

26. TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE İNFEKSİYON HASTALIKLARI KONGRESİ

29 NİSAN-3 MAYIS 2026
ROYAL SEGİNUS OTEL, LARA - ANTALYA

Direnç Çağında CYBİ Etkenlerinin Yönetimi: Rehberler Ne Diyor, Biz Ne Yapıyoruz?

Nazım AKTUĞ DEMİR

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

naktugdemir@yahoo.com

OLGU

- 32 yaşında
- Tayland, Kamboçya seyahatinde korunmasız cinsel temas
- 10 gündür devam eden şiddetli pürülan üretral akıntı ve dizüri
- Hasta Münih özel polikliniğine başvuruyor NAAT, kültür
- Ceftriaxone 1 gr IM + Azitromisin 2 gr
- Bu tedavileri düzgün kullanan ve cinsel perhiz yapan hastanın tedavinin 7. gününde şikayetlerinde gerileme olmuyor.

1 *Neisseria gonorrhoeae* (POZİTİF)

XDR / pre-XDR Profili

1



Seftriakson: Dirençli



Sefiksim: Dirençli



Azitromisin: Dirençli



Siprofloksasin: Dirençli

2 *Mycoplasma genitalium* (POZİTİF)

Makrolid Direnci

2



MRAM Sonucu: Pozitif (Mutasyon Var) →
Azitromisin direnci kesinleşti.

3 *Chlamydia trachomatis* (POZİTİF)

Ko-enfeksiyon

NEISSERIA GONORRHOEAE

Direncin Evrimi: Kaçış Ustası Bir Patojen



Kritik Uyarı: On yıllardır elimizde sadece 'son çare' olarak Seftriakson kalmıştı. Bakteri bu son duvarı da yıkmak üzere.

Yıl	Olay	Sonuç
1930-1940	Sülfonamidler kullanımda	Hızla direnc gelişti
1940-1970	Penisilin dönemi	Kromozomal direnc, plazmidler → penisilin dışlandı
1980-2000	Tetrasiklin ve florokinolonlar	Siprofloksasin direnci yaygınlaştı
2007	CDC florokinolon önerisini kaldırdı	Sadece sefalosporinler kaldı
2010-2018	Seftriakson + azitromisin ikili tedavi	Direnc yavaşlatılmaya çalışıldı
2021-2024	Seftriakson monoterapi (yüksek doz)	Azitromisin eşlik önerisi kalktı
2025	FDA, 2 yeni oral antibiyotik onayladı	Zoliflodasin ve gepotidasin

Antibiyotik Direnci

Direnç Mekanizmaları: Beta-laktamaz üretimi (TEM), hedef protein değişiklikleri (Pen A mutasyonu), Porin değişikliği (Pen B mutasyonu), efluks pompası (MtrCDE sistemi) sistemleri, ribozomal mutasyon...

Direnç Yayılımı: Doęal transformasyon yeteneği direnç genlerini kolayca almasını sağlar. Hem plazmid hem kromozomal mutasyonlar aracılığı direnç bakteriler arasında hızla yayılabilir.

Direnç Sürveyansı:

GASP (Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme)

EGASP (Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme)

Küresel Direnç Gerçekleri: EGASP 2025 Sürveyans Verileri

12 ülkenin dahil olduğu ve 3615 üretrit vakasının incelendiği 2025 raporuna göre, ampirik tedavilerin etkinliğini tehdit eden güncel direnç oranları:





Tehdit (Kırmızı Alarm)

- Dünya çapında tahmini 82.4 milyon yeni vaka.
- Asya'da %15.4'e varan Seftriakson ve %97.1 Siprofloksasin direnci.
- Seyahat ilişkili XDR (Kapsamlı İlaç Dirençli) klonların küresel yayılımı.



- *N. gonorrhoeae*'de AMR küresel çapta acil bir endişe kaynağıdır.
- *N. gonorrhoeae*, tedavide kullanılan tüm ilaçlara karşı direnç geliştirmiştir.
- Asya Pasifik bölgesinde yaygındır.

WHO 2024
EGASP 2024
EGASP2025

WHO 2024 Bacterial Priority Pathogens List'te 3. kuşak sefalosporin dirençli *N. gonorrhoeae* "**yüksek öncelikli**" olarak sınıflandırılıyor

MDR, pre-XDR ve XDR tanımları gonore için tamamen standart değildir; ancak klinik ve epidemiyolojik amaçla bu şekilde kullanılmaktadır.

MDR

Sefalosporin duyarlı eski antibiyotiklere dirençli
(penisilin, kinolon, tetrasiklin)

Pre-XDR

Seftriaksona azalmış duyarlılık (MIC yükselmiş), FC428

XDR

Azitromisin, seflosporine **eş zamanlı** direnç, H041

2009 Kyoto H041, yayılım sınırlı

2015 Kyoto FC428, küresel yayılma 2018 İngiltere büyük alarm

Küresel Tehdit (FC428 Klonu)

Kamboçya, Tayland ve Vietnam; Seftriakson ve yüksek doz Azitromisin dirençli (XDR) Gonore suşlarının küresel rezervuarı konumundadır. Avrupa ve Amerika'daki XDR vakalarının temel kaynağı, bu bölgelere yapılan seyahatlerdir.

Kamboçya EGASP Verisi: %**43.1**
Sefiksime Direnci

Kamboçya EGASP Verisi: %**15.4**
Seftriakson Direnci



BASHH 2025: Komplike olmayan anogenital ve farengeal infeksiyonlar için **1 g intramusküler (IM) tek doz seftriakson** önermektedir. 2018 rehberine göre en büyük değişikliklerden biri azitromisinle ikili tedavinin rutin olmaktan çıkmasıdır.



WHO 2024: Erişkinler ve adolesanlar için farengeal anorektal ve genital infeksiyonlarda **1 g IM tek doz seftriakson** önermektedir.



CDC 2024: 150 kg'ın altındaki bireyler için **500 mg IM tek doz seftriakson** önermektedir. Birey 150 kg veya üzerindeyse doz 1 g'a çıkarılır

BASHH 2025:

- Duyarlılık biliniyorsa: **Siprofloksasin 500 mg oral tek doz.**
- IM kontrendikeyse: **Sefiksim 800 mg oral + Azitromisin 2 g. oral**
- **Gentamisin 240 mg IM + Azitromisin 2 g oral .**

WHO 2024:

- Seftriakson yoksa: **Sefiksim 800 mg oral** (bu durumda TOC gereklidir).
- Farenjiyal şüphe varsa: **Sefiksim 800 mg + Azitromisin 2 g.**
- Direnç/alerji durumunda: **Gentamisin 240 mg IM artı Azitromisin 2 g oral**
Spektinomisin 2 g IM + Azitromisin 2 g oral

CDC 2024:

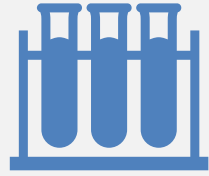
- **Gentamisin 240 mg IM + Azitromisin 2 g oral**
- Sadece rektal ve ürogenital enfeksiyonlar için **Sefiksim 800 mg oral**



1. Uzmana Yönlendir: Mutlaka bir infeksiyon hastalıkları uzmanı ile beraber yönetilmeli



2. Kültür , Duyarlılık, NAAT: Yapılmalı



3. Test of Cure: Kültür + NAAT




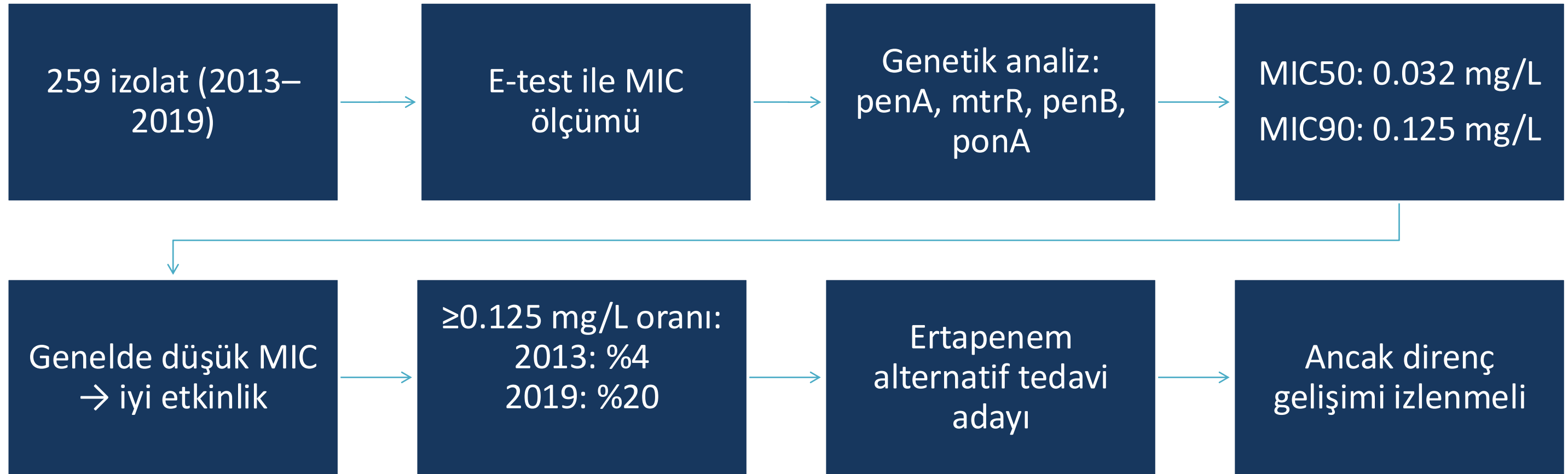
4. Tedaviyi bireyselleştirilmeli

Ertapenem

Yeni tedavi seçenekleri

***In Vitro* Activity of Ertapenem against *Neisseria gonorrhoeae* Clinical Isolates with Decreased Susceptibility or Resistance to Extended-Spectrum Cephalosporins in Nanjing, China (2013 to 2019)**

Xuechun Li,^a Wenjing Le,^a Xiangdi Lou,^a  Caroline A. Genco,^b Peter A. Rice,^c  Xiaohong Su^a



Zoliflodasin

Nuzolvence® | FDA Onayı: Aralık 2025

- Mekanizma:** DNA gyrase inhibitörü
- Doz:** Tek doz 3 g oral (suyla eritilen granül)

Faz 3 Sonuçları

930 hasta ile yapılan çalışmada:

- Zoliflodasin: **%91** mikrobiyolojik iyileşme
- Seftriakson + azitromisin: **%96** iyileşme

Non-inferiorite sağlandı.

Avantajları ve Sınırlamaları

- Oral tek doz (enjeksiyon yok)
- Mevcut dirençli suşlara etkili
- Farengeal gonore verisi sınırlı
- Sadece komplike olmayan ürogenital gonore
- Yan etkiler: bulantı, ishal, baş ağrısı

Strateji: Direnci önlemek için **sadece gonorede** kullanılacak.

Zoliflodacin versus ceftriaxone plus azithromycin for treatment of uncomplicated urogenital gonorrhoea: an international, randomised, controlled, open-label, phase 3, non-inferiority clinical trial

Alison Luckey, Manica Balasegaram, Lindley A Barbee, Teresa A Batteiger, Helen Broadhurst, Stephanie E Cohen, Sinead Delany-Morethwe, Henry J C de Vries, Jodie A Dionne, Katherine Gill, Chris Kenyon, Rossaphorn Kittiyaowamarn, Drew Lewis, John P Mueller, Vimla Naicker, Seamus O'Brien, John P O'Donnell, Nittaya Phanuphak, Elizabeth Spooner, Subasree Srinivasan, Stephanie N Taylor, Magnus Unemo, Zinhle Zwane, Edward W Hook 3rd, for the Zoliflodacin Phase 3 Study Group*

Gepotidasin

- Blujepa® | FDA Onayı: Aralık 2025
- Sınıf: Triazaacenaphthylene tip II topoisomeras inhibitörü
- Doz:3000 mg oral

Faz 3 Sonuçları (EAGLE-1)

- 628 hasta ile çalışma:
 - Gepotidasin: %92.6 başarı
 - Seftriakson 500 mg IM + azitromisin 1 g: %91.2
- Non-inferiorite marjı: -%10

Avantajları ve Sınırlamaları

- Oral tedavi seçeneği
- Yeni mekanizma → mevcut dirençlere etkili
- QTc uzaması riski
- CYP3A4 inhibitörleri ile etkileşim
- İshal, bulantı, karın ağrısı yaygın
- Sadece "diğer seçenekler uygun değilse" öneriliyor

FDA Uyarısı: Sınırlı klinik güvenlik verisi nedeniyle "son çare" olarak konumlandırılıyor.


Oral gepotidacin for the treatment of uncomplicated urogenital gonorrhoea (EAGLE-1): a phase 3 randomised, open-label, non-inferiority, multicentre study

Jonathan D C Ross, Janet Wilson, Kimberly A Workowski, Stephanie N Taylor, David A Lewis, Sally Gatsi, William Flight, Nicole E Scangarello-Oman, Charles Jakielaszek, Dan Lythgoe, Marcy Powell, Salim Janmohamed, Judith Absalon, Caroline Perry

Comparing Strategies to Introduce Two New Antibiotics for Gonorrhea: A Modeling Study

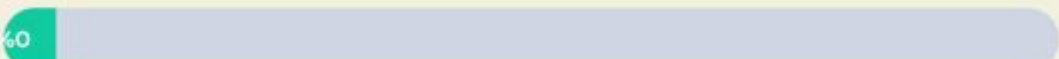
Madeleine C. Kline,^{1,2,3} Kirstin Oliveira Roster,^{1,2} David Helekal,^{1,2} Eva Rumpfer,^{2,3} and Yonatan H. Grad^{1,2,3}

 **Antibiyotik Arsenalı:** Mevcut Seftriakson'un yanı sıra yeni onaylanması beklenen **Zoliflodasin** ve **Gepotidasin** ilaçları modellendi.

 **Stratejiler:** *Ardışık Kullanım* (direnç %5 olunca değiştir) ve *Eşit Dağılım* (rastgele 1/3 oranında kullanım) stratejileri karşılaştırıldı.


10. Yıl Sonunda %5 Direnç Eşiğine Ulaşma Oranı

Ardışık Strateji (İlaç A)  %99.6

Eşit Dağılım Stratejisi  %0

 **Temel Çıkarım:** Selektif baskının popülasyona eşit dağıtılması, direnç gelişimini dramatik şekilde yavaşlatır. Eşit dağılım stratejisi, neredeyse tüm parametre kombinasyonlarında ardışık stratejiden daha iyi performans göstermiştir.

 **Uzun Vade (30. Yıl):** Ardışık strateji vakaların %100'ünde en az bir ilacı kaybederken, eşit dağılımda bu oran çok daha düşüktür.

 **Klinik Önem:** Antibiyotiklerin "yedekte tutulması" yerine yaygın dağıtımı ilaç ömrünü maksimize eder.

TOC Testi

BASHH 2025: Duyarlı bir enfeksiyon 1 g seftriakson ile tedavi edildiyse rutin TOC gerekli değildir. Ancak **farengeal infeksiyonu olanlar, semptomları devam edenler, gebe olanlar ve seftriakson dışı tedavi alanlar** için mutlaka önerilir. NAAT ile yapılacaksa tedaviden en az 2 hafta sonra yapılmalıdır.

WHO 2024: Özellikle **sefiksim monoterapi** olarak kullanıldığında veya farengeal infeksiyon şüphesi olduğunda TOC yapılmasını önerir.

CDC 2024: **Farengeal gonore** için tedaviden 7-14 gün sonra (kültür veya NAAT ile) TOC zorunludur. Diğer bölgeler için rutin TOC önerilmez ancak tedaviden 3 ay sonra tüm hastaların yeniden test edilmesi tavsiye edilir.

FARENGEAL İNFEKSİYONLAR

AMR gelişmesinde önemli

- Ürogenital gonoreesi olan **tüm bireylere ve gonore hastalarının tüm cinsel temaslılarına farengeal test yapılması kesinlikle önerilmektedir.**
- Seks işçilerinde, MSM farengeal örnekleme rutin olarak yapılmalıdır.
- Kadınlarda oral cinsel ilişki öyküsü varsa, farengeal tarama yapılması uygun bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.
- Mikroskopik incelemesi önerilmez; NAAT kullanılması gereklidir.

BASHH Guidelines 2025

Kaçırılan Vakalar

Eğer sadece ürogenital test yapılırsa, enfeksiyonların %36'sı teşhis edilemeden kalır (BASHH 2025).

Faringeal Zorluk

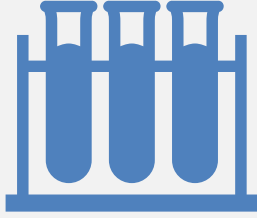
Orofaringeal enfeksiyonların tedavisi anatomik kanlanma ve farmakokinetik nedenlerle anogenital enfeksiyonlara göre çok daha zordur. Tedavi başarısızlıklarının neredeyse tamamı faringeal bölgede görülmektedir.

BASHH 2025 Kuralı

Seyahat öyküsü, cinsiyet veya bildirilen cinsel davranıştan bağımsız olarak, genital gonoreesi olan herkesten tedavi öncesi faringeal örnek alınmalıdır. Faringeal izolasyonlar AMR gelişiminin temel motorudur.

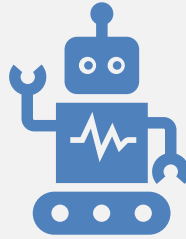


- Farengeal gonoreenin tedavisi ürogenital gonoreye kıyasla daha zor
- BASHH, **tek doz 1 gram Seftriakson IM**
- **Alternatif tedaviler ve zorluklar:** Birinci basamak tedavi uygulanamıyorsa dikkatli olunmalıdır. Sefiksimin veya gentamisin tek başına kullanımı yüksek tedavi başarısızlığı, ancak zorunlu durumlarda azitromisin ile birlikte kullanılmalı
- Antiseptik ağız gargaralarının farengeal gonoreyi tedavi etmede veya önlemede herhangi bir etkisi yok



Partner Bildirimi: Her üç kılavuz da tüm partnerlerin bilgilendirilmesini ve test/tedavi için yönlendirilmesini şart koşar.

BASHH, semptomatik erkeklerde semptom başlangıcından önceki 2 haftalık, asemptomatiklerde, kadınlarda son 3 aylık partnerlerin taranmasını önerir.



Hızlandırılmış Partner Tedavisi (EPT): CDC ve WHO, yasaların izin verdiği durumlarda partnerin fiziksel muayenesi yapılamasa dahi hastaya partneri için ilaç/reçete verilmesini (EPT) bir seçenek olarak sunar.

BASHH ise epidemiyolojik tedaviyi maruziyetten sonraki ilk 14 gün içinde başvuran riskli partnerlerle sınırlar.



Cinsel Perhiz: Hastaların hem kendileri hem de partnerleri tedaviyi tamamlayana ve semptomlar geçene kadar (genellikle tedaviden sonraki 7 gün) cinsel ilişkiden kaçınmaları tavsiye edilir.

EVE GÖTÜRÜLECEK MESAJLAR

Bugün paylaştıklarımızı hatırlayalım,
uygulayalım ve birlikte çoğaltalım.



XDR giderek artan bir sorun

Mümkünse her zaman NAAT, kültür yapılmalı

Sendromik yaklaşım ikinci planda

Seftriakson 1 gr IM tek doz

Azitromisin 1000 mg, 500 mg , 500 mg 3 gün

Sefeksim 400 mg 6-12 saat sonra 400 mg

Farengel tarama mutlaka yapılmalı

TOC testi , partner tarama ve tedavisinde efektif
yaklaşım

Küçük
değişimler,
büyük
farklar
yaratır.



MYCOPLASMA GENITALIUM



Erkek

- Non-gonokokal  retrit (NGU) vakalarının %15-25'inden sorumlu.
- Dirençli/tekrarlayan  retritlerde bu oran %40'a çıkar.
- Semptomlar: Akıntı ve dizüri.



Kadın

- Çoğunlukla asemptomatiktir.
- Semptomatik olduğunda: Mukop r lan servisit, post-koital kanama, pelvik aėrı.
- Tüm Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PID) vakalarının %9-13' nden sorumlu.

KRİTİK UYARI: *M. genitalium* enfeksiyonlarının büyük çoğunluğu asemptomatiktir ve spontan klirens görülebilir. Asemptomatik kolonizasyon bir hastalık değildir.

Makrolid Direnci

23S rRNA genindeki mutasyonlar. Tek doz azitromisin kullanımının yarattığı seçici baskı ile hızla gelişir.

Florokinolon Direnci

Özellikle parC S83I varyantında dramatik artış (2012 öncesi %0'dan 2021'de %7.3'e sıçrama). Tedavi başarısızlığının birincil nedeni.

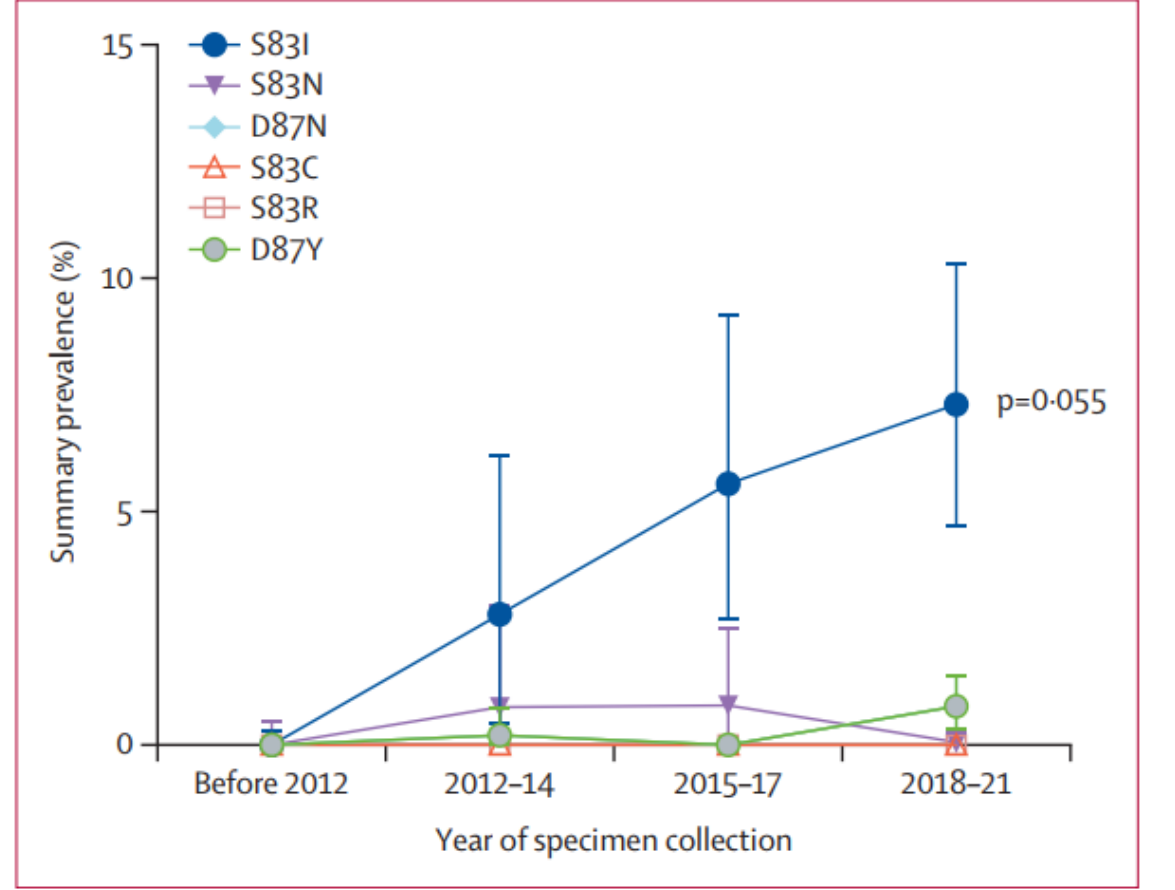


Figure 3: Prevalence of changes at S83 and D87 of ParC, by year of specimen collection. Meta-regression p values for linear differences in the average prevalence between the subgroups for S83I is shown. All other p values ranged from 0.39 to 1.0.

Evolving patterns of macrolide and fluoroquinolone resistance in *Mycoplasma genitalium*: an updated systematic review and meta-analysis



Makrolid Direnci

MSM popülasyonunda klinik çalışmalarda %65.2'ye kadar çıkmaktadır.



Florokinolon Direnci



Çift Sınıf (Dual) Direnç

Makrolid Direnci (Azitromisin)

Kritik Bölgeler: İskandinav ülkelerinde %56.8, Amerika'da %53.0.

Florokinolon Direnci (Moksifloksasin)

Kritik Bölgeler: Batı Pasifik'te %40.5'e ulaşan rekor seviyeler. Avrupa'da %12.3.

Çift Sınıf Direnç (Dual-Class)

Hem makrolid hem kinolon tedavisine dirençli tehlikeli suşlar. MSM grubunda tüm direnç profilleri istatistiksel olarak daha yüksektir.

Tanı Kuralları ve Örneklem Yönetimi

1

Test Tipi

Yalnızca NAAT (Nükleik Asit Amplifikasyon Testi).

Bakteri çok yavaş ürediği için kültür yapılamaz.

2

Örneklem Tipi

Erkek: İlk İdrar (FVU).
Kadın: Vajinal Sürüntü.

Rektal sürüntü sadece semptomatik proktitte alınır.

3

Zorunlu Refleks Test

MRAM

(Makrolid Direnç) Testi.

örnekler MRAM açısından analiz edilmek zorundadır.

ZORUNLU

ZORUNLU

Aşama 1: Hazırlık

Doksisiklin (7 gün)

- Bakteri yükünü dramatik şekilde azaltır.
- Eşzamanlı Klamidya enfeksiyonunu temizler.
- Bakteriye zayıflatır.



Karar Noktası

MRAM Test Sonucu Beklenir.

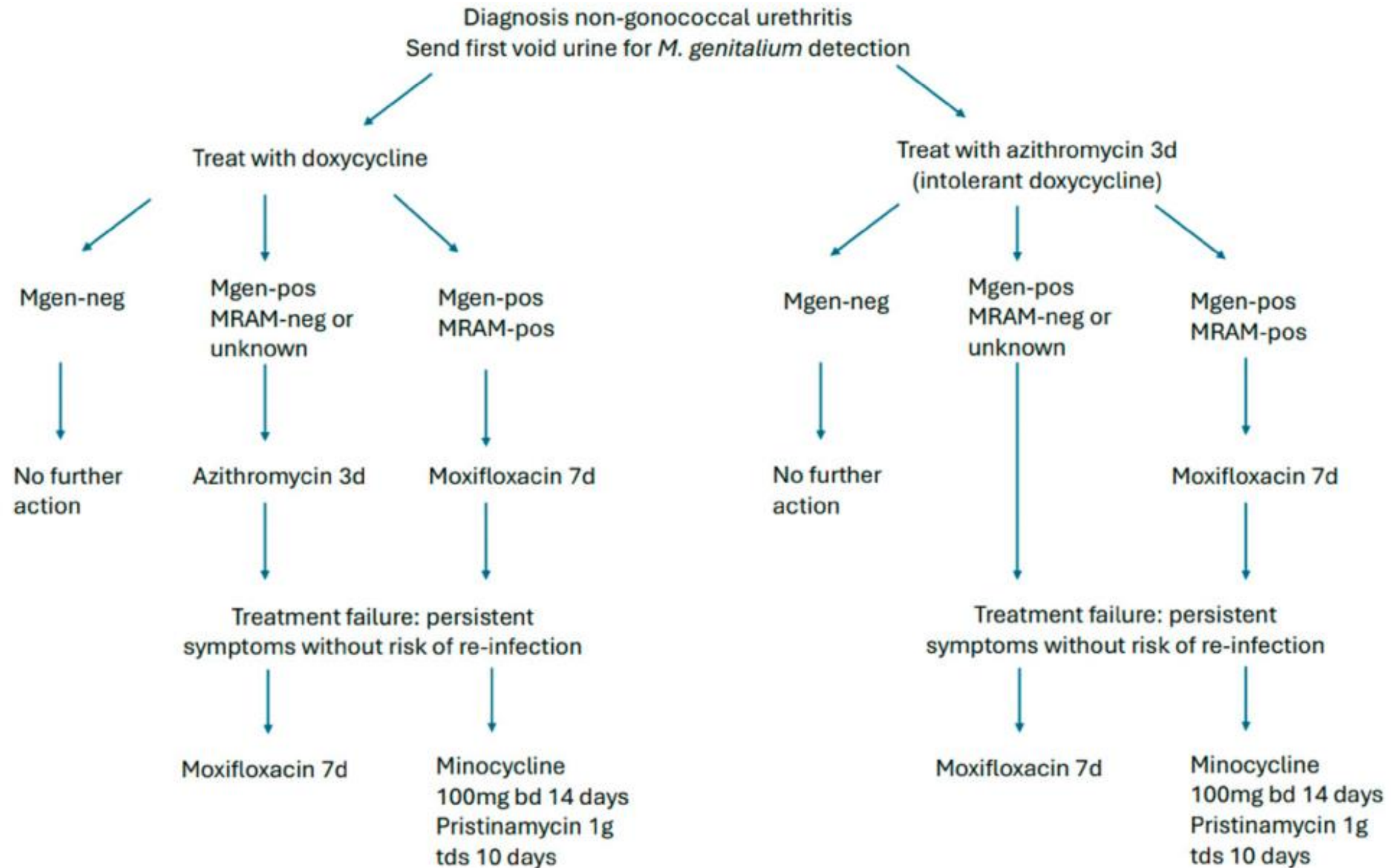
Aşama 2: Hedefli Vuruş

Azitromisin

Moksifloksasin

Azalmış bakteri yükü ile karşılaştıkları için direnç gelişme riskleri minimuma iner ve kür oranı %92'nin üzerine çıkar.

British Association of Sexual Health and HIV National guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium*, 2025



İlaç	Sınıf	Hedef/Mekanizma	Kür Oranı	Hap Yüğü & Doz
Minosiklin	Tetrasiklin	Ribozom 30S (Yüksek Lipofilite)	~%72	2x100mg (14 Gün)
Sitafloksin	Florokinolon	DNA Giraz / Topo IV	%92	2x100mg (7 Gün)
Pristinamisin	Streptogramin	Ribozom 50S	%75 (Kombinede >%80)	4x1g (10 Gün)
Lefamulin	Plöromutilin	Ribozom 50S (PTC)	~%100	2x600mg (7 Gün)
Gepotidasin	Triazaasenafitilen	Topoizomeraz	(Faz 3)	Optimizasyon Aşamasında

TOC Kimden Ne Zaman Alınmalı

- Tedavi sonu herkese tedavi bitiminden en az 3 hafta sonra

Partner Yönetimi

- **Kimler test edilmeli:** Sadece enfekte bireyin mevcut cinsel partnerleri
- **Tedavi kararı:** Partnerlere rutin profilaktik ilaç başlanmamalı, yalnızca test sonuçları pozitif çıktığı takdirde tedavi uygulanmalı
- **İlaç seçimi:** ilk hastaya (indeks hastaya) reçete edilen antibiyotiğin aynısı verilmeli
- **Hangi bölgelerden örnek alınmalı:** Partnerlerden cinsel öyküye bağlı olarak rektal bölgeden örnek alınabilir; ancak bulaşta önemli bir rol oynamadığı için farenksten örnek alınması tavsiye edilmez

EVE GÖTÜRÜLECEK MESAJLAR

Bugün paylaştıklarımızı hatırlayalım,
uygulayalım ve birlikte çoğaltalım.



Her zaman tedavi edilmez

Azitromisin- kinolon direnci dikkat

NAAT ve MRAM yapılmalı

Doksisiklin 2x100 mg 7 gün ilk tedavi

MRAM testine göre azitromisin veya moksifloksasin ile devam

TOC 3-5 hafta içinde herkese yapılmalı

Partener yönetiminde efektif tanı ve tedavi yaklaşımı

Küçük
değişimler,
büyük
farklar
yaratır.



CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Sol Taraf (Genetik Boyut)



Stabil genetik direnç YOK.
porB geninde in vitro kalıcı antimikrobiyal direnç kanıtı bulunmamaktadır.

Sağ Taraf (Klinik Boyut)



Azitromisin (Tek doz)
klinik başarısızlıkları artıyor.

Anatomik Bölgeye Göre Kür Oranları

Ürogenital Enfeksiyon:

Doxy (Doxycycline 7 Gün) %97-%99

Azitro (Azithromycin Tek Doz) %92-%98

Faringeal Enfeksiyon:

Doxy (Doxycycline 7 Gün) %98-%100

Azitro (Azithromycin Tek Doz) %90-%94

Rektal Enfeksiyon:

Doxy (Doxycycline 7 Gün) %94-%100

Azitro (Azithromycin Tek Doz) %74-%85

(Kritik Uçurum)

Not: Rektal enfeksiyonların kadınlarda %70 ürogenitale eşlik ettiği ve asemptomatik seyrettiği unutulmamalıdır.



Sessiz Birliktelik

C. trachomatis vakalarının %3-15'inde *M. genitalium* (MG) ko-enfeksiyonu sessizce bekler. (Hastamızdaki üçlü enfeksiyon tablosu).

Geleneksel Müdahale

Eski yaklaşımla ampirik olarak reçete edilen Azitromisin 1g, MG için "sub-terapötik" (yetersiz) bir dozdur.

Mutasyon Tetikleyicisi

Bu yetersiz doz enfeksiyonu tedavi etmez; aksine 23S rRNA Makrolid Direnç Mutasyonunu (MRAM) zorlayarak hastamızdaki gibi kalıcı XDR/MDR profillerini yaratır.

2025 European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections

Birinci Seçenek (First-line) [Yüksek Kanıt; Derece 1]	Doksisiklin 100 mg (Günde 2 kez, 7 gün boyunca)
İkinci Seçenek (Second-line)	Azitromisin 1 g (Tek doz stat)
Üçüncü Seçenek (Third-line)	Eritromisin 500 mg (2x/gün, 7 gün) VEYA Levofloksasin 500 mg (1x/gün, 7 gün) VEYA Ofloksasin 200 mg (2x/gün, 7 gün)

TOC Testi

- Doksisisiklin tedavisi sonrası rutin TOC önerilmez.
 - Gebelik
 - Semptom devamı
 - 2-3. basamak tedavi
 - Komplike infeksiyon
- 3-4 hafta sonra önerilir.

Partner Bildirimi ve Temaslı Yönetimi

- Tüm temasluların ampirik olarak tedavi edilmesi gereksiz antibiyotik kullanımına yol açar; tedavinin yalnızca *C. trachomatis* tanısı NAAT ile doğrulanan kişilere verilmesi antimikrobiyal yönetimi iyileştirir.
- **Temaslı Tarama Pencereleeri:**
 - *Üretral semptomları olan erkek indeks vakalar:* Semptomların başlamasından itibaren ve semptom başlangıcından önceki **4 hafta** içindeki tüm partnerler
 - *Diğer tüm indeks vakalar (kadınlar, asemptomatik erkekler, ekstragenital infeksiyonlar):* Başvurudan önceki **6 ay** içindeki tüm partnerler veya bu sürenin dışındaysa tespit edilen en son partner

EVE GÖTÜRÜLECEK MESAJLAR

Bugün paylaştıklarımızı hatırlayalım,
uygulayalım ve birlikte çoğaltalım.



Direnç yok, klinik başarısızlık var

Doksisiklin 2x100 mg 7 gün

TOC rutin değil

Partener yönetiminde efektif tanı ve tedavi yaklaşımı

8-(

Küçük
değişimler,
büyük
farklar
yaratır.



► **Direnç Surveillansı:**

- Türkiye'de sistematik direnç surveyans YETERSİZ

► **Tanı Olanakları:**

- NAAT: Bazı merkezlerde mevcut
 - Kültür: Bazı merkezde yapılabilir
 - Direnç testi (moleküler):
- M. genitalium: Çok sınırlı (23S rRNA, parC)



**İlaç
Türkiye'de
Durum**

Seftriakson
Mevcut

Sefiksim
Mevcut

Azitromisin
Mevcut

Gentamisin
Mevcut

Ertapenem
Mevcut/YOK

Spektinomisin
YOK

Pristinamisin
YOK

Gepotidacin
Henüz ruhsat
yok

Zoliflodasin
Henüz ruhsat
yok

	GÜN 1	GÜN 2	GÜN 3	GÜN 4	GÜN 5	GÜN 6	GÜN 7	GÜN 8	GÜN 9	GÜN 10	GÜN 11	GÜN 12	GÜN 13	GÜN 14
 Yol 1: XDR <i>N. gonorrhoeae</i> Kurtarma Tedavisi	Ertapenem 1g IM/IV (3 Gün) UKHSA/BASHH kılavuzuna göre Asya kökenli seftriakson dirençli suşlar için pragmatik ve etkili standart seçenek.													
 Yol 2: MRAM(+) <i>M. genitalium</i> & Klamidya Yönetimi	Doksiklin 100mg 2x1 (7 Gün) (Gün 1-7). Klamidyayı temizler ve MG bakteri yükünü dramatik şekilde azaltarak son vuruş için zemin hazırlar.							Moksifloksasin 400mg 1x1 (7 Gün) (Gün 8-14). Azaltılmış MG bakteri yüküne hedeflenmiş final vuruş (<i>parC</i> negatif varsayımıyla).						

ZORUNLU KÜR TESTİ (TOC):



Tedavi tamamlandıktan en az 4 hafta sonra NAAT ile test tekrarı şarttır. Farengial ve rektal tarama kesinlikle atlanmamalıdır.

Rehberler yol gösterir, gerçek hayat karar verdirir.