2013 ³⁹	Brazil	2009–2011	Pre-post study	45	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis	10	Post-transplant healthcare-associated infections
Choi et al., 2013 ^{40,a}	South Korea	2006–2010	Retrospective observational	174	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis	55	Post-transplant infection



Cerrahi profilaksi etkin , uygulanmalı

Study ID	Country	Period (years)	Design	Number of patients	Type of transplant	Intervention	Duration (months) of assessed intervention	Main outcome assessed
Orlando et al., 2015 ^{41,a}	Italy	2006–2012	Randomised clinical trial	205	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis (duration)	65	SSIs
Bliven et al., 2018 ^{42,a}	United States	2013–2015	Pre-post study	100	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis (duration)	32	SSIs
Bachmann et al., 2019 ^{43,a}	Germany	2014–2017	Pre-post study	212	Kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis (duration)	21	SSIs
Berry et al., 2019 ^{44,a}	United States	2010–2015	Randomised clinical trial	102	Liver	Perioperative antibiotic prophylaxis (duration)	63	SSIs
Bandali et al., 2020 ^{45,a}	United States	2013–2015	Pre-post study	44	Liver, Liver-kidney	Perioperative antibiotic prophylaxis (duration)	16	Post-transplant global infections
Groff et al., 2021 ⁴⁶	United States	2013–2019	Retrospective observational	147	Lung	Perioperative antibiotic prophylaxis (duration)	74	Recipient freedom from donor-derived respiratory bacterial infection
Yau et al., 2022 ^{47,a}	United States	2016–2019	Retrospective observational	216	Liver	Perioperative antibiotic prophylaxis (duration)	45	DOT after transplant surgery

Study or Subgroup	Single dose or 24h Events	Total	> 24h Events	Total	Weight	Risk Ratio IV, Random, 95% CI	Year	Risk Ratio IV, Random, 95% CI
2.4.4 SSI per total n° of patients (kidney transplant recipients)								
AMS interventions	Available studies		Results		Proposed future research priority ^a			
Antimicrobial prophylaxis interventions								
Efficacy of perioperative antibiotic prophylaxis to prevent SSIs in KT surgery	Total studies: 6 RCTs: 5 Total patients: 390		A decrease in SSIs was shown in patients who received antimicrobial prophylaxis in Low transplant surgeries, favouring antimicrobial prophylaxis				Low	
Shortening perioperative antibiotic prophylaxis <24 h	Total studies: 6 RCTs: 2 Total patients: 839		No differences in SSIs were found comparing short and extended surgical antimicrobial prophylaxis in kidney and liver transplant recipients				Low for KT and LT High for lung, heart, multivisceral/intestinal, and combined transplant	
Berry et al. 2019	3	407	12	43	40.2%	0.77 [0.30, 1.05]	2019	
Bandali et al. 2020	1	24	2	20	5.2%	0.42 [0.04, 4.27]	2020	
Yau et al. 2022	5	98	8	118	24.1%	0.75 [0.25, 2.23]	2022	
Subtotal (95% CI)								
Total events								
Heterogeneity: Tau²								
Test for overall effect								

Antimikrobiyal profilaksi - CAE azaltır

KC ve böbrek nakli için 24 saatte kısa/uzun süre

Antimikrobiyal profilaksi - CAE azaltır

KC ve böbrek nakli için 24 saatten kısa/uzun süre profilaksi arasında fark YOK

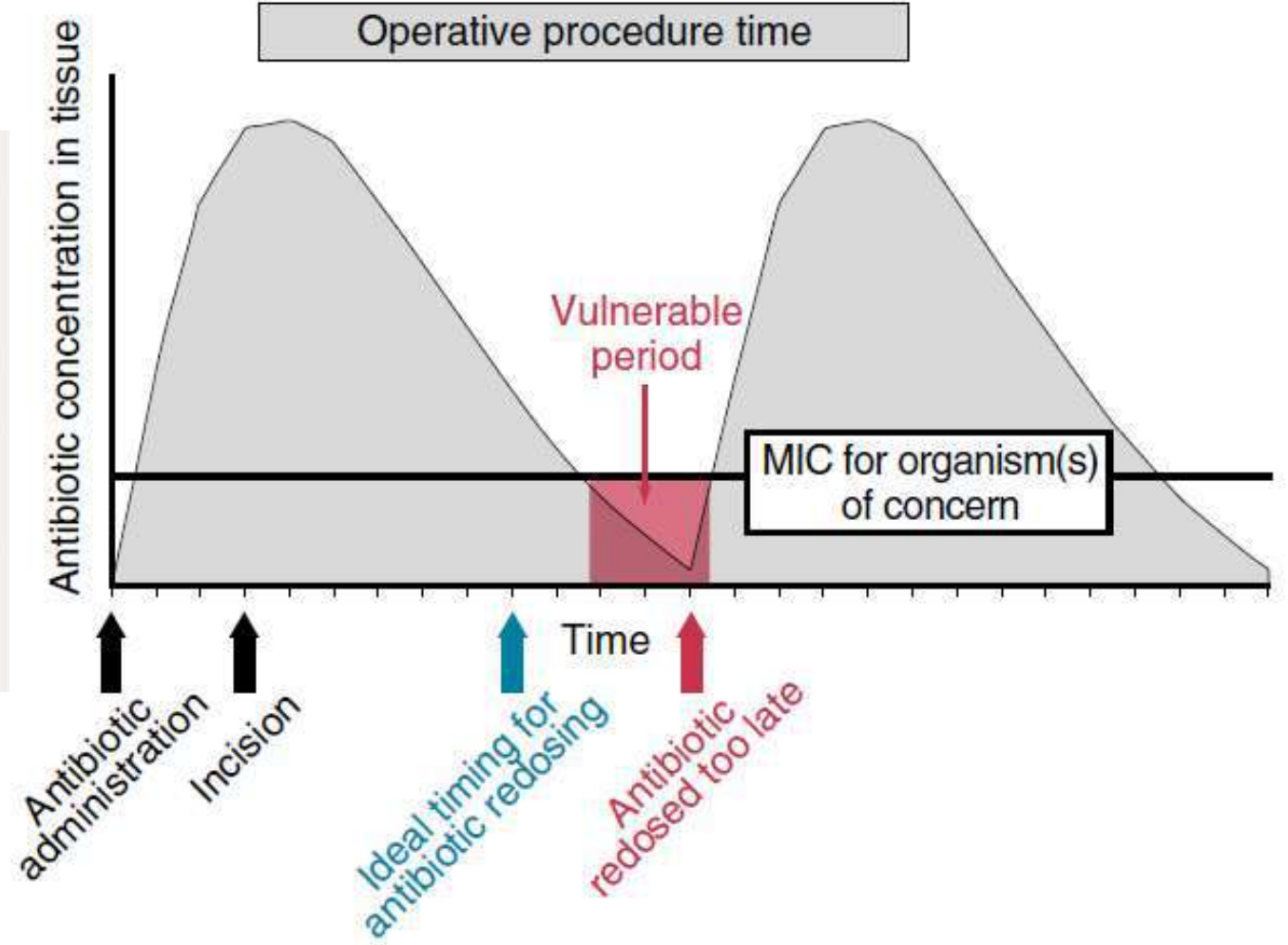
Review

Effective Antimicrobial Prophylaxis in Surgery: The Relevance and Role of Pharmacokinetics-Pharmacodynamics

Sheryl A. Zelenitsky ^{1,2} 

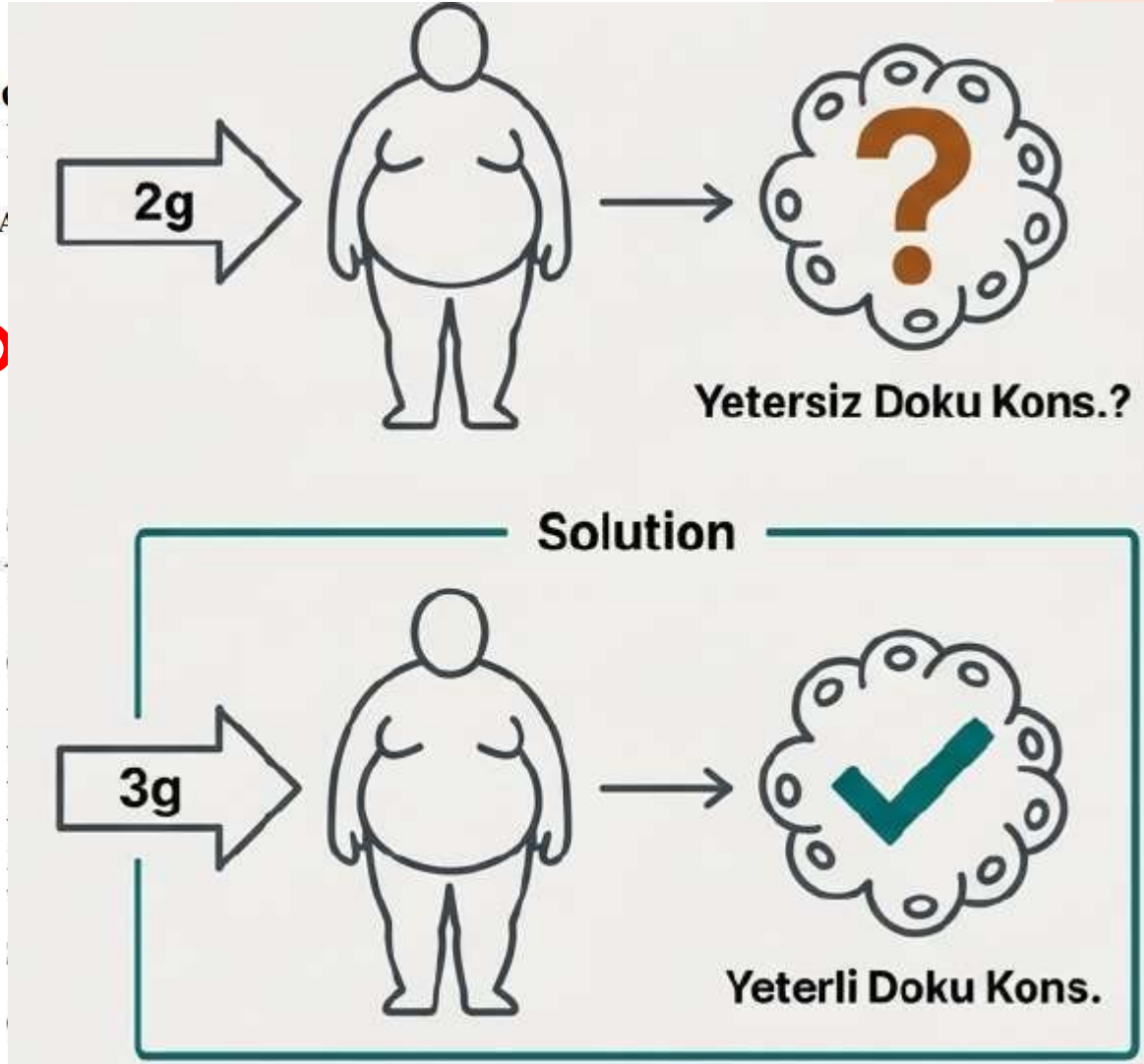
Abstract: Appropriate surgical antimicrobial prophylaxis (SAP) is an important measure in preventing surgical site infections (SSIs). Although antimicrobial pharmacokinetics–pharmacodynamics (PKPD) is integral to optimizing antibiotic dosing for the treatment of infections, there is less research on preventing infections postsurgery. Whereas clinical studies of SAP dose, preincision timing, and redosing are informative, it is difficult to isolate their effect on SSI outcomes. Antimicrobial PKPD aims to explain the complex relationship between antibiotic exposure during surgery and the subsequent development of SSI. It accounts for the many factors that influence the PKs and antibiotic concentrations in patients and considers the susceptibilities of bacteria most likely to contaminate the surgical site. This narrative review examines the relevance and role of PKPD in providing effective SAP. The dose–response relationship i.e., association between lower dose and SSI in cefazolin prophylaxis is discussed. A comprehensive review of the evidence for an antibiotic concentration–response (SSI) relationship in SAP is also presented. Finally, PKPD considerations for improving SAP are explored with a focus on cefazolin prophylaxis in adults and outstanding questions regarding its dose, preincision timing, and redosing during surgery.

Antibiyotik profilaksisi - Ne zaman



Doz mu ? Konsantrasyon mu ?

**** Cerrahi boyunca etkin antibiyotik konsantrasyonu ****



**Sefazolin dozu ; 60-80 kg - 1 gr
80-120 kg - 2 gr
> 120 kg - 3 gr
Gebelik ?**

Large retrospective or observational studies for effective SAP. However, the correlation of cefazolin delivered by standard doses as risk factors for SSI. Such studies are also recommended 3 g dose for patients ≥ 120 kg. Concurrently labelled as underdosed in risk significant and modifiable risk factor that where altered PKs may reduce the antibiotic surgery.

Clinical impact of prophylactic antibiotics in kidney transplantation: A retrospective observational cohort study with historical comparison



Sang Ah Lee¹, Jin-Myung Kim², Hye Eun Kwon², Youngmin Ko², Joo Hee Jung², Sung Shin², Young Hoon Kim², Sung-Han Kim³, Hyunwook Kwon^{2*}

1 Division of Vascular Surgery, Department of Surgery, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea, **2** Division of Kidney and Pancreas Transplantation, Department of Surgery, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea, **3** Department of Infectious Diseases, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

* hwkwon@amc.seoul.kr

- ✓ 2015-2021, retrospektif
- ✓ Tek merkez
- ✓ 2322 böbrek nakli

971 hasta SAM 3x 2,25 gr - postop. 5 gün
1351 sefazolin tek doz

Postop USİ ?

Akut rejeksiyon ?

Clinical impact of prophylactic antibiotics in kidney transplantation: A retrospective observational cohort study with historical comparison

Sang Ah Lee¹, Jin-Myung Kim², Hye Eun Kwon², Youngmin Ko², Joo Hee Jung², Sung Shin², Young Hoon Kim², Sung-Han Kim³, Hyunwook Kwon^{2*}



Semptomatik ÜSİ için istatistiksel anlamlı değil

Infection rates within 1 month after kidney transplantation.

Variable	Total (n=2322)	Ampicillin/Sulbactam (n=971)	Cefazolin (n=1351)	P-value
UTI	67 (2.9)	21 (2.2)	46 (3.4)	0.078
UTI*	92 (4.0)	25 (2.6)	67 (5.0)	0.004
UTI**	207 (8.9)	74 (7.6)	133 (9.8)	0.064
Bacteriuria	233 (10)	85 (8.8)	148 (11.0)	0.082
SSI	37(1.6)	16 (1.6)	21 (1.6)	0.86
Bacteremia	44(1.9)	13 (1.3)	31 (2.3)	0.10
UTI Septic shock	2 (0.1)	0 (0)	2 (0.1)	0.51
<i>Clostridium difficile</i> colitis	43 (1.9)	14 (1.4)	29 (2.1)	0.21
MDR infection	38 (1.6)	12 (1.2)	26 (1.9)	0.26

UTI: Bacteriuria plus symptoms such as urinary frequency/urgency, dysuria, suprapubic pain, or systemic symptoms, including fever and allograft pain.

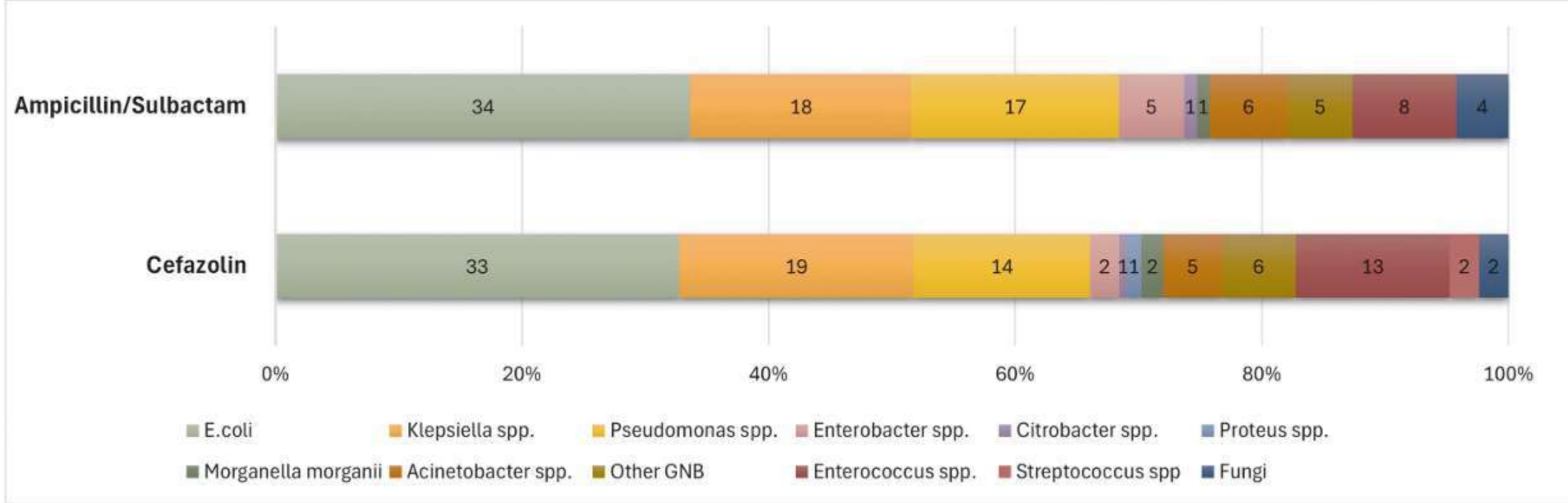
UTI*: Bacteriuria treated with antibiotics.

UTI**: Bacteriuria associated with pyuria or the presence of nitrites in urinalysis.

Clinical impact of prophylactic antibiotics in kidney transplantation: A retrospective observational cohort study with historical comparison

Sang Ah Lee¹, Jin-Myung Kim², Hye Eun Kwon², Youngmin Ko², Joo Hee Jung², Sung Shin², Young Hoon Kim², Sung-Han Kim³, Hyunwook Kwon^{2*}

¹ Division of Vascular Surgery, Department of Surgery, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea, ² Division of Kidney and Pancreas Transplantation, Department of Surgery,



Clinical impact of prophylactic antibiotics in kidney transplantation: A retrospective observational cohort study with historical comparison

Sang Ah Lee¹, Jin-Myung Kim², Hye Eun Kwon², Youngmin Ko², Joo Hee Jung², Sung Shin², Young Hoon Kim², Sung-Han Kim³, Hyunwook Kwon^{2*}

1 Division of Vascular Surgery, Department of Surgery, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea, **2** Division of Kidney and Pancreas Transplantation, Department of Surgery, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea, **3** Department of Infectious Diseases, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

* hwkwon@amc.seoul.kr



Sefazolin AR azaltır.

Acute rejection rates and mortality rates.

Variable	Total (n=2322)	Ampicillin/Sulbactam (n=971)	Cefazolin (n=1351)	P-value
AR within 6 months	146 (6.3)	77 (7.9)	69 (5.1)	0.006
Mortality rate within 1 year	28 (1.2)	9 (0.9)	19 (1.4)	0.30
DCGS within 1 year	24 (1.0)	13 (1.3)	11 (0.8)	0.22

**Barsak mikrobiyatasına minimal etki ? Erken immünolojik yanıt ?
Dar spektrumlu antibiyotik (Sefazolin) önerilebilir**

PLoS One 20(11): e0337578 Nov. 2025 .

Perioperative Antibiotic Transplantation: A Proper Prophylaxis Versus Preen

Alexandre Elbaz, MD,¹ Clément Pesquet, MD,² Mylène D
Cyrielle Despres, MD,⁴ Robin Sakek, MD,⁴ Emmanuel W
Pauline Devauchelle, MD,⁵ and Antoine Dewitte, MD, PhD

Dışlama kriterleri;

- ✓ Nakil öncesi antibiyotik kullanımı
- ✓ 24 saatten uzun süre profilaksi
- ✓ Alerji hikayesi varlığı
- ✓ Fulminan hepatit ile nakil
- ✓ Çoklu organ nakli

Ocak 2019- Temmuz 2022

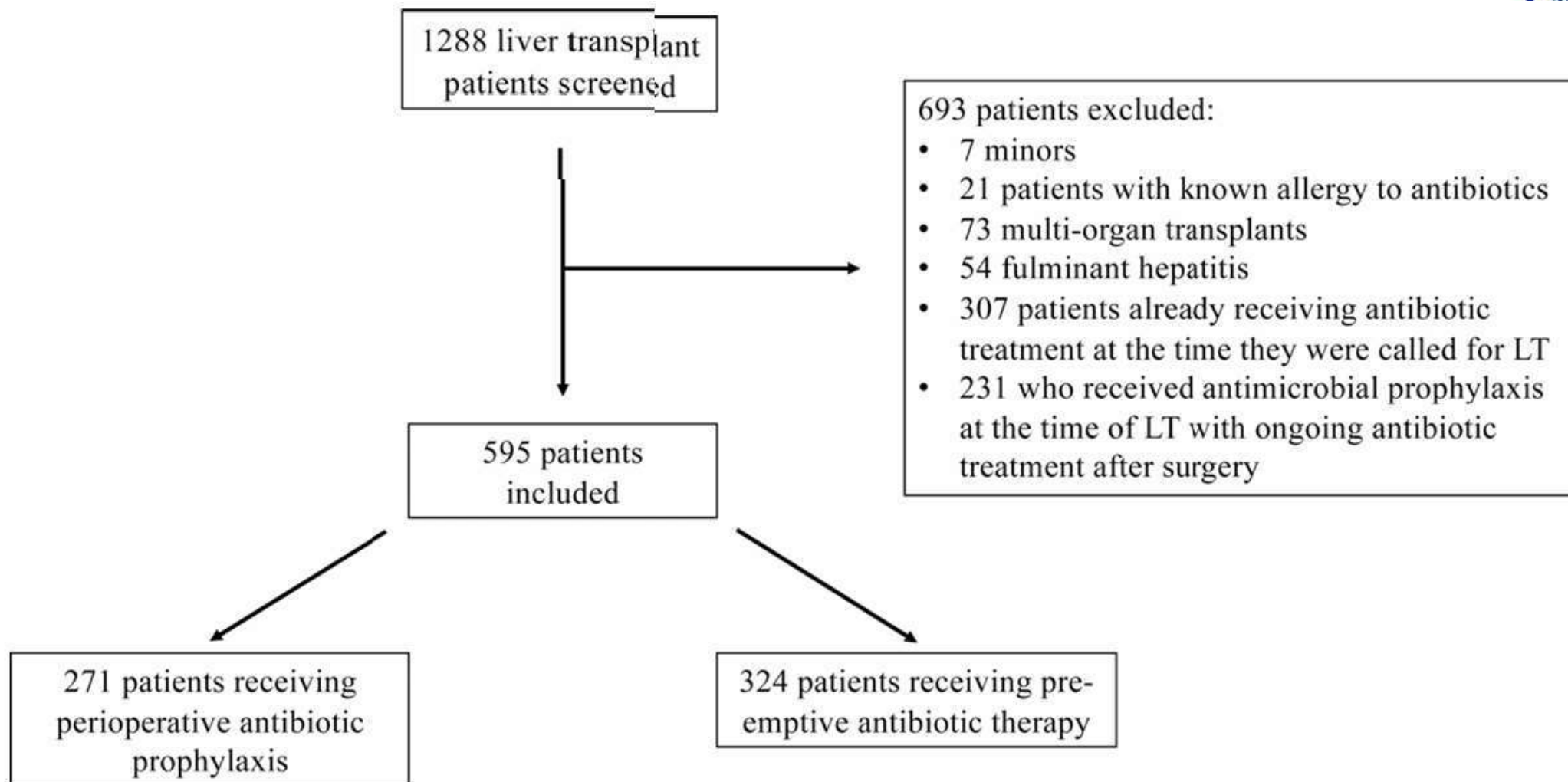
Retrospektif çok merkezli çalışma
Beş Fransız hastanesi
18 yaş üzeri tüm karaciğer nakli hastaları

CAE ?

Mikrobiyolojik özellikler ?
Postop enf?
Hastane yatışı ?
Graft kaybı?
Mortalite ?

Perioperative Antibiotic Prophylaxis in Liver Transplantation

Alexandre
Cyrielle
Pauline





Perioperative Antibiotic Strategies in Liver Transplantation: A Propensity Score Analysis of Prophylaxis Versus Preemptive Therapy

Alexandre Elbaz, MD,¹ Clément Pesquet, MD,² Mylène Defaye, MD,² Marie-Charlotte Delignette, MD,³ Cyrielle Despres, MD,⁴ Robin Sakek, MD,⁴ Emmanuel Weiss, MD, PhD,⁵ Anne Bignon, MD,⁶ Pauline Devauchelle, MD,⁵ and Antoine Dewitte, MD, PhD^{2,7}

MELD skoru yüksek,
PreTx 3 ayda hastane yatışı
Bilinen donör enfeksiyonu
Nakil operasyon süresi daha uzun

Perioperatif antibiyotik Profilaksisi (P)

KAM, Sefoksitin, Sefazolin -standart kılavuz önerisi

Preemptif antibiyotik tedavisi (PAT):

Nakilde ve postop devam eden geniş spektrumlu antibiyotik t.
Sef+Met, Piperasilin Tazobaktam, Karbapenem
(Glikopeptid, Linezolid ??)



Pre-emptive Antibiotic Therapy

Perioperative Antibiotic Prophylaxis

Perio Trans Proph

Alexandre Elk
Cyrielle Desp
Pauline Deva

Meropenem

0.8%

Imipenem

1%

Cefepime

0.2%

Piperacillin/tazobactam

33%

Ceftriaxone/Metronidazole

0.2%

Piperacillin

19%

Cefazolin

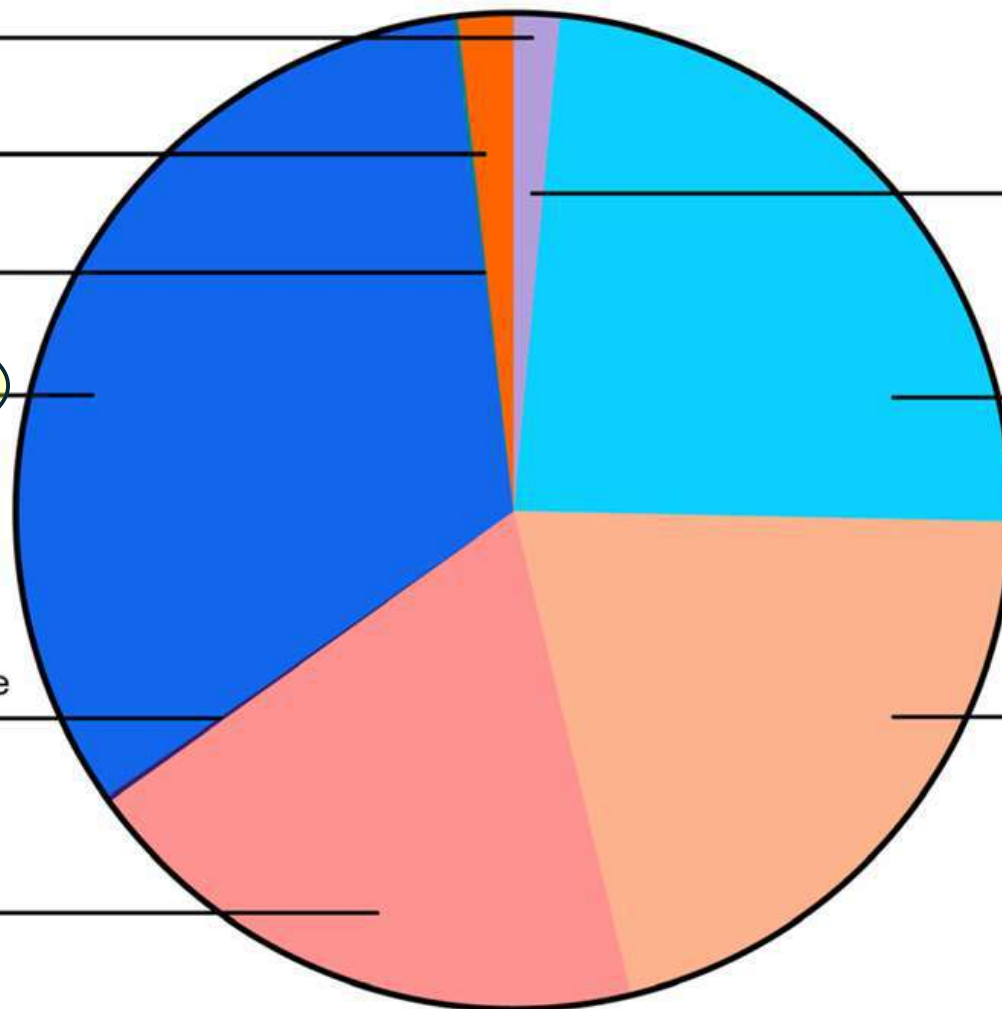
1.5%

Cefoxitin

24%

Amoxicillin/clavulanate

21%



		Perioperative antibiotic prophylaxis (N = 271)	Preemptive antibiotic therapy (N = 324)	Unadjusted		Overlap propensity score-weighted	
		n (%) or mean (SD)	n (%) or mean (SD)	OR or MD (95% CI)	P	OR or MD (95% CI)	P
Pe Tra Pro Alexar Cyriell Paulin	Primary outcome						
	Surgical site infection	51 (19)	47 (15)	0.73 (0.47 to 1.13)	0.2	0.81 (0.29 to 2.30)	0.7
	Superficial incisional	16 (6)	4 (1)	0.20 (0.07 to 0.60)	0.004	0.66 (0.06 to 7.01)	0.7
	Deep incisional	27 (10)	9 (3)	0.26 (0.12 to 0.56)	0.006	0.42 (0.08 to 2.17)	0.3
	Organ/space	8 (3)	34 (10)	3.85 (1.75 to 8.47)	0.0008	1.78 (1.36 to 8.68)	0.5
	Secondary outcomes						
	Postoperative infection	113 (42)	51 (16)	0.26 (0.18 to 0.38)	<0.0001	0.27 (0.12 to 0.63)	0.002
	Bloodstream infections	31 (11)	26 (8)	0.68 (0.39 to 0.17)	0.2	0.46 (0.12 to 1.80)	0.3
	Septic shock	13 (5)	24 (7)	1.59 (0.79 to 3.18)	0.2	0.87 (0.17 to 4.52)	0.9
	Bacterial pneumoniae	25 (9)	28 (9)	0.93 (0.53 to 1.64)	0.8	0.86 (0.27 to 2.8)	0.8
	Urinary tract infection	43 (16)	32 (10)	0.58 (0.36 to 0.95)	0.03	0.44 (0.13 to 1.41)	0.2
	<i>Clostridium difficile</i> colitis	6 (2)	12 (4)	1.70 (0.63 to 4.59)	0.3	1.38 (0.09 to 21.44)	0.8
	Surgical complication	97 (36)	90 (28)	0.70 (0.49 to 0.98)	0.04	0.53 (0.23 to 1.21)	0.1
	Early allograft dysfunction	42 (15)	6 (2)	0.10 (0.04 to 0.25)	<0.0001	0.12 (0.02 to 0.87)	0.04
	Acute rejection	20 (7)	24 (7)	1.01 (0.54 to 1.87)	1	0.52 (0.12 to 2.37)	0.4
	Graft loss	7 (3)	23 (7)	2.89 (1.22 to 6.85)	0.02	2.62 (0.25 to 27.5)	0.4
	ICU length of stay, d	10.7 (0.6)	7.7 (11.4)	−3.0 (−4.7 to −1.2)	<0.0001	−5.2 (−6.9 to −3.5)	<0.0001
	Hospital length of stay, d	26.5 (18.0)	27.0 (24.6)	0.5 (−3.0 to 4.1)	0.8	−5.5 (−9.0 to −2.0)	0.002
	Mortality at 30 d	2 (1)	13 (4)	5.62 (1.26 to 25.14)	0.02	1.21 (0.03 to 42.80)	0.9
	Overall mortality	14 (5)	40 (13)	2.64 (1.40 to 4.97)	0.002	1.39 (0.34 to 5.68)	0.6

Perioperative Antimicrobial Transplantation Prophylaxis Versus

Alexandre Elbaz, MD,¹ Clément Pesenti, MD,² Cyrielle Despres, MD,⁴ Robin Sakek, MD,³ Pauline Devauchelle, MD,⁵ and Antonio...

Pathogens	Perioperative antibiotic prophylaxis (N = 40)	Preemptive antibiotic therapy (N = 39)	P
<i>Enterobacteriaceae</i>	17 (42)	17 (44)	0.9
ESBL-producing	1 (6)	8 (47)	0.006
<i>Escherichia coli</i>	6 (35)	7 (41)	0.7
ESBL-producing	0 (0)	1 (6)	0.3
<i>Enterobacter spp</i>	5 (29)	5 (29)	1
ESBL-producing	1 (6)	3 (18)	0.3
<i>Klebsiella spp</i>	6 (35)	6 (35)	1
ESBL-producing	0 (0)	5 (29)	0.02
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1 (2)	7 (18)	0.02
Multidrug resistant	0 (0)	5 (71)	0.2
<i>Enterococcus spp</i>	21 (52)	18 (46)	0.6
<i>Enterococcus faecium</i>	12 (57)	6 (33)	0.1
<i>Staphylococcus aureus</i>	6 (15)	3 (8)	0.3
Methicillin-resistant	1 (17)	0 (0)	0.4
<i>Staphylococcus aureus</i>			
<i>Coagulase-negative Staphylococci</i>	15 (37)	8 (21)	0.09
Other	2 (5)	1 (3)	0.6
Multibacterial culture	22 (55)	18 (46)	0.4



Perioperative Antibiotic Strategies in Liver Transplantation: A Propensity Score Analysis of Prophylaxis Versus Preemptive Therapy

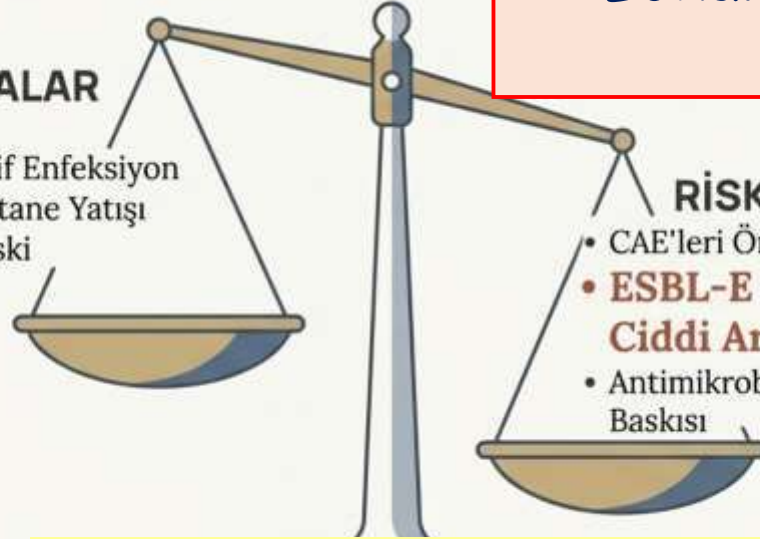
,² Marie-Charlotte Delignat, PhD,⁵ Anne Bignon, MD,

STANDART RİSKLİ GRUPTA

Perioperatif antibiyotik profilaksisi

FAYDALAR

- Daha Az Postoperatif Enfeksiyon
- Daha Kısa YBÜ/Hastane Yatışı
- Daha Düşük EAD Riski



RİSKLER

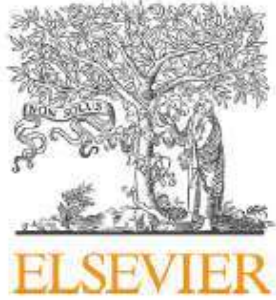
- CAE'leri Önlemede Ek Fayda YOK
- **ESBL-E Enfeksiyonlarında Ciddi Artış (%6 vs %47)**
- Antimikrobiyal Direnç İçin Seçilim Baskısı

Preemptif antibiyotik tedavisi

YÜKSEK RİSKLİ GRUPTA;
MELD skoru yüksek,
PreTx 3 ayda hastane yatışı
Bilinen donör enfeksiyonu
Nakil operasyon süresi daha uzun
+
Lokal epidemiyolojik veriler

Bakteri dirençliyse ???

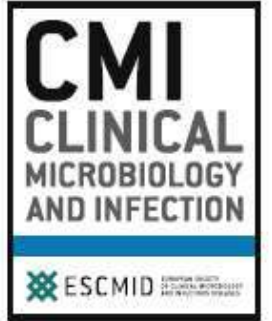
Clinical Microbiology and Infection 30 (2024) 1537–1550



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: www.clinicalmicrobiologyandinfection.com



Guidelines

European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases/European Committee on infection control clinical guidelines on pre-operative decolonization and targeted prophylaxis in patients colonized by multidrug-resistant Gram-positive bacteria before surgery

Elda Righi ¹, Nico T. Mutters ², Xavier Guirao ³, Maria Dolores del Toro ^{4, 5},
Christian Eckmann ⁶, Alex W. Friedrich ⁷, Maddalena Giannella ^{8, 9}, Elisabeth Presterl ¹⁰,
Eirini Christaki ¹¹, Elizabeth L.A. Cross ¹², Alessandro Visentin ¹, Gabriele Sganga ¹³,
Constantinos Tsioutis ¹⁴, Evelina Tacconelli ^{1, 1}, Jan Kluytmans ^{15, *, 1}

Table 1
Summary of recommendations

Recommendation	Strength of recommendation	Level of evidence
<i>Staphylococcus aureus</i>		
<i>Should patients be screened for Staphylococcus aureus prior to surgery?</i>		
It might be good clinical practice to screen patients for methicillin-susceptible and methicillin-resistant <i>S. aureus</i> before elective cardiac and orthopaedic surgery, according to local epidemiology.	Ungraded good practice statement	Indirect evidence, not assessed with GRADE
<i>Should Staphylococcus aureus carriers be decolonized prior to surgery?</i>		
We recommend decolonization with mupirocin with or without chlorhexidine for methicillin-susceptible and methicillin-resistant <i>S. aureus</i> carriers before cardiac and orthopaedic surgery.	Strong	Moderate
We suggest decolonization with mupirocin with or without chlorhexidine for methicillin-susceptible and methicillin-resistant <i>S. aureus</i> carriers before other surgeries.	<u>Conditional</u>	Low
<i>Should perioperative antibiotic prophylaxis be adapted in Staphylococcus aureus carriers before surgery?</i>		
We suggest perioperative targeted prophylaxis for methicillin-resistant <i>S. aureus</i> carriers before cardiac, orthopaedic surgery, and neurosurgery.	<u>Conditional</u>	Low
There is insufficient evidence for or against targeted prophylaxis for methicillin-resistant <i>S. aureus</i> carriers undergoing other surgeries at the time of writing and therefore no recommendation can be issued.	No recommendation	
<i>Should Staphylococcus aureus carriers receive combined interventions prior to surgery?</i>		
We suggest combined interventions (decolonization and targeted prophylaxis) for methicillin-resistant <i>S. aureus</i> before cardiac and orthopaedic surgery.	<u>Conditional</u>	Very low
There is insufficient evidence for combined interventions (decolonization and targeted prophylaxis) for methicillin-resistant <i>S. aureus</i> carriers before other surgeries.	No recommendation	

Summary of recommendations

Recommendation	Strength of recommendation	Level of evidence
Vancomycin-resistant enterococci (VRE)		
<i>Should patients be screened for VRE colonization prior to surgery?</i> There is insufficient evidence for or against screening for VRE carriers before surgery.	No recommendation	
<i>Should VRE carriers be decolonized prior to surgery?</i> There is insufficient evidence for or against decolonization for VRE carriers before surgery.	No recommendation	
<i>Should PAP be adapted in VRE carriers before surgery?</i> There is insufficient evidence for or against perioperative targeted prophylaxis for VRE carriers before surgery.	No recommendation	
Methicillin-resistant coagulase-negative staphylococci (MR-CoNS)		
<i>Should patients be screened for MR-CoNS colonization prior to surgery?</i> There is insufficient evidence for or against screening for MR-CoNS carriers before surgery.	No recommendation	
<i>Should MR-CoNS carriers be decolonized prior to surgery?</i> There is insufficient evidence for or against decolonization for MR-CoNS carriers before surgery.	No recommendation	
<i>Should perioperative antibiotic prophylaxis be adapted in MR-CoNS carriers before surgery?</i> There is insufficient evidence for or against perioperative targeted prophylaxis for MR-CoNS carriers before surgery.	No recommendation	
Pan-drug-resistant (PDR)-Gram-positive bacteria (GPB)		
<i>Should patients be screened for PDR-GPB colonization prior to surgery?</i> There is insufficient evidence for or against screening for PDR-GPB carriers before surgery.	No recommendation	
<i>Should PDR-GPB carriers be decolonized prior to surgery?</i> There is insufficient evidence for or against decolonization for PDR-GPB carriers before surgery.	No recommendation	
<i>Should perioperative antibiotic prophylaxis be adapted in PDR-GPB carriers before surgery?</i> There is insufficient evidence for or against perioperative targeted prophylaxis for PDR-GPB carriers before surgery.	No recommendation	

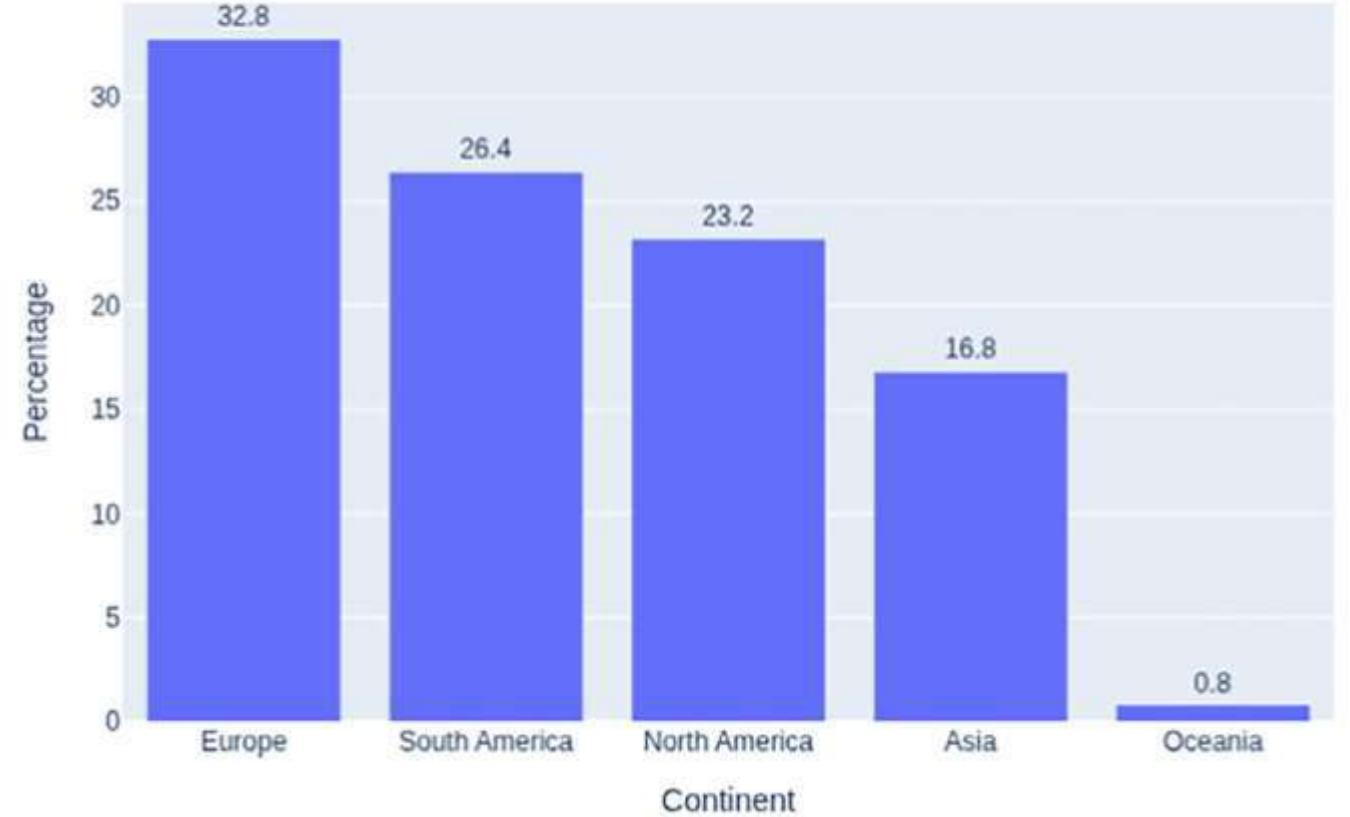
International Survey on Antibiotic Prophylaxis Approaches for Solid Organ Transplant Recipients and Donors Colonized With Multidrug-Resistant Organisms



Julia Bini Viotti^{1,2} | Stephanie M. Pouch³ | Maddalena Giannella⁴
Ricardo M. La Hoz⁸ | Ligia Camera Pierrotti⁹ | Wanessa Trindade Clemente¹⁰

¹University of Miami, Miami, Florida, USA | ²Jackson Health System, Miami, Florida, USA | ³Emory University, Atlanta, Georgia, USA | ⁴Ospedale Universitario di Bologna, Bologna, Italy | ⁵Department of Medical and Surgical Science, Melbourne, Melbourne, Australia | ⁶Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA | ⁷Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA | ⁸University of Texas at Dallas, Dallas, Texas, USA | ⁹Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil | ¹⁰Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil

Responses by Continent (%)



- ✓ Uluslararası anket verisi
- ✓ 4 kıta - 24 ülke - 125 merkez
- ✓ TID/TTS ve ESGICH/EuroISGICH
- ✓ Şubat Temmuz 2025

Transplant Infect Dis, 2025;0:e70154

International Survey on Antibiotic Prophylaxis Approaches for Solid Organ Transplant Recipients and Donors Colonized With Multidrug-Resistant Organisms

Julia Bini Viotti^{1,2}   | Stephanie M. Pouch³   | Maddalena Giannella^{4,5} | Monica Slavin⁶ | John W. Baddley⁷  | Ricardo M. La Hoz⁸  | Ligia Camera Pierrotti⁹ | Wanessa Trindade Clemente¹⁰   | Lilian M. Abbo^{1,2}

¹University of Miami, Miami, Florida, USA | ²Jackson Health System, Miami, Florida, USA | ³Emory University, Atlanta, Georgia, USA | ⁴IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Bologna, Italy | ⁵Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, Bologna, Italy | ⁶University of Melbourne, Melbourne, Australia | ⁷Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA | ⁸University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA | ⁹Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil | ¹⁰Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil



✓ 17 soruluk web tabanlı anket

Kurum özellikleri

MDR tarama ve profilaksi protokolleri

Donor ve alıcı kolonizasyon yönetimi

Profilaksi modifikasyon gereksinimi

Transplant Infect Dis, 2025;0:e70154

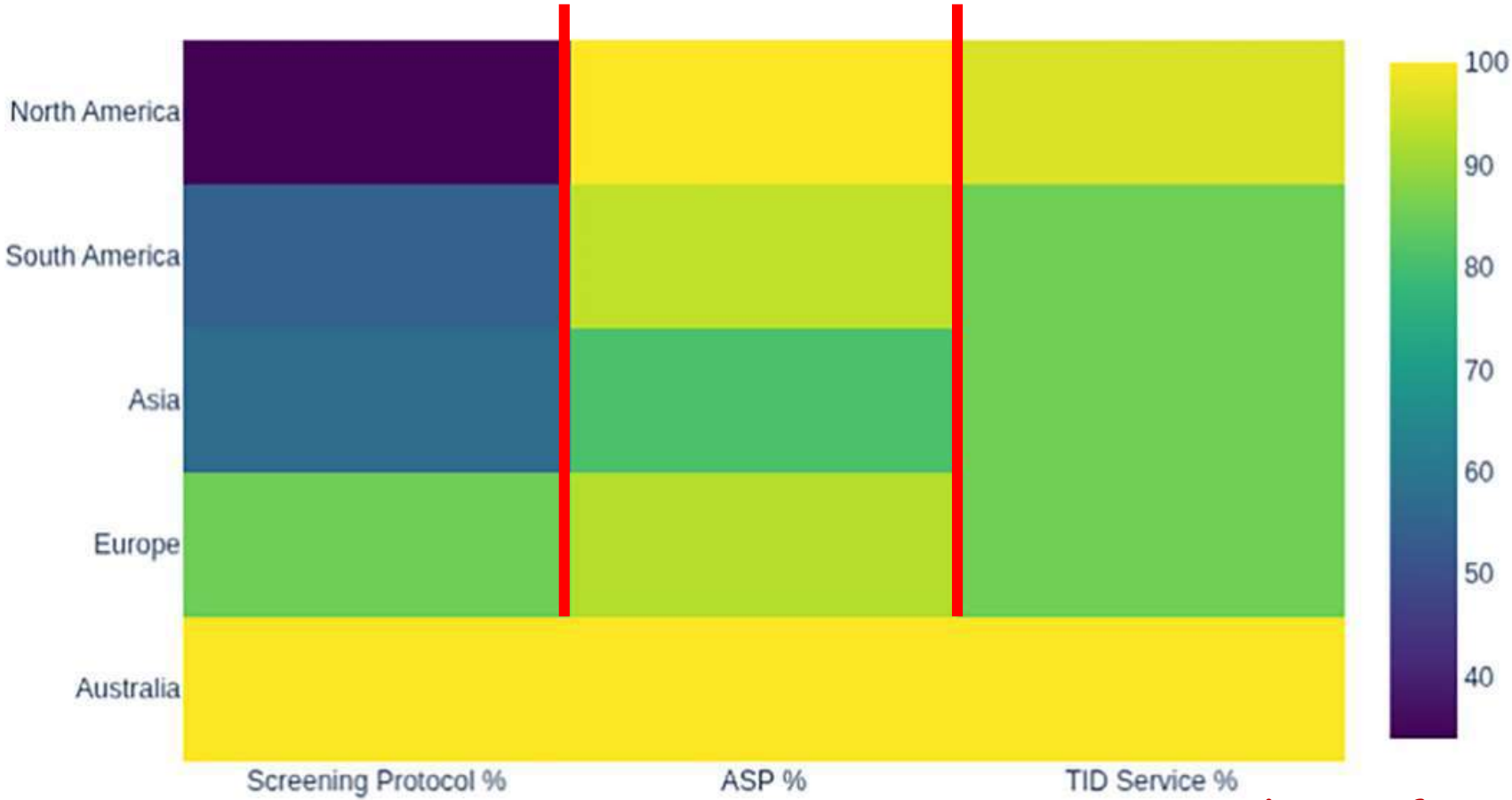
International Survey on Antibiotic Prophylaxis Approaches for Solid Organ Transplant Recipients and Donors Colonized With Multidrug-Resistant Organisms

Julia Bini Viotti^{1,2} | Stephanie M. Pouch³ | Maddalena Giannella^{4,5} | Monica Slavin⁶ | John W. Baddley⁷ | Ricardo M. La Hoz⁸ | Licia Camero Diarratti⁹ | Wanessa Trindade Clemente¹⁰ | Lilian M. Abba^{1,2}

¹University
Ospedaliere
Melbourne,
Center, Dal



Screening and ASP Variability by Continent



International Survey on Antibiotic Prophylaxis Approaches for Solid Organ Transplant Recipients and Donors Colonized With Multidrug-Resistant Organisms

Transplant Infect Dis



Julia Bini Viotti^{1,2} | Stephanie M. Pouch³ | Maddalena Giannella^{4,5} | Monica Slavin⁶ | John W. Baddley⁷

Summary of AST and European guideline recommendations for perioperative management of CRE, ESBL, MRSA, and VRE in solid organ transplant recipients.

Organism	American Society of Transplantation	European guidelines (ESCMID/ EUCIC)	References
ESBL-producing organisms	Salgınlar dışında rutin aktif surveyans tanımlanmamakta	Yüksek prevalanslı merkezlerde Karaciğer alıcıları için tarama önerilir, kolonize alıcılarda profilaksi değişikliği önerilir	[22–24]
Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE)	Kolonizasyon temelli profilaksi değişikliği önerilmemektedir	Pankreas ve İnce barsak alıcılarında faydalı olabilir ve profilaksi değişikliği düşünülebilir.	[22, 24]

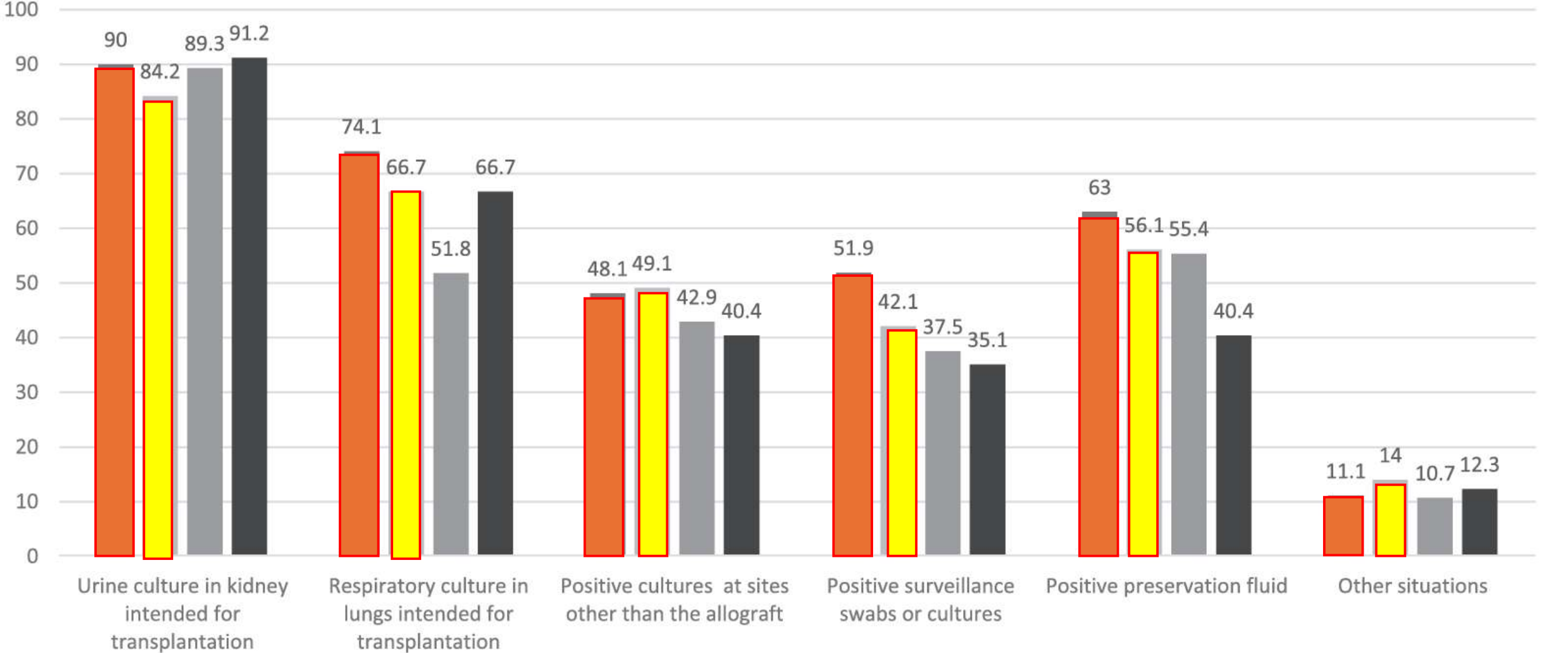
International Survey on Antibiotic Prophylaxis Approaches for Solid Organ Transplant Recipients and Donors Colonized With Multidrug-Resistant Organisms

Transplant Infect Dis

OKUZ EYLÜL 04

Organism	American Society of Transplantation	European guidelines (ESCMID/ EUCIC)	References
Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)	Routine active surveillance is not recommended Yüksek prevalanslı merkezler hariç rutin aktif surveyans önerilmemekte Özellikle MRSA kolonize ve KF-Akc Tx ve LVAD-Kalp Tx profilaksiye VA eklenmesi düşünülür Kolonizasyon temelli profilaksi değişikliği öneri Yoktur	Active surveillance is recommended Nakil spesifik olmasa da ; Yüksek riskli cerrahilerden (kardiyotorasik) önce aktif surveyans önerilir MRSA kolonize alıcılarda profilaksiye VA eklenmesi önerilir	[25, 26, 28]
Vancomycin-resistant <i>Enterococci</i> (VRE)	Aktif VRE surveyansı veya kolonize kişilerde hedeflenmiş profilaksi önerisi YOK	Epidemiyoloji ve İK için Kc Tx alıcılarında tarama düşünülebilir. Profilaksi değişikliği için yeterli kanıt YOKTUR.	[27, 28]

International Survey on Antibiotic Prophylaxis Approaches for Solid Organ Transplant Recipients and Donors Colonized



Modification of standard surgical prophylaxis based on donor's positive culture (%).

- Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae
- Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus
- Vancomycin-Resistant Enterococci
- Extended-Spectrum Beta-Lactamase Producing Organisms

International Survey on Antibiotic Prophylaxis Approaches for Solid Organ Transplant Recipients and Donors Colonized With Multidrug-Resistant Organisms

Julia Bini Viotti^{1,2} | Stephanie M. Pouch³ | Maddalena Giannella^{4,5} | Monica Slavin⁶ | John W. Baddley⁷ | Ricardo M. La Hoz⁸ | Ligia Camera Pierrotti⁹ | Wanessa Trindade Clemente¹⁰ | Lilian M. Abbo^{1,2}

¹University of Miami, Miami, Florida, USA | ²Jackson Health System, Miami, Florida, USA | ³Emory University, Atlanta, Georgia, USA | ⁴IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Bologna, Italy | ⁵Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, Bologna, Italy | ⁶University of Melbourne, Melbourne, Australia | ⁷Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA | ⁸University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA | ⁹Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil | ¹⁰Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil



✓ Alıcıda MDRO kolonizasyonu varsa ??

52 / 125 merkez - % 41.6 modifiye profilaksi önerisi

✓ Kolonizasyon süresi ??

PreTx 1 ay ; % 28,8

1-3 ay ; % 30,7

3-6 ay ; % 12,9

Herhangi bir zaman ; % 10,8

1-5 yıl ; % 1.0

✓ Merkezler arası bölgesel farklılıklar mevcut

✓ Alıcı ve donör hazırlığında yaklaşım farkı

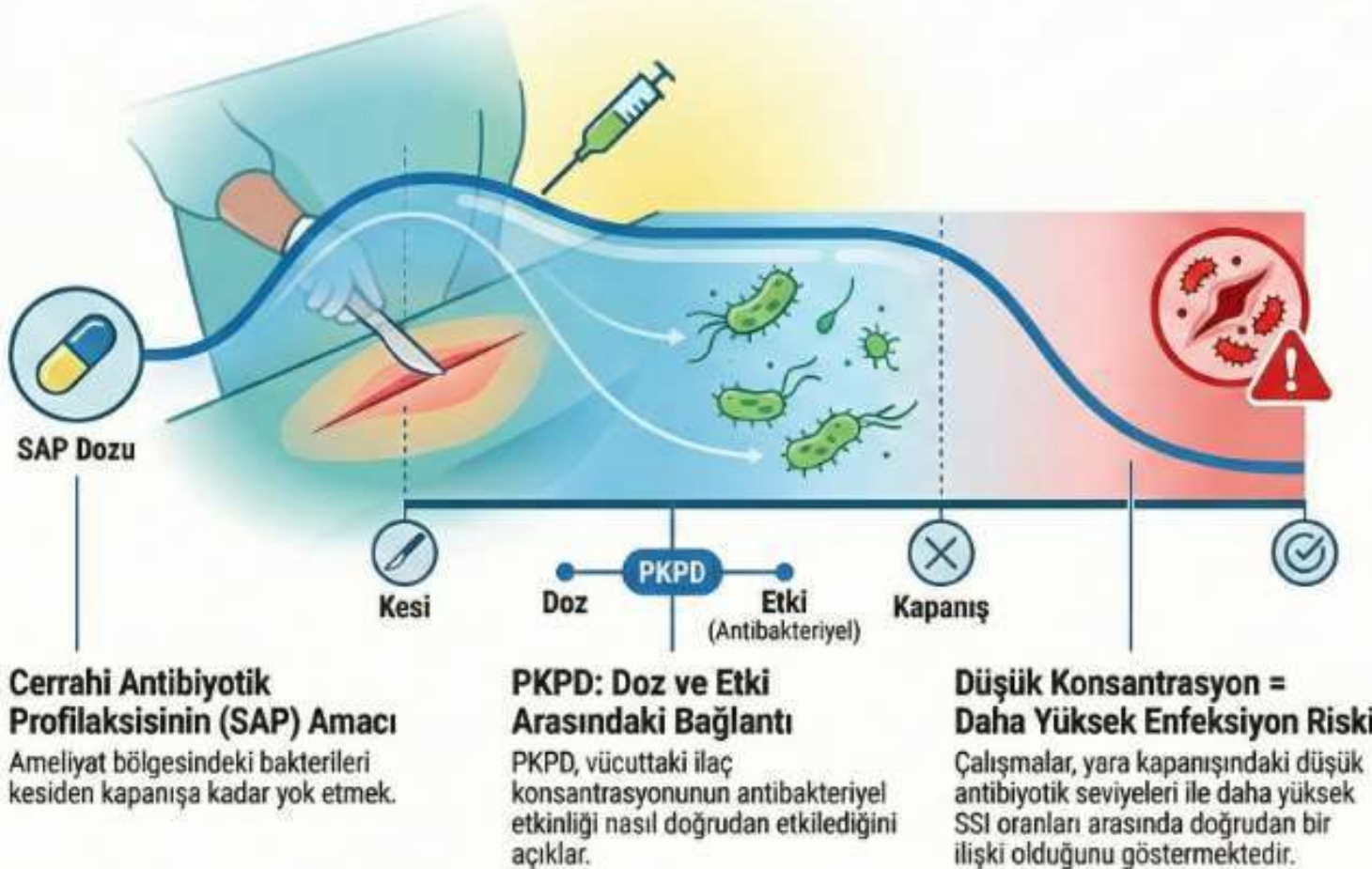
✓ Farklı kolonizasyon yönetimi

✓ Farklı antibiyotik uygulamaları

Cerrahi Enfeksiyonları Önlemede Antibiyotik Profilaksisi: Dozdan Daha Fazlası

Cerrahi alan enfeksiyonlarını (SSI) azaltmak için cerrahi antibiyotik profilaksisini (SAP) optimize etmede farmakokinetik-farmakodinamik (PKPD) ilkeleri çok önemlidir.

TEMEL İLKE: KONSANTRASYON NEDEN ÖNEMLİDİR?



SEFAZOLİN PROFİLAKSİSİNDE ANAHTAR SORULAR



Doz İkilemi, Özellikle Obezitede

Standart dozlar kilolu hastalarda yetersiz kalabilir ve risk analizlerini karmaşıktırır.



Kesiden Önce Zamanlama

Etkinlik için ilk dozun kesiden önceki 60 dakika içinde verilmesi genel olarak kabul görmüştür.



Tekrar Dozlama

Ameliyat Sırasında Tekrar Dozlama

Uzun süren ameliyatlarda, korumayı sürdürmek için tekrar dozlama (örn. sefazolin için her 3-4 saatte bir) hayati önem taşır.

Ameliyat Öncesi MRSA ve Diğer Bakterilere Karşı Korunma: 2024 ESCMID Kılavuz Özeti

Yetişkin cerrahi hastalarında, özellikle *Staphylococcus aureus* (MRSA dahil) kaynaklı cerrahi alan enfeksiyonlarını (CAE) önlemeye yönelik temel, kanıta dayalı adımları özetlemek.

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), sıklıkla MRSA dahil *Staphylococcus aureus* (SA) gibi Gram-pozitif bakterilerin neden olduğu ciddi bir komplikasyondur. Bu ESCMID kılavuzu, özellikle yüksek riskli ameliyatlarda SA kaynaklı CAE'leri önlemek için tarama, dekolonizasyon ve antibiyotik profilaksisi konularında kanıta dayalı öneriler sunmaktadır.

Adım 1: Yüksek Riskli Cerrahi Öncesi Tarama

Kardiyak ve Ortopedik Cerrahi Öncesi Tarama Yapılmalıdır.



Elektif kardiyak ve ortopedik cerrahi öncesi hastaları SA/MRSA taşıyıcılığı açısından tarayın.

Tarama, "Tara ve Dekolonize Et" Stratejisinin İlk Adımıdır.

Tek başına taramanın enfeksiyonu azalttığına dair kanıt yoktur; dekolonizasyon ile birleştirilmelidir.

Adım 2: SA Taşıyıcıları İçin Dekolonizasyon

Yüksek Riskli Cerrahi İçin Şiddetle Tavsiye Edilir.



Kardiyak ve ortopedik cerrahi öncesi intranazal mupirosin

ve/veya klorheksidin banyosu uygulayın.

Diğer Ameliyat Türleri İçin Önerilir.

Diğer cerrahi türleri geçirecek SA taşıyıcıları için dekolonizasyon düşünülmelidir.

Adım 3: MRSA Taşıyıcıları İçin Hedefe Yönelik Tedavi

Profilaksi (Koruyucu Antibiyotik) Uyarlanmalıdır.



Kardiyak, ortopedik veya beyin cerrahisi geçiren MRSA taşıyıcılarında standart profilaksiye vankomisin ekleyin.

Bütünleşik Yaklaşım Etkilidir.

Dekolonizasyon ve hedefe yönelik profilaksinin birleştirilmesi MRSA taşıyıcıları için önerilmektedir.

Diğer Dirençli Bakteriler İçin Ne Yapılmalı?

VRE, MR-CoNS ve PDR-GPB için Kanıt Yetersiz.

Bu bakteriler için tarama, dekolonizasyon veya hedefe yönelik profilaksi konusunda öneri yapmak için yeterli veri yoktur.

Karaciğer Naklinde Antibiyotik Stratejileri: Standart Profilaksi mi, Genişletilmiş Tedavi mi?

595 karaciğer nakli hastasını içeren çok merkezli bir çalışma, cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede standart, kısa süreli antibiyotik profilaksisi (PAP) ile genişletilmiş, geniş spektrumlu preemptif antibiyotik tedavisini (PAT) karşılaştırmaktadır.



PAP: Dar Spektrumlu, Kısa Süreli Koruma

Ameliyat sırasında başlar ve 24 saat içinde sonlandırılır.



En Sık Kullanılan Antibiyotikler

Sefoksitin (%24)

Amoksisilin/klavulanat (%21)



PAT: Geniş Spektrumlu, Uzatılmış Tedavi

Ameliyat sırasında başlar ve ameliyat sonrası ortalama 5 gün devam eder.



En Sık Kullanılan Antibiyotikler

Piperasilin/tazobaktam (%33)

Piperasilin (%19)

Anahtar Sonuçlar: Riskler ve Faydalar

Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranları



Dirençli Bakteri (GSBL-E) Enfeksiyonu Riski



7 Kattan Fazla Artış

PAT, Dirençli Bakteri Enfeksiyonu Riskini Ciddi Şekilde Artırıyor

Hastanede ve Yoğun Bakımda Kalış Süresi



PAT ile Ortalama **5.5 Gün** Daha Kısa Hastanede Kalış

5.2 Gün Daha Kısa Yoğun Bakım Kalışı

PAT, Hastanede Kalış Süresini ve Diğer Enfeksiyonları Azaltıyor

Nihai Öneri: Standart PAP Yeterli ve Daha Güvenli

Geniş spektrumlu antibiyotikler, yalnızca bilinen yüksek riskli (örn. GSBL-E taşıyıcısı) hastalara saklanmalıdır.



Organ Naklinde Çoklu İlaça Dirençli Organizmalar: Küresel Uygulamalarda Bir Anket

125 nakil merkezinde yapılan uluslararası bir anket, donör ve alıcılardaki çoklu ilaca dirençli organizmaların (ÇİDO) yönetiminde büyük tutarsızlıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Bu standardizasyon eksikliği, nakil sonrası enfeksiyonları önlemek için kanıta dayalı kılavuzlara acil ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.

Küresel Manzara: Fikir Birliği Eksikliği



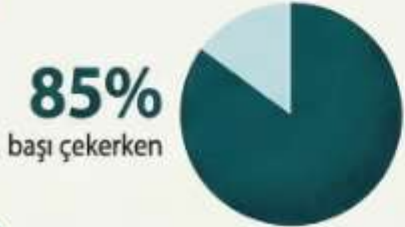
125 Nakil Merkezi İncelendi

24 ülkedeki uygulamalar, önemli farklılıklar olduğunu ortaya koydu.

Alıcı Taramasında Büyük Boşluk



Taramada Büyük Bölgesel Farklılıklar



AVRUPA



31%

bu oran sadece

Kolonizasyon Yönetimi: Donör ve Alıcı Yaklaşımları



DONÖR

Donör Durumu Sıklıkla Tedaviyi Değiştiriyor



Merkezlerin %52'si donörün ÇİDO kolonizasyonuna göre antibiyotik profilaksisini değiştiriyor.

KOLONİZASYON YÖNETİMİ



Yakın Zamanlı Kolonizasyon En Önemlisi

Çoğu merkez, nakilden önceki 1-3 aylık kolonizasyonu en anlamlı kabul ediyor.



ALICI

Alıcı Durumunda Daha Tedbirli Yaklaşım



Sadece %41,6'sı kolonize alıcılar için profilaksiyi rutin olarak değiştiriyor.



Önce Enfeksiyon Kontrol Önlemleri,,,,
Sonra Cerrahi antibiyotik Profilaksisi