İnfeksiyon Dünyası
Haber Aktüalite ve Popüler Bilim
24 Mart 2016

Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK Anısına

infeksiyon dünyası ÇALIŞTAYI 2016

http://calistay2016.infeksiyondunyasi.org



24-27 Mart 2016
Wyndham ANKARA

Çalıştay Kitabı



bilimsel tıp yayınevi
www.bilimseltipyayinevi.com

Hoşgeldiniz

Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK Anısına

infeksiyon dünyası ÇALIŞTAYI 2016

http://calistay2016.infeksiyondunyasi.org

24-27 Mart 2016
Wyndham, Ankara

Güncel Soru(n)lar-Pratik Çözümler

YENİ BİR ÇALIŞTAY'LA YENİDEN MERHABA...

İşte böylesine iddialı bir slogan ile yola çıkıldı:

"İz Bırakacak Bir Çalıştay... Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK Anısına İNFEKSİYON DÜNYASI ÇALIŞTAYI 20-23 MART 2014, ANKARA. Ayrıntılar www.infeksiyondunyasi.org'da..." 24 Nisan 2013...

Ama, aynı zamanda da riskliydi. Doğaldır ki, İnfeksiyon Hastalıkları ile ilgili ülkemizin saygın ve köklü derneklerinin her yıl çok sayıda kaliteli kongre ve bilimsel toplantılar gerçekleştirdiği bir ortamda, böyle bir organizasyona niyetlenmek gerçekten biraz da cesaret gerektiriyordu. Ancak, ekip çalışması ve ruhu, kararlılık ve başarma isteği ile sevgili Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK'in aziz hatırası birleşince aşılamayacak engel, başarılamayacak bir şey olmadığına yürekten inandık. Ayrım yapmaksızın herkesi kucaklayan bir yaklaşım, camiamızın deneyimli isimlerinin yol göstericiliği, ümit vaadeden yetenekli gençlerinin enerjisi ve yaratıcılığının birlikteliğiyle oluşan sinerji bütün zorlukların bir anda aşılmasını ve bugüne kadar hiçbir kongrede görmeye alışık olmadığımız değişik formatları içeren doyurucu ve keyifle izlenen bir Çalıştay ortaya çıkmasını sağladı.

Yola çıkarken tek amacımız iz bırakacak bir Çalıştaydı. Gerçekten bu amaca fazlasıyla ulaşmış olmalıyız ki, aradan geçen süre zarfında gerek katılımcıların, gerekse katkısı bulunan bilimsel ve sektörel kuruluşların bu organizasyonun devam etmesi yönündeki ısrarları bizi tekrar motive etti. **24-27 Mart 2016**'da daha da kaliteli, daha da geniş katılımlı ve daha da sürprizlerle dolu olan **İNFEKSİYON DÜNYASI ÇALIŞTAYI 2016**'ya hoş geldiniz…

ÇALIŞTAY BAŞKANLARI
Volkan KORTEN
Sercan ULUSOY

İnfeksiyon Dünyası 24 Mart 2016

Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK Anısına

infeksiyon dünyası ÇALIŞTAYI 2016

http://calistay2016.infeksiyondunyasi.org

24-27 Mart 2016
Wyndham, Ankara

Güncel Soru(n)lar-Pratik Çözümler

24-27 Mart 2016
İNFEKSİYON DÜNYASI
Çalıştay Kitabı

Ankara

ISBN: 978-605-4488-59-9

KURULLAR

ÇALIŞTAY BAŞKANLARI

Volkan KORTEN
Sercan ULUSOY

ÇALIŞTAY DÜZENLEME KURULU

Halis AKALIN
Hamdi AKAN
Murat AKOVA
Dilek ARMAN
İsmail BALIK
Ergin ÇİFTÇİ
Başak DOKUZOĞUZ
Deniz GÜR
Ayşe KALKANCI
Ateş KARA
Ali MERT
Mustafa NAMIDURU
Yeşim TAŞOVA
Hasan TEZER
Necla TÜLEK
Onur URAL
Serhat ÜNAL

ÇALIŞTAY SEKRETERLERİ

F. Nurhayat BAYAZIT
F. Şebnem ERDİNÇ
Gül Ruhsar YILMAZ

SOSYAL PROGRAM KOMİTESİ

Hüsnü PULLUKÇU (Sorumlu)
Yaşar BAYINDIR
Aslıhan CANDEVİR ULU
Gülden ERSÖZ
Meltem IŞIKGÖZ TAŞBAKAN
Nefise ÖZTOPRAK ÇUVALCI
E. Ediz TÜTÜNCÜ

e-POSTER DEĞERLENDİRME KOMİTESİ

Murat DİZBAY (Sorumlu)
Melda ÇELİK
Kenan HIZEL
Behice KURTARAN
Kevser ÖZDEMİR
H. Selçuk ÖZGER
Aslınur ÖZKAYA PARLAKAY

İLETİŞİM

Bilimsel Sekretarya

Doç. Dr. F. Nurhayat BAYAZIT
0 533 697 77 33
nurhayatbayazit@gmail.com

Doç. Dr. F. Şebnem ERDİNÇ
0 532 355 06 10
seberd67@yahoo.com

Doç. Dr. Gül Ruhsar YILMAZ
0 532 627 87 30
ruhsar6@yahoo.com

Organizasyon Sekretaryası

süerturizm

Süer Turizm
Cihan ÇALIŞKAN

Fişekhane Cad. Türkçü Sokak Kayalı Apt.
A-Blok No: 6/1 D: 7 Bakırköy-İstanbul
Tel : +90 212 543 10 00
Faks : +90 212 543 36 36
Gsm : +90 532 232 56 15
www.suerturizm.com - cihan@suerturizm.com

bilimsel tıp yayınevi
www.bilimseltipyayinevi.com

Yayıncı Kuruluş: BİLİMSEL TIP YAYINEVİ
Bükreş Sokak No: 3/20 Kavaklıdere/ANKARA
Tel: 0312 426 47 47 • 0312 466 23 11
Faks: 0312 426 93 93
e-posta: bilimsel@bilimseltipyayinevi.com
www.bilimseltipyayinevi.com

İçindekiler

Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK Anısına

infeksiyon dünyası id ÇALIŞTAYI 2016

http://calistay2016.infeksiyondunyasi.org

24-27 Mart 2016
Wyndham, Ankara

Güncel Soru(n)lar-Pratik Çözümler

iv **Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK**
Biyografi

v **İnfeksiyon Dünyası Çalıştayı Bilimsel Programı**

1 **Sözlü Bildiriler**
S-01/S-021

27 **Posterler**
P-001/P-210

283 **İndeks**

Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK



21.07.1965 tarihinde Çorum'un Osmancık İlçesi'nde doğdu.

Sırasıyla, İskilip Misak-ı Milli İlkokulu, İskilip Ortaokulu, İskilip Lisesi ve 1988 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra, 1989 yılında Bingöl Emniyet Müdürlüğü Kurum Hekimi olarak göreve başladı.

1990 yılında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uzmanlık eğitimine başladı, aynı hastanede 1995 yılında Başasistan, 2000 yılında Başhekim Yardımcısı oldu. Başasistanlığı döneminde 1996 yılında İnfeksiyon Kontrol Komitesi'nin kurulmasına öncülük etti. Sürveyans formlarının ve sürveyans sisteminin oluşturulmasına büyük katkı sağladı. "Sürveyans" isimli bir bülten çıkardı. Hastane İnfeksiyonu Tanımlarının ve Mikrobiyolojik Tanı Rehberi'nin yayımlanmasını organize etti. 1998 yılında konu ile ilgili yasal bir yaptırım olmaksızın antibiyotik kısıtlaması yapılmasını organize etti.

2001 yılında yapılan şef yardımcılığı sınavını kazanarak Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde Şef Yardımcısı olarak çalışmaya başladı. Aynı yıl Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nin en genç Başkanı olarak göreve getirildi.

2003 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı görevinden ayrılarak, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde Şef Yardımcısı olarak çalışmaya devam etti. Pek çok İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji asistanının yetiştirilmesinde büyük emek verdi.

Her fırsatta mesleğini çok sevdiğini ve İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji alanında çalışan hekimlere uzmanlık dalının saygın hale getirmek için önemli görevler düştüğünü vurguladı.

Bilimsel olarak derleyebildiğimiz kadarıyla yurt içi ve yurt dışı kongrelerde 52 bildirisi, 52 yurt içi, 23 yurt dışı dergilerde yayımlanmış makalesi, çok sayıda kurs, sempozyum ve kongre konuşması bulunmaktadır. Beş bülten, 18 dergi ve 100'den fazla kitap yayımlanmasını organize etti. İnfeksiyon Dünyası Dergisi bu yayınlar arasında bilimsel ve aktüel bilgiler içeren, benzeri olmayan, farklı bir dergi olarak yer aldı. 2000-2008 yılları arasında 22 kongre, sempozyum, kurs ve eğitim toplantısı organizasyonunda aktif olarak rol aldı.

ANKEM Derneği, Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği, ESCMID, KLİMİK Derneği, Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti, Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği, Türkiye EKMUD ve Viral Hepatitle Savaşım Derneği'nin üyesi olan Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK bu derneklerden bir kısmının kurucu üyeliğini yaptı ve yönetim kurullarında görev aldı. Sağlık Bakanlığının Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi ve Hastane İnfeksiyonları konusundaki bilimsel danışma kurullarının yanı sıra Bağışıklama Danışma Kurulu'nda da yer aldı.

24 Mart 2008 tarihinde geçirdiği ani kalp krizi sonucu aramızdan ayrıldı.



BİLİMSEL PROGRAM

24 MART 2016, PERŞEMBE	
08:30 - 09:00	Kayıt
09:00 - 09:30	Açılış Teletıp ve Eğitim Derneği adına Dernek Başkanı Hamdi AKAN İnfeksiyon Dünyası Çalıştayı 2016 adına Çalıştay Eş Başkanı Sercan ULUSOY
09:30 - 09:45	Çay-Kahve Molası
09:45 - 11:15	**DİYABETİK AYAK İNFEKSİYONLARI** **Oturum Başkanları:** Neşe SALTOĞLU, Necla TÜLEK **e-poster Sunucuları:** Seval BİLGİÇ ATLI, Serhat UYSAL, Meliha Çağla SÖNMEZER **Tartışmacılar:** Bülent ERTUĞRUL Ali ÖZNUR Meltem TAŞBAKAN Ahmet Çınar YASTI
11:15 - 11:30	Çay-Kahve Molası
11:30 - 12:30	**Satellit 1** **İntraabdominal İnfeksiyonlarda Akılcı Antibiyotik Kullanımı** Ajanda: 11:30-11:45: **İntraabdominal İnfeksiyonlarda Güncel Yaklaşımlar** Prof. Dr. Sercan ULUSOY (Oturum Başkanı) 11:45-12:15: **İntraabdominal İnfeksiyonlarda Ertapenemin Yeri** Prof. Dr. Meltem TAŞBAKAN 12:15-12:30: **Soru & Cevap**
12:30 - 13:30	Öğle Yemeği
13:30 - 14:30	**AKILCI İLAÇ KULLANIMI:** **ANTİBİYOTİK YÖNETİM PROGRAMLARI** **Oturum Başkanları:** Mehmet BAKIR, Ayhan AKBULUT **Dünyada ve Türkiye'de Antibiyotik Direnç Problemi** Özlem KANDEMİR **Dirence Çözüm Önerileri: Antibiyotik Yönetim Programları** Şaban ESEN
14:30 - 14:45	Çay-Kahve Molası
14:45 - 16:45	**SEPSİS** **Oturum Başkanları:** Yeşim TAŞOVA, Necmettin ÜNAL **e-poster Sunucuları:** Kevser ÖZDEMİR, Ömer KARAŞAHİN **Sepsis Neden Önemli?** Necmettin ÜNAL **Sepsiste Tanı** - ***Tanı Kriterleri*** Hülya ULUSOY - ***Tanıda Mikrobiyoloji Laboratuvarının Yeri ve Önemi*** Özgen ESER **Sepsiste Tedavi** - ***Acil Tedavi Yaklaşımı*** Kubilay DEMİRAĞ - ***Antimikrobiyal Tedavi*** Dilek ARMAN **Sepsisin Hukuki Yönü** Hüseyin ÖZ
16:45 - 17:00	Çay-Kahve Molası

24 MART 2016, PERŞEMBE (devamı)	
17:00 - 18:30	**MİKROBİYOLOJİ: LABORATUVAR-KLİNİSYEN İŞBİRLİĞİ**[1] **Oturum Başkanları:** Deniz GÜR, Ayşe KALKANCI **e-poster Sunucuları:** Sefer Erman YILMAZ, Gamze Gizem DUMAN **Tartışmacılar:** Halis AKALIN Zeynep GÜLAY **Kültür Antibiyogramdan Kliniğe Olgularla Sorunlar** ***- Çoklu Dirençli Mikroorganizmalar ve Tedavi Seçenekleri*** ***- Karbapenem Direnci ve Klinik Yorumları*** ***- EUCAST'a Geçişte Yaşanan Sorunlar ve Klinik Yansımalar*** ***- Mantar İnfeksiyonlarında Duyarlılık Testi: Ne Zaman? Hangi Örnekler İçin?***
19:00 - 20:00	Akşam Yemeği
20:30	**SON BİR YILDA İNFEKSİYON DÜNYASI** Yaşar BAYINDIR
[1] **İnfeksiyon Dünyası Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği Platformu**	

25 MART 2016, CUMA	
09:00 - 10:15	**HIV/AIDS-1**[2] **Oturum Başkanları:** Başak DOKUZOĞUZ, Gülden ÇELİK **e-poster Sunucu:** Süheyla KÖMÜR **HIV Epidemiyolojisinin Değerlendirilmesi** Deniz GÖKENGİN **Tartışma**
10:15 - 10:30	Çay-Kahve Molası
10:30 - 11:30	**Satellit 2** Konu: **Uzman Paneli** **Moderatör:** Volkan KORTEN Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı **Konuşmacılar:** Graeme MOYLE Chelsea & Westminster Hospital Koray BAŞAR Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enver ATALAR Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı GILEAD
11:30 - 11:45	Çay-Kahve Molası
11:45 - 12:45	**HIV/AIDS-2**[2] **Oturum Başkanları:** Başak DOKUZOĞUZ, Gülden ÇELİK **e-poster Sunucuları:** Gamze KALIN ÜNÜVAR, Zerrin AŞÇI **HIV/AIDS Tanı Algoritması** Gülden ÇELİK Kenan MİDİLLİ Tülay YALÇINKAYA Aygen TÜMER **Tartışma**
12:45 - 13:45	Öğle Yemeği

25 MART 2016, CUMA (devamı)	
13:45 - 14:45	**Satellit 3** **Konu:** **Vakalar Eşliğinde HIV/AIDS Tedavisine Yaklaşımlar** **Oturum Başkanı:** Prof. Dr. Serhat ÜNAL **Konuşmacılar:** Dr. Mike YOULE Royal Free Hospital HIV Clinical Research Director
14:45 - 15:00	Çay-Kahve Molası
15:00 - 16:00	**Satellit 4** **Konu:** **HIV/AIDS Tedavisinin Bugünü ve Yarını: İntegraz İnhibitörleri ve Tek Tablet Rejimi** **Moderatör:** Doç. Dr. Behice KURTARAN Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı **Konuşmacılar:** **Integraz Inhibitörlerinin Tedavide Yeri ve Önemi** Uzm. Dr. Ahmet Çağkan İNKAYA Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı **Dolutegravir Bazlı Tedavi ve Tek Tablet Rejimi** Dr. Tuna LUKIANA Head of Medical Affairs Middle East & Africa
16:00 - 16:15	Çay-Kahve Molası
16:15 - 17:45	**HIV/AIDS-3**[2] **Oturum Başkanları:** Başak DOKUZOĞUZ, Gülden ÇELİK **e-poster Sunucuları:** Murat DİZBAY, Esra KAYA KILIÇ **HIV-Pozitif Hastanın Eşine/Eş Adayına Bilgi Verilmesi** Taner YILDIRMAK Cemil GÜNEŞ **Tartışma** **Riskli Temas Kaygısıyla Başvuran Kişiye Yaklaşım, Yönetim, Ne Yapalım?** Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU Nuriye TAŞDELEN FIŞGIN **Tartışma**
17.45 - 18:00	Çay-Kahve Molası
18:00 - 19:00	**Satellit 5** **Konu:** **Klinik Veriler ve Vakalar Eşliğinde Antiretroviral Tedavide Darunavir ve Etravirinin Yeri** **Moderatör:** Prof. Dr. Serhat ÜNAL **Konuşmacılar:** **Antiretroviral Tedavide Darunavir/Klinik Çalışmalar** Prof. Dr. Dilara İNAN **Antiretroviral Tedavide Darunavir/Vakalar** Prof. Dr. Deniz GÖKENGİN **Antiretroviral Tedavide Etravirin** Prof. Dr. Volkan KORTEN
19:00 - 20:00	Akşam Yemeği
20:30	**MELTEM ve HÜSNÜ ile KLİNİK HALLER** Meltem TAŞBAKAN Hüsnü PULLUKÇU

[2] **İnfeksiyon Dünyası HIV/AIDS Platformu**

26 MART 2016, CUMARTESİ

09:00 - 10:15 — **VİRAL HEPATİTLER-1**[3]

Oturum Başkanları: İsmail BALIK, Onur URAL

Hasta Sunumu: Tuba İLGAR

Canlı Konsey: Olgular ve Tartışmacılar

Kronik Hepatit B İnfeksiyonunda Antiviral Tedavi Alan Olgunun İzlemi
Cemal BULUT

Kronik Hepatit B İnfeksiyonunda Antiviral Tedaviyi Kesme Kriterleri
Nurcan BAYKAM

Kronik Hepatit B İnfeksiyonunda Telbivudin
Onur KAYA

Kronik HCV'de İnterferon Dışı Tedaviler
Sıla AKHAN

Gebede Hepatit B'ye Yaklaşım
Nazlım AKTUĞ DEMİR

10:15 - 10:30 — Çay-Kahve Molası

10:30 - 11:30 — **Satellit 6**

Konu: **Kronik Hepatit C Tedavisinde Viekirax/ Exviera ile Hastaya Özel Yaklaşım**

Oturum Başkanı: İftihar KÖKSAL

Konuşmacılar:

Epidemiyoloji ve Türkiye Hasta Profili
İftihar KÖKSAL

Genotip 1b Hastalarda Yüksek Kür Şansı
Sabahattin KAYMAKOĞLU

Özel Hasta Popülasyonlarında Yüksek Kür Şansı
Tansu YAMAZHAN

abbvie

11:30 - 11:45 — Çay-Kahve Molası

11:45 - 12:45 — **VİRAL HEPATİTLER-2**[3]

Oturum Başkanları: İsmail BALIK, Onur URAL

Hasta Sunumu: Dilek KARAMANLIOĞLU

Canlı Konsey: **Olgular ve Tartışmacılar**

İmmünsüpresif Hastada HBV Profilaksisi
Süda TEKİN

Tek Potent Antiviral Ajana Yanıtsız Olguya Yaklaşım
Mustafa Kemal ÇELEN

Kronik HBV Olgusunda Takip Yönetimi
Dilara İNAN
Emel YILMAZ
Behice KURTARAN

12:45 - 13:45 — Öğle Yemeği

13:45 - 14:45 — **Satellit 7**

Konu: **Hepatit C'de Tek Hedefe Geri Sayım**

Moderatör: Kenan HIZEL
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Konuşmacılar:

Hedef: Her Hasta İçin Kür Şansı
Nurcan BAYKAM
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Sonuç: Gerçek Yaşamdaki Başarı
Mustafa Kemal ÇELEN
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

GILEAD

26 MART 2016, CUMARTESİ (devamı)	
14:45 - 15:00	Çay-Kahve Molası
15:00 - 16:30	**İMMÜNSÜPRESİF HASTADA İNFEKSİYONLAR[4]** **Oturum Başkanları:** Murat AKOVA, Hande ARSLAN **e-poster Sunucuları:** Hasan Selçuk ÖZGER, Zehra NARLI **Solid Organ Transplantasyonu Hastalarında CMV Yönetimi** Hande ARSLAN **İmmünsüpresif Hastada Dirençli Bakteri Sürveyansı** Özlem AZAP **Yeni Tedaviler ve Yeni İmmünsüpresifler** Sinem CİVRİZ BOZDAĞ
16:30 - 16:45	Çay-Kahve Molası
16:45 - 17:45	**Satellit 8** **Konu:** **Klinik Araştırmalardan Pratiğe Antifungal Tedavi** **Moderatör:** Ateş KARA Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk İnfeksiyon Hastalıkları Ünitesi **Konuşmacı:** Sibel AŞÇIOĞLU Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı GILEAD
17:45 - 19:15	**HASTANE İNFEKSİYONLARI-YOĞUN BAKIM İNFEKSİYONLARI[5]** **Oturum Başkanları:** Dilek ARMAN, Halis AKALIN **e-poster Sunucuları:** Serpil MIZRAKÇI, Arzu ALTUNÇEKİÇ YILDIRIM **Ülkemizde Durum ve UHESA Verileri** Yeşim ÇETİNKAYA ŞARDAN **Antibiyotik Kullanımı ve Direnç İlişkisi** Oğuz Reşat SİPAHİ **Hangi Hastada İnvaziv Kandidiyaz Düşünelim? Tedavi Nasıl Olmalı?** Selda SAYIN KUTLU **Demet Önlemleri ve Uygulamaları** Gökhan AYGÜN
19:15 - 20:00	Çay-Kahve Molası
20:00	Sosyal Program-Büyük Akşam Yemeği

[3] İnfeksiyon Dünyası VİRAL HEPATİTLER Platformu
[4] İnfeksiyon Dünyası İMMÜNSÜPRESİF HASTADA İNFEKSİYONLAR Platformu
[5] İnfeksiyon Dünyası HASTANE İNFEKSİYONLARI-YOĞUN BAKIM İNFEKSİYONLARI Platformu

27 MART 2016, PAZAR	
09:00 - 10:30	**PEDİATRİDEN GERİATRİYE 1. BASAMAKTA SIK RASTLANAN İNFEKSİYON HASTALIKLARI-1** **Oturum Başkanları:** Ergin ÇİFTÇİ, Mustafa NAMIDURU **Tonsillit** Hasan TEZER Vuslat KEÇİK BOŞNAK **Sinüzit** Ahmet SOYSAL Hüsnü PULLUKÇU **Otit** Ergin ÇİFTÇİ Yaşar BAYINDIR
10:30 - 10:45	Çay-Kahve Molası

27 MART 2016, PAZAR (devamı)	
10:45 - 11:45	**PEDİATRİDEN GERİATRİYE 1. BASAMAKTA SIK RASTLANAN İNFEKSİYON HASTALIKLARI-2** **Oturum Başkanları:** Ali MERT, Hasan TEZER **Pnömoni** Aslınur ÖZKAYA PARLAKAY Gülden ERSÖZ **Üriner Sistem İnfeksiyonları** Metehan ÖZEN Gökhan METAN
11:45 - 12:45	Öğle Yemeği
12:45 - 13:45	**Satellit 9** **Konu:** **Boğmaca Aşılamasında Koza Uygulaması** **Konuşmacılar:** Nur AKSAKAL Aşkın GÜRA NEMLİOĞLU SANOFI PASTEUR
13:45 - 14:00	Çay-Kahve Molası
14:00-15:00	**Satellit 10** **Konu:** **Erişkin Aşılamasında Güçlükler ve Çözümler** **Konuşmacı:** Esin ŞENOL Pfizer
15:00-15:15	Çay-Kahve Molası
15:15-18:15	**PEDİATRİDEN GERİATRİYE AŞI İLE KORUNMA: ÇOK SORU ÇOK CEVAP**[6] Ateş KARA Serhat ÜNAL **e-poster Sunucuları:** Tuğba SARI, Nuran SARI, Cemal KOÇAK, Büşra ERGÜT SEZER, Melda ÇELİK
18:15-18:30	**Kapanış** İnfeksiyon Dünyası Çalıştayı 2016 adına Çalıştay Eş Başkanı Volkan KORTEN

[6] İnfeksiyon Dünyası AŞI ve İMMÜNİZASYON Platformu

Dr. Mustafa Aydın ÇEVİK Anısına

infeksiyon dünyası id ÇALIŞTAYI 2016

http://calistay2016.infeksiyondunyasi.org

24-27 Mart 2016
Wyndham, Ankara

Güncel Soru(n)lar-Pratik Çözümler

SPONSORLAR

Gilead Sciences
İlaç Tic. Ltd. Şti.

AbbVie Tıbbi İlaçlar
San. ve Tic. Ltd. Şti.

Pfizer İlaçları Ltd. Şti.

Merck Sharp Dohme
İlaçları Ltd. Şti.

GlaxoSmithKline İlaçları
San. ve Tic. A.Ş.

Janssen Türkiye

Koçak Farma
İlaç ve Kimya San. A.Ş.

Sanofi Pasteur İlaçları A.Ş.

İlko ilaç San. ve Tic. A.Ş.

Astellas Pharma İlaç
Tic. ve San. A.Ş.

Santa Farma İlaç San. A.Ş.

Bristol-Myers Squibb İlaçları Inc.

Pharmactive İlaç San. ve Tic. A.Ş.

Hasbiotech İlaç San. ve Tic. A.Ş.

Er-Kim İlaç San. ve Tic. A.Ş.

Abdi İbrahim İlaç
San. ve Tic. A.Ş.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Diyabetik Ayak İnfeksiyonları *S-01/S-03*

Sepsis *S-04/S-05*

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği *S-06/S-07*

HIV/AIDS-1 *S-08*

HIV/AIDS-2 *S-09/S-10*

HIV/AIDS-3 *S-11/S-12*

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar *S-13/S-14*

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları *S-15/S-16*

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap *S-17/S-21*

Diyabetik Ayak İnfeksiyonları

S-01

Kemik Eklem İnfeksiyonları

Seval BİLGİÇ ATLI[1]

[1] *Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır*

Soru(n)

Diyabetik ayak ve osteomiyeliti olan ateşli hasta.

Olay/Olgu

Yaklaşık 10 yıldır diyabet hastası olan ve insülin kullanan hastanın yaklaşık bir aydır ayağında 10 x 3 boyutlarında şişlik, ısı artışı, kızarıklık ve pürülan akıntılı yara oluşmuş. Bu şikayetlerle ortopedi ve plastik cerrahi polikliniklerine başvuran hasta cerrahi müdahale düşünülmeyip polikliniğimize yönlendirilmiş. Hasta 40°C'yi bulan ateş yüksekliği, sedim ve CRP seviyelerinde normalin 10 katından fazla yükseklik olması sebebiyle servisimize yatırıldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Ayaktan infeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran hastaya tigesiklin 100 mg flakon başlandı. Kemik sintigrafisi istendi. Sintigrafi sonucunda hastanın osteomiyelit olduğu belirlendi. Gram boyama ve yara kültürü çalışıldı. Yara kültüründe *Enterococcus faecalis* üredi. Dört gün tigesiklin alan hastada ateş yanıtı alınamayınca hem kültür sonucu hem de yarasındaki kötü koku sebebiyle imipenem-silastatin 4 x 500 flakon ve linezolid 2 mg/mL IV solüsyon 2 x 1 kombinasyon tedavisi başlandı. Ortopedi konsültasyonu istendi. Cerrahi müdahale düşünülmedi. Plastik cerrahi konsültasyonu önerildi. Plastikde ortopedinin müdahale etmesini önerdi. Tekrar ortopedi konsültasyonu istendi. Ortopedi ampütasyon gerekmediğini söyledi. Debridman yapmadı, günlük yara pansumanı önerisinde bulundu. Cildiye konsültasyonu istendi. Önerileri uygulandı. Kalp damar cerrahi konsültasyonu istendi. Doppler USG istendi. Doppler USG normaldi. Endokrinoloji konsültasyonuyla kan şekeri takibi yapılıp insülin dozu ayarlanarak glukoz regülasyonu yapıldı. Tekrarlayan konsültasyonlar sonrası ampütasyon gerektiği fikrine varılarak ortopediyle son kez görüşüldü. Ortopedi servisten devir alamayacağını söyleyerek poliklinik kontrolü önerdi. Mevcut tedaviyle hastadan CRP, sedim, WBC yanıtı alındı. Hasta 20 gün imipenem-silastatin ve linezolid tedavisi aldıktan sonra APAT ile teikoplanin 1 x 400 mg/gün flakon raporu düzenlenerek ortopedi poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.



Resim

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Diyabetik ayak tanılı hasta diyabetik yara ekibi olmayan hastanelerde yatış açısından primer olarak hangi kliniğin sorumluluğundadır?

Yatış endikasyonu açısından infeksiyon hastalıkları uzmanının sorumluluğu nedir?

Bu hastalarda hiperbarik oksijen tedavisinin başarısı ne ölçüdedir?

Diyabetik Ayak İnfeksiyonları

S-02

Diyabetik Ayak Hastalarının Takibinde Farklı Çözüm: Diyabetik Ayak Kliniği

Serhat UYSAL[1], Gülçin OLTULU[1], Cemal DİNÇER[2], Selçuk YALÇINKAYA[2], Hilmi GÜNGÖR[3], Hüsniye BOZDAĞ[1]

[1] *Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İzmir*
[2] *Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Servisi, İzmir*
[3] *Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İzmir*

Soru(n)

Diyabetik ayak olgularının geciken müdahalesi ve hastaların sahiplenilmesinde yaşanan sorunlar.

Olay/Olgu

Diyabetik ayak infeksiyonu olgularına doğru ve multidisipliner yaklaşımla müdahale yapılabilmesi gerekmekte olup, yara bakımı da diğer tedavi uygulamalarından belirgin farklılıklar içerir. Olguların cerrahi kliniklerde takibi altta yatan dahili ek hastalıkların fazla olması nedeniyle zordur. Ancak dahili kliniklerde gerekli girişimsel işlemlerin ve yara bakım hizmetlerinin etkin yapılamaması nedeniyle ilgili bölümlerin hastayı sahiplenmelerinde sorun yaşanmaktadır. Bu olgular, acil serviste veya uygun olmayan bir kliniğe yatırılmaları durumunda; gereksiz yere beklemekte ve tedavileri gecikmektedir. Bu olguların sevk edilmeleri için gerekli nedenler irdelendiğinde; her birinin her hastane ortamında yapılabilir olduğu ve sevk gerektirmediği görülmektedir. Ancak sorun, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimsel işlemlerin aynı klinik ortamında yapılamaması, böylece hastalar üzerinde hakimiyetin azalması ve sonuçta hastaya olan ilgide düşüş yaşanmasıdır. Hastane yönetimi tarafından ilgili tüm hekimlere, hastanemizde de yaşanan bu sorunlar hakkında bir toplantı yapılacağı bildirildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İlgili durum fark edildiğinde önce infeksiyon hastalıkları kliniği, sonrasında hastane yönetimiyle görüşülerek diyabetik ayak olgularının takip edilebileceği bir birim kurulmasına karar verildi. Diyabetik ayak biriminin kurulması ve takibi için Dr. Serhat Uysal görevlendirildi. Yara bakım uzmanı olacak bir sağlık memuru ile diyabetik ayak konusunda eğitilecek bir hemşire görevlendirildi. Son dönem yara bakım prosedürleri ve diyabet takibi önerilerine uygun olarak eğitimlere başlandı. Aynı anda yatan toplam diyabetik ayak hasta sayısı araştırıldı (maks: 5 olgu). İhtiyaç olandan fazla kapasiteli bir servis kurulması sağlandı (altı yatak). Hastanede bu hastaların yatırılarak izlem ve tedavisinin yapılacağı şekilde odalar tahsis edildi. Yeni gelen olgulara, pazartesi günleri yapılacak olan diyabetik ayak günlerine katılması için randevu verilmesi planlandı. Acil olgular için yer bulunduğu zaman hızla yatırılmasına ve diyabetik ayak biriminin dolu olduğu durumlarda, ivedilikle sevk edilmeleri için resmi bir duruş sergilenmesine karar verildi. Çünkü hastanemizde, Buca'nın ihtiyacından daha fazla hastaya hizmet verebilecek bir birim kurulmuş oldu. Diyabetik ayak günlerinde hasta değerlendirme ve bakım hizmetleri haricinde; diyabet eğitim hemşiresi, yara bakım uzmanı ve diyetisyen tarafından en uygun süre içerisinde verilmesi planlanan eğitim hazırlıkları yapıldı. Buna ek olarak; diyabet takibi, yara ve ayak bakımı konularında hazırlanmış video görselinin, bekleme salonunda izletilmesi ve hastane internet sitesinde paylaşılması planlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bu yaklaşım sayesinde hastanemizde diyabetik ayak olgularının sahiplenilmesi, ayrıca tedavi ve takiplerinin etkin yapılabilmesi sağlanacaktır. Bu temel sorunların giderilmesiyle diyabetik ayak olgularının uzun süre beklemelerinin önüne geçilmiş ve multidisipliner yaklaşım ortamıyla hasta ilgisinin artırılması sağlanmış olacaktır. Diyabetik ayak birimi çalışanlarının eğitimi ve gerekli odaların hazırlığı bitmek üzeredir. Talep artışı olursa, yardımcı sağlık personelinin sayısı artırılıp eğitimi tamamlandıktan sonra servisin kapasitesi artırılabilecek şekilde planlama yapılmıştır. Sistemimizde gözden kaçan sorunlar ve eksikler olabilir. Bu açıdan farklı çözümler nelerdir?

Bu konudaki katkılarınızla, kaliteye olan yolculuğumuzda bizlere yardımcı olmanızdan memnuniyet duyacağız. Sayın Dr. Haluk Özünlü, Dr. Serpil Ertem, Op. Dr. Cenk Sinan Atalay, Op. Dr. Sırrı Sorguç ve Prof. Dr. Meltem Taşbakan'a değerli görüş ve katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

Diyabetik Ayak İnfeksiyonları

S-03

Diyabetik Ayak İnfeksiyonu: Olgu Sunumu

Meliha Çağla SÖNMEZER[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Necla EREN TÜLEK[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Günay TUNCER ERTEM[1], Metin ÖZSOY[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Diyabetik ayak infeksiyonları hem ülkemizde hem de tüm dünyada sağlık ve ekonomik alanda sorunlar oluşturmaktadır. Bu yazıda multidisipliner yaklaşım gerektiren bir diyabetik ayak infeksiyonu olgusu sunulmuştur.

Olay/Olgu

Elli altı yaşında erkek hasta, sağ ayakta mevcut olan akıntılı lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hasta, yaralarının yaklaşık bir ay önce, sağ ayak tabanında 2-3 cm çaplarında ve sıcak suyla yandıktan sonra başladığını belirtti. Kısa sürede ülserasyonun çapının büyümesi ve lezyonun etrafında yeni yaralar oluşması nedeniyle birçok kez plastik cerrahi, endokrin ve infeksiyon hastalıkları polikliniklerine başvuran hastaya ampirik olarak topikal ve oral antibiyoterapiler uygulanmış. Ancak hasta bu tedavilerden fayda görmediğini ve lezyonlarının hızla ilerlediğini belirtti. Yaklaşık 24 yıldır diyabeti olan ve bu nedenle oral antidiyabetik ajan kullanan hasta, kan şekerlerini düzenli ölçtürmediğini ve ara ara yapılan ölçümlerde de hiperglisemisinin saptandığını belirtiyordu. Hastanın soy geçmişinde diyabet dışında herhangi bir özellik yoktu. Hastanın sistemik muayenesi normal sınırlarda idi. Dermatolojik muayenesinde sağ ayak bileği ön yüzünde, medial ve lateral malleol hizasında ve ayak dorsumunda ve tabanında olmak üzere multipl, kötü kokulu, sarı-siyah nekrotik materyalle kaplı ülserasyonlar ve bu bölgelerde akıntısı görüldü. Hasta diyabetik ayak infeksiyonu tanısıyla kliniğimize yatırıldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın tam kan sayımında hemoglobin, hematokrit değerleri normal sınırdayken 14.000/mm^3 lökositozu mevcuttu. Hastanın sedimentasyonu 98 mm/saat, CRP değeri 11.6 g/dL olarak saptandı. Böbrek fonksiyon testlerinde kreatinin (2.03 mg/dL) yüksekliği ile birlikte GFR (34.66 mL/dakika/1.73 m^2) düşüklüğü mevcuttu. Hastaya ampirik olarak piperasilin-tazobaktam 4 x 2.25 g IV tedavisi başlandı. Akciğer grafisi ve batın USG sonucunda bir patoloji saptanmadı. Hastadan aspirasyonla alınan yara yeri kültüründe *Klebsiella pneumoniae* üremesi oldu. Topikal olarak plastik cerrahi tarafından nekrotik doku debridmanından sonra lezyonlara batikon pansumanı uygulandı. İki hafta sonunda hastanın kasa ait canlı kırmızı granülasyon dokusu belirginleşti. Hastanın çekilen ayak MRG'sinde birinci metatarsta birinci parmak falankslarında kontrastlı görüntülerde kontrast tutulumu izlendi ve apse formasyonuyla birlikte osteomiyelit olarak yorumlandı. Ortopedi tarafından değerlendirilen hastaya ampütasyon önerildi ancak hasta bu öneriyi kabul etmedi. Hastanın kan şeker düzeylerinin yüksek seyretmesi üzerine kristalize insülin ve NPH düzeyleri tekrar düzenlendi. Arteryel doppler USG'de ateroskleroz saptanan hastaya kardiyovasküler cerrahi tarafından asetilsalisilik asit ve pentoksifilin tedavileri başlandı. Her iki gözde görme azlığı olan hasta göz hastalıkları kliniği tarafından diyabetik retinopati olarak değerlendirildi ve lazer tedavisi uygulandı. Takiplerinde ateşi olmayan ve lezyonu gerileyen hasta piperasilin-tazobaktam tedavisinin 29. gününde kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Multidisipliner yaklaşım, diyabetik ayak infeksiyonu gibi kronik yaralarda teorik olarak sıklıkla önerilse de pratikte bunu düzenli şekilde sağlamakta aksaklıklar meydana gelmektedir. Hastalar çoğu zaman tek bir bölüm tarafından değerlendirilmekte veya bölümler arasında uzunca süren konsültasyon trafiğinde mağdur olmaktadırlar. Tüm bunlar, hasta ve hekimin motivasyonunu bozmakta, zaman kaybına ve tedavide başarısızlığa yol açmaktadır. Bu olumsuzlukları ortadan kaldıran, düzenli, sürekli ve hızlı hasta değerlendirmeye zemin hazırlayan, dolayısıyla tedavi süresini kısaltıp, başarıyı artıran bir diyabetik ayak konseyinin her hastanede kurulması gerekmektedir.

Sepsis

S-04

Sepsis Tanı ve Tedavisinde Karşılaşılan Zorluklar

Kevser ÖZDEMİR[1]

[1] *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli*

Soru(n)

Sepsis tanı ve tedavisinde karşılaştığımız sorunlar.

Olay/Olgu

Yetmiş beş yaşında kadın hasta mide kanseri nedeniyle opere ediliyor. Postoperatif yattığı klinikte beşinci gün solunum sıkıntısı oluyor ve hasta entübe edilerek anestezi yoğun bakım ünitesine alınıyor. Hasta preoperatif başlanan üçüncü kuşak sefalosporin tedavisi alıyor. Yoğun bakımın ilk günü ateş: 37.8°C, tansiyon: 90/50 mmHg, solunum sayısı: 22/dakika, taşikardik. Laboratuvar değerleri: beyaz küre 16.200/mm^3 (%90 lökosit), C-reaktif protein 8.85 mg/dL, alkalen fosfataz 239 IU/L, GGT 380 U/L, LDH 253 U/L. Hastanın bir gün sonra ateş yüksekliği 38.7°C oluyor. Sepsis ön tanısıyla tarafımıza danışılıyor. Hastada aynı zamanda çekum perforasyonu tespit ediliyor.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Ateş ve sıvı desteğine rağmen hipotansiyonu devam eden hastaya tüm kültürleri alındıktan sonra intraabdominal infeksiyona bağlı sepsis düşünülerek karbapenem, teikoplanin ve metronidazol tedavisi başlanıyor. Hastanın antibiyoterapi altında ateş yüksekliği devam ediyor (72. saat). Alınan idrar kültüründe *Candida* spp. üremesi nedeniyle sonda değiştirilip tekrar kültür alınıyor. Hastanın genel durumu giderek bozuluyor, sıvı desteğine rağmen hipotansiyonları düzelmeyen hasta septik şok nedeniyle kaybediliyor. Hastanın daha sonra çıkan kültürlerinde trakeal aspiratta *Acinetobacter baumannii*, idrar kültüründe *Candida* spp. ve kan kültüründe *Stenotrophomonas maltophilia* üremesi olduğu raporlanıyor.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sepsis, sık karşılaştığımız ve mortalitesi yüksek olan bir infeksiyon hastalığı komplikasyonudur. Erken tanı ve tedavi ile mortalite oranları azalmaktadır. Tanıda yaşadığımız ve tedavide karşılaştığımız sorunların ele alınmasını istiyorum.

Güncel tanı kriterleri nelerdir?

Sepsis= Ateş algısı nasıl değiştirilebilir?

Antimikrobiyal tedavi ne zaman başlanmalıdır?

Ampirik antimikrobiyal seçimi nasıl olmalı? Kombinasyon mu, monoterapi mi?

Artan dirençli mikroorganizmalar ampirik tedavi sırasında göz önüne alınmalı mıdır?

Erken tanı için mikrobiyoloji laboratuvarıyla nasıl iletişim kurulmalıdır?

Sepsis

S-05

Sepsis Mortalitesini Azaltmak Mümkün mü?

Ömer KARAŞAHİN[1]

[1] *Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum*

Soru(n)

Sepsis mortalitesini azaltmak için kim, ne zaman, nerede, ne yapmalı?

Olay/Olgu

Hastanemiz anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nde sepsis tanısıyla takip edilen hastaların mortalite hızı Ocak 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında %80.7 olarak bulunmuştur. Sepsis hastalarının YBÜ'deki takip ve tedavi süreci gözlemlenerek, sepsis mortalite hızının yüksek olmasının nedenleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Hasta acil servise başvurduğunda, YBÜ'ye transfer süresinin uzun olduğu, agresif sıvı tedavisi ve hasta monitörizasyonunda eksiklikler olduğu tespit edilmiştir. Uygun olmayan ampirik antibiyotik tedavisi yaklaşımı ve acil servisin yoğunluğu nedeniyle antibiyotik tedavisinin başlanmasında ve kültür alınmasında gecikmeler olduğu gözlenmiştir. Acil serviste, inflamasyon belirteçlerinin çalışılmaması nedeniyle ayırıcı tanı ve takipte kısıtlılık yaşandığı gözlenmiştir. YBÜ'deki hasta yükü nedeniyle, YBÜ'ye yatış endikasyonu mekanik ventilasyon gereksinimi olup yataklı servislerde sepsis farkındalığındaki eksikliklerin tanıda gecikmelere neden olduğu tespit edilmiştir. İnfeksiyon odağı araştırma ve kaynak kontrolü sağlamadaki gecikmelerin sepsis ağırlığında artışa neden olduğu gözlenmiştir. YBÜ'de kültür sonuçlarının takibi ve deeskalasyon stratejilerindeki eksikliğin, uzun süreli gereksiz antibiyotik kullanımına yol açtığı saptanmıştır. YBÜ'de gelişen sepsis hastalarında ampirik antibiyotik tedavilerinin yoğun bakım florası göz ardı edilerek başlandığı ve yetersiz kaldığı fark edilmiştir. YBÜ'de başlangıç doku hipoperfüzyonu olan hastalarda kantitatif resüsitasyon yapılmadığı gözlenmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Sepsis farkındalığı artırmak için hastane genelinde sağlık personeline eğitim semineri düzenlendi. Acil servis ve YBÜ ile işbirliği sağlanarak, sepsis ön tanılı hastalarda inflamasyon parametreleri çalışılmaya başlandı. Sepsiste sağkalım kampanyası önerileri kapsamında ilk altı saat içinde laktat seviyesinin ölçümü, antibiyotik uygulanmasından önce kan kültürü alınması, bir saat içinde geniş spektrumlu antibiyotik başlanması, agresif sıvı tedavisi ve hipoperfüzyonun kantitatif takibinin yapılması planlandı. Multidisipliner yaklaşım gerektiren infeksiyon odağının tespiti ve kaynak kontrolü için ekip kurulmasına karar verildi. YBÜ'de ampirik antibiyotik seçiminde yol gösterici olması için geriye dönük etken mikroorganizma ve duyarlılık profili belirlendi. İnfeksiyon Kontrol Komitesi ile birlikte infeksiyon önleme paketleri uygulanmaya başlandı. YBÜ'de kültür sonuçları mikrobiyoloji laboratuvarıyla birlikte değerlendirilerek, günlük hasta vizitleri ile antibiyotik deeskalasyonu sağlandı. Bu düzenlemeler ışığında gelecek bir yılın sonunda sepsis mortalite hızını düşürmek planlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastaların ilk saatlerini geçirdikleri acil servis şartlarında sepsis sağkalım kampanyası önerileri gerçekleştirilebilir mi?
Hastaların hastane yatışının olmaması geniş spektrumlu antibiyotik seçimini etkilemeli mi?
Sepsis tanı ve takibinde kullanılan inflamasyon parametreleri acil serviste çalışılmalı mı?
Sepsis tanı kriterleri ayırıcı tanıda yeterli oluyor mu?
Mekanik ventilasyon ihtiyacı olmayan hastalar yoğun bakım dışında takip edilebilir mi?
İnfeksiyon odağının saptanması ve kaynak kontrolü kaç saat içinde sağlanmalı ve önerilen süreler içinde gerçekleştirebiliyor muyuz?
Sepsis hastalarında kültür pozitifliğinin %60'larda olduğu bildirilmektedir. Deeskalasyon planı için kültür sonuçları yeterli mi ve tanımlı klinik parametreler mevcut mu?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

S-06

Karbapenemaz Üreten *Enterobacteriaceae*'nın Endemik Düzeyde Görüldüğü Bir Hastanede Klinik ve Laboratuvar Yaklaşımı Ne Olmalı?

Sefer Erman YILMAZ[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1], Ayfer DAİ ÖZIŞIK[1], Ali Kudret ADİLOĞLU[1], F. Şebnem ERDİNÇ[2]

[1] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Hastanemizde 2013 yılından başlayarak, "in house" konvansiyonel multipleks PCR yöntemi ile karbapenemaz gen bölgelerini tek ya da ikili taşıyan *Enterobacteriaceae* izolatları tespit edildi. Kontrolle ilgili en uygun yaklaşım ne olmalıdır?

Olay/Olgu

Hastanemizde 2009 yılından başlayarak karbapenem grubu antibiyotiklere dirençli *Klebsiella pneumoniae* izolatlarının sayısında giderek artış olduğunu, daha sonra buna dirençli *Escherichia coli* izolatlarının eklendiğini tespit ettik. Ocak 2013-Temmuz 2015 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çeşitli klinik ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalardan tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen klinik örneklerden izole edilen ve EUCAST'ın karbapenemaz tarama kriterlerine uyan 201 *Enterobacteriaceae* izolatını çalışmamıza dahil ettik. Otomatize sistemle en az bir karbapenem grubu antibiyotiğe az duyarlı veya dirençli saptanan suşlarda antibiyotik duyarlılığı disk difüzyon yöntemiyle tekrar değerlendirildi. EUCAST'a göre karbapenemaz tarama kriterlerine uyan suşlarda "in house" multipleks PCR yöntemi kullanılarak spesifik karbapenemaz gen bölgelerinin varlığı araştırıldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Çalışmamıza dahil edilen 201 *Enterobacteriaceae* izolatının 134 (%66.7)'ü *K. pneumoniae*, 31 (%15.4)'i *E. coli* idi. "In house" PCR ile izolatların 131 (%65.2)'inde OXA-48, 21 (%10.4)'inde NDM, birinde VIM, 10 (%5)'unda OXA-48 + NDM saptadık. Karbapenemaz gen bölgesi saptanmayan izolat sayısı 38 (%18.9) idi. Çalışmamıza dahil edilen *K. pneumoniae* izolatlarının %94 (126/134)'ü, *E. coli* izolatlarının %54.8 (17/31)'i PCR pozitif bulundu. PCR pozitifliğinin yıllara göre dağılımına bakıldığında çalışmamızın başlangıcı olan 2013 yılından itibaren tüm zamanlarda OXA-48 PCR pozitifliğinin sürdüğü tespit edildi. NDM PCR pozitifliği 2013 yılı ilk altı ayında bir suşta, ikinci altı ayda on, 2014 ilk altı ayında yedi suşta, ikinci altı ayda bir suşta ve 2015 yılında iki suşta tespit edildi. OXA-48 + NDM pozitif suşlara 2014 yılında rastlandı; çalışmaya dahil edilen 2015 yılı yedi aylık döneminde rastlanmadı. PCR pozitifliği yoğun bakım ünitelerinden gelen klinik örneklerin yanı sıra hastanemiz kliniklerinden gelen örneklerden elde edilen izolatlarda da saptandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Aktarılabilen karbapenemaz üreten *Enterobacteriaceae*'nın hastanemizin yoğun bakım ünitelerinin yanı sıra birçok kliniğinden gönderilen klinik örneklerde tespit edilmesi bir alarm olarak değerlendirildi. Hastanemizde yaygın görüldüğü tespit edilen aktarılabilir direnç konusunda yapılması gerekenlerin ve bu konuda laboratuvarın antimikrobiyal duyarlılık testlerinin yanında rutinde moleküler ve/veya fenotipik testleri çalışmasına ihtiyaç olup olmadığının tartışılmasına ihtiyaç olduğu düşünüldü.

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

S-07

Kan Kültüründe Üreyen *Candida albicans* Türü Mantar İçin Hangi Duyarlılık Testini Kullanmalıyım?

Gamze Gizem DUMAN[1], **Ayşe KALKANCI**[1]

[1] *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

Antifungal duyarlılık testi olarak hangi testi kullanmalıyım?

Olay/Olgu

Kan kültüründe üreme saptanan hastada etken olarak *Candida albicans* türü mantar izole edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Kültür örneğinde üreyen *Candida* cinsi mayanın tanımlanması için çimlenme borusu (Germ tüp) testi uygulandı. Negatif olan köken için karbonhidrat asimilasyon testi uygulandı. Bunun için ticari ID32C (bioMerieux, Fransa) kullanıldı. *C. albicans* olarak tanımlanan köken antifungal testine alındı. *C. albicans* türü mantar saf kültür olarak ayrıldı. Etkenin amfoterisin B, flukonazol, vorikonazol için duyarlılığı CLSI M27-A3 referans yöntemine göre düzenlenen mikrodilüsyon yöntemiyle araştırıldı. Etkenin kullanılan antifungaller için MİK değerleri amfoterisin B için 0.25 µg/mL, flukonazol için 1 µg/mL, vorikonazol için 0.5 µg/mL olarak belirlendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Antifungal duyarlılık testini hangi kökenler için yapmalıyım?

Kan kültüründe üreyen her etken için yapmalı mıyım?

Başka hangi kökenlere antifungal duyarlılık testi yapmalıyım?

CLSI'dan EUCAST'a geçiliyor. Antifungal duyarlılık için CLSI mı, EUCAST mı geçerlidir? Hangi yöntemi uygulamalıyım?

Hazır ticari sistemler antifungal duyarlılık testi için kullanılabilir mi?

HIV/AIDS-1

S-08

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Süheyla KÖMÜR[1], Behice KURTARAN[1], Ferit KUŞÇU[1], Ayşe Seza İNAL[1], Aslıhan CANDEVİR ULU[1], Hasan Salih Zeki AKSU[1], Yeşim TAŞOVA[1]

[1] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Soru(n)

Ülkemizde son yıllarda HIV olgularında artış olmuştur. Hastanemizde de günlük hasta profilimizi değiştirecek kadar önemli düzeyde artış görülmüştür.

Olay/Olgu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi 1200 yataklı bir bölge hastanesidir. Doğu, Güneydoğu ve İç Anadolu Bölgeleri olmak üzere oldukça geniş bir coğrafyaya hizmet vermektedir. Bu çalışmada hastanemize son beş yılda başvuran HIV ile infekte olguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hastanemizde 1992 yılından bu yana HIV olguları izlenmektedir. 2016 yılı başına kadar başvuran olgu sayısı 341'dir. Bu olguların 217'sinin son beş yılda olması dikkat çekicidir. Hastanemizde izlenen HIV olgularının demografik özellikleri ve laboratuvar bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Sağlık Müdürlüğü ile görüşülüp periferde tanı alan olguların hastanemizin öğretim üyelerinden birinin adına direkt yönlendirilmesi hastaların tanı, tedavi ve temaslılarının saptanması açısından olumlu bir etki olarak değerlendirildi. Özellikle 2015 yılında olgu sayısında ciddi artış görüldü. Son beş yılda başvuran 217 hastanın %81 (n= 177)'i erkekti. Bulaş yolu en sık heteroseksüel temastı, ancak son yıllarda homoseksüel temas öyküsü veren olgularda artış vardı. Hastaların hepsine tedavi başlandı ve çoğu olguda viral süpresyon sağlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde de ülke genelinde olduğu gibi HIV olgu sayısında artış mevcuttur. Savaş, göç, doğal afetler gibi nedenlerle yoğun sosyal hareketliliğin olduğu bölgemizde risk popülasyonlarının belirlenmesi, bu konuda tüm hekimlerin farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Tablo 1. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			23	35	33	41	85
Takibe alınan hasta sayısı							
Yaş	0-4						
	5-9						
	10-14						
	15-19		1		1		3
	20-24		1	6	5	7	10
	25-34		5	11	12	16	36
	35-44		7	9	6	9	13
	45-54		8	7	8	5	12
	55-64		1	2	1	4	8
	≥ 65						3
Cinsiyet	Kadın		7	9	7	9	11
	Erkek		16	26	26	32	77
Uyruk	TC		23	34	33	38	80
	Diğer			1		3	5
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		4	4	7	6	22
	Kendi isteği						12
	Kan bağışı						7
	Cerrahi öncesi						10
	Evlilik öncesi						1
	İş başvurusu		6				4
	Partner tarama		6		5		8
	Diğer		7	31	21	35	21
Bulaş yolu	Heteroseksüel		17	23	29	24	52
	MSM (ESE)		2	5	1	10	12
	Damar içi ilaç kullanımı						1
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor		2	7	3	7	20
Bazal CD4 değeri	> 500		6	9	7	15	31
	350-500		5	7	12	9	16
	< 350	200-350	8	12	5	11	20
		50-200	4	6	3	5	12
		< 50		1	6	1	6
Takipte kalan hasta sayısı			16	25	29	41	77
Başka merkeze devredilen hasta sayısı							
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			20		29	40	75
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			2	1	1		3
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							2
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							1
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı				1	2		2
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı							2
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı				1		2	3
Mahkum hasta sayısı						1	3

HIV/AIDS-2

S-09

Evlilik Öncesi İstenilen Tetkikler

Gamze KALIN ÜNÜVAR[1], Gülçin TELLİ DİZMAN[1], Semiha ÇELİK EKİNCİ[1], Mahmut DÜLGER[1]

[1] Kars Harakani Devlet Hastanesi, Kars

Soru(n)

Evlilik öncesi çiftlerden istenilen serolojik tetkiklerden biri olan anti-HIV testinde pozitif bir sonuçla karşılaşılması sonucu oluşan problemler.

Olay/Olgu

Polikliniğimize evlilik öncesi istenilen tetkikleri yaptırmak üzere başvuran çiftlerden birinde yapılan tetkikler sonucu anti-HIV pozitif olarak geldi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Tetkik yaptıran kişilere sonuçlarla ilgili gerekli açıklamalar yapılarak anti-HIV tekrarı istendi. Çıkan bu sonucun da pozitif gelmesi üzerine doğrulama testi istenmesi gerektiği ancak bu test sonucunun daha uzun zamanda sonuçlanabileceği belirtildi. Bu durum ailede panik oluşmasına ve çiftler arasında problem olmasına yol açtı. Test sonuçlarına güvenmediklerini ve sonuçları bekleme açısından yeterli süreleri olmadığını belirterek başka bir merkeze başvurmak üzere polikliniğimizden ayrıldılar.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV tanı algoritmasında önerilen yöntemler, iki ayrı enzim immünassay yöntemiyle pozitiflik saptandıktan sonra Western Blot yöntemiyle doğrulama yapılması olmasına rağmen bazı merkezlerde antikorla birlikte p24 antijen tayini yöntemi kullanılmaktadır. Western Blot doğrulama testi zaman ve iş gücü kaybına yol açmasına rağmen p24 antijen tayini yöntemi kısa sürede sonuç vermektedir. Ancak hastanemizde bu yöntem çalışılmamaktadır. Bu nedenle diğer testlerin yapılması hastalarda evlilik işlemleri sırasında zaman kaybına yol açmakta ve evraklarının tamamlanmasında sorun yaratmaktadır. Ayrıca poliklinik şartlarında pozitif test sonuçlarının, hastanın mahremiyetine ve gizliliğine saygı göstererek açıklanması da çiftler arasında problem oluşturmaktadır. Bu nedenle;

Western Blot testleri yerine p24 antijen bakılan testlerin kullanılması maliyet ve zaman kazanımı açısından avantajlı olabilir mi?

Evlilik öncesinde test sonuçlarının hasta mahremiyeti ve gizliliğine saygı çerçevesinde bireylere nasıl açıklanması gerekir, tartışılması istenmektedir.

HIV/AIDS-2

S-10

Siyah Süt; Gebede Anti-HIV Pozitifliği

Zerrin AŞÇI[1], Melih ARSLAN[2], Neslihan ÖZTÜRK[3]

[1] *Afyon Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Afyonkarahisar*
[2] *Afyon Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Afyonkarahisar*
[3] *Afyon Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Afyonkarahisar*

Soru(n)

Gebede anti-HIV pozitifliği.

Olay/Olgu

Yirmi sekiz yaşında kadın hasta, 35 haftalık gebe, ikinci doğumunu yapmak üzere hastaneye başvurmuş. Gebelik boyunca düzenli takip edilmemiş. Kadın doğum uzmanı tarafından değerlendiriliyor. Normal doğum eylemi başlamış. Ağrısı mevcut. Servikste 2-3 cm açıklığı var. Yapılan tetkiklerinde anti-HIV pozitif saptanması üzerine tarafıma konsülte ediliyor.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın hastanede geçmişe ait kaydı bulunamadı. Sorgulandığında düzenli olmasa da tetkiklerini yaptırdığını, daha önce kendisinde herhangi bir hastalık saptanmadığını söyledi. Başka bir laboratuvarda anti-HIV testinin tekrarlanması sağlandı, sonuç yine pozitifti. Kadın doğum uzmanıyla görüşüldü. Serviksteki açıklığın ilerlediği öğrenildi. İzolasyon önlemleri uzmana anlatıldı ve hasta acil sezaryene alındı. Otuz beş haftalık doğan 3200 g bebeğe zidovudin 2 mg/kg altı saatte bir PO başlandı. Anneye kendisinde infeksiyon şüphesi olduğu ve şimdilik bebeğe anne sütü verilemeyeceği anlatıldı. Anneden alınan kan doğrulama için Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığıyla Ankara'ya gönderildi. Anksiyeteye giren anneye, yakınlarına ve cezaevindeki eşine durumla ilgili detaylı bilgi verildi.

Halk Sağlığı Müdürlüğü ile görüşülerek böyle acil durumlar için oral ve IV zidovudin temin edilmesi istendi. Dördüncü günde tüm ısrarlara rağmen hastaneden ayrılmak ve ileri bir merkeze başvurmak isteyen hasta kendi isteğiyle hastaneyi terk etti. Hastanın yanına bebeğin profilaksisinin devamı için zidovudin şurup verildi. Beşinci günde Halk Sağlığı Müdürlüğünden anneye ait sonucun negatif olduğu, fakat annenin 15 gün sonra tekrar çalışılmak üzere kan vermesi gerektiği öğrenildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Gebelik sırasında ya da sezaryen esnasında antiviral alamayan, anti-HIV pozitif gebenin bebeğinde altı hafta zidovudin profilaksisi yeterli midir?

Doğrulama testinin 15 gün sonra tekrarlanması önerildiği için bebeğe verilen profilaksiye devam etmek gerekli midir?

Hastanemizde ELISA ile anti-HIV pozitifliği saptanan hastaların hiçbirinde doğrulama sonucu pozitif saptanmamıştır. Bu nedenle şüpheli sonuçlarda doğrulama testinin sonucu çıkıncaya kadar durum hastalara anlatılırken nelere dikkat edilmelidir?

HIV/AIDS-3

S-11

HIV-Pozitif Hastanın Eşine ve Eş Adayına Nasıl Bildirelim?

Murat DİZBAY[1]

[1] *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

HIV-pozitif olarak saptanan hasta eşine ve eş adayına durumunu bildirmek istemiyor.

Olay/Olgu

Otuz altı yaşında kadın hasta (ev hanımı) ülseratif kolit nedeniyle takibi sırasında kolonoskopi tetkiki öncesinde yapılan HIV-ELISA testinin pozitif olması nedeniyle başvurdu. HIV-RNA: 1.109.055 IU/mL, CD4: 685, CD4/CD8 oranı: 0.86/1 olarak saptandı. Hastanın klinik semptomu yoktu. Hasta görüşme sırasında çok sıkıntılı idi. Bulaş yolu konusunda bilgi alınmak istendiğinde önce konuşmak istemedi. Ancak daha sonra eşi dışında bir kişiyle ilişkisi olduğunu söyledi. Durumu eşine anlatmaktan çok korktuğunu, eşinin ailesinin mutaasıp olduğunu ve töre kurallarının işlemesi nedeniyle eşinin kendisine kötü şeyler yapabileceğini söyleyerek kesinlikle bilgisinin olmamasını istedi. Eşiyle bir süredir aralarında ilişki olmadığını ve bu süreç içinde başka biriyle ilişkisi olduğunu, aslında eşine bir süre sonra boşanmak istediğini söyleyip diğer kişiyle evleneceğini beyan etti. Başka bir kişiyle daha ilişkisinin olmadığını bildirdi. HIV'ı eşinden mi yoksa diğer partnerinden mi aldığını bilmiyor. Ancak ikisine de söyleyemiyor. Ayrıca ilaç kullanırsa görülebileceği ve HIV-pozitif olduğu anlaşılacağı korkusuyla antiretroviral tedaviyi de reddetti.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya eşini ve partnerini kontrole getirmesi tavsiye edildi ancak şiddetle reddetti. Takiplere ise düzenli olarak gelmeyi kabul etti. Takiplerinde CD4 seviyesi > 500 olarak devam ediyor ve tedavi almayı istemiyor.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV-pozitif olarak saptanan ve eşine ve eş adayına bildirmek istemeyen olgularda yaklaşım nasıl olmalıdır?

Hekimlerin yasal bildirim dışında yapması gereken bir şey var mıdır?

HIV/AIDS-3

S-12

Antiretroviral Profilaksi; En Geç Ne Zaman?

Esra KAYA KILIÇ[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Cemal BULUT[1], Meliha Çağla SÖNMEZER[1], Sami KINIKLI[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Necla TÜLEK[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

HIV ile infekte kişi ile riskli temas sonrası geç başvurulduğunda profilaksi başlayalım mı?

Olay/Olgu

Otuz üç yaşında erkek hasta polikliniğimize antiretroviral profilaksi isteğiyle başvurdu. Hastanın öyküsü irdelendiğinde bir hafta öncesinde korunmasız homoseksüel cinsel birlikteliği olduğu öğrenildi. Birlikte olduğu kişinin anti-HIV pozitif olduğunu hasta yeni öğrenmişti. Kaynağın tedavi alıp almadığı ve HIV-RNA düzeyi bilinmiyordu. Bu arada hasta, son iki aydır aynı kişiyle korunmasız çok sayıda cinsel teması olduğunu belirtti.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın tetkikleri istendi. Anti-HCV negatif, anti-HBs pozitif, HBsAg negatif, dördüncü kuşak ELISA ile anti-HIV negatif olarak saptandı. Bu tetkiklerde negatif sonuçlarının olmasının bulaş olmadığı anlamına gelmediği, altıncı ve on ikinci haftalarda kan kontrollerinin yapılması gerektiği belirtildi. Bu süreçte yaşayacağı birlikteliklerde alması gereken korunma yöntemleri konusunda bilgilendirildi. Ancak medikal bir profilaksi başlanması için önerilen sürenin en geç temastan sonraki ilk 24-36 saat olduğu ve bu süre geçtiğinden profilaksi başlamanın etkinliğinin olmayabileceği ve medikal profilakside verilebilecek antivirallerin SGK geri ödeme kapsamında olmadığı söylendi. Profilakside ısrarcı olan ve antiviral ilaçların maliyetini kendi karşılamak isteyen hastaya profilaksi başlandı. Dört hafta süreyle tenofovir/emtrisitabin ve efavirenz profilaksisi verildi. Takiplerinde ilaçlara bağlı yan etki gözlenmedi ve hastada anti-HIV pozitifliği saptanmadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kılavuzlarda, HIV-pozitif olduğu bilinen veya serolojik durumu bilinmeyip HIV infeksiyonu için risk faktörleri bulunan kişiyle riskli cinsel temas sonrasında mümkünse ilk dört saatte, en fazla 24-36 saat içinde antiretroviral profilaksi başlanması önerilmektedir. Antiretroviral ilaçlar hastaya HIV/AIDS tanısı konularak sadece B20-24 ICD kodlarıyla geri ödeme kapsamındadır. Bu olguda olduğu gibi medikal profilaksi başlanması için önerilen süre geçtikten sonra başvuran hastalarda profilaksi başlanıp başlanmaması gerektiği konusu tartışmalıdır. Diğer bir problem ise geri ödeme şartlarında yaşanan sıkıntılardır. Riskli temas sonrası profilaksi için hastaların hastaneye yatırılması ve hastane eczanesinden antiviral ilaçların temin edilmesi bir seçenek olabilir. Bu durumda antiretroviral ilaçları sürekli hastane eczanesinde bulundurmak gereklidir. Ancak pratikte bu da her zaman mümkün olmamaktadır. Dört haftalık profilaksi süresince bu hastaların hastaneye yatırılarak izlenmesi de maliyet-etkin olmayacaktır. Kişi antiviral maliyetini kendisi karşılayarak medikal profilaksi alabilir. Bu durumda da bize başvuran hastada olduğu gibi profilaksinin gerekli olup olmadığı iyi irdelenmelidir. Temastan sonra 36 saat geçmişse ve hastanın profilaksi almak konusunda ısrarı varsa olay hasta bazında değerlendirilmeli, temasın riski, şekli, süresi de göz önüne alınmalı ve profilaksi kararı verildiyse hemen başlanmalıdır.

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

S-13

Biyolojik Tedavi Ajanlarının Kullanımında İnfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarının Rolü

Hasan Selçuk ÖZGER[1]

[1] *Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi, Gaziantep*

Soru(n)

Biyolojik tedavi ajanları kullanan hastalarda gelişebilecek olası infeksiyonların takip süreçlerinde infeksiyon hastalıkları uzmanlarının rolü ne olmalı ve ne zaman başlamalıdır?

Olay/Olgu

Son yıllarda biyolojik tedavi ajanlarının kullanım endikasyonları giderek genişlemektedir. Tedavi süresince hastalarda özellikle latent infeksiyonların aktivasyonunun gelişebileceği bilinmekte ve takip süreçlerine dair klinik algoritmalar oluşturulmaktadır. Ülkemizde bu tedaviler öncesinde "ilaç izlem ve güvenlik formu" olarak isimlendirilen bir formun üç hekim tarafından onaylanması istenmektedir. Form üzerinde tedavi öncesi akciğer grafi bulgularının ve PPD değerlerinin belirtilmesi istenilmektedir. Aynı formda hastaların tedavi öncesinde ve takip süresince tüberküloz, fungal infeksiyon ve lenfoma gelişim riski açısından göğüs hastalıkları veya infeksiyon hastalıkları uzmanı ile çocuk hastalıkları uzmanı tarafından yakından takip edilmesi gerektiği belirtilmektedir.

Farklı hastane pratiklerinde, farklı uygulama ve yaklaşımlar söz konusudur. İnfeksiyon hastalıkları uzmanlarının da dahil olduğu çoğu hekim formu sadece onaylamakta, tedavi öncesi ve takip süresince infeksiyon gelişimi açısından bir takip planı oluşturmamaktadır. Bazı merkezlerde tedavi öncesi PPD uygulanmaktadır. Ancak latent tüberküloz profilaksisi için sınır PPD değeri konusunda farklı yaklaşımlar söz konusudur. Bazı merkezlerde ise PPD sonucuna bakılmaksızın her hastaya profilaksi başlanılmaktadır. Hastaların tedavi altında tüberküloz gelişimi açısından hangi sıklıkta, hangi tetkiklerle takip edilmesi konusunda belirsizlik söz konusudur. Belirli aralıklarla çekilen akciğer grafilerine indirgenen takip sürecinde akciğer dışı tüberküloz olgularının saptanması mümkün gözükmemektedir.

Formda belirtilen fungal infeksiyon gelişim riskinin nasıl değerlendirileceği konusunda belirsizlik daha da fazladır. Hepatit B, hepatit C, varisella zoster vb. viral infeksiyonların tedavi altındaki takip süreci ve tedavi öncesi aşı uygulamalarının yapılıp yapılmayacağı çoğu merkezde primer tedaviyi yönlendiren hekim tarafından belirlenmektedir. İnfeksiyon takibini yürütmesi gereken hekimlerde bu tedavi ajanlarıyla gelişen infeksiyon sıklığı, tüberküloz ilişkili organ tutulum sıklığı ve dağılımı, hangi fungal infeksiyonların gelişebileceği ve özellikle takip yöntemleriyle ilgili bir deneyim eksikliği söz konusudur.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde biyolojik tedavi ajanlarının başlanacağı hastalarda rutin serolojik ve biyokimyasal testler, akciğer grafileri yapılmaktadır. Ancak PPD testleri değerlendirme ve takibinde hekim bazlı farklılıklar söz konusudur. Çoğu hasta PPD sonucundan bağımsız olarak profilaksi kullanmaktadır. Fungal infeksiyon konusunda ise bir değerlendirme yapılmamaktadır. İlaç kullanım öncesinde istenilen tetkik sayısının artırılması özellikle sadece verem savaş dispanserlerinde belirli günlerde uygulanan PPD testinin istenmesi hasta ve takip eden primer hekim açısından alternatif doktor arayışlarını artırmaktadır. Sorun başka bir gün veya başka bir poliklinikte çözülmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Biyolojik ajan kullanılan hastalarda gelişebilecek infeksiyon hastalıkları nelerdir?
Kullanılan tedavi endikasyonları ve tedavi ajanlarına göre gelişebilecek infeksiyonlar ve sıklıklarında değişiklik söz konusu mudur?
Tedavi uygulanan hastalarda infeksiyon açısından takip süresi ne kadar olmalıdır?
Bu hastaların tedavi öncesi, tedavi süreci ve sonrasındaki infeksiyon takiplerinde kullanılan biyolojik ajanlar dikkate alınarak standart bir yaklaşım geliştirmek mümkün müdür?

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

S-14

Hematolojik Malignitelerin Tedavilerinde Kullanılan Yeni İmmünsüpresif Ajanlar Hastaların İnfeksiyon Riskinde Değişiklik Yaratıyor mu?

Zehra NARLI[1], Sinem CİVRİZ BOZDAĞ[1]

[1] *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara*

Soru(n)

Hematolojik malignitelerin tedavisinde kullanılan yeni immünsüpresif ajanlar infeksiyon riskinde artış sağlar mı? İnfeksiyon profilinde bir değişiklik beklenir mi?

Olay/Olgu

Hematolojik malignitelerin tedavisinde kullanılan kemoradyoterapiyle gelişen miyelosüpresyon ve mukozal hasarın hastalarda infeksiyon eğilimi yarattığı bilinmektedir. Yeni kullanılmaya başlanan monoklonal antikorlar veya hedefe yönelik ajanlar ile hücresel immünitede baskılanma gözlenir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu ajanlarla, viral infeksiyonlardan tüberküloz aktivasyonuna kadar çok geniş bir infeksiyon spektrumu gelişmektedir. Etki mekanizmaları gelişen infeksiyon profilini belirleyebilmektedir. Bu nedenle çoğu zaman tedavi sürecinde profilaksi gerekliliği doğmaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastalıklara veya ilaçların etki mekanizmalarına göre infeksiyon riskinde değişiklik gözlenir mi? Tedavi sürecinde profilaksi gerekir mi? Kök hücre nakli sürecinde durum farklı mıdır?

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

S-15

Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda Gelişen Dirençli Gram-Negatif Bakteri İnfeksiyonu ve Antibiyotik Karmaşası

Serpil MIZRAKÇI[1]

[1] *Özel Lara Anadolu Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Antalya*

Soru(n)

Yoğun bakımda yatan hastalarda gelişen dirençli gram-negatif bakteri infeksiyonu ve antibiyotik karmaşası.

Olay/Olgu

Elli üç yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası nedeniyle hastanemiz acil servisine getirildi. Yapılan tetkiklerde multipl kırık ve yaygın batın içi kanama tespit edilmesi üzerine hasta ameliyata alındı. Hastaya ampisilin-sulbaktam 4 x 1.5 g IV olarak başlandı. Postoperatif dönemde yoğun bakımda hastaya noninvaziv mekanik ventilasyon ile CPAP uygulandı. İkinci günde hasta dispne, taşikardi, hipotansiyon gelişmesi ve genel durumunun kötüleşmesi üzerine entübe edildi. Bilateral pnömotoraks saptanan hastaya toraks tüpü takıldı. Üçüncü gün hastanın ateşi 39°C, TA: 96/55 mmHg, nabız 100/dakika, kan gazında pH; 7.26, $PaCO_2$; 54, PaO_2; 51, SpO_2: 82 (FiO_2: 100) olarak gözlendi. Madde bağımlısı olduğu öğrenildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastadan kan, idrar ve derin trakeal aspirat (DTA) kültürü alındı. Tedavisi meropenem 3 x 1 g IV, vankomisin 4 x 500 mg IV başlandı. Hastanın DTA kültüründe karbapeneme dirençli, sefoperazon/sulbaktam ve amikozite duyarlı *Pseudomonas aeruginosa* üredi. Meropenem kesildi. Sefoperazon-sulbaktam 3 x 2 g IV, amikasin 1 x 1 g IV başlandı. Bilateral toraks tüpü olan, kan gazında; pH: 7.19, $PaCO_2$: 90, PaO_2: 121 (FiO_2: 100), HCO_3: 28, SpO_2: 85 olan hastaya steroid başlandı. Sefoperazon-sulbaktam/amikasin tedavisinin altıncı, vankomisin tedavisinin sekizinci gününde ateş 38.5°C oldu. Vankomisin kesildi, linezolid 2 x 600 mg IV başlandı. Yoğun bakım yatışının 10. gününde yoğun tıkaçları olan hastaya trakeostomi açıldı. On ikinci günde sağ toraks tüpü çekildi. Hastada tıkaçların devam etmesi, lökosit 25.100/mm^3 ve CRP > 320 olması üzerine, sefoperazon-sulbaktam + amikasin sekizinci günde kesildi. İmipenem 4 x 500 mg IV başlandı. İmipenem tedavisinin ikinci, linezolid tedavisinin yedinci gününde ateş 39°C oldu. Hastadan kan, DTA ve plevra sıvısı kültürü alındı. TPN, steroid kullanımı, cerrahi öyküsü olan hastaya invaziv kandida infeksiyonu düşünülerek anidulafungin 1 x 200 mg yükleme, idame 1 x 100 mg IV başlandı. Hastanın DTA ve plevra sıvısı kültüründe *Acinetobacter* spp. üredi. Tedaviye kolistin 300 mg yükleme, idame 2 x 150 mg IV eklendi. Yoğun bakım yatışının 30. gününde sol toraks tüpü çekildi. Hastaya imipenem 18, linezolid 22, kolistin 14, anidulafungin 24 gün verildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanın ateşinin 38.5°C olması, DTA kültüründe *Acinetobacter* üremesi, pnömonik infiltrasyonun devam etmesi üzerine sefoperazon-sulbaktam 3 x 1 g IV 14 gün daha verildi. Hasta mekanik ventilatörden ayrıldı, dekübit ülserlerine plastik cerrahi tarafından flep çevrildi ve taburcu edildi.

Dirençli gram-negatif bakteri infeksiyonları tedavisinde nasıl bir yol izlemeliyiz?

Pseudomonas-Acinetobacter döngüsünü kırmak için neler yapabiliriz?

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

S-16

Yoğun Bakım Standartları ve Yüksek Hastane İnfeksiyonu Oranları

Arzu ALTUNÇEKİÇ YILDIRIM[1], Yeliz ÇETİNKOL[2], Ali Seydi ALPAY[1]

[1] Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ordu
[2] Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ordu

Soru(n)

Yoğun bakımda fiziki alt yapının düzeltilmesi ve standardizasyonun sağlanması hastane infeksiyonu oranlarımızın azalmasını sağlar mı?

Olay/Olgu

Hastanemiz 273 yatak kapasiteli olup, genel yoğun bakım ünitesi (YBÜ) (dokuz yatak), cerrahi YBÜ (dört yatak) ve koroner YBÜ (dört yatak) olmak üzere üç YBÜ mevcuttur. Genel YBÜ ikinci basamak olarak tescilli olduğu halde bölgemizde yoğun bakım yatak ihtiyacının olması, sevk zincirindeki sorunlar gibi nedenlerle yatan hasta özellikleri ve devam eden hizmet açısından üçüncü basamak hizmeti verdiği görülmektedir. 16 Ağustos 2015 tarihli "Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" incelendiğinde ikinci basamak YBÜ'lerde her üç yatak için bir ventilatör bulunması gerekirken ünitemizde dokuz mekanik ventilatör mevcuttur. Çoğu zaman bu ventilatörlerin tümünde hasta izlenmekte ancak personel sayısı ikinci basamak hizmetiyle uyumlu şekilde üç yatağa bir hemşire şeklinde sürdürülmektedir. Hastane infeksiyonu oranları ve özellikle ventilatörle ilişkili pnömoni (VİP) oranlarının yüksek olması (%75 persentil) nedeniyle İnfeksiyon Kontrol Komitesi olarak çeşitli takip ve düzenlemeler yapmamıza rağmen oranlarda azalma sağlanamamıştır. YBÜ sorumlusu anestezi uzmanı arkadaşlarımızla yaptığımız toplantılarda alınmaya çalışılan önlemlere rağmen kontrol sağlayamamızda; ikinci basamak şartlarıyla üçüncü basamak yoğun bakım hizmeti verilmeye çalışılması en önemli gerekçe olarak ifade edilmektedir. Aynı zamanda yoğun bakım fiziki alt yapı yetersizlikleri mevcut olup, izolasyon odamızın bulunmaması da diğer olumsuz faktörler olarak değerlendirilebilir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İnfeksiyon Kontrol Komitesi ile olağan dışı bir toplantı yapılarak mevcut durum; VİP oranlarımızın yüksek olması, infeksiyon kontrol uygulamalarıyla ilgili eğitim, takip ve kontrol çabalarına rağmen başarılı olamadığımız ve çalışan sağlık personelinin uygulamalara uyumunda sorunlar olduğu ifade edildi. Bu durumun kontrolünü sağlayabilmek için bir yandan infeksiyon kontrol önlemlerinin sıkı şekilde uygulanmaya devam edilmesiyle birlikte fiziki alt yapı yetersizliklerinin bir an önce düzeltilmesi ve yoğun bakım standartları açısından donanım ve hasta takip kriterlerinin ikinci basamak veya üçüncü basamak gerekliliklerine göre yeniden düzenlenmesi talebinde bulunuldu.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

YBÜ'de yüksek hastane infeksiyonu oranlarını azaltmakta güçlük çekmemizde; mevcut YBÜ'nün verebileceği hizmet standartlarının üzerinde hasta izlenmesi etkili kabul edilebilecek bir parametre midir?
Yasal olarak yoğun bakımlar tescil durumlarına göre hasta takip ve sevk kurallarını uygulamalı mıdır?
İnfeksiyon Kontrol Komitesi fiziki koşullar düzeltilerek uygun hizmet sağlanana kadar yoğun bakım hizmetinin durdurulmasını önermeli midir?

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

S-17

Hastane Çalışanlarının İnfluenza Aşısına Yaklaşımlarının Araştırılması

Tuğba SARI[1], Fatih TEMOÇİN[2], Hatice KÖSE[2]

[1] Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Buldan/Denizli
[2] Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat

Soru(n)

Sağlık çalışanlarının influenza aşısıyla aşılanması hastalıktan korunmaları, hastalığı bulaştırmamaları ve iş gücü kaybının önlenmesi açısından önemlidir. Ancak her yıl ücretsiz aşı temin edilmesine rağmen aşılanma oranları istenilen seviyelerde değildir.

Olay/Olgu

Bu çalışma 2015 yılı içerisinde 230 sağlık çalışanının bulunduğu Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde sadece 10 personelin aşılanması nedeniyle, hastane çalışanlarının influenza aşılarına karşı tutumlarını saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışanların demografik özellikleriyle birlikte influenza aşısıyla ilgili dokuz soru yüz yüze görüşülerek anket formuna kaydedilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Çalışmaya alınan 115 kişiye influenza aşısı yaptırıp yaptırmadıkları sorulmuş ve katılanların sadece 5 (%4.3)'inin aşı yaptırdığı, 110 (%95.7)'unun aşı yaptırmadığı; bunlardan 59 (%51.3)'unun hayatı boyunca hiç aşı yaptırmadığı öğrenilmiştir. Çalışanların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. İnfluenza aşısı olmak istemeyenlerin en önemli nedenlerinin başında aşının gerekliliğine inanmama (%64.5) gelirken, diğer korunma yöntemlerini tercih etme (%40.9), yan etki profilinden korkma (%39.1) ve aşının yeterince denenmemiş olduğunu düşünme en sık verilen cevaplardı (Tablo 2). Bazı çalışanlar, sorulan sorulara ek olarak aşı yaptırmama gerekçelerini; doğal bağışıklığın daha etkili olduğunu düşünme, grip aşısının kanser yaptığını düşünme ve aşıların ticari çıkarlar için üretildiğini düşünme şeklinde açıklamışlardır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İnfluenza epidemik ve pandemik salgınlar şeklinde seyreden, pnömoni, otitis media, transplant alıcılarında rejeksiyon, miyokardit, perikardit, miyozit, glomerülonefrit gibi önemli komplikasyonları olan, oldukça bulaşıcı akut viral bir hastalıktır. İnfluenza ilişkili komplikasyonlar açısından riskli gruplar başta olmak üzere, altı aydan büyük tüm bireylere; bu viral hastalığın ve ağır komplikasyonların önlenmesi için yıllık influenza aşısı önerilmektedir. Yapılan çalışmalar mevsimsel influenzayı önlemek ve sağlık çalışanlarının aşılanmasıyla hastane kökenli influenza bulaşının önlenmesi için, en etkili stratejinin yıllık aşılama olduğu yönündedir. Tüm Avrupa'da sağlık çalışanlarına aşı önerileri yapılmaktadır ve tüm çalışmalara rağmen bu ülkelerde bile aşılanma oranları %40'larda kalmaktadır. Bizim çalışmamızda ise aşılanma oranı %4.3 olarak çok düşük seviyede bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına zorunlu aşılama politikaları henüz yaygın değildir. Tüm sağlık çalışanları yerine, duyarlı hastalara hizmet verenlere aşılamanın zorunlu hale getirilmesinin pratikte daha kolay uygulanabileceği düşünülmektedir. Aşının gerekliliğine inanmama, diğer korunma yollarını tercih etme, aşının yeterince denenmemiş olduğunu düşünme, yan etki profilinden korkma, grip hastalığının riskli bir hastalık olduğunu düşünmeme, sağlık çalışanlarının aşılanmaya yönelik davranışlarını negatif yönde etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarını bilgilendirici ve aşılanmaya teşvik edici faaliyetlerin tartışılması istenmektedir.

Tablo 1. Ankete katılan Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi çalışanlarının demografik özellikleri

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	77	67
Erkek	38	33
Meslek		
Doktor	13	11.3
Yardımcı sağlık personeli*	67	58.3
Diğer sağlık personeli**	22	19.1
Şirket personeli***	13	11.3
Yaş		
19-29 yaş	29	25.2
30-39 yaş	52	45.2
40-49 yaş	31	27
50 yaş ve üzeri	3	2.6
Çalışılan bölüm		
Acil servis	16	13.9
Poliklinikler	32	27.8
Servisler	35	30.4
İdari birimler	20	17.4
Yoğun bakım	1	0.9
Ameliyathane	5	4.3
Laboratuvar	6	5.2

* Hemşire, acil tıp teknisyeni, laborant, sağlık teknikeri.
** İdari bölümlerde çalışan memur ve teknik servis elemanları.
*** Temizlik şirketi, güvenlik, yönlendirme.

Tablo 2. Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi çalışanlarının influenza aşısı yaptırmak istememe nedenleri

Aşı yaptırmak istememe nedenleri	Sayı	%
Yan etki profilinden korkma	43	39.1
Aşının gerekliliğine inanmama	71	64.5
Aşının yeterince denenmemiş olduğunu düşünme	43	39.1
Grip hastalığının riskli bir hastalık olduğunu düşünmeme	38	34.5
Enjeksiyondan korkma	13	11.8
Aşının grip yaptığına inanma	30	27.3
Gripten antibiyotikle korunabileceğini düşünme	18	16.4
Diğer korunma yollarını tercih etme	45	40.9
Kişisel inançlar	6	5.2

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

S-18

Aşı Sonrası Yan Etki Yönetimi Nasıl Olmalı?

Nuran SARI[1], Özlem KÖSEOĞLU[1]

[1] *Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Aşılar oldukça güvenilir ürünler olmakla birlikte nadir olarak önemli ve istenmeyen yan etkiler gözlenebilmektedir. Kuduz aşısı sonrası gelişen yan etki yönetimi paylaşılmıştır.

Olay/Olgu

On yaşında erkek hasta el sırtından sokak kedisi tarafından tırmalanma sonrasında ailesi tarafından acil servise başvuruyor. Yara bakımı, tetanoz sorgulaması (çocukluk aşıları tam olması nedeniyle tetanoz aşısı yapılmıyor) ve kuduz profilaksisi (beşli aşılama) başlatılıyor. Aşı yapıldıktan bir saat sonra tüm vücutta kasılma, görme kaybı, nefes darlığı ile acil servise tekrar getirilen hastanın diazepam, IV hidrasyon, oksijenasyon, antihistaminik ve steroid destek tedavisiyle yakınmaları geriliyor. Daha önce bu tür yakınmaları olmayan hasta çocuk nörolojisi tarafından değerlendirilerek, hastaya kraniyal manyetik rezonans (KMR) inceleme ve elektroensefalografi (EEG) planlanıyor.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın tetkikleri sürerken onuncu günde infeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Hastaya immünglobulin, uygulama süresi (yedinci gün) geçtiği için yapılamıyor. Aşı yan etki bildirim formu doldurularak Sağlık Müdürlüğü ve Bulaşıcı Hastalıklar Birimi ile görüşülüyor. Aşı takvimine devam etmek konusunda kararsız kalınıyor. Başka marka veya tür aşı temin edilemiyor. Çocuk nörolojisinin planladığı tetkikler sonuçlanana kadar profilaksi erteleniyor. Tetkikler normal saptanıyor ve bu süre içerisinde ısıran kedinin de görülmesi üzerine profilaksi sonlandırılıyor.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Aşıya bağlı hipersensitivite reaksiyonları genellikle tekrarlayan dozlarda ortaya çıkar. Anafilaksi ve şiddetli allerji durumları dışında gerekli önlemler alınarak aşılamaya devam edilir. Anafilaksi durumunda başka bir hücre kültürü aşısı uygulaması tercih edilir. Başlanmış aşılamaya gerekli önlemler alınarak, acil koşullarda başka bir marka ve tür hücre kültürü aşısıyla devam edilebilir.

Hastayı ısıran kedinin bulunmasıyla profilaksi sonlandırılmakla birlikte, kedi bulunamaması durumunda ciddi bir anafilakside yaklaşımlar konusunda neler yapılabilirdi?

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

S-19

Ankara'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Erişkin Aşılamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları

F. Nur BARAN AKSAKAL[1], Asiye UĞRAŞ DİKMEN[1], Cemal KOÇAK[1], Berhiv ALTUN[1], Erkan BÜYÜKDEMİRCİ[1]

[1] Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilebilmesi ve toplumun sağlığının iyileştirilebilmesi için; önlediği hastalık yükü düşünüldüğünde, erişkin aşılaması önemli uygulamalardır. Bu konuda programların uygulanabilmesi için toplumun erişkin aşılaması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları saptanmalıdır.

Olay/Olgu

Bu çalışma, 15 Mayıs 2015-30 Haziran 2015 tarihleri arasında Ankara ilinde Gölbaşı, Sincan, Etimesgut ve Yenimahalle ilçelerinde sekiz farklı aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üstü kişilerin katılımıyla yürütülmüş kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın yapılacağı tarihten bir hafta önceki periyotta araştırma yapılacak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş üstü kişi sayısı 3592 olarak belirlenmiş ve %50 bilinmeyen sıklık alınarak, %2 sapma ve %95 güven aralığında 1440 kişiye ulaşılması hedeflenmiş ve 1401 kişiye ulaşılmıştır. Evren büyüklüğü örneklem büyüklüğüne bölünerek (3592/1440= 2.5) sağlık kurumuna başvuran her üçüncü kişi araştırmaya alınmıştır. Veri kaynağı olarak 56 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Araştırma verisi SPSS 21.0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ± standart sapma, ortanca (min, maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak Pearson ve Yate's düzeltmeli ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p< 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 40.0 ± 15.6 yıldır. %55.6'sı kadın, %67.3'ü evlidir. %29.5'i ilköğretim, %36.4'ü lise, %28.8'i yükseköğrenim/üniversite mezunudur. %27.9'u ev hanımı, %23.8'i memur, %11.3'ü işçi, %12.2'si emekli, %12.0'si öğrenci, %6.4'ü işsizdir. %7.7'sinin aylık toplam geliri 1000 liradan düşük, %8.9'unun 5000 liradan yüksektir. En çok kişi 2001-3000 TL gelir grubundadır (%35.1).

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Katılımcıların %50.5'i 18 yaş üstü kişilere aşı yapılmasının gerekli olduğunu, %39.6'sı bilmediğini, %9.9'u gerekli olmadığını belirtmiştir. Gerek duymayanların %39.5'i yan etkilerinin fazla olduğunu, %27.5'i faydasına inanmadığını belirtmiştir. On sekiz yaş üstü kişilere neden aşı yapıldığı sorulduğunda %65.3'ü hastalıkları, %28.3'ü hastalıkların bulaşmasını, %8.6'sı ölümleri, %7.5'i sakatlıkları önlemek yanıtlarını vermiştir. Hangi aşıların erişkinlere yapıldığını katılımcıların %43.5'i bilmektedir. En çok bilinen %72.7 ile influenza olmuştur. Onu %70.0 ile tetanoz-difteri, %50.4 ile hepatit B takip etmektedir. Katılımcıların %45.1'i 18 yaşından sonra aşı yaptırdığını söylemiştir. Yaptırılan aşılar tetanoz-difteri (%36.4), influenza (%35.2), hepatit B (%12.3) şeklindedir. Çalışmaya katılanların %24.4'ü son beş yıl içerisinde grip aşısı olmuştur. Katılımcıların %62.2'si grip aşısının kimlere önerildiğini bilmemektedir. Katılımcılara gebelikte aşı yapılıp yapılmadığı sorulduğunda %32.3'ü evet, %16.7'si hayır, %51.0'i fikrim yok demiştir. Katılımcıların %62.5'i erişkin aşıları konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmektedir. Aşılar konusunda bilgilerini %52.6'sı tv-gazete-dergiden, %37.5'i arkadaş-komşudan, %30.2'si doktordan edinmiştir. Bilgiyi nereden edinmek istersiniz sorusuna %88.0'i doktor, %25.4'ü ebe/hemşire, %24.3'ü tv-gazete-dergi demiştir.

Erişkin aşılamasını bilme yönünden kadın-erkek ($p= 0.267$) ve evli-bekar ($p= 0.674$) olanlar arasında anlamlı fark yoktur. Oysa öğrenim durumu ve gelir arttıkça erişkin aşılamayı bilme sıklığı anlamlı artış göstermiştir ($p< 0.001$). Ev hanımlarının %33.6'sı, memurların %63.9'u, işçilerin %30.1'i, emeklilerin %43.8'i, öğrencilerin %51.2'si, işsizlerin %37.1'i erişkin aşılamayı bilmektedir ($p< 0.001$).

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

On sekiz yaşından sonra aşı yaptırma durumuna bakıldığında cinsiyet (p= 0.728) ve medeni durum (p= 0.347) yönünden anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Öğrenim durumu ve gelir arttıkça erişkin dönemde aşılanma da artmaktadır (p< 0.001). Ev hanımlarının %35.6'sı, memurların %64.5'i, işçilerin %38.7'si, emeklilerin %46.2'si, öğrencilerin %39.5'i, işsizlerin %29.2'si erişkin dönemde aşı yaptırmıştır (p< 0.001). Aşıları bilme ve yaptırma sıklıklarının işsizlerden memurlara doğru artış göstermesi artan eğitim düzeyi ile ilişkili olabilir.

On sekiz yaş üstü hangi hastalıklara karşı aşı yapıldığını bilmeyenlerin %23.8'i 18 yaşından sonra aşı yaptırmışken, bilenlerde bu sıklık %71.9'dur (p< 0.001). Grip aşısının kimlere önerildiğini bilmeyenlerin %29.5'i, bilenlerin %70.5'i erişkin dönemde en az bir kez grip aşısı yaptırmıştır (p< 0.001). Aşının nerede yapıldığını bilmeyenlerin %9.1'i, bilenlerin %31.2'si erişkin aşısı yaptırmıştır (p= 0.008). Erişkin aşısı konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmeyenlerin %33.1'i, düşünenlerin %65.3'ü erişkin aşısı yaptırmıştır (p< 0.001).

Gebelik, askerlik, yaralanma, seyahat gibi zorunlu hallerde yapılan aşılamalar dışında halkımızın korunmak amacıyla aşı yaptırmadığı ve bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Bu konuda bilgiyi doğru yerde aramadıkları da görülmüştür. Pediatrik yaş grubunda uygulanan aşı takvimine benzer bir uygulamanın erişkinler için de yürürlüğe konması ve önleyici-koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi erişkin aşılanma hızlarını yükselterek bu yaş grubunda görülen aşıyla korunulabilir hastalık sıklıklarını azaltacaktır.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

S-20

İleri Yaş ve İmmünsüprese Hastalarda Herpes Zoster Aşıları Kullanılmalı mıdır?

Büşra ERGÜT SEZER[1]

[1] *Çorlu Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çorlu, Tekirdağ*

Soru(n)

İleri yaş ve immünsüprese hastalarda zona zoster infeksiyonları.

Olay/Olgu

Seksen yaşında erkek hasta sırtında ve sol yan kısmında şiddetli ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde, sol aksiller bölgeden torakolomber bölgeye ve sol toraksa doğru uzanım gösteren veziküler döküntülerle karakterize yaygın lezyonları mevcuttu. Hasta varisella zoster tanısı ile hastaneye yatırıldı.

Altmış yedi yaşında kadın hasta. Meme kanseri nedeniyle bir yıl önce bilateral mastektomi yapılmış. Operasyon sonrası dört kür kemoterapi almış. En son iki hafta önce kemoterapi alan hasta halsizlik, gluteal bölgede ağrı ve kaşıntı şikayetiyle polikliniğe başvurdu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Seksen yaşında, sırtında ve sol yan kısmında şiddetli ağrı şikayeti olan erkek hasta varisella zoster tanısıyla hastaneye yatırılarak asiklovir 3 x 10 mg/kg tedavisi başlandı. Yaygın lezyonları mevcut olan hastaya malignite açısından tarama yapıldı. Yapılan tetkiklerde malignite tespit edilmedi. Hastanın mevcut tedavisi 10 güne tamamlanarak taburcu edildi. Taburculuk sonrası, iki hafta sonra çok şiddetli ağrı şikayetiyle tekrar polikliniğimize başvurdu. Postherpetik nevralji ön tanısıyla nöroloji bölümünden konsültasyon istendi. Hastaya gabapentin tedavisi başlandı. Ancak gabapentin tedavisinden fayda görmeyen hasta algoloji bölümüne sevk edildi.

Altmış yedi yaşında kadın hastanın muayenesinde bilateral gluteal bölgesi lateral kısımdan lumbosakral bölgeye doğru uzanan veziküler döküntülerle karakterize lezyonlar tespit edildi. Varisella zoster tanısıyla hastaya yatış önerildi. Ancak hasta yatışı kabul etmeyince hastaya valasiklovir 3 x 1000 mg tedavisi başlandı. Cildiye bölümüne konsültasyon istenilerek, lokal tedavisi düzenlendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Varisella zoster virüsü çocukluk çağında su çiçeği tablosu ve latent virüsün reaktivasyonuyla ileri yaşlarda zonaya neden olur. Hücresel bağışıklığın azalmasıyla ve yaşlılıkta sıklığı artar. Zonanın görülmesi klinik doğru tanı için yeterlidir. İnfeksiyon hepatite, pnömoniye ve santral sinir sistemi komplikasyonlarına da neden olabilir. Daha nadir olarak hemorajik komplikasyonlar, nefrit, artrit, miyokardit, perikardit, pankreatit ve orşit de görülebilir. Varisella immünsüprese hastalarda dissemine infeksiyon gibi daha ağır komplikasyonlara neden olur. Ayrıca, hayat kalitesini kötü yönde etkileyen ve sıklıkla 60 yaş üstü hastalarda görülen, uzun süre devam eden, postherpetik nevralji önemli bir sorun oluşturmaktadır. İleri yaş ve seçilmiş gruplarda hayat kalitesini artırmak ve dissemine komplikasyonların önlenmesi için herpes zoster aşısı yapılmalı mıdır?

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

S-21

Çocuklarda Okulda Uygulanan Dabt-IPA Aşısı Sonrasında Gözlenen Hafif Şiddetteki Yan Etkiler

Melda ÇELİK[1]

[1] *Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Aşılar yıllardır bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde kullanılmakta ve çok güvenilir oldukları bilinmektedir. Çocukluk çağı aşılarının kendi özellikleri ve bileşenlerine bağlı olarak ortaya çıkan yan etkiler genellikle hafiftir. Ciddi yan etkiler ise oldukça nadir görülmektedir. Burada ülkemizde 2010 yılından bu yana çocukluk çağı aşı takviminde ilköğretim 1. sınıfta uygulanmakta olan DaBT-IPA aşısına bağlı üçü lokal reaksiyon, ikisi lokal reaksiyona ateşin de eşlik ettiği hafif derecede aşı yan etkisi olarak değerlendirdiğimiz yedi hastayı sunduk.

Olay/Olgu

Yaşları 5 yaş 10 ay-7 yaş 4 ay arasında değişen, ilköğretim 1. sınıfa devam eden 7 hasta, okulda dörtlü karma (DaBT-IPA) aşısı olduktan 2-5 gün sonra aşının yapıldığı sol kollarında şişlik, kızarıklık, ağrı ve ateş şikayetiyle Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Polikliniğine başvurdu. Başvuran hastalar ilk değerlendirmeleri yapıldıktan sonra bölümümüze (çocuk infeksiyon hastalıkları) refere edilmişti. Fizik muayenelerinde iki hastanın 38°C'yi geçen ateşi mevcuttu. Tüm hastaların sol kol deltoid bölgesinde en büyüğü 6 x 5 cm, en küçüğü 4 x 3 cm boyutlarında şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve hassasiyet mevcuttu. Hastaların diğer fizik muayene bulguları doğaldı. Hastalarda DaBT-IPA aşısına bağlı meydana gelmiş lokal aşı reaksiyonu düşünüldü. Hastaların çocuk acil polikliniğinde yapılmış olan tetkiklerinde beyaz küre sayıları 10.000-18.000/µL, trombosit sayıları 209.000-327.000/µL, CRP 0.16-2.2 (0.5-1) mg/dL değer aralıklarındaydı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne aşı sonrası istenmeyen etki bildirimi yapıldı. Hastaların aileleri konuyla ilgili bilgilendirildi. Hastalara bol oral sıvı verilmesi, günde 3 kez %70'lik alkolle ıslatılmış gazlı bez ile 20 dakika süreyle pansuman ve düzenli oral parasetamol kullanımı önerildi. Hastalar 3 gün sonra kontrole çağrıldı. Kontrolde tüm hastaların kollarındaki şişlik ve kızarıklıkta belirgin gerileme olduğu ve ateşlerinin düştüğü gözlendi. Parasetamol kullanımının kesilmesi, pansumana devam edilmesi önerildi. Hastaların bir hafta sonraki kontrollerinde bulguların tamamen kaybolduğu gözlendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Aşı sonrası istenmeyen etkiler aşının bir seferde gerekli dozdan fazla uygulanması, yanlış aşı uygulaması, aşının yanlış yere (gluteal vb.) ya da yanlış teknikle (IM, subkütan vb.) aşı uygulanması, steril olmayan enjektör ve iğne kullanılması, yanlış sulandırıcı veya yanlış miktarda sulandırıcı kullanılması, aşının yanlış hazırlanması, aşı ya da sulandırıcı yerine farklı madde (ilaç) kullanılması, kontamine aşı ya da sulandırıcı kullanılması ve aşının yanlış depolanması, yanlış taşınması gibi nedenlerle meydana gelebilir. Çocukluk çağı aşılarına bağlı ortaya çıkan yan etkiler genellikle hafif olmakla beraber nadiren ciddi de olabilir. Sunduğumuz olgularda hafif yan etkiler mevcuttu. DBT aşısı sonrası çoğunlukla boğmaca bileşenine bağlı olarak ortaya çıkan, olgularımızda olduğu gibi ağrı, şişlik, kızarıklık gibi lokal reaksiyonlar %50, 38°C'yi geçen ateş %50, huzursuzluk, kırgınlık ve sistemik belirtiler (ishal, baş ağrısı ve /veya kas ağrısı) de yaklaşık %50'ye varan oranlarda görülebilmektedir. Olgularımızda olduğu gibi lokal reaksiyonlarda enjeksiyon yerine %70 alkollü soğuk uygulama, bol sıvı alımı, ateş ve ağrının hafifletilmesi için parasetamol türevi ağrı kesici-ateş düşürücü kullanımı önerilir. Ateş, huzursuzluk, kırgınlık ve hafif sistemik belirtilerde bol sıvı alımı ve parasetamol kullanımı önerilir. Hafif yan etkiler kısa sürelidir, genellikle 3-7 gün içinde tamamen düzelir. DBT aşısının boğmaca bileşenine bağlı olarak görülebilen nadir ve ciddi yan etkiler ise 3 saatten uzun süren durdurulamayan ağlama, nöbet geçirme, hipotonik hiporesponsif atak, anafilaksi, şok, ensefalopati ve ensefalittir. Özellikle enjeksiyon yerinde apse, lenfadenit, ciddi lokal reaksiyon ve yukarıda sayılan ciddi reaksiyonlar geliştiğinde hastaların tedavileri başlatılması veya gerekirse sevk edilmesi ve ardından İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde konuyla ilgili sorumluya bildirimde bulunulmalıdır. Bu şekilde aşı sonrası istenmeyen etkilerin izlemi, bunlara yol açmış olabilecek hataların tespiti ve ortadan kaldırılabilmesi için gerekli girişimlerde bulunulabilmesi mümkün olabilmektedir.

POSTERLER

Diyabetik Ayak İnfeksiyonları *P-001*

Sepsis *P-002*

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği *P-003/P-019*

HIV/AIDS *P-020/P-075*

Viral Hepatitler *P-076/P-095*

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar *P-096/P-106*

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları *P-107/P-141*

Pediatriden Geriatriye 1. Basamakta
Sık Rastlanan İnfeksiyon Hastalıkları *P-142/P-144*

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap *P-145/P-158*

Diğer İnfeksiyonlar *P-159/P-210*

P-001

Diyabetik Ayak İnfeksiyonları

Morganelle morganii Üremesi Olan Diyabetik Ayak İnfeksiyonu Olgusunda Tedavi ve İzlem Esnasında Yaşanılan Zorluklar

Adem KARA[1], Münire IŞLAK DEMİR[2], Çiğdem KADER[2], Ayşe ERBAY[2]

[1] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat*

[2] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*

Soru(n)

Diyabetik ayak infeksiyonu olan hastaların tedavi, izlem ve takibinde yaşanılan sorunlar.

Olay/Olgu

Yetmiş iki yaşında kadın hasta, DM + ASKH + HT + Tinea pedis/unguim + diyabetik ayak infeksiyou tanılarıyla izlenmekte. Sol ayak ikinci parmağındaki yarasından alınan kültürde *Morganella morganii* subsp. *sibonii* üremesi tespit edildi. Antibiyogram duyarlılık sonucunda; sefoksitin, seftriakson, seftazidim, sefepim, piperasilin-tazobaktam, ertapenem, meropenem, amikasin, gentamisin, siprofloksasin, trimetoprim-sülfametoksazole duyarlı, amoksisilin-klavulanik asit, sefuroksim, sefuroksim aksetil, ampisiline dirençli görünmekteydi. Gram boyama sonucunda bol miktarda polimorfonükleer lökosit ve gram-negatif basil görüldü. WBC: 13.760/mm^3, %67 PMNL, CRP: 58.9 mg/L, sedim: 74 mm/saat, BFT ve KCFT normal, LDH: 210 IU/L, albumin: 3.9 g/dL tespit edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya diyabetik ayak infeksiyonu ön tanısıyla aspirasyon kültürü alındıktan sonra ampirik olarak ampisilin-sulbaktam 4 x 1 g IV infüzyon tedavisi başlandı. Kültür antibiyogram sonucunda *M. morganii* subsp. *sibonii* üremesi tespit edildi ve antibiyogram sonucuna dayanılarak ampisilin-sulbaktam tedavisi kesilerek, piperasilin-tazobaktam 3 x 4.5 g IV infüzyon tedavisi başlandı. Kemik ve eklem infeksiyonu açısından görüntüleme yöntemleriyle tetkik edilen hastada osteomiyelit lehine bulgu saptanmadı. Tinea pedis/unguim tanısı mevcut olan hastanın bu infeksiyonuna yönelik antifungal tedavisi planlandı. İnsülin tedavileri endokrinoloji bölümünün önerileri doğrultusunda düzenlendi. Antibiyotik tedavisi ve yara bakımı sonrasında lökosit, CRP ve sedimentasyon değerleri normal sınırlara gerilemişti. Antibiyotik tedavisinin 14. gününde hastanın taburculuğu yapıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bizim olgumuzda diyabetik ayak infeksiyonunu yönetmek hasta ve yakınlarıyla kooperasyon kurmak açısından oldukça zor olmuştur. İnfeksiyon etkeninin üretilmiş olması ve etkene yönelik tedavi başlanmış olmasına rağmen hasta ve yakınlarıyla kooperasyonun tam kurulamaması, hastanın il merkezine uzak bir ilçede oturuyor olması, refakatçi bulunamaması gibi sosyal nedenlerden dolayı hastanın hastanede yatarak tedavi almak istememesi, ancak taburcu olması durumunda kendi ayak bakımını sağlayamayacak kadar düşkün olması ve yakın çevresinden destek göremeyecek olması gibi nedenlerden ötürü diyabetik ayak infeksiyonunun tekrarlayacağı düşüncesini taşımaktayız. Bu konuda birinci basamak hekimliğinde özellikle diyabetik ayak eğitimi için nasıl/ne şekilde faydalı hizmet sağlanabilir? Bu konunun tartışmaya açılması gerektiğini düşünüyoruz.

Sepsis

P-002

Sepsis ile Komplike Olan Ludwig Anjini

Ömer KARAŞAHİN[1]

[1] *Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Erzurum*

Soru(n)

Sepsis takibinde disiplinler arası uyum ve farkındalık yeterli mi?

Olay/Olgu

R.K. bilinen hastalığı olmayan, 28 yaşında, erkek hasta. On gün önce yapılan diş çekimini takiben gelişen ateş yüksekliği, yutma ve konuşma güçlüğü, ağzını açamama ve boyunda şişlik yakınmalarıyla hastanemiz acil servisine cezaevinden sevk edildi. Fizik muayenede genel durumu orta, ateş: 38.5°C, nabız: 135/dakika, TA: 100/60 mmHg, solunum: takipneik ve 32/dakika idi. Ağız muayenesinde diş hijyeni bozuk ve fetor orisi vardı. Orofarenks tam değerlendirilemedi. Boyun submandibuler bölge ödemli ve hassastı. Akciğer sesleri derinden gelmekteydi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 29.000/mm^3, Hb: 15.4 g/dL, PLT: 88.000/mm^3, kreatinin: 1.56 mg/dL, INR: 2.2, BUN: 65 mg/dL, total bilirubin/direkt bilirubin 4.12/3.18 mg/dL bulundu. Hasta yoğun bakım ünitesi ve KBB bölümlerine danışılmıştı. Yoğun bakım ünitesi mekanik ventilasyon ihtiyacı olmaması, KBB ise ateş yüksekliği olması nedeniyle tarafımızca değerlendirilmesi önerilerinde bulunmuştu. Acil servise girişinin yedinci saatinde infeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hasta servise yatırılarak kan kültürü alındı. Seftriakson, metronidazol ve daptomisin tedavisi başlandı. Agresif sıvı replasmanı yapılarak, monitörize edildi. Boyun ve toraks BT çekildi. KBB tarafından tekrar değerlendirildi. BT raporuyla danışılması önerildi. Yatışının ikinci gününde; genel durumu kötü, ateş: 39°C; nabız: 120/dakika, TA: 110/60 mmHg, solunum: 34/dakika, SaO_2: %85 idi. Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 14.4 g/dL, WBC: 18.210/mm^3, PLT: 48.860/mm^3, CRP: 36.8 mg/dL, laktat: 6.4 mg/dL, PaO_2: 55.1, BUN: 77.3 mg/dL, kreatinin: 1.60 mg/dL, total bilirubin/direkt bilirubin: 6.28/4.12 mg/dL, AST: 274 µL; ALT: 141 µL saptandı. BT raporunda boyun cilt-cilt altı dokularda, kas planları arasında, mediastinal alanda serbest hava ve sol submandibuler-submental seviyede 5.5 x 6 cm ebatlı hava-sıvı seviyelenmesi gösteren alan izlenmekteydi. Boyun ve toraks BT raporları ile KBB ve göğüs cerrahisine tekrar danışıldı. Antibiyotik tedavisinin devamı önerildi. Yatışının üçüncü gününde; genel durumu kötü, bilinci konfüze, ateş yüksekliği devam ediyordu. Oksijensiz SaO_2: %70, PaO_2: 45, ortalama arteryel basınç: 55 mmHg olan hasta septik şok ön tanısıyla yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatör ve vazopresör tedavi desteği vermek amacıyla yatırıldı. Trakeostomi ve eş zamanlı acil şartlarda boyun ve mediastenden apse drenajı ve debridman yapıldı. Apse kültüründe, kan kültürlerinde bakteri üremesi olmadı. Yoğun bakım yatışının ikinci hastaneye yatışının beşinci gününde hasta kaybedildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ludwing anjininin mortalitesi %8-9 olarak bildirilmektedir. En önemli komplikasyonlarının ampiyem, mediastinit, asfiksi ve sepsis olduğu bilinmektedir. Mortaliteyle sonuçlanan olgumuz beraberinde bazı soru(n)ları ortaya çıkarmıştır.

Başvurusunda sepsis tanı kriterlerini karşılayan olgumuzda acil servis şartlarında sepsis sağkalım kapsamında başlangıç resüsitasyon önerileri ne ölçüde gerçekleştirilebilir? Sepsis ön tanılı hastaların takip ve tedavisi yoğun bakım dışında yapılabilir mi? İnfeksiyon kaynak kontrolünde süre ne olmalı ve sepsis kılavuz önerilerinde belirtilen sürelerde kaynak kontrolü sağlanabilir mi? İnfeksiyon odağının tespiti ve infeksiyon kaynağının kontrolünde gerekli olan multidisipliner yaklaşım ve sepsis farkındalığı nasıl sağlanır?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-003

Tüberküloz

Seval BİLGİÇ ATLI[1]

[1] *Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Diyarbakır*

Soru(n)

Tüberküloz tanısı.

Olay/Olgu

Tüberküloz tanısında en primer ve sık yapılan basit işlemlerde bile ne yazık ki çok fazla sorunla karşılaşabilmekteyiz. Hastanemiz göğüs hastalıkları servisinde yatmakta olan pulmoner tüberküloz ön tanılı hastaların balgam ve BAL örneklerinde ARB bakılması konusunda sorun yaşanmaktadır. Mikrobiyoloji laboratuvarı rutin olarak EZN ile ARB bakılması tetkiklerini "ARB görülmedi" şeklinde sisteme otomatik olarak aktarmaktadır. ARB bakılması görevi bizzat mikrobiyoloji hekimlerince yapılmamakta ve ne yazık ki bu konuda oldukça tecrübesiz olan personele bırakılmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Direkt olarak sözel yolla mikrobiyoloji hekimleriyle ve hastane idaresiyle görüşüldü. Mikrobiyoloji hekimleri özellikle kuvvetle şüphe edilen olgularda birebir telefon görüşmesi yapılmasını önerdi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Şüpheli tüberküloz hastalarında mikobakteri kültürü ve tüberküloz PCR geç sonuçlandığı için ARB bakısı büyük önem taşımaktadır. ARB bakısı hekimler tarafından yapılmalıdır. Rutin hayatımızda basit gibi görünen ama hayati önem arz eden bu konuda nasıl bir yol izlenmelidir?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-004

Çalıştığım Testlerin Güvenirliliği Önemli! DKD Programlarına Katılım Maliyetli! Çözüm: Ulusal Dış Kalite Değerlendirme Programı

Serap SÜZÜK[1], Umut BERBEROĞLU[1], Banu YÜCESAN[1], Salih ALTINOK[1], Selçuk KILIÇ[1]

[1] Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarı Daire Başkanlığı, Dış Kalite Değerlendirme Birimi, Ankara

Soru(n)

Mikrobiyoloji laboratuvarlarında çalışılan testlerin güvenirliliğinin artırılması önemlidir. Ne var ki bazen klinisyenlerin laboratuvarların çalıştığı testlere karşı güven düzeyi düşük olabilir. Klinik laboratuvarı test sonuçlarının doğru ve güvenilir testler olduğunu kanıtlamalıdır.

Olay/Olgu

Klinisyenler sonuçlarımızın güvenilir olmadığını vurguluyorlar. Bu konuda kanıta dayalı veri sağlamak önemlidir. Kanıta dayalı veri sağlamada, dış kalite değerlendirme (DKD) programları ve iç kalite kontrol çalışmaları birinci sırada gelir. Dış Kalite Değerlendirme Programlarına tüm test parametreleri için katılım sağlamak maliyeti artırmaktadır. Ancak hasta güvenliği için laboratuvarların kendi sonuçlarının doğruluğunu göstermeleri gerekmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Birçok mikrobiyoloji laboratuvarı benzer sorunlarla karşılaşmakta ancak özellikle hastane yöneticileri maliyetleri artırmasından dolayı kalite kontrol çalışmalarını yapmamayı tercih etmektedirler. Ayrıca, laboratuvarların katıldığı birçok DKD programları ülke önceliklerimizi ve ihtiyaçlarımızı ortaya koymaktan uzaktır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülkemizin ihtiyaçlarını önceleyen ve maliyeti düşük bir dış kalite kontrol programının alt yapısı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından oluşturulmuştur. Klinik kültür ve seroloji klinik dışı su örnekleri çevrimleri 2016 yılında gerçekleştirilecektir. Bu yapıda hazırlanan örnekler simüle örnekler olup, örneklerin her birisi hikayesiyle birlikte gönderilecektir. Sistemin simüle örnek göndermesindeki amaç preanalitik, analitik ve postanalitik süreç bütünlüğünün değerlendirilmesidir. Simüle örnekler klinikten gelen örnekler şeklinde değerlendirmeye alınacak, çalışılacak ve ülke ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde raporlanma sürecini içerecektir. Panik değer niteliğindeki sonuçların bildirim mekanizmaları sistem tarafından sorgulanacaktır. Sistem bu yönüyle de eğitim niteliği taşıyacaktır. Sonuçların gönderilmesi web tabanlı bir sistem üzerinden yapılacak ve raporlar da elektronik olarak katılımcılara gönderilecektir. Sistem, ISO 15189 Standardı ile akredite Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarı Daire Başkanlığı bünyesindeki Dış Kalite Değerlendirme Birimi tarafından yürütülecektir. Sistem aynı zamanda hastaneler ve halk sağlığı laboratuvarlarının kalite kontrol çalışmalarındaki maliyetleri de düşürmeyi hedeflemektedir.

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-005

İnfluenza Hızlı Antijen Testleri Gerekli mi?

Uğur KOSLAKOĞLU[1], İlknur ESEN YILDIZ[1], Ayşe ERTÜRK[1], Emine SÖNMEZ[1]

[1] Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize

Soru(n)

İnfluenza epidemi döneminde ayaktan ve yatan grip şüpheli hastaların influenza hızlı antijen testleri istemesi.

Olay/Olgu

Hastanemizde genellikle influenza epidemi döneminde polikliniklerde ve kliniklerde orta ve ciddi olguların kabulünde artış oldu. İnfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere özellikle çocuk hastalıkları poliklinikleri ve servislerinde hasta bakım ve destek hizmetlerinde yetersizliklerle karşılaşıldı. Çoklu odalarda hasta takibi yapılması gerekti. Yatması gereken hasta ve yakınları (özellikle hasta çocukların anneleri) tanısı konulmamış başka bir hastanın yanına yatmakta sorun yaşattı. Tanının bir an önce konulmasını istediler. İnfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından izolasyon şartlarının yetersizliği gözlendi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Yatış gerektiren risk grubu hastalar çoğunlukla immünsüpresif olabilmektedir. Bulaş önlemlerinin hassasiyetini artırmak için en azından aynı mikroorganizmayla infekte hastaların birlikte izolasyonunu sağlamak gerekir. Bu konuda etkili yaklaşımlardan birinin de influenza hızlı antijen testlerini kullanmak olduğunu düşündük. Ayrıca perifer illerde hastalardan alınan örneklerin merkezi bölgesel laboratuvarlara ulaştırılması ve sonuçların alınması tecrübelerle en az dört gün sürmektedir. İnfluenza hızlı antijen testlerinin hastaların izolasyonunda, takip ve tedavisine katkıda bulunabileceği düşünüldü. Belirtilen testlerin alınması konusunda yetkili mercilere (hastane yöneticisi ve İl Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine) başvuruldu. Yöneticiler Sağlık Bakanlığı Grip Kurulunun konuyla ilgili bir düzenlemesi bulunduğunu hatırlatarak, influenza hızlı tanı testlerine ihtiyaç olmadığını bildirdiler.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hızlı tanı testlerinin geliştirilme amacı hasta tanı-takip ve tedavisinde kolaylık sağlanmasıdır. Bulaştırıcılığın yüksek ve izolasyonun önemli olduğu bu olgularda tedavi ve takip prosedürlerinde kolaylığın sağlanması, konunun hassasiyetinin ön plana çıkarılması ilgili komisyonlarca ele alınmalıdır. Her ilde en azından üçüncü basamak hastanelerde özellikle yatış endikasyonu olan hastalarda kullanılmak üzere bu testlerin bulundurulması üst komisyonlarda tartışılabilir. Yurt genelinde testlerin yaygın kullanımıyla maliyet etkinlikleri tartışılabilir.

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-006

Klebsiella pneumoniae İzolatlarının Genişlemiş Spektrumlu Beta-Laktamaz Üretme ve Çeşitli Antibiyotiklere Direnç Oranları

Elmas Pınar KAHRAMAN[1], Engin KARAKEÇE[2], Fergül ERDOĞAN[2], Habib ULUYURT[2], Mehmet KÖROĞLU[1], İhsan Hakkı ÇİFTÇİ[1]

[1] *Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*
[2] *Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Sakarya*

Soru(n)

Genellikle hastane kaynaklı infeksiyonlara neden olan *Klebsiella pneumoniae*'daki geniş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) üretimi ve yüksek antibiyotik direnci.

Olay/Olgu

Çalışmaya Nisan 2014-Ekim 2015 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarına çeşitli kliniklerden gönderilen örneklerden izole edilen 871 *K. pneumoniae* izolatı dahil edilmiştir. Tanımlama ve antibiyogram çalışmalarında Vitek 2 (Biomérieux, Fransa) otomatize sistemi kullanılmıştır. Bakteri tanımlamasında Vitek 2 GN (bioMerieux, Fransa), antibiyotik duyarlılık ve GSBL tespitinde de AST-N091 (bioMerieux, Fransa) kartı kullanılmıştır. Antibiyotik duyarlılık sonuçları CLSI ve/veya EUCAST kriterlerine uygun olarak belirlenmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Çalışmada *K. pneumoniae* izolatlarında %55 oranında GSBL üretimi saptanmıştır. İzolatlarda %89 ampisilin, %33 amikasin, %63 amoksisilin-klavulanik asit, %61 seftazidim, %36 siprofloksasin, %62 seftriakson, %74 sefepim, %37 gentamisin, %22 yüksek düzey gentamisin, %5 yüksek düzey streptomisin, %23 imipenem, %14 meropenem, %84 netilmisin, %49 trimetoprim-sülfametoksazol ve %53 oranında piperasilin-tazobaktam direnci bulunmuştur.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sonuç olarak çalışmamız ile *K. pneumoniae* izolatlarının GSBL sıklığı ve sefalosporin direncinin oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca GSBL üreten izolatların neden olduğu infeksiyonların tedavisinde kullanılabilen karbapenem grubu antibiyotiklere ve amikasine duyarlılık oranlarının da oldukça düşük olduğu gözlenmiştir.

Tablo 1.

Antibiyotikler	*K. pneumoniae* % direnç (n= 871)*
Ampisilin (AM)	89
Amikasin (AN)	33
Amoksisilin-klavulanik asit (AMC)	63
Seftazidim (CAZ)	61
Siprofloksasin (CIP)	36
Seftriakson (CRO)	62
Sefepim (FEP)	74
Gentamisin (GM)	37
Yüksek düzey gentamisin (HLG)	22
Yüksek düzey streptomisin (HLS)	5
İmipenem (IMP)	23
Meropenem (MEM)	14
Netilmisin (NET)	84
Trimetoprim-sülfametoksazol (SXT)	49
Piperasilin-tazobaktam (TZP)	53

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-007

Laboratuvarlardan İstenen Test İstemleri Daha Akılcı Hale Nasıl Getirilebilir?

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1], İsmail Selçuk AYGAR[1], Ali PEHLİVAN [1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Laboratuvarlardan istenen test istemleri daha akılcı hale nasıl getirilebilir?

Olay/Olgu

Tıbbi mikrobiyoloji test istem listesinde yer alan tüm testlerin sürekli olarak ve ayırım yapılmaksızın istenmesi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Test istemini yapan doktorlarla sözel iletişim kurarak tanı/ön tanı ile ilişkili olmayan testlerin istenmemesinin sağlanması,

Tanı/ön tanı ilişkili tarama ve doğrulama algoritmalarının oluşturulması ve ilgili kliniklerle paylaşılması,

Özellikli testlerin gerekli konsültasyonlar sonrası ilgili uzman tarafından istenmesinin sağlanması,

Kurumda test istemi yapan klinisyenlerin, laboratuvar testlerinin klinik tanıda kullanımıyla ilgili bilgi düzeyini tespit etmek için bir anket çalışması ve değerlendirmesi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Laboratuvarlardan istenen test istemleri daha akılcı hale nasıl getirilebilir? Kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde yeni test istemleri nasıl oluşturulmalıdır? Bunun için laboratuvar uzmanlarının sorumlulukları ve yetkileri nelerdir? Nasıl olmalıdır? Bunun için klinik uzmanlık dallarının sorumlulukları ve yetkileri nelerdir? Nasıl olmalıdır? Laboratuvar uzmanları ve klinisyenler bu konuda nasıl bir eğitim, işbirliği ve iletişim gerçekleştirmelidir? Karşılıklı eğitimin kuralları nasıl olmalıdır? Tarama ve tanı algoritmaları, sendromik yaklaşımlar, sınırlamalar ve basamaklandırmalar çözüm olabilir mi? Laboratuvar testleri için maliyet-etkinlik kavramı nedir? Ne kadar farkındayız? Kurumsal olarak neler yapılabilir? Ulusal sağlık politikaları ve uygulamaları nasıl olmalıdır? Uzmanlık derneklerinin sorumlulukları nelerdir?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-008

Laboratuvarlarda Kullanılan Otomatize Sistemler Yeterince Etkin Kullanılıyor mu?

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Laboratuvarlarda kullanılan otomatize sistemler yeterince etkin kullanılıyor mu?

Olay/Olgu

Steril vücut sıvılarında hücre sayımı ve hücre tiplendirilmesinin yapılması.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Eklem sıvısı örnekleri hücre sayımı ve tiplendirilmesi için mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilmektedir. Gelen örneklerde konvansiyonel yöntemler kullanılarak, hücre sayımı ve tiplendirilmesi yapılmaktadır. Kan sayım cihazları, kan örnekleri dışında steril vücut sıvılarında da hücre sayımı ve tiplendirilmesi için kullanılabilmektedir. Rutin laboratuvar uygulamalarında kan sayım cihazlarıyla bu işlemler çok daha kolay, hızlı ve standart koşullarda yapılabilmektedir. Otomatize sistemler, laboratuvar süreçlerinde örnek yönetimi, analitik ve postanalitik süreçlere olan olumlu etkileriyle daha fazla kullanılmalıdır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Farklı laboratuvarlarda bulunan otomatize sistemlerin çok amaçlı ve çok yönlü kullanılabilmesinin sağlanması için gerekli düzenlemeler kurumsal olarak nasıl yapılabilir? Yeni laboratuvar yapılanmalarına ihtiyacımız var mı? Laboratuvar hizmetleri nasıl daha maliyet etkin hale getirilebilir?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-009

Tıbbi Laboratuvarlarda Uygulanmakta Olan "Hizmet Alım İhaleleri"nin Hasta Bakım Hizmetlerine Olan Etkileri Nelerdir?

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1]

[1] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Tıbbi laboratuvarlarda uygulanmakta olan "Hizmet Alım İhalelerinin" hasta bakım hizmetlerine olan etkileri nelerdir?

Olay/Olgu

Kamu Hastane Birlikleri tarafından üç yıllık dönem (2013-2016) için gerçekleştirilen laboratuvar hizmet alım ihalesi ve karşılaşılan sorunlar.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

2013-2016 yıllarını kapsayan üç yıllık hizmet alım ihalesi halen devam etmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Tıbbi laboratuvarlarda uygulanmakta olan "Hizmet Alım İhaleleri"nin hasta bakım hizmetlerine olan etkileri nelerdir? Preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlere olan etkileri nelerdir? Hizmet alım ihalelerinin avantaj ve dezavantajları nelerdir? Maliyet etkin midir? Sorunlar ve çözüm önerileri nelerdir? Uygulamaların kurumsal farklılıklara ve ihtiyaçlara göre yeniden gözden geçirilmesi ve düzenlenmesine ihtiyaç var mıdır? Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bu uygulamanın dışında tutulamaz mı?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-010

Tıbbi Laboratuvarlarda Uygulanmakta Olan "Hizmet Alım İhaleleri"nin Uzmanlık Eğitimine Olan Etkileri Nelerdir?

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1] , Gamze TÜRKOĞLU[1], Hande DURAK[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Tıbbi laboratuvarlarda uygulanmakta olan "Hizmet Alım İhalelerinin" uzmanlık eğitimine olan etkileri nelerdir?

Olay/Olgu

Kamu Hastane Birlikleri tarafından üç yıllık dönem (2013-2016) için gerçekleştirilen laboratuvar hizmet alım ihalesi ve uygulamada uzmanlık eğitiminde karşılaşılan sorunlar.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

2013-2016 yıllarını kapsayan üç yıllık hizmet alım ihalesi halen devam etmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Uzmanlık eğitimi teorik bilgi ve teorik bilginin uygulamaya ve günlük pratiğe aktarılmasından oluşan pratik eğitimi içerir. Ancak hasta bakım hizmeti sunumunu ön plana çıkararak gerçekleştirilen laboratuvar hizmet alım ihaleleri, uzmanlık eğitiminin pratik uygulamalarında birçok test ve tanı yönteminin rutin uygulamalardan kalkmasına neden olmuştur. Bu nedenle tıbbi laboratuvar uzmanlık eğitiminin pratik uygulamaları gerçekleştirilememektedir. Bu uygulama uzun dönemde uzmanlık eğitiminde ciddi yetersizliklere ve sorunlara neden olabilecektir.

Tıbbi laboratuvarlarda uygulanmakta olan "Hizmet Alım İhaleleri"nin uzmanlık eğitimine olan olumsuz etkileri nelerdir? Avantaj ve dezavantajları nelerdir? Sadece rutin hasta hizmeti sunmak, uzmanlık eğitimi için yeterli midir? Sorunlar ve çözüm önerileri nelerdir? Yeni yapılanmaların (Kamu Hastane Birlikleri, Hizmet Alım İhaleleri) laboratuvar uzmanlık alanlarına uzun dönemde etkileri neler olacaktır?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-011

Tıbbi Laboratuvarlarda Uygulanmakta Olan "Hizmet Alım İhaleleri"nin Bilimsel Araştırmalar Üzerine Olan Etkileri Nelerdir?

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Tıbbi laboratuvarlarda uygulanmakta olan "Hizmet Alım İhaleleri"nin bilimsel araştırmalar üzerine olan etkileri nelerdir?

Olay/Olgu

Kamu Hastane Birlikleri tarafından üç yıllık dönem (2013-2016) için gerçekleştirilen laboratuvar hizmet alım ihalesi ve uygulamada bilimsel araştırmaların yapılmasıyla ilgili karşılaşılan sorunlar.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Gerçekleştirilen ihale sonrası asistan tez konularının seçiminde ve bilimsel araştırmaların planlanmasında, laboratuvarda yürütülen rutin hasta hizmetlerinde kullanılan testler ve sonuçları değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Yeni bir testin veya yeni bir yöntemin denenmesi, uygulamaya konması ve araştırma yapılması imkansız hale gelmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Tıbbi laboratuvarlarda uygulanmakta olan "Hizmet Alım İhalelerinin" bilimsel araştırmalar üzerine olan etkileri nelerdir? Avantaj ve dezavantajları nelerdir? Sorunlar ve çözüm önerileri nelerdir? Uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinin bir parçası olan bilimsel araştırmalar yapılması ve tez çalışmaları bu yeni yapılanmada nasıl olmalıdır? Bilimsel araştırmalar ve tez çalışmaları için gerekli olan mali kaynağın yaratılması kimin sorumluluğundadır? Döner sermaye ek ödeme yönetmeliğine göre bilimsel puan oluşturabilmek mümkün müdür?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-012

Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği Neden Gerçekleştirilemiyor?

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Klinisyenler ve laboratuvar uzmanları birbirimizin farkında mıyız?

Olay/Olgu

Günümüz sağlık hizmeti sunum koşullarında klinisyenlerle tıbbi mikrobiyoloji uzmanlarının iletişiminin ve paylaşımının daha da azaldığının farkına varılması.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Etkin bir hasta bakım hizmeti sunabilmek için klinisyenlerin ve laboratuvar uzmanlarının etkin bir işbirliği ve iletişim içinde olmaları gerekmektedir. Ancak günlük çalışma koşulları ve iş yükü bu işbirliğinin gerçekleştirilmesine olanak vermemektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bu iletişimi artırmanın yolları nelerdir? Nasıl olmalıdır? Ne zaman ve nerede olmalıdır? Kimler bunu sağlamalıdır?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-013

Laboratuvar Test Sonuçları Hasta Bakım Hizmetlerinde Beklenen Etkiyi Yaratıyor mu?

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Laboratuvar test sonuçları klinisyenlerin tanı ve tedavisinde ve hasta bakım hizmetlerinde beklenen etkiyi yaratıyor mu?

Olay/Olgu

Hastane bilgi yönetim sistemi ve laboratuvar bilgi yönetim sisteminden, hasta test istemleri incelendiğinde birçok klinik ve poliklinikten yapılan istemlerin genellikle test istem formunda yer alan tüm testlerin istenmesi şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca birçok hastanın ön tanı/tanısı girilmeden testler istenmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Gereksiz test istemini en fazla yapan klinikler tespit edildi. Öncelikle bu klinikler için en fazla istenen ve tanılarıyla ilişkili olmayan testler belirlendi. Bu testlerin hangi hastalıklarla ilişkili olduğu ve neden istenmemesi gerektiği ile ilgili eğitim dokümanları hazırlandı ve eğitimler yapıldı. Bazı hastalık grupları için ilgili uzmanlık dalından konsültasyon istendikten sonra test istenmesi sağlandı. Laboratuvar sonuç raporlarına uyarı notları ve yorum bölümleri eklendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hasta bakım hizmetlerinde kanıta dayalı tanı ve tedavi hizmetleri nasıl olmalıdır? Bu hizmeti sunanların sorumlulukları ve yetkileri nelerdir? Bu hizmet nasıl sağlanabilir? Laboratuvar testleri nasıl isteniyor, tanı ve tedavi takibinde nasıl kullanılıyor?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-014

Sifiliz Tanı Testleri

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1], Ufuk ÖNDE[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Kan bağışçılarının ve hastaların sifiliz yönünden taranmasında kullanılan testlerin, rutin uygulamalara giren yeni yöntemlere göre yeniden gözden geçirilmesine ve yeni tarama/tanı algoritmalarının oluşturulmasına ihtiyaç var mıdır?

Olay/Olgu

Kan bağışçılarının ve hastaların sifiliz yönünden taranmasında kullanılan testlerin, rutin uygulamalara giren yeni yöntemlere göre yeniden gözden geçirilmesine ve yeni tarama/tanı algoritmalarının oluşturulmasına ihtiyaç var mıdır?

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Sifiliz tanı testlerinin duyarlılık ve özgüllükleri birbirinden farklıdır. Sifiliz (*Treponema pallidum*)'in taranmasında; özgül olmayan antikorlar ve özgül treponemal antikorların varlığını test eden yöntemler kullanılmaktadır. Kullanılan yönteme göre, infeksiyonun dönemiyle ilgili yalancı negatif test sonuçları olabilmektedir. Laboratuvarda bu nedenle kan bağışçılarının taranması için yeni bir uygulamaya geçilerek Syphilis EIA (*T. pallidum* spesifik antijenlerine karşı oluşan IgG ve IgM antikorlarını kalitatif olarak tespit eden) yöntemiyle kan bağışçısı örnekleri çalışılmaya başlanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sifilizin tanısında ve tedavi takibinde özgül olmayan antikorların veya özgül treponemal antikorların varlığını test eden yöntemler kullanılmaktadır. Sifiliz taramasında yaygın olarak kullanılan yöntemler nonspesifik lesitin bazlı bir antijen içeren kardiyolipin testleri (VDRL veya RPR) veya treponemal antikorların kullanıldığı yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip spesifik TPHA testi, *T. pallidum* partikül aglütinasyon (TPPA) testi veya EIA testidir.

Bu testlerin özgüllükleri ve duyarlılıkları birbirinden farklıdır. Nonspesifik testlerde yalancı negatiflik özellikle erken ve geç dönem sifiliz olgularında görülebilmektedir. Bu nedenle sifilizin tanı ve takibinde seçilecek test yöntemlerine göre yeni algoritmaların oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Test algoritmalarının oluşturulmasında multidisipliner bir yaklaşım ve çok yönlü klinisyen ve laboratuvar uzmanı iletişimi ve işbirliği gerekmektedir.

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-015

Ekinokokkozun Mikrobiyolojik Tanısı

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1], Hande DURAK[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Ekinokokkozun mikrobiyolojik tanısı için eğitim ve araştırma hastanelerinin rutin laboratuvarlarında minimum yapılanmada hangi testler yer almalıdır?

Olay/Olgu

Çoçuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde yatan bir hastadan alınan kist sıvısında ekinokokkoz tanısı için indirekt hemaglütinasyon (IHA) testinin istenmesi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İstemi yapan klinisyenle telefonla iletişim sağlandı ve kist sıvısında IHA testinin çalışılamayacağı, bu test için uygun klinik örneğin serum olduğu belirtildi. Kist sıvısının uygun koşullarda, gerekli koruyucu önlemler alınarak ve güvenli örnek transport kaplarına konularak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Parazitoloji Laboratuvarına moleküler tanı için gönderilebileceği belirtildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kistik ekinokokkoz tüm dünyada yaygın olarak görülen bir zoonozdur. Doğu Anadolu Bölgesi'nde daha sık olmak üzere tüm ülkemizde görülmektedir. Hastalığın tanısı genelde görüntüleme yöntemlerine (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi) dayanmaktadır. Kistik ekinokokkozun laboratuvar tanısında en yaygın kullanılan teknik serolojik testlerdir. Serolojik tanı genellikle IHA veya ELISA gibi tarama amaçlı testleri takiben eğer bu testler pozitifse doğrulama testi olarak "Western blot" testinin kullanılmasıyla konur. Ekinokokkozun serolojik tanısı için ideal olan IHA; ELISA, indirekt floresan antikor (IFA) testlerinden en az ikisi ile elde edilen pozitif sonucun WB ile doğrulanmasıdır. WB, tanıda ve tedavinin takibinde en değerli testtir.

Şu an laboratuvarımızda sadece IHA testi çalışılabilmektedir. Bu nedenle de sıklıkla hasta örnekleri ikinci bir test ve doğrulama testi için başka kurumlara gönderilmektedir. Rutin laboratuvarlar klinisyene tanı desteğini sağlayabilmek için gereken alt yapıyı oluşturmalıdır. Ekinokokkozun mikrobiyolojik tanısı için eğitim ve araştırma hastanelerinin rutin laboratuvarlarında minimum yapılanmada hangi testler yer almalıdır?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-016

Brusellozun Mikrobiyolojik Tanısı

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Brusellozun serolojik tanısında kullanılan testlerin yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç var mıdır?

Olay/Olgu

Brusellozun tanısında kullanılan serolojik test sonuçlarımızın hastanın klinik tablosuyla uyumlu olmadığı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İstemi yapan klinisyenle görüşüldü ve hastadan yeni kan örneği istendi. Yeni gelen kan örneğinde RBT (Rose Bengal Testi) Brusella tüp aglütinasyon (SAT), Coombs testi (CT) ve 2-Merkaptoetanol testi (2-ME) çalışıldı. Test sonuçları bir önceki test sonuçlarıyla aynı bulundu. Tüm test sonuçları negatifti. Henüz antikor yanıtının oluşmadığı düşünülerek hastadan kan ve kemik iliği kültürlerinin alınması ve takip edilmesi önerildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülkemizde yaygın bir zoonotik infeksiyon olan brusellozun tanısı başlıca mikroorganizmanın klinik örneklerden izolasyonuna veya serolojik yöntemlerle antikor yanıtının gösterilmesine dayanmaktadır. Brusellozun tanısı yaygın bir şekilde serolojiye dayanmaktadır. Tanıda kullanılan testler RBT, SAT (IgG ve IgM ayrımı yapılamaz), 2-ME (IgG ve IgM ayrımının yapılması amacıyla), CT (blokan inkomplet IgG'lerin gösterilmesi amacıyla), ELISA (immünglobulin izotiplerini IgM, IgG ve IgA saptayabilen) testi ve CT testi yerine kullanılabilen ticari "immunocapture" aglütinasyon testidir. ELISA, yüksek duyarlılık ve özgüllükle immünglobulin izotiplerini hızlı bir şekilde ve kantitatif olarak saptayabilmektedir. ELISA özellikle nörobruselloz şüphesinde BOS incelemesinde tanıya yardımcıdır.

Bu testlerin rutin kullanımı için yeniden gözden geçirilmesine ihtiyaç var mıdır? Duyarlılığı ve özgüllüğü daha yüksek olan yeni yöntemler rutin uygulamalarda yer almalı mıdır? Hangi yöntemler tercih edilmelidir? Uygulamaya yeni konulacak yöntemlerin seçiminde tıbbi mikrobiyoloji uzmanlarının ve infeksiyon hastalıkları uzmanlarının işbirliği nasıl olmalıdır? Bruselloza yönelik tanı testleri genel algoritması nasıl olmalıdır?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-017

Antibiyotik Duyarlılık Testlerinde CLSI'dan EUCAST Standartlarına Geçişin Kliniğe Yansıması

Hüsniye ŞİMŞEK[1]

[1] *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı, Ankara*

Soru(n)

Antibiyotik duyarlılık testlerinde "Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)"dan "European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST)" standartlarına geçişin kliniğe yansıması nasıl olur? Antibiyotik seçimini etkiler mi?

Olay/Olgu

Ülkemizde çoğu Avrupa ülkesinde olduğu gibi, antibiyotik duyarlılık testlerinde CLSI standartlarından EUCAST standartlarına geçiş süreci başlamıştır. EUCAST'a göre; bazı antibiyotik disk içerikleri, bazı zon çapı sınır değerleri ve MİK sınır değerleri farklıdır. Besiyeri olarak da güç üreyen mikroorganizmalar için kullanılan besiyeri farklıdır. Bu farklılıklar nedeniyle sınır değerlerinde uyumsuz sonuçlarla karşılaşabiliriz. Özellikle bazı etkenlerde, bazı antibiyotiklere direnç oranlarımız artabilir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu konuda yapılan çeşitli kıyaslamalı çalışmalarda sınır değerlerde uyumsuz sonuçların olduğu bildirilmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

CLSI ve EUCAST sınır değerleri arasındaki farklılıkların genel duyarlılık ve klinik uygulamada meydana gelen olası sonuçları üzerindeki etkilerinin tartışılması gereklidir. Bu konuda daha fazla kıyaslamalı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Bunun yanında bu geçişin avantajları oldukça fazladır. Öncelikle CLSI standartları ücretli ve oldukça pahalı olması nedeniyle güncel standartlara laboratuvarların erişimi güç olup, güncel olmayan standartlar kullanılmaktaydı. EUCAST standartları ise ücretsiz olup, tüm dokümanlara güncel olarak web sayfasından rahatlıkla erişim mümkündür. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti ADTS Grubu tarafından Türkçe çevirileri yapılmıştır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü ve ECDC tarafından antibiyotik direnci için yürütülen uluslararası sürveyanslarda ve birçok uluslararası dış kalite değerlendirme programlarında EUCAST standartları kullanılmaktadır.

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-018

Acinetobacter baumannii İnfeksiyonlarında Tedavide Tigesiklin Kullanımı

Hilal BÖLÜKBAŞI[1]

[1] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Acinetobacter baumannii'nin tigesiklin duyarlılığını belirlemede CLSI ve EUCAST'da sınır değerler olmaması.

Olay/Olgu

Laboratuvarımızda, *A. baumannii* için duyarlılık çalışması yaparken, dirençli bazı suşlarda tigesiklin duyarlılığına disk difüzyon yöntemiyle baktık.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

CLSI ve EUCAST'ın bu antibiyotik için sınır değer bilgisi olmadığından, tigesiklin duyarlılığını, FDA veya Jones kriterlerine göre belirleyip verdik.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

A. baumannii infeksiyonlarında, tigesiklin için duyarlılık çalışmasına ihtiyaç var mıdır ve duyarlılık verirken hangi sınır değerler baz alınmalıdır?

Mikrobiyoloji: Laboratuvar-Klinisyen İşbirliği

P-019

Acinetobacter baumannii İnfeksiyonlarında Sulbaktam Kullanımı

Hilal BÖLÜKBAŞI[1]

[1] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Acinetobacter baumannii'de sulbaktam duyarlılığını belirlemede kullanılması gereken yöntem.

Olay/Olgu

Laboratuvarımızda, *A. baumannii* suşlarında sulbaktam duyarlılığını belirlemek için, EUCAST sınır değerlerini kullanmaya başlamadan önce, CLSI'nın önerileri doğrultusunda ampisilin-sulbaktam kombinasyonunu kullandık.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

EUCAST'ta *Acinetobacter* spp. duyarlılığı için, sulbaktam içeren bir antibiyotik için sınır değerler verilmemektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

A. baumannii infeksiyonlarında sulbaktam kombinasyon tedavilerinde sıkça kullanılmaktadır. *A. baumannii*'deki in vitro sulbaktam duyarlılığını belirlemede kullanılması gereken yöntem ne olmalıdır?

HIV/AIDS

P-020

HIV Pozitif Hastaların İmmünizasyonu

Ebru KAPLAN[1], Aysun YALÇI[1], Serhat BİRENGEL[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

HIV pozitif saptanan, anti-HBs negatif olan CD4 < 200 hücre/µL olan hastalara tanı konulduğu anda mı yoksa CD4 sayısının yükselmesini bekledikten sonra mı hepatit B aşısı yapmalıyız?

Olay/Olgu

Kırk altı yaşında HIV pozitif erkek hastanın antiretroviral tedavisine başlandığında CD4 sayısı 181 hücre/µL olarak hesaplandı. Anti-HBs negatif saptanan hastaya hepatit B immünizasyonu planlandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın tedavisinin başlandığı gün hepatit B aşısının ilk dozu çift doz olarak, bir ay sonra ikinci dozu tekrar çift doz olarak yapıldı. Tedaviye başlanıldığı tarihten dört ay sonra bakılan anti-HBs negatif olarak saptandı. Tedavi sonrası CD4 sayısı 1140 hücre/mm^3 olarak hesaplanan hastanın tekrar immünizasyonu planlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Günümüzde gittikçe artan oranlarda saptanan HIV pozitif bireylerin yönetiminde immünizasyon önemli bir yer almaktadır. Sağlık Bakanlığının yayınladığı HIV/AIDS tanı-tedavi rehberinde pnömokok ve varisella aşılarının, CD4 T lenfosit sayısı > 200 hücre/µL ise yapılmaları önerilirken, diğer aşılar için herhangi bir sınırlama getirilmemiştir. EACS 2015 kılavuzunda CD4 < 200 hücre/µL (CD4% < 14) iken yapılan aşılamaların, immün sistem yeniden yapılandıktan sonra tekrarlanmasının değerlendirilmesi gerektiği vurgulanıp, HIV pozitif bireylerde aşıya yanıt yetersiz olabileceğinden, aşının etkinliğini değerlendirmek için antikor titrelerinin ölçülmesi gerektiği belirtilmiştir. HIV pozitif CD4 < 200 hücre/µL bireylerde aşılama için CD4 sayısının yükselmesi beklenmeli mi? Antikor titreleri ne sıklıkla ölçülmeli, antikor titresi yetersiz gelen hastalarda yönetim nasıl olmalı? Bu konu tartışılmak istenmektedir.

HIV/AIDS

P-021

Herpes Zoster Oftalmikus: HIV'ı Hatırlıyor muyuz?

Filiz KÜRKLÜ BOZKIR[1], Hatice KÖSE[2], Fatih TEMOÇİN[2], Tuğba SARI[3]

[1] Aksaray Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Aksaray
[2] Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat
[3] Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Buldan/Denizli

Soru(n)

Herpes zoster oftalmikus HIV infeksiyonunun ilk klinik semptomu olabilir.

Olay/Olgu

Yirmi dokuz yaşında erkek hasta sol gözde kızarıklık ve ağrı nedeniyle infeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünden bilinen hiçbir hastalığının olmadığı sadece dört yıl önce pilonidal sinüs operasyonu geçirdiği öğrenildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Yatış önerilen fakat yatışı kabul etmeyen hastaya oral asiklovir tedavisi başlandı. Bilinen ek hastalığı olmaması ve genç yaşta olması nedeniyle, immünsüpresyon araştırmak için öncelikle anti-HIV istendi ve pozitif saptandı. Western blot ile de doğrulandı. Hasta ileri merkeze yönlendirildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Herpes zoster HIV infeksiyonunun herhangi bir döneminde görülebilir ve HIV infeksiyonunun ilk klinik semptomu olabilir. HIV pozitif hastalarda herpes zoster normal popülasyona oranla 15-25 kez sık görülür. Herpes zoster oftalmikus özellikle sağlıklı genç erişkinlerde görüldüğünde HIV infeksiyonunun tanı alması için potansiyel bir markır olarak görülmelidir. Özellikle 50 yaş altında herpes zoster oftalmikus görüldüğünde hastalar HIV açısından mutlaka taranmalıdır.

HIV/AIDS

P-022

İntegraz İnhibitörleri Direnç Testleri Rutin Olarak Her Hastaya Çalışılmalı mıdır?

Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Cemal BULUT[1], Nesrin ATA[1], Sami KINIKLI[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

İntegraz inhibitörleri direnç testleri rutin olarak her hastaya çalışılmalı mıdır?

Olay/Olgu

HIV infeksiyonu nedeniyle takip ve tedavi ettiğimiz hastalarımızın sayısı giderek artmaktadır. İntegraz inhibitörleri potent antiretroviral ilaçlardır ve EACS ve DHHS 2015 kılavuzlarında HIV/AIDS hastalarının başlangıç kombinasyon tedavisinde ilk tercih edilecek ilaçlardan biri olarak belirtilmektedir. Buna bağlı olarak integraz inhibitörü içeren tedavi verdiğimiz hasta sayısı da artmaktadır. Diğer yandan HIV ile infekte bütün hastalarda antiretroviral direnç testlerinin çalışılması önerilmektedir. Ancak hastalarımızın antiretroviral direnç testlerinin çalışıldığı merkezde rutin olarak integraz inhibitörleri direnç testleri çalışılmamaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İntegraz inhibitörü içeren kombinasyon veya tek doz rejim ile tedavi edilen hastalarda bu ilaçlara karşı direncin olup olmadığını bilmemiz gerektiği düşünülmüştür. Hastalarımızın direnç testlerinin çalışıldığı merkezde rutin olarak integraz inhibitörleri direnci çalışılmamakla birlikte, bazı merkezlerde çalışıldığı bilinmektedir. Bu konuya açıklık getirmek üzere kılavuzlar incelenmiştir. DHHS 2015 kılavuzunda standart genotipik ilaç direnç testlerinin revers transkriptaz ve proteaz inhibitörleri genlerindeki mutasyonlar hakkında bilgi verdiği belirtilmiştir. Kılavuzda, integraz inhibitörü dirençli virüs aktarımının nadiren bildirildiği, ancak bu ilaçların kullanımının artmasıyla integraz inhibitörü dirençli virüsün aktarılması olasılığının da artabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle integraz inhibitörü direnci olasılığı düşünülüyorsa bu sınıfa karşı direnç testinin mutlaka çalışılması önerilmektedir. Bunun yanı sıra integraz inhibitörü kullanan ve tedavi başarısızlığı saptanan hastalarda da bu sınıfa karşı direnç testlerinin çalışılması önerilmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İntegraz inhibitörü içeren rejimler giderek daha sık kullanılmaktadır. Bu hastalarda integraz inhibitörü direncinin rutin olarak araştırılmasının gerekli olup olmadığının tartışılması istenmektedir.

HIV/AIDS

P-023

HLA-B*5701 Testi Yapılmadan Abakavir Kullanılabilir mi?

Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Cemal BULUT[1], Sami KINIKLI[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

HLA-B*5701 testi yapılmadan abakavir kullanılabilir mi?

Olay/Olgu

Otuz beş yaşında erkek hastaya 2012 yılında başka bir merkezde HIV/AIDS tanısı konularak tenofovir-emtrisitabin ve efavirenz kombinasyonu başlanmıştı. Aynı merkezde yapılan kemik mineral dansitometrisinde lomber vertebralarda osteoporoz saptanmış; D vitamini, kalsiyum ve alendronat sodyum tedavileri verilmişti. Hasta 2013 yılından itibaren kliniğimizde aynı tedaviyle takip edilmeye başlandı. Ek olarak düzenli egzersiz ve yürüyüş önerildi. Yapılan kontrol dansitometrisinde osteoporozun devam ettiği görüldü. Hastanın antiretroviral tedaviye uyumu tamdı ve tedavi yanıtı iyiydi. Tedavi değişikliği yapmanın hastaya yararı olup olmayacağı düşünüldü.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

DHHS 2015 rehberinde tenofovir kullanan ve kemik dansitesinde azalma saptanan hastalarda tedavinin abakavire değiştirilebileceği, tedavi değişikliği yapılan hastalarda kemik dansitesinde artış görüldüğü belirtilmektedir. Abakavir HIV infeksiyonu tedavisinde kullanılan bir nükleozid revers transkriptaz inhibitörüdür. Abakavirin lamivudin ve dolutegravir ile kombine preparatı HLA-B*5701 negatif olan HIV/AIDS hastalarının başlangıç tedavisinde ilk tercih edilecek ilaçlardan biri olarak EACS ve DHHS 2015 kılavuzlarına girmiştir. Osteoporozu olan hastalarda ve GFR 70 mL/dakika'nın altında olan HLA-B*5701 negatif olan hastalarda tenofovir yerine abakavir kullanılması önerilmektedir. Abakavir, ölüme kadar götüren ciddi hipersensitivite reaksiyonlarına neden olabilmesi nedeniyle HLA-B*5701 pozitif olan hastalarda kontrendikedir. Abakavire allerjik reaksiyon gelişen hastalarda ilacın bir daha kullanılması önerilmemektedir. Bu yan etkiler dışında abakavir laktik asidoza ve ciltte sararma, koyu renk idrar, halsizlik, iştahsızlık gibi karaciğerle ilgili yan etkilere de neden olabilmektedir. Ciddi hipersensitivite riski nedeniyle abakavir başlanmadan önce mutlaka HLA-B*5701 testinin yapılması önerilmektedir. Biz de hastamıza HLA-B*5701 testi yaptırmak istedik. Ancak kit bittiği için test yapılamadı ve bu nedenle hastamızda tedavi değişikliği de yapamadık.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Abakavir başlanacak olan hastalarda mutlaka HLA-B*5701 testinin yapılması istenmektedir. Testin bir an önce temin edilmesi ve rutin kullanıma sokulması gerektiğini düşünmekteyiz.

HIV/AIDS

P-024

Anti-HIV Pozitif Gebeler Nerede Doğum Yapacak?

Esra KAYA KILIÇ[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Cemal BULUT[1], Sami KINIKLI[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Gebe ve anti-HIV pozitif hastaların doğumu ve bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde izlemleri.

Olay/Olgu

On dokuz yaşında kadın hasta. Kliniğimize beş haftalık gebe olarak başvurdu. Eşinin HIV infeksiyonu olduğu bilindiği için hastamızdan da anti-HIV testi istendi ve pozitif saptandı. Başlangıç CD4: 705 h/mm^3 ve HIV-RNA: 11.002 IU/mL olarak belirlendi. Hastaya tenofovir/emtrisitabin ve lopinavir/ritonavir kombinasyon tedavisi başlandı. Kadın hastalıkları ve doğum kliniğiyle görüşüldü. Hasta riskli gebelik polikliniğinde takibe alındı ve doğumun hastanemizde gerçekleştirilmesi planlandı. Gönderilen antiretroviral direnç testinde direnç saptanmadı. Birinci ay kontrollerinde HIV-RNA: 195 IU/mL olarak belirlendi. Tedavi uyumu ve yan etki problemi yaşanmadı. Hastanın gebeliğinin 30. haftasında HIV-RNA negatif olduğu görüldü. CD4 değeri 685 h/mm^3 olarak saptandı. Obstetrik takiplerinde hasta ve bebekle ilgili hiçbir problem izlenmedi. Hastaya doğum sırasında verilmek üzere zidovudin IV ve bebeğe verilmek üzere zidovudin süspansiyon reçete edildi. Gebeliğin 38. haftasında hastaya sezaryen planlandı. Ancak hastanemiz yenidoğan uzmanı tarafından doğum sonrasında bebekte bir sıkıntı gelişmesi durumunda, bebeğin izole edilemeyeceği için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenemeyeceği belirtildi. Kadın doğum kliniği ve kliniğimiz tarafımızdan bebekte normal beklerden farklı bir patoloji beklenmediği ve bebeğin yine diğer bebeklerden farklı bir şekilde izole edilmesine gerek olmadığı belirtildi. Yine de yoğun bakım ünitesine kabul edilmeyen bebeğin kadın doğum kliniği tarafından bu şartlarda doğurtulmayacağı ifade edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemiz kadın doğum polikliniğinde takip edilen ve doğumu planlanan hasta bu gerekçelerle Sami Ulus Hastanesi'ne sevk edildi. Doğum bu hastanesi gerçekleştirildi. Anne bebeği emzirmedi ve bebekten HIV-RNA gönderildi. Henüz HIV-RNA testi sonuçlanmadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemiz gibi bir üçüncü basamak eğitim hastanesinde bile anti-HIV pozitif hastaların diğer branşlarla birlikte takip edilmesi gereken durumlarda hala sorunlar yaşanmaktadır. Cerrahları ikna edebildiğimiz ve doğumun hastanemizde gerçekleştirilmesi planlanan bu olguda, anti-HIV pozitif anneden doğacak bebek çeşitli gerekçelerle yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul edilmemiştir. Ayrımcılığın her seviyede azaltılması açısından meslektaşlarımız için de hastalıkla ilgili eğitim ve bilgilendirilmelerin sıklıkla tekrarlanması ve güncelleştirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

HIV/AIDS

P-025

Trimetoprim-Sülfametoksazol Desensitizasyonu

Esra KAYA KILIÇ[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Cemal BULUT[1], Sami KINIKLI[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi vermemiz gereken hastalarda gelişen hipersensitivite reaksiyonlarıyla nasıl başa çıkabiliriz?

Olay/Olgu

Kırk üç yaşında erkek hasta, uzun süren pnömoni tanısıyla dış merkezde tetkik ve tedavi edilirken gönderilen anti-HIV testinde pozitiflik saptanması üzerine kliniğimize sevk edildi. HIV infeksiyonu tanısıyla hasta öyküsü irdelendiğinde riskli heteroseksüel cinsel birliktelikleri olduğu öğrenildi. Hastanın antiretroviral tedavi öncesinde tetkiklerinde CD4: 78 hücre/mm^3 ve HIV-RNA: 15.576.171 IU/mL olarak saptandı. Tenofovir/emtrisitabin, darunavir, ritonavir kombinasyon tedavisi başlandı. Toksoplazmoz ve *Pneumocystis jirovecii* profilaksisi için hastaya trimetoprim-sülfametoksazol 800/160 mg 1 x 1 PO başlandı. Antiretroviral direnç testlerinde direnç saptanmadı. Hastanın tedavisinin üçüncü ay kontrollerinde CD4: 209 hücre/mm^3 ve HIV-RNA negatif olarak belirlendi. Antiretroviral tedavi uyumu tam olan hastanın bu kontrolünde kollarında ve gövdesinde eş zamanlı başlayan ve tüm vücuda dağılan yaygın ürtikeryal döküntü ve kaşıntı yakınması belirtildi. Dermatoloji kliniğince de değerlendirilen hastaya oral ve lokal antihistaminik önerildi. Bir haftalık tedavi sonrasında yakınmaları yatışan hasta antiretroviral tedavinin dördüncü ayında tekrar değerlendirildi. Ürtikeryal döküntülerinde ve kaşıntı yakınmasında gerileme olmayan hastada trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisine bağlı hipersensitivite reaksiyonu geliştiği düşünüldü.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Antiretroviral tedaviye başlanıldığında CD4 düzeyi 78/mm^3 olan hastanın tedavinin üçüncü ayında CD4 209/mm^3'e yükseldi. Ancak trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisinin verilmeye devam etmesi gerekmekteydi. Hastaya trimetoprim-sülfametoksazol desentizasyonu için tablet tedavisi kesilerek pediatrik süspansiyona geçildi. Hastaya ilk iki gün 1 x 1.25 mL pediatrik süspansiyon, iki gün 2 x 1.25 mL, iki gün 3 x 1.25 mL, iki gün 2 x 2.5 mL, iki gün 3 x 2.5 mL ve sonrasında 1 x 1 tablet olacak şekilde 10 günlük sürede desensitizasyon uygulandı. Hastanın izleminde döküntü ya da kaşıntı yakınması olmadı. Profilaksiye 1 x 1 tablet olarak devam edildi. Altıncı ay ve dokuzuncu ay kontrollerinde HIV-RNA negatif olan ve CD4 düzeyi 200/mm^3'ün üstünde seyreden hastanın trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi kesildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi verilmesi gereken ancak hipersensitivite reaksiyonu gelişen olgularda desensitizasyon denenerek profilaksiye devam edilebilir.

HIV/AIDS

P-026

Tedavi Altındaki HIV Pozitif Erkek ve HIV Negatif Eşi Çocuk Sahibi Olmak İstiyor

Fatime KORKMAZ[1], Nil OKUR[2], Arzu TARAKÇI[1], Fatma KACAR[1]

[1] Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya
[2] Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tüp Bebek Merkezi, Konya

Soru(n)

HIV tedavisi süren erkek hastamız ve HIV serolojisi negatif eşinin çocuk sahibi olmak istemesi ancak müracaat ettiği tüp bebek merkezlerinden doğacak bebek için bunun riskli olduğu söylenerek reddedilmesi.

Olay/Olgu

Bir yıl önce tanı alan 24 yaşındaki erkek hastanın tedavi öncesi kliniği asemptomatik ve laboratuvar bulguları HIV PCR: 1.832 433 IU/mL, CD4: 634 idi. Efavirenz/tenofovir/emtristabin kombinasyonuyla tedavi verilen hastanın 3, 6 ve 9. ay kontrolünde HIV PCR negatif sonuçlanmıştı. Eşinin tekrarlanan anti-HIV testleri negatif bulundu. Ayrıca tanı aldığından bu yana cinsel yolla bulaştan korunma konusunda dikkatli davrandıklarını belirtmişlerdi. Hastamız ve eşi ısrarla çocuk sahibi olmak istediğini ifade ediyordu. Dış merkezlerden reddedilen hastamız ve eşi hastanemiz tüp bebek merkezine yönlendirildi. Kadın doğum uzmanı bu tip istekle ilk kez karşılaştığı için bizden konsültasyon ve bilgilendirme istedi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Kadın doğum uzmanıyla birebir görüşüldü. HIV serodikordans çiftlerin sağlıklı bebek sahibi olmasıyla ilgili dünyada birçok örnek olduğu, bu konuda rehberlerin önerileri ve yayınlardan örnekler bulunup kendisine iletildi. Hastamızın altı aydır HIV PCR negatif olduğu, tedavisine uyum gösterdiği eşinin seronegatif olduğu, semende doku içi HIV bulunmadığı konusunda kesin konuşamayacağımızı ancak gerçek yaşam verilerinde bu pozisyondaki bireylerin sahip olduğu çocuklarda HIV bulaşına rastlanmadığı anlatıldı. Yine de kendilerine bunların anlatılıp onamlarının alınması tavsiye edildi. Çalışılan kabinde standart infeksiyon önlemlerine dikkat edildiğinde sağlık çalışanları ya da başka ebeveynlere ait işlemlerle ilgili bulaş olmayacağı belirtildi. Sperm yıkama teknikleriyle ilgili bilgi sahibi olmadığımız bu konuda kendilerinin araştırma yapması önerildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV pozitiflerde çocuk sahibi olmayla ilgili güncel bilgilerin tartışılması istenmektedir.

HIV/AIDS

P-027

Renal Fonksiyon Bozukluğu Durumunda Antiretroviral Tedavi Dozunun Ayarlanması, Rapor Çıkarılması, Reçetelenmesi Fakat Geri Ödenememesi

Dilek YAĞCI ÇAĞLAYIK[1], Burak KÖMÜRCÜ[1], Volkan KORTEN[1]

[1] Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Soru(n)

HIV tanılı hastada zidovudin + lamivudin + dolutegravir tedavisi sırasında böbrek fonksiyonlarında bozulma sonucu ayarlanan yeni doza göre ilaç temininde sorun yaşanması.

Olay/Olgu

HIV tanılı hasta dolutegravir 50 mg 1 x 1 ile birlikte lamivudin 150 mg + zidovudin 300 mg kombine tableti 2 x 1 almakta idi. Glomerüler filtrasyon hızının 43'e düşmesi sonucu lamivudin dozu 150 mg 1 x 1 şeklinde düzenlendi. Hastanın aldığı diğer antiretroviraller de aynen devam edecek şekilde yani zidovudin 2 x 300 mg ve dolutegravir 1 x 50 mg olarak raporu çıkartılıp reçete edildi. Fakat eczaneden hastaya kombine preparatın bir ay önce üç aylık dozunun reçete edilmiş olduğu bildirilerek aynı etken maddeli iki ayrı tablet olarak verilemeyeceği belirtildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya kombine tabletten henüz açmadığı iki kutuyu eczaneye geri vermesi, geri kalan bir aylık tedaviyi de cebinden alması önerildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hasta ilaçlarını unutmamak için kendine ilaç kutusu yaptığından daha kullanmaya başlamadığı ikinci kutuyu da açmıştı ve hiç kullanmadığı bir kutuyu da cebinden karşılaması gerekti. Bunun yerine ilaçların günlük doz olarak hesap edilebilmesi ve bu tür bir durumda geri iadesinin yolu açılmalıdır.

HIV/AIDS

P-028

Mesleki Maruziyet Sonrası Sağlık Çalışanlarında Profilaksi Verirken ICD Kodunun B24 Olarak Belirtilmesi

Dilek YAĞCI ÇAĞLAYIK[1], Selda KARAKADIOĞLU[1], Burak KÖMÜRCÜ[1], Volkan KORTEN[1]

[1] Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Soru(n)

HIV mesleki maruziyeti sonucu antiretroviral profilaksi almak durumunda kalan sağlık çalışanlarına "B24" tanı kodunun girilmesi, bu durumun sağlık çalışanlarında damgalanma korkusu yaratması fakat girilmemesi durumunda da geri ödemenin yapılmaması.

Olay/Olgu

HIV tanılı hastadan kan alırken yüz siperi giymemesi sonucu göze sıçrama yaşadığını ifade eden sağlık çalışanına ideal olarak mümkün olduğunca hızlı (tercihan saatler içinde, 72 saatten önce) antiretroviral rejim başlanması gerekiyordu fakat sağlık çalışanı medeni durumu nedeniyle B24 tanı kodunun girilmesi konusunda endişe yaşadı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Sağlık çalışanına belirtilen tanı kodu girilip rapor çıkartıldı ve reçete yazıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sağlık çalışanlarına maruziyet sonrası profilaksi için hastane yönetiminin bir aylık dozu elinde bulundurması ve maruziyetin kaydı ve takibi bu endişeyi giderebilecek bir yöntem olabilir. Diğer bir çözüm ise "Mesleki HIV Maruziyeti Sonrası Profilaksi" raporunun çıkartılması yoluyla yönetmelikte geri ödemenin düzenlenmesi şeklinde olabilir.

P-029

HIV/AIDS

HIV Pozitif Hastanın "Oral Hairy Lökoplaki" Tedavisi ve Örnekleme Sırasında Yaşanan Ayrımcılık Sorunu

Onur GÜLTEKİN[1], Gülden ERSÖZ[1], Ayşe POLAT[2], Ali KAYA[1]

[1] Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin
[2] Özel Mersin Patoloji ve Sitoloji Laboratuvarı, Mersin

Soru(n)

HIV pozitif hastadan dil kenarları ve üzerinde beyaz renkli lezyonlar. Biyopsi aşamasında yaşanan ayrımcılık sorunu.

Olay/Olgu

Dış merkezde HIV pozitif saptanması üzerine kliniğimize başvuran 36 yaşında erkek hastanın HIV-RNA: 7535 kopya/mL, CD4: 289/mm^3 saptandı. Hastaya tenofovir, emtrisitabin ve efavirenz tedavisi başlandı. Tedavinin birinci ayında HIV-RNA: 232 kopya/mL olarak saptandı. Hastanın ilacını rahat kullanması nedeniyle tedaviye devam edilerek üçüncü ay kontrolüne çağrıldı. Tedavinin üçüncü ayında dilde beyaz plakları olması nedeniyle ağız içinden sürüntü alındı ve direkt bakıda maya hücreleri görüldü. Flukonazol 150 mg haftada tek doz başlandı. Hasta ilk dozdan sonra lezyonların biraz azaldığını fakat tam geçmediğini söylemesi üzerine ikinci dozu alması önerildi fakat takipte lezyonlar devam ettiği için o bölgeden biyopsi önerildi. Tedavinin üçüncü ayında HIV-RNA: 105 kopya/mL, CD4: 444/mm^3. Ayrıca EBV serolojisi çalışıldı, negatif saptandı.

Patolojik örnekleme açısından cerrahi bir branşa konsülte edildi, hastanın HIV pozitif olması nedeniyle biyopsi işlemiyle ilgili çekinceleri olduğu tarafımıza iletildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın viral yükü ve kanla bulaşan hastalıklar açısından olması gereken genel yaklaşımla ilgili bölümle görüşülerek standart koruyucu önlemler hakkında bilgi verildi. Sonrasında dil biyopsisi yapıldı.

Patoloji sonucu "Oral Hair Lökoplaki" olarak raporlanan hastaya valasiklovir 3 x 1 g 28 günlük tedavi verildi. Valasiklovir tedavisinin dokuzuncu günden itibaren hastanın dilindeki tüm lezyonların ortadan kalktığı hastanın dil fotoğraflarını göndermiş olduğu e-mail aracılığıyla öğrenildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV pozitif hastalarda immün durumun düzelmesini takiben IRIS olmasa bile bazı inflamatuvar yanıtların ortaya çıkması veya belirgin hale gelmesi açısından hasta takip edilmelidir.

HIV pozitifliği gibi durumlarda hastaya gerekli cerrahi müdahalelerde karşılaşılan ayrımcılık ve sorunların önlenmesinde yapılması gerekenler; çoğu zaman rutin hasta takibinin dışına çıkıp, ilgili bölümlerle birebir ilişkiye geçilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra hizmet içi eğitimler ve konunun etik boyutunun tartışılabileceği toplantıların planlanması sorunların yaşanmasını azaltabilir.



Resim

HIV/AIDS

P-030

HIV Pozitif Hastanın Yaşadığı Güvence, Sevk ve Malulen Emeklilik Sorunu

Onur GÜLTEKİN[1], Gülden ERSÖZ[1], Elif ŞAHİN HORASAN[1], Ali KAYA[1]

[1] Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

Soru(n)

HIV pozitif hastanın takiplerini, sağlık güvencesi olmadığı için ilaçlarını kullanmayı aksatması ve sonrasında tekrar tedavi başlama. HIV pozitif hastaların malulen emeklilik sorunu.

Olay/Olgu

Elli yedi yaşında erkek hasta. Kronik böbrek hastalığı, üç yıl önce serebrovasküler olay geçiren hasta, kumadin kullanırken GİS kanama geçiriyor ve masif transfüzyon yapılıyor. Sonrasında anti-HIV ve HBsAg pozitif saptanıyor. Bir yıl önce ateş yüksekliği nedeniyle acil servise başvuran hasta endokardit şüphesiyle kliniğimize yatırıldı. Hastada endokardit saptanmadı fakat MRSA bakteremisi olması nedeniyle daptomisin tedavisi verildi. Bu dönemde HBsAg ve anti-HBe pozitif, HBV-DNA negatif, HIV-RNA 71.165 kopya/mL, CD4 277/mm^3 saptandı. Hastaya tenofovir, emtrisitabin ve lopinavir/ritonavir tedavisi başlandı.

Hasta 11 ay sonra polikliniğimize başvurdu. Bu süre zarfında ilaçlarını HIV-RNA ve CD4 bakılmayan bir merkezde reçete edildiğini son bir aydır da sosyal güvencesi olmaması nedeniyle kullanmadığını ifade etti. Hasta çalışamadığı için malulen emeklilik için sağlık kuruluna başvurmak istemekteydi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın güvenceyle ilgili sorunu kaymakamlık vasıtasıyla düzeltilerek tekrar HIV-RNA ve diğer tetkikleri istendi, zaman kaybı olmaması için de kullanmakta olduğu tedavi aynen reçete edildi. Alınan örneklerde HIV-RNA negatif, CD4: 646/mm^3 saptandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

On bir aydır uygun sevk zinciri uygulanmayan hastaya sadece ilaçlarının reçete edilmesi yeterli mi? İlaçlarını bir aydır kullanmayan hastaya aynı tedavi mi devam edilmeli? HIV-RNA pozitif olsaydı tedaviye tekrardan başlamadan önce direnç testi bakılması gerekir miydi? HIV pozitif hasta malulen emeklilik için sağlık kurulu raporu alabilir mi?

HIV/AIDS

P-031

HIV Pozitif Hasta Deneyimi ve Yıllar İçindeki Değişim

Gülden ERSÖZ[1], Onur GÜLTEKİN[1], Seda YURTSEVER KEÇELİ[1], Neslihan YÜCEL DEMİR[1], Elif ŞAHİN HORASAN[1], Ali KAYA[1]

[1] Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

Soru(n)

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezine HIV pozitifliği nedeniyle başvuran hastalar ve yıllar içindeki yaş ve cinsiyet değişiminin gözden geçirilmesi.

Olay/Olgu

2000 yılından beri merkezimizde HIV pozitif hasta takibi yapılmaktadır. Merkezimizde 15 Ocak 2016 tarihi itibariyle 93 hasta takip edilmektedir. Hastaların 82 (%88.2)'si erkek, 11 (%11.8)'i kadındır; genel yaş ortalaması 38.30 ± 10.75 (17-63)'tir. Hasta başvurduğunda %2 akut retroviral sendrom, %72.04 klinik evre 1, %17.20 evre 2 ve %8.60 evre 3 olarak değerlendirildi. Hastaların tedavi öncesi CD4 pozitif T lenfosit sayısı ortalama 355.00 ± 236.00 (9-1123) hücre/mm^3, HIV-RNA 511595.58 ± 155578.21 (274-8812347) kopya/mL idi. Hastaların 5 (%5.3)'i başka merkezde tedaviye devam ettiği için takipten çıktı. Takipteki hastaların %90.08'i tenofovir ve emtrisitabin kullanırken, %2.2'si zidovudin kullanmaya devam etmektedir. Hastaların %47.3'üne NNRTI, %23.7'sine proteaz inhibitörü, %10.8'ine integraz inhibitörüyle tedavi başlanmıştı fakat yan etki, tedavi uyumsuzluğu ve az sayıda hastanın kendi talebi nedeniyle 18 (%19.35)'inde tedavi değişikliği yapıldı.

Hastaların yıllara göre yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımları Tablo 1'de yer almaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Son üç yıl içindeki hasta sayılarında artış nedeniyle hastalar ayrı takip dosyalarıyla takip edilmeye başlanmış ve poliklinik hizmetleri bu hastalar için kolaylaştırılmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında 2000'li yılların öncesine göre ve özellikle de son beş yıl içinde HIV pozitif tespit edilen hastaların sayısı hızla artmaktadır. Bizim merkezimizde de takip edilen hasta sayısı bu verilere uymakta, henüz yılın ilk ayında olmamıza rağmen ilk 15 gün içinde bir yıl önce takibe alınan hastaların ¼'ü kadarı yeni tespit edilmiş HIV pozitif olarak polikliniğimize başvurmuş durumdadır.

Diğer bir sorun ise başvuran hastaların daha çok erkek cinsiyette olması ve yıllar içinde yaş ortalamalarının azalmasıdır. Bizim merkezimizde 2014'e kadar takip edilen hastaların yaş ortalamaları 40 ve üzeri iken, son iki yıldır 35 olmuştur. Önceki yıllara göre daha fazla genç ve erkek hasta merkezimize başvurmaktadır.

Tablo 1. HIV pozitif hastaların yıllara göre yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımlarının yüzdesi

n= 93	2013 ve öncesi	2014	2015	01-15 Ocak 2016
Hasta sayısı	13	29	41	10
Yaş ort ± SS (min-maks)	40.08 ± 9.58 (29-60)	42.62 ± 11.55 (23-62)	35.61 ± 9.57 (17-57)	35.00 ± 11.00 (25-63)
Erkek cinsiyet	%61.5	%100	%87.8	%90

HIV/AIDS

P-032

HIV/AIDS'in Psikolojik Boyutları

Nuran SARI[1],

[1] *Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Bir kişi HIV taşıyıcısı olduğunu öğrendiğinde, toplum içindeki yanlış bilgiler, önyargılar, ayrımcılık ve dışlama sorunları yaşar. HIV/AIDS tedavisinde hasta ve ailenin psikolojik desteği, antiretroviral tedavi kadar önemlidir.

Olay/Olgu

On altı yaşında erkek hasta, annesiyle birlikte boynundaki bezelerde büyüme nedeniyle polikliniğe başvurdu. Muayenede bilateral servikal milimetrik, ağrısız, sert, immobil lenfadenopati dışında anormal bulgu saptanmadı. Etyolojiye yönelik yapılan laboratuvar tetkiklerinde tam kan tahlili, seroloji, viral markırlarda patolojik bulgu yoktu, servikal ultrasonografi en büyüğü 9 mm birkaç reaktif lenfadenopatiyle uyumlu raporlandı. Sonuçları getiren anne çocuğuna HIV bulaşmasından endişe duyduğunu, sürekli tetkik yaptırdığını, eşinin üç aydır ilaç kullandığını, kullandığı ilaçları eczaneye götürdüğünde HIV tedavisi aldığını öğrendiğini, eşiyle konuştuğunda önce inkar ettiğini, sonra kabul ettiğini, herhangi bir kişiye söylerse intihar edeceğini, bu nedenle çocukları da dahil kimseyle paylaşamadığını hıçkırıklarla anlattı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hasta yakınına HIV ve AIDS ile ilgili bilgi verilerek, düzenli kontrol, önlem, tedavi uyumunun, hasta ve hasta yakınının psikolojik destek almasının çok önemli olduğu konusunda görüşülmüştür. Kişinin, yaşantısını planlayamama, sekonder infeksiyonların oluşması, başkalarına bulaştırma korkusu, izolasyon, cinsel düşmanlık ve red, sonuçları değiştirememe, gelecekteki sağlığı, yakınlarının durumu, tedaviye ulaşamama, özel yaşamın ve güvenin kaybı, sosyal ve cinsel olarak kabul görmeme, fiziksel ve mali gücünü kaybetme gibi pek çok faktörden dolayı kaygı duyabileceği hasta yakınına anlatılmış, birlikte kontrole (eş dış merkez takipli) gitmeleri önerilmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV taşıdıklarını öğrenen kişiler ilk anda şok yaşarlar ve bir süre durumu algılamakta zorluk çekebilirler. HIV pozitif bireyin durumu kabul etmesi belli bir süreci gerektirir. Bazı bireyler çok kısa sürede HIV ile yaşamayı benimserken, çoğunlukla red yolunu seçerler. Virüsü taşıdığını öğrenen çoğu bireyde ilk zamanlar şok, kızgınlık, depresyon, pişmanlık, öfke, endişe, kızgınlık, korku, gelecek belirsizliği, intihar düşüncesi ve girişimi olabilmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının antiretroviral tedaviye uyumu, hayat kalitesinin artırılması, yaşadıkları sorunların altından kalkabilmeleri için psikolojik yardım almaları çok önemlidir. İnfeksiyon hastalıkları uzmanı olarak AIDS hastalarının uzayan tetkik ve tedavi süresince psikolojik destek almaları konusunda yönlendirici, destekliyeci olmamız gerektiğini vurgulamak için olgu paylaşılmıştır.

HIV/AIDS

P-033

HIV Pozitif Olguda Santral Sinir Sisteminde Yer Kaplayan Lezyona Tanı Koymada Yaşanan Güçlükler

Rüveyda BİLMEZ[1], Gül Ruhsar YILMAZ[1], Dilek ASİLTÜRK[1], Tümer GÜVEN[1], Bircan KAYAASLAN[1], Rahmet GÜNER[1], Mehmet Akın TAŞYARAN[1]

[1] *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği Ankara*

Soru(n)

HIV pozitif ve santral sinir sisteminde kitle lezyonu olan olgularda tanı güçlükleri yaşanmaktadır. Özellikle bu olgulara tanısal biyopsi yapılması gerektiğinde HIV pozitif olmaları nedeniyle ayrımcı davranıldığı dikkati çekmektedir.

Olay/Olgu

Kırk beş yaşında erkek hasta son bir aydır gelişen bilinç bulanıklığı, baş ağrısı, bulantı ve iletişimde azalma yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde 16 ay önce geçirilmiş akciğer tüberkülozu olup dokuz ay süreyle tedavi aldığı öğrenildi. Fizik incelemede genel durum orta-kötü, bilinç açık, nonkoopere, nonoryante, kaşektik görünümde ve her iki üst ekstremitede stereotipik hareketler mevcuttu. Kraniyal MR'de sağ yüksek frontal düzeyde, preseptal girus düzeyinde, solda frontal düzeyde, bazal gangliyonlar düzeyinde, her iki oksipital lobda, büyüğü sağ frontal lobda, yaklaşık 34 x 23 mm boyutlarında olan multipl lezyonlar saptandı. İstenen tetkiklerde anti-HIV pozitif olarak bulundu. CD4+ sayısı 28 h/mm^3 olarak saptanan olguda HIV-RNA 6.3 x 10^5 kopya/mL olarak saptandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastada ön tanı olarak toksoplazma ensefaliti, primer santral sinir sistemi lenfoması ve tüberküloz menenjiti düşünülerek anti-tüberküloz tedavi, trimetoprim-sülfametoksazol ve klaritromisin tedavisi başlandı. İzlemde 15. günde genel durumda minimal bir düzelme sağlandı, ancak belirgin bir iyileşme görülmedi. Kontrol kraniyal MR'de lezyonlarda gerileme olmadığı raporlandı. Antiretroviral tedavi tenofovir/emtrisitabin ve efavirenz olarak düzenlendi. Beyin biyopsisi için beyin cerrahi kliniğiyle görüşüldü ancak bu klinik tarafından biyopsi için girişimsel radyoloji bölümüyle görüşülmesi önerildi. Girişimsel radyoloji bölümü hastanın genel durumunun bozuk ve sürvisinin düşük olması nedeniyle biyopsi yapılamayacağını belirtti. Hastanın genel durumundaki bozulma devam etti. MR spektroskopide supratentöriyal serebral düzeylerde, sol bazal ganglion seviyesinde duvar opaklanmaları gösteren multipl çevresel ödemin eşlik ettiği kitle lezyonları saptanmış ve lipid laktat piki belirginleşmiş olup bulgular radyolojik olarak öncelikle lenfoma lehine yorumlandı. Kemoterapi için onkoloji ve radyoterapi için radyasyon onkolojisiyle görüşüldü. Onkoloji tarafından doku tanısı olmaksızın kemoterapi verilemeyeceği, radyasyon onkolojisi tarafından ise radyasyon yükünü kaldıramayacağı söylendi. Hasta takibinin 48. gününde eksitus oldu.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV pozitif ve santral sinir sisteminde kitle lezyonu olan olguların yönetiminde çeşitli güçlükler yaşanmaktadır. Beyin biyopsisinin invaziv bir girişim olması nedeniyle bu olgularda önce ampirik toksoplazma ensefalitine yönelik tedavi başlanması önerilmekte, iki hafta sonunda düzelme olmazsa biyopsi düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir. İzlediğimiz olguda daha sonra yapılan tetkikler malignite düşündürmesine rağmen biyopsi yaptırmamız mümkün olmamış, hastaya kesin tanı konulamamıştır. Bu olgunun, sağlık personeli arasında HIV pozitif hastaya uygulanan negatif ayrımcılığın doğurduğu sonuçları göstermede güzel bir örnek teşkil ettiğini düşünmekteyiz.

HIV/AIDS

P-034

Anti-HIV Antikor Düzeyi Düşük Titrede Pozitif Saptanan Gebe Hastaya Yaklaşım

Ali Seydi ALPAY[1], Arzu ALTUNÇEKİÇ YILDIRIM[1], Kerem ÇALGIN[2],

[1] Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ordu
[2] Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ordu

Soru(n)

Anti-HIV antikor düzeyi düşük titrede pozitif saptanan 22 yaşındaki postpartum kadın hasta ve bebeği için profilaksi/tedavi yaklaşımı.

Olay/Olgu

Bir meslektaşım tarafından bir hasta ve bebeği için tedavi yaklaşımı konusunda görüşüm soruldu. Yirmi iki yaşında daha önce gebelik takibinde olmayan, ELISA paneli (anti-HIV ab düzeyi) bakılmayan ancak sorgulandığında da risk faktörü olmayan bir gebe acil sezaryen (38 hafta term gebelik) doğuma alınmış. Doğumdan sonra anne bebeğini birkaç kez emzirmiş. Olay cuma günü gerçekleşmiş ve olayın gecesinde yenidoğan uzmanımız hastanın anti-HIV antikor düzeyinin düşük titrede pozitif olduğunu fark etmiş. Ancak il genelinde HIV hastası takip edilmediğinden bebekte profilaksi için kullanılacak zidovudine hastane eczaneleri ve dış eczanelerde ulaşılamadığı için tarafıma yaklaşım açısından görüş soruldu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Öncelikle meslektaşımıza hastanın risk faktörü olmadığı ve anti-HIV antikor düzeyinin düşük titrede pozitif sonuçlandığı için doğrulama sonucunun beklenmesini, bu arada annenin bebeğini emzirmemesini önerdim ve eş taramasının mümkün olan en kısa zamanda yapılması konusunda görüş bildirdim.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bilindiği gibi antiretroviral ilaçların anneden bebeğe HIV geçişini azaltma etkinlikleri doğumdan sonra ne kadar geç başlanırsa o kadar azalır. Temas sonrası profilaksinin ilk 48 saatten sonra verilmesinin bebeklerin önemli bir bölümünde geçişi engellemede etkin olmadığı görülmüş ve 14 günlük olduklarında bebeklerin çoğunda infeksiyon yerleştiği bildirilmiştir. Ancak ilimizde bebeklerde profilaksi için kullanılan zidovudine ulaşamadığımız bu gibi durumlarda yani HIV pozitif hasta takibinin yapılmadığı merkezlerde yaklaşım nasıl olmalıdır? Risk faktörü olmayan ancak anti-HIV antikor düzeyi düşük titrede pozitif gelen gebelik takibi bulunmayan hasta ve bebeği için yaklaşım nasıl olmalıdır? Ayrıca Türkiye'de bu gibi durumlarda bu tür ilaçlara ulaşılabilecek merkezler var mıdır? Yoksa kurulması planlanmakta mıdır? Varsa tüm sağlık kuruluşlarına bu tür özel durumlarda bu ilaçlara nasıl ulaşılacağı konusunda bilgilendirme yapılması nasıl sağlanabilir?

HIV/AIDS

P-035

HIV-Hepatit B Koinfeksiyonu: Olgu Sunumu

Arzu DOĞRU[1], Ayşe Canan ÜÇIŞIK[1], Pınar ERGEN[1]

[1] İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Soru(n)

HIV pozitif olgularda hangi infeksiyonlar taranmalıdır? Tedavi ve aşılama önerileri nasıl olmalıdır?

Olay/Olgu

Kırk dört yaşında, bekar erkek hasta, 2015 yılının Eylül ayında kuşku üzerine yaptırdığı anti-HIV testi pozitif bulunmuş. Hastanın bilinen ek bir hastalığı, uyuşturucu kullanım öyküsü yok. Nadiren alkol kullanıyor. Fizik muayenesinde bir özellik saptanmadı. HIV infeksiyonunun geçiş yolu olarak yaklaşık altı ay öncesinde gerçekleşen korunmasız cinsel ilişki olabileceği düşünüldü. Yapılan tetkiklerinde lökosit 5760/mm^3 (lenfosit 1360/mm^3), Hb: 14.5 g/dL, Hct: %42.9, trombosit 139.000/mm^3, ALT: 488 IU/L, AST: 390 IU/L, GGT: 398 IU/L, ferritin 581 ng/mL olarak bulundu. Serolojik testlerinde HBsAg, anti-HCV, VDRL, anti-Rubella IgG, EBV-VCA IgG ve CMV-IgG, anti-HAV IgG testleri pozitif, toksoplasma IgG ve IgM testleri negatif bulundu. HBV-DNA düzeyi 17.623.164 IU/mL, HIV-RNA: 381.005 IU/mL. HCV-RNA düzeyi ise negatif olarak sonuçlandı. CD4 sayısı 243, CD4/CD8 oranı ise 0.350 olarak hesaplandı. Anti-Delta antikoru negatif idi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastadan alınan kan örneği direnç testi için gönderildi. Hastanın da isteği üzerine direnç testi sonuçları elimize geçmeden hastaya emtrisitabin-elvitegravir-tenofovir disoproksil-kobisistat tedavisi günde bir tablet olarak başlandı. Bu arada abakavir hipersensitivite ve HLA-B*5701 PCR testleri negatif olarak sonuçlandı. Hasta bir ay süreyle tedavisini düzenli olarak kullandı ve birinci ayın sonunda polikliniğimize yeniden başvurdu. HIV-RNA ve HBV-DNA testleri negatif idi. ALT: 17 IU/L, AST: 20 IU/L, GGT: 53 IU/L, ferritin: 35.73 ng/dL idi. Direnç testi birinci ayın sonunda halen sonuçlanmamıştı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV infeksiyonlarının artmasıyla birlikte hastalarda HIV ile birlikte ek infeksiyonlar da gittikçe artan sayılarda görülmeye başlandı. Bu olguda HIV ile birlikte hepatit B koinfeksiyonu mevcuttu. Bu olguda olduğu gibi HIV-HBV birlikteliğinde tedavi rejiminde içerisinde tenofovir de içeren bir kombinasyonun kullanılması HIV-HBV koinfeksiyonlarında iyi bir tedavi şansı yaratabilir. HIV pozitif hastalarda hepatit B ve hepatit C birlikteliğinde tedavi nasıl ve ne zaman yapılmalıdır?

HIV/AIDS

P-036

Çukurova Bölgesinde Değişen HIV İnfeksiyonu Epidemiyolojisi

Süheyla KÖMÜR[1], Behice KURTARAN[1], Ferit KUŞÇU[1], Aslıhan CANDEVİR ULU[1], Ayşe Seza İNAL[1], Hasan Salih Zeki AKSU[1], Yeşim TAŞOVA[1]

[1] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Soru(n)

Son yıllarda başvuran HIV ile infekte olgu sayısında artış dikkat çekmiştir. HIV infeksiyonu epidemiyolojisinde yıllar içinde nasıl bir değişim görülmüştür?

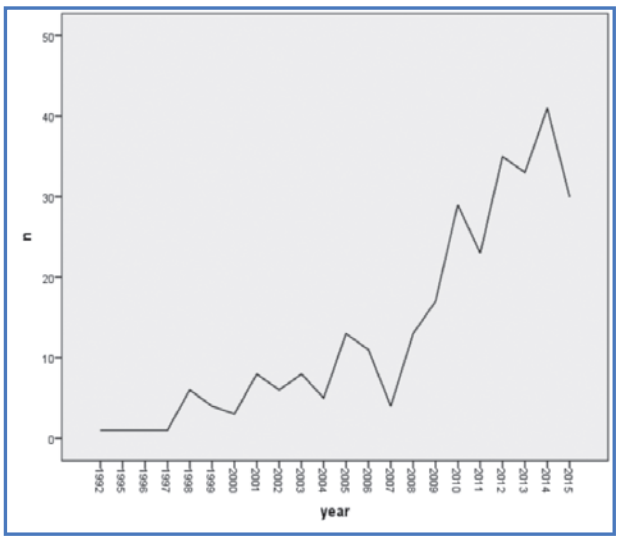
Olay/Olgu

Kliniğimizde 1992 yılından bu yana HIV olguları izlenmektedir. İçinde bulunduğumuz Çukurova bölgesinde savaş, göç, terör olayları nedeniyle son yıllarda yoğun nüfus hareketleri yaşanmaktadır. Bu olaylarla beraber HIV epidemiyolojisinde de birtakım değişiklikler göze çarpmaktadır. Son yıllarda başvuran olgu sayısında ciddi bir artış gözlenmiştir (Şekil 1). Geçmiş yıllarda fırsatçı infeksiyonlarla yatırarak izlediğimiz olguların aksine infeksiyonun erken döneminde başvurular artmıştır. En sık bulaş yolu heteroseksüel cinsel ilişki iken son yıllarda homoseksüel yolla geçiş saptanan olgulara sık rastlanır olmuştur. Tüm kurumlardaki sağlık çalışanlarının HIV infeksiyonu konusundaki farkındalığının artırılması olguların tespiti ve bulaş yollarının kontrolü açısından önemlidir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

HIV epidemiyolojisinde yıllar içindeki değişimin ortaya konulması için kliniğimizde 1992-2015 yılları arasında takip edilen 293 HIV pozitif erişkin olgu retrospektif olarak irdelendi. Olguların %76.1 (n= 223)'i erkekti. Ortalama yaş 36.9 (18-66) idi. Hastaların %74.1'i rutin tetkikler esnasında tanı almıştı. Hastaların %63.5'i evli idi. En sık bulaş yolu heteroseksüel temas (%76.8) iken %8.2 hastada homoseksüel bulaş saptandı. Seksen beş (%29) hastada çoğunlukla Ortadoğu ülkeleri olmak üzere yurt dışında çalışma öyküsü mevcuttu. Hastalar başvuru tarihine göre 1992-1999, 2000-2007, 2008-2015 olmak üzere üç grupta incelendi. Her bir gruptaki olgu sayısı sırasıyla 14, 58 ve 221 idi. Yaş ortalaması, cinsiyet ve ortalama HIV-RNA düzeyi açısından her üç grup arasında anlamlı farklılık yoktu. Ortalama CD4 sayısı sırasıyla 232, 552 ve 377/mm^3 bulundu. Homoseksüel bulaş olduğu bilinen 24 olgunun 23'ü üçüncü grupta idi.

Hastaların %11.3 (n= 33)'ü eksitus oldu, %65.8'i hala takiptedir.



Şekil 1. Yıllara göre tanı alan HIV olgu sayısı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV ile infekte olgu sayısında ciddi artış mevcuttur. Kliniğimizde de olguların %75.4'ünün 2008 sonrası başvurduğu görülmüştür. Son yıllarda homoseksüel olgu sayısında artış da göze çarpmaktadır. Özellikle Ortadoğu ülkeleri başta olmak üzere yurt dışında çalışma öyküsü dikkat çekici bir risk faktörüdür. Olguların erken tanınması, bulaş yollarının kontrolü için tüm kurumlardaki sağlık çalışanlarının HIV epidemiyolojisindeki değişimlerden haberdar edilip farkındalığın artırılması gerekmektedir.

HIV/AIDS

P-037

Gebelerin HIV Açısından Taranması

Süheyla KÖMÜR[1], Behice KURTARAN[1], Ayşe Seza İNAL[1], Aslıhan CANDEVİR ULU[1], Ferit KUŞÇU[1], Hasan Salih Zeki AKSU[1], Yeşim TAŞOVA[1]

[1] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Soru(n)

Gebeliğin mümkün olan en erken döneminde HIV testinin yapılması ve HIV ile infekte gebelere tedavi başlanması önerilmektedir. Ülkemizde gebelerde HIV taraması rutin olarak yapılıyor mu?

Olay/Olgu

Trombositopeni etyolojisi araştırılan 38 yaşındaki erkek hastanın HIV ile infekte olduğu ve eşinin de 32 haftalık gebe olduğu öğrenildi. Düzenli gebelik takipleri yapılmasına rağmen HIV testi yapılmamıştı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Gebede anti-HIV pozitif saptandı. Kadın doğum ve çocuk infeksiyon klinikleriyle görüşülüp gebe takibe alındı. Antiviral tedavi hemen başlandı. Gebenin takiplerinde sorun yaşanmadı. Tedavi öncesi gönderilen HIV-RNA 50 kopya/mL saptandı. Otuz dokuzuncu haftada sezaryen ile doğum yaptırıldı. Bebeğe profilaksi verildi. Bebeğin HIV-RNA'sı negatif bulundu.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Tüm gebeler HIV açısından tetkik edilmelidir. Hastamızda olduğu gibi düzenli gebelik takipleri yapılan kişilerde bile tarama ihmal edilebilmektedir. Kadın doğum hekimlerinin bu konudaki farkındalığının artırılması konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

HIV/AIDS

P-038

HIV ile İnfekte Kaynakla Temas Sonrası Profilaksi

Esra KAYA KILIÇ[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Cemal BULUT[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Meliha Çağla SÖNMEZER[1], Sami KINIKLI[1], Necla TÜLEK[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

HIV ile infekte kaynakla temas sonrasında sağlık çalışanı olan ve olmayan kişilerde medikal profilaksi temini.

Olay/Olgu

Yirmi altı yaşında kadın hemşire özel bir hastanenin acil servisinde görev yapmakta iken yabancı uyruklu bir hastadan kan alma işlemi sırasında eline iğne batmış. Temasa kaynak olan hastanın HIV pozitif olduğunun öğrenilmesi üzerine hasta hastanemize yönlendirildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Temas sonrası sekizinci saatte başvuran hastanın tetkikleri istendi. Anti-HCV negatif, anti-HBs positif, dördüncü kuşak ELISA ile anti-HIV negatif olarak saptandı. Hastaya temas sonrası antiretroviral profilaksi verilmesi planlandı. Ancak hastane eczanesinde antiretroviral ilaçlar o dönemde bulunmamaktaydı. Hastaya ancak HIV/AIDS tanılı rapor çıkartıldığında bu ilaçların SGK tarafından geri ödemesi mümkün olmaktadır. Bu durumda da hastanın medikal özgeçmişinde bu tanı ve ilaç raporu görüleceği için kişi açısından bu durumun rahatsızlık verici olacağı düşünüldü. Hastanın profilaksi maliyetini kendisinin karşılaması bir çözüm olabilir ancak teması olan hemşirenin bu maliyeti karşılaması mümkün olmadı. Bunun üzerine hastaya, tedavi değişikliği yaptığımız ve ellerinde kalan kullanmadıkları antiretroviral ilaçlarını bize getiren hastalarımızdan kalan ilaçlardan tenofovir/emtrisitabin ve efavirenz profilaksisi 4 hafta süreyle verildi. Herhangi bir yan etki gözlenmedi. Hastanın 6., 12. hafta ve 6. ay kontrollerinde anti-HIV pozitifliği saptanmadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kılavuzlarda kesici-delici alet yaralanmalarında kişinin kanıyla perkütanöz veya mukoz membran temasında ilk dört saatte, en fazla 48-72 saat içinde antiretroviral profilaksi başlanması önerilmektedir. Ülkemizde temas sonrası profilaksi gerekçesiyle antiretrovirallerin SGK tarafından geri ödemesi bulunmamaktadır. Antiretroviral ilaçlar HIV infeksiyonu saptanmış olan hastalarda sadece B20-24 ICD kodlarıyla hastaya HIV/AIDS tanısı konularak geri ödeme kapsamındadır. Bu olguda hastanın durumu ICD Z20.6 HIV ile temas ve maruziyet koduna karşılık gelmekte idi. Ancak bu kod ile girilen tanı durumunda SGK tarafından geri ödeme yapılmamakta ve hastalar bu yüksek ilaç maliyetini (yaklaşık 924.21 TL) kendileri karşılamak zorunda kalmaktadır. Hastane eczanesinde ilaçları bulundurmak ve profilaksi amacıyla hastalara yatış verilerek bu ilaçları kullanmak bir çözüm yolu olabilir. Ancak hastanın 28 gün yatırılarak tüm tedavinin hastaneden sağlanması akılcı bir yaklaşım değildir. Profilakside kullanmak üzere hastane eczanesine bu ilaçları temin etmekte de sıkıntılar mevcuttur. Çünkü profilaksi verilecek hasta bulunmadığı ve kullanılmadığı zaman ilacın miadı dolmakta ve kullanılmadan atılmak zorunda kalınmaktadır. Ülkemizde HIV infeksiyonlu hasta sayısı arttıkça profilaksi sorunuyla daha sık karşılaşılacağı açıktır. Bu nedenle temas sonrası antiretroviral profilaksinin geri ödeme sorununun yasal zeminde ivedilikle çözümlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

HIV/AIDS

P-039

Transfüzyon Merkezlerinde HIV Taramasında 4. Kuşak ELISA mı, Nükleik Asit Amplifikasyon Testi mi Kullanılmalıdır?

Nesibe KORKMAZ[1], Gönül Çiçek ŞENTÜRK[1], Yunus GÜRBÜZ[1], Emin Ediz TÜTÜNCÜ[1], Gülnur KUL[1], Fatma Aybala ALTAY[1], Nilgün ALTIN[1]

[1] Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Transfüzyon merkezlerinde donörde HIV taramasında 4. kuşak ELISA mı, nükleik asit amplifikasyon (NAT) testi mi kullanılmalıdır?

Olay/Olgu

Riskli cinsel temasta bulunan kişi, bu temastan bir hafta sonra bulunduğu yerde Kızılay Kan Merkezinin gezici kan bağışı ekiplerine kan bağışında bulunmuş. Aynı zamanda gribal semptomları, halsizliği olan hasta aynı yerde bir sağlık merkezine başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde BK: 2600/µL olarak saptanmış. Hastaya nonspesifik tedavi verilmiş. Hasta riskli cinsel temas öyküsünden 10 gün sonra kan merkezine kan bağışında bulunmuş ve taramalarında kan bağışına engel bir durum tespit edilmemiş. Üç hafta sonra kırgınlık, halsizlik şikayetleri gerilemeyen hasta hastanemize başvurmuş, şüpheli cinsel temas öyküsü olduğunu söyleyen hastanın yapılan testlerinde anti-HIV testi ve doğrulama testi pozitif olarak saptandı. Hastanın kan bağışı için başvurduğu zamanda HIV infeksiyonu açısından pencere döneminde olduğu düşünüldü. Durum öğrenilince hemen Kızılay Kan Merkezi arandı. Ancak hastadan alınan kan, transfüzyon ihtiyacı olan kişilere eritrosit süspansiyonu (ES) ve taze donmuş plazma (TDP) olarak nakledilmişti. ES, terminal dönem bir hastaya verilmiş ve hasta ölmüştü. TDP ise hepatit B tanısıyla tenofovir tedavisi alan bir şahsa verilmişti. HIV açısından takip edilen bu hastaya da bulaş olmadığı tarafımıza bildirildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

CD4: 682 hücre/µL, HIV-RNA: 970000 IU/mL gelen hastaya akut retroviral sendrom tanısıyla efavirenz ve tenofovir/emtrisitabin tedavisi başlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kan merkezlerinde, donörde HIV taraması 4. kuşak ELISA ve NAT ile yapılmaktadır. Dördüncü kuşak ELISA testi, NAT'tan 5-7 gün sonra pozitifleşir. Pencere dönemi, NAT ile ortalama 5.5 ila 7.7 gün arasında değişmektedir. Pahalı olması, yanlış pozitif ve negatifliklerin olması ve NAT ile de pencere döneminde yakalanamayan olguların olmasından dolayı, transfüzyon merkezlerinde donörde HIV taramasında NAT'ın kullanımı gerekli midir? Maliyet etkin midir? Kan merkezlerinde donörle yüz yüze yapılan görüşmenin önemi nedir?

HIV/AIDS

P-040

HIV Pozitif Hastaların Cerrahi İşlemlerinin Yapılması Sırasında Karşılaşılan Sorunlar

Semanur KUZİ[1], Gönül Çiçek ŞENTÜRK[1], Zehra DEMİRBAŞ[1], Yunus GÜRBÜZ[1], Emin Ediz TÜTÜNCÜ[1], Fatma Aybala ALTAY[1], Nilgün ALTIN[1], İrfan ŞENCAN[1]

[1] *Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

HIV pozitif olguların takiplerinde cerrahi girişim gerekliliği halinde cerrahi branşların hastaya işlem yapmak istememeleri etik midir, böyle bir durum karşısında nasıl bir yaklaşım sergilenmelidir?

Olay/Olgu

Elli iki yaşında kadın hasta, eşinin HIV pozitif olması nedeniyle tarama amacı ile başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda HIV pozitif olduğu saptandı. Sol bacakta hareketle artan ağrı şikayeti dışında ek şikayeti mevcut değildi. Lökosit: 8800/µL, Hb: 12.4 g/dL, trombosit: 209.000/µL, CD4+ T hücre: 308 hücre/µL (%19), CD8+ T hücre: 745 hücre/µL (%46), HIV-RNA: 23375 IU/mL, CRP: 14 (0-8 mg/dL), ESR: 35 mm/saat ve biyokimyasal değerleri normal olarak görüldü. Hastaya antiretroviral tedavi başlanması planlandı. Tedavi öncesi tüberkülin cilt testi 4 mm ve akciğer grafisi normaldi. Hastaya Mayıs 2013'te antiretroviral tedavi başlandı. Tedavinin birinci yılında bacak ağrısında artış olması üzerine hasta kurumumuz dışında bir ortopedi polikliniğine başvurmuş. Koksartroz tanısı konularak total kalça protezi (TKP) operasyonu planlanmış. Preoperatif tetkiklerinde HIV pozitif olduğu görülünce operasyondan vazgeçilmiş. Bu olay üzerine hasta kurumumuzdaki ortopedi uzmanlarına konsülte edildi. Koksartroz mevcut olduğu ancak operasyon için erken olduğu belirtildi. Hastaya nonsteroid antiinflamatuvar tedavi önerildi. Altı ay sonra hasta kalça ağrısıyla başka bir hastaneye başvurmuş. Koksartroz tanısıyla operasyon için hastaneye yatırılmış ancak yine preoperatif tetkiklerinde HIV pozitif olduğu saptanınca takip edildiği kurumda opere olması önerilerek taburcu edilmiş.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastadan kalça ağrısı arttığı için MRG istendi. MRG, "Sol kalça eklem içi sıvı artışı, kontrast madde enjeksiyonu sonrasında heterojen tarzda medüller kemik iliği ödem alanları ve eklem içi sinovyasında kontrastlanmalar saptanmıştır" şeklinde raporlandı. Hasta infeksiyon ön tanısıyla ortopedi kliniğine danışıldı. Eklem sıvısı örneği veya biyopsi alınması istendi. Ortopedi tarafından, görüntünün koksartroz üzerine eklenmiş muhtemel travmaya bağlı olabileceği ifade edildi. Antiinflamatuvar tedavi ve 3 ay sonra kontrol önerildi. Hasta kontrolde ağrı şikayetine hareket kısıtlılığının eklendiğini belirtti. Ortopedistlerle tekrar görüşüldü. Ortopedistler tarafından direkt grafide femur başının asetabuluma protrüze olduğu ve hastaya TKP gerektiği belirtildi ancak hastanın HIV ile infekte hasta takibi yapan üniversite hastanesinde opere olması önerildi. Kontrol kalça MRG istendi. MRG'de sol kalça eklem aralığında, asetabulumu destrükte ettiği düşünülen, kontrast madde tutan apseyle uyumlu görünüm saptandı. Girişimsel radyolojiyle görüşüldü. İnceleme için apseden örnek alındı. Alınan materyal hemorajik ve bulanık idi. Gram boyamada bol lökosit görüldü, bakteri görülmedi. Metilen boyamada polimorfonükleer lökosit hakimiyeti vardı. EZN boyamada aside dirençli basil görülmedi. Nonspesifik mayi kültüründe üreme olmadı. Ampisilin-sulbaktam 4 x 3 g/gün başlandı. Örnek ayrıca referans laboratuvarına tüberküloz PCR için gönderildi. *Mycobacterium tuberculosis* kompleks PCR pozitif olarak gelmesi üzerine hastaya antitüberküloz tedavi başlandı. Hastanın total kalça protezi operasyonu tedavi sonrasına ertelendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanın tedavi bitiminde, koksartroz nedeniyle total kalça protezi operasyonu yapılacak; fakat hangi hastanede hangi hekimler tarafından yapılacak? Hastanın HIV pozitif olduğunu öğrenip opere etmekten kaçınan hekimlerin bu uygulamalarında malpraktis söz konusu mudur yoksa doktorun hasta seçme hakkı var mıdır? Hastanın böyle bir durumda hekimi şikayet etme hakkı var mıdır? Hastayı takip eden infeksiyon uzmanının sorumluluğu nedir?

HIV/AIDS

P-041

HIV Pozitif İleri Yaş Hastanın Yönetimi

Meliha Çağla SÖNMEZER[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Necla TÜLEK[1], Pınar GÜRKAYNAK[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Günay TUNCER ERTEM[1]

[1] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

HIV pozitif 50 yaş üstü komorbid hastalıkları olan hastaların takip ve tedavisini nasıl yönetelim?

Olay/Olgu

Dört ay önce inguinal fıtık operasyonu nedeniyle istenen rutin tetkikler sırasında anti-HIV pozitif saptanan ve polikliniğimize yönlendirilen 77 yaşında erkek hasta ileri tetkik amacıyla kliniğimize yatırıldı. Anti-HIV pozitifliği Western Blot ile doğrulandı. AIDS tanısıyla takibe alınan hastanın Parkinson hastalığı, kalp kapak bozukluğu ve benign prostat hipertrofisi gibi ek hastalıkları mevcuttu. Dört ay önce yurt dışında olan riskli cinsel temas öyküsü mevcuttu. Alkol ve uyuşturucu madde alışkanlığı olmayan olgunun 50 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde sol submandibuler ve sol servikal 1 x 1 cm lenfadenopatileri mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmesinde, tam kan sayımında Hb: 13.5 g/dL, WBC: 5200/uL, PLT: 234.000/uL, biyokimyasal incelemede ALT: 9 U/L, AST: 21 U/L, kreatinin: 1.11 mg/dL, glukoz: 83 mg/dL, ALP: 82 U/L, total protein: 6.97 g/dL, albumin: 3.67 g/dL, total kolesterol: 205 mg/dL, LDL kolesterol: 116 mg/dL, HDL-kolesterol: 39 mg/dL, trigliserid: 249 mg/dL, serolojik incelemede HBsAg (-), anti-HBc IgG (+), anti-HBs (+), anti-HCV (-), anti-HAV IgG (+), VDRL (+), TPHA (+), Toxo IgG (+), anti CMV IgG (+) olarak tespit edildi. İlk başvuruda CD4 T lenfosit sayısı: 676 hücre/mm^3 (%26) ve HIV-RNA: 4143 IU/mL idi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu bulgularla hastamıza tenofovir + emtrisitabin 1 x 1 tablet ve dolutegravir 1 x 1 tablet içeren kombine ART başlandı. Hastaya sifilize yönelik penisilin tedavisi de başlandı. Kalp kapak bozukluğu açısından ekokardiyografiyle değerlendirilen hastada patolojik bulgu saptanmadı. Parkinson hastalığına yönelik nöroloji kliniğiyle takibe alınan hastaya levo-dopa tedavisi eklendi. Benign prostat hipertrofisi açısından üroloji ile görüşülerek hasta düzenli aralıklarla takibe alındı. ART'si devam eden hasta tedavisinin 1. ayında kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV infekte ileri yaş olgularda; eşlik eden hastalıklar, eş zamanlı ilaç kullanma zorunluluğu, ilaç etkileşimleri, ilaç yan etkileri ve hasta uyumu gibi sorunların yönetimindeki zorluklar açısından multidisipliner yaklaşımda bulunulması gerektiğini düşünmekteyiz.

HIV/AIDS

P-042

Akut Retroviral Sendromda Doğrulama Testi

Dilek ASİLTÜRK[1], Gül Ruhsar YILMAZ[2], Bircan KAYAASLAN[1], Rüveyda BİLMEZ[1], Gülsüm GÜVEN[3], Tümer GÜVEN[1], Tülay YALÇINKAYA[4]

[1] *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*
[2] *Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[3] *Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*
[4] *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara*

Soru(n)

HIV olgularında tanı için iki kez farklı yöntemle çalışılan ELISA testini takiben doğrulama için "Western Blot" kullanılmaktadır. Doğrulama testi antikor saptamaya dayalı olduğundan akut retroviral sendrom olguları bu testle atlanabilmektedir.

Olay/Olgu

Kırk yaşında erkek hasta sekiz gündür olan ateş yüksekliği, üşüme, titreme ve idrardan kan gelmesi yakınmasıyla başvurdu. Sistem sorgulamasında sekiz gündür devam eden bulantı, kusma, dizüri, gece terlemeleri ve son 12 gün içerisinde 12 kilo kaybı mevcuttu. Özgeçmişinde hipertansiyon, sol ayak bileğinde trafik kazası sonrası protez ve sağ el 3. parmak distal falanks amputasyonu olduğu öğrenildi. Bir hafta öncesine kadar günde bir paket olmak üzere sigara tüketimi, 5 ay öncesine kadar alkol ve madde kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde bilateral solunum sesleri bazallerde azalmış, satürasyonları periferden ölçüldüğünde %81, gövdede umblikus etrafında milimetrik purpurik döküntüler mevcuttu. PA-AG'de sağ bazalde dansite artımı ve pnömonik infiltrasyon görüldü. Dış merkezde anti-HIV pozitif olarak görülen hastanın istenen laboratuvar tetkiklerinde Hb: 10.1 g/dL, platelet 115 K/uL, ferritin > 2000 ng/mL, CK: 1983 U/L, LDH: 2546 U/L, AST: 177 U/L, ALT: 45 U/L, CRP: 66 mg/L ve anti-HIV pozitif olarak sonuçlandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastada ön tanı olarak pnömoni, malignite ve AIDS düşünüldü ve seftrikason + klaritromisin tedavisi başlandı. Tedavi ile beraber periferik satürasyonlarında ve solunum seslerinde düzelme görülen hastanın HIV doğrulama testi negatif olarak sonuçlandı. Hastanın CD4 düzeyi 407 hücre/mL olarak raporlandı. KCFT yüksekliğine yönelik yapılan abdomen ultrasonografisinde patoloji saptanmadı. Malignite taraması açısından yapılan toraks ve abdomen görüntülemesinde mediasten ve hiler lokalizasyonda subkarinal 13 mm'lik birkaç adet lenf nodu ve sağ akciğer alt lob lateral ve posteriorunda fokal inflamasyon ve buzlu cam alanları, splenomegali, periportal ödem ve duodenum duvar ödemi ve submukozal kalınlık artışı, bilateral paraaortik, parailiyak, en büyüğü 12 mm lenf nodları görüldü. Lenfadenopatiler açısından yüzeyel ultrasonları yapılan hastada submandibuler, aksilla ve inguinalde en büyüğü 3 cm boyutunda multipl lenfadenopati saptandı. Antibiyoterapi ile beraber KCFT ve infeksiyon parametrelerinde gerileme görülen hastanın doğrulama testi negatif olmasına ve öyküsünde riskli temas öyküsü olmamasına rağmen HIV-RNA istendi ve pozitif olarak saptandı. Hasta ayaktan takip edilmek üzere yatışının 8. gününde taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülkemizde HIV/AIDS tanılı hasta sayısı giderek artış göstermektedir. Akut retroviral sendrom olgularında antikor pozitifleşinceye kadar olan zaman aralığında doğrulama testi negatif bulunmaktadır. ELISA testinde pozitif bulunan olgularda doğrulama negatif çıksa da klinik şüphe varlığı durumunda moleküler testlerle durum netleştirilmelidir düşüncesindeyiz

HIV/AIDS

P-043

Kırk Katır mı, Kırk Satır mı?

Meliha Çağla SÖNMEZER[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Necla TÜLEK[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Günay TUNCER ERTEM[1], Pınar GÜRKAYNAK[1]

[1] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Eşinden HIV pozitif olduğunu saklayan hastanın eşinin de HIV pozitif olması durumunda hastalığı ile ilgili bilgi verilememesi.

Olay/Olgu

Kırk bir yaşında erkek hasta sarılık yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde karaciğer enzim yüksekliği olması nedeniyle akut viral hepatit ön tanısıyla ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Yapılan tetkiklerinde HBsAg ve anti-HIV pozitifliği saptanan hastaya HBV-HIV koinfeksiyonu tanısıyla ile tenofovir + emtrisitabin ve dolutegravir tedavileri başlandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Tedavisi düzenlenen ve sarılık yakınması gerileyen hastanın karaciğer enzim yüksekliği de azaldı. Aile taraması yapılması planlandı. Bunun için hastadan hastalığıyla ilgili eşine açıklamanın kendisi tarafından mı yoksa kendi refakatinde tarafımızca mı yapılmasını istediği soruldu. Hasta eşine kendisinin açıklama yapacağını belirtti. Hastanın şehir dışından çağrılan 20 yıllık eşinden gönderilen HBsAg ve anti-HIV sonuçları pozitif olarak geldi. Ancak bu süreçte hastanın eşine tanısıyla ilgili bilgi vermediği öğrenildi. Hastaya eşinin de anti-HIV ve HBsAg pozitif olduğu ve eşine de tedavi başlanması gerektiği söylendi ve olası sonuçlar açısından hasta bilgilendirildi. Kendisi taburcu olduktan sonra eşini getireceğini söyleyen hasta önerilerle taburcu edildi. Ancak taburculuk sonrasında üç aylık süreçte hastaya telefonla ulaşılıp, çağrılmasına rağmen kontrollerine gelmedi ve eşine de hala hastalıkla ilgili bilgi vermediği öğrenildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Anti-HIV pozitifliği saptanan hastalarda endikasyonlar dahilinde antiretroviral tedaviye olabildiğince erken başlanması kılavuzla önerilmektedir. Bu hem tedaviye erken yanıt hem de bulaş riskini azaltmak için önemlidir. Eşlerden birinde anti-HIV pozitifliği saptanması durumunda diğer eşi bilgilendirmeyi kimin yapacağı ve hekimin bilgilendirmeyi kendisinin yaptığı ve yapmadığı her iki durumunda da cezai sorumluluklarının olması ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Bu olguda bilgilendirme sorunu dışında diğer eşin tedavi olma hakkı da engellenmektedir. Bu durumda ne yapalım?

HIV/AIDS

P-044

AIDS Evlilik ve Aşkı Öldürür mü?

Mehmet PARLAK[1], Emine PARLAK[1]

[1] *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

Soru(n)

Evlilik öncesi yapılan testlerin değerlendirilmesi ve sonuçların taraflarla paylaşılması.

Olay/Olgu

Evlilik öncesi test sonuçlarıyla bir ay arayla iki çift başvurdu. İki çiftte de damatlarda anti-HIV testi pozitifti. Bir başka çiftte erkek eşine bulaştırmıştı. İkisine de tedavi başlandı. Kadında inanılmaz bir kabulleniş vardı. Bir diğer evli çift polikliniğe başvurdu. Erkek hastaya bir ay önce tedavi başlanmasına rağmen eşinin haberi yoktu. Karısının tiroid lojunda şişme üzerine korkuyla test yaptırmak istemişlerdi. Kadının o anda haberi oldu. Göz-yaşları sel oldu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

AIDS cinsel yolla bulaşan hastalıklardan biridir. Değişik yollarla bulaşması mümkün olsa da toplumda ilk akla gelen cinsel yoldur. HIV pozitifliğinin öğrenilmesi kişilerin tedaviye gitmemesine, işten çıkarılmasına ya da eşinden ayrılmasına yol açabilir. Kişinin mahremiyetine saygı hakkı etik açıdan önemlidir. HIV pozitif kişilerin cinsel eşlerine hastalığın söylenmesi ya da söylenmemesi ikileme neden olur. Bu gizleme kişinin partnerine zarar verebilir. Sağlık hizmetlerinde bunun sınırı toplumun yararı ve diğer kişinin zarar görmesine kadardır.

Partnerlere hastalık hakkında bilgi verildi. Bulaşma yolları anlatıldı. Korunma önerilerinde bulunuldu. HIV pozitif kişilerin diğer testleri istendi. Tedavileri yapıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanın sırlarının hangi durumlarda partnerine söylenebileceği irdelenmelidir.

Testlerin evlilik öncesi yapılması yasal mı? Eşler nasıl bilgilendirilmeli? Çiftleri hangi aşamada aydınlatmalıyız? Nişan ve evlilik bitmeli mi? Aileler arası kavgalar nasıl çözülür?

HIV/AIDS

P-045

Üçüncü Basamak Bir Üniversite Hastanesinde İzlenen HIV İnfekte Çocuk Olguların Değerlendirilmesi

Murat SÜTÇÜ[1], Manolya ACAR[1], Ayper SOMER[1], Hacer AKTÜRK[1], Selda HANÇERLİ TÖRÜN[1], Nuran SALMAN[1]

[1] *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk İnfeksiyon ve Klinik İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Soru(n)

Çocuklarda HIV infeksiyonu erişkin tipinden farklı olarak birçok bulaş şekli, klinik bulgu ve tedavi stratejileri içermektedir. Çalışmamızda, kliniğimizde izlediğimiz çocuk HIV/AIDS olgularımızın epidemiyolojik ve klinik verilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Olay/Olgu

2001-2015 tarihleri arasında Çocuk Hastalıkları İnfeksiyon ve Klinik İmmünoloji polikliniğimizde HIV infeksiyonu tanısı alan 22 çocuk hastanın dosya ve kayıtları epidemiyolojik veriler, klinik ve laboratuvar bulgular açısından retrospektif olarak incelendi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Ortalama tanı yaşı 61.90 ± 49.27 ay (1-165 ay) olan 22 çocuk hastanın takip süresi 60.31 ± 37.51 ay idi. Yedi (%31.8) hasta yabancı uyruklu olup, en sık bulaş yolu vertikal geçiş olarak saptandı (n= 16, %72.7). En sık başvuru şikayeti tekrarlayan üst solunum yolu öyküsü (n= 8, %36.4) ve fizik muayene bulgusu lenfadenopati (n= 12, %54.5) olarak belirlendi. Tekrarlayan pnömoni (n= 6, %27.3), uzamış ateş (n= 5, %22.7), tekrarlayan otitis media (n= 4, %18.2) ve gastroenterit (n= 4, %18.2) diğer yakınmalardı. En sık eşlik eden fırsatçı infeksiyon tüberküloz (n= 3, %13.6) olarak saptandı. Hastaların tamamına antiretroviral tedavi başlandı. Bir hastada non-Hodgkin lenfoma gelişti. İzlemi sırasında, biri lenfoma nüksü, diğeri alt solunum yolu infeksiyonu nedeniyle olmak üzere 2 (%9.1) hasta kaybedildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülkemizde HIV infekte çocuk hastalara ilişkin yeterli veri olmadığından, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

HIV/AIDS

P-046

Perinatal HIV Geçişinde Tek Merkez Sonuçları

Murat SÜTÇÜ[1], Hacer AKTÜRK[1], Ayper SOMER[1], Selda HANÇERLİ TÖRÜN[1], Manolya ACAR[1], Nuran SALMAN[1]

[1] *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk İnfeksiyon ve Klinik İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul*

Soru(n)

HIV'ın anneden bebeğe perinatal geçişi, doğum öncesi, sırası ve sonrasında alınacak önlemlerle azaltılabilir.

Olay/Olgu

Bu çalışmada, HIV pozitif annelerin bebeklerinin değerlendirilmesi ve perinatal HIV geçişi ile infekte olan bebeklerin tanımlanması amaçlanmıştır. Haziran 2007-Ocak 2016 arasında merkezimizde takip edilen, HIV ile infekte annelerden doğan bebeklerin klinik ve laboratuvar özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

HIV infekte anneden doğan 36 bebek (20 kız/16 erkek) bölümümüzde takip edilmiştir. HIV tanısı, annelerin %47.2'sinde gebelikten önce, %33.3'ünde gebelik sırasında, %19.4'inde ise doğum sırasında konulabilmiştir. Dokuz (%33.3) anne gebelik sırasında antiretroviral tedavi almamıştır. Olguların birimimize ortanca başvuru yaşı 12 gün olup en erken 1 günlük en geç ise 420 günlük (14 aylık) iken başvuru olmuştur. Üç olgu anne sütü almıştır. Dört (%12.5) bebek antiretroviral profilaksi almamıştır. Yaklaşık %60 olgu 4-6 haftadan itibaren kotrimoksazol profilaksisi almıştır. Yirmi bebeğin ilk 48 saatte HIV viral yüküne bakılmış ve bir tanesi haricinde negatif bulunmuştur. Toplamda 2 (%5.5) olgu HIV ile infekte olmuştur. Olgulardan biri vajinal yolla doğurtulmuş ve annesine HIV infeksiyonu tanısı doğumda konulabilmiş, diğer olgu ise sezaryenle doğmuş ve annesine doğumdan sadece 3 hafta önce tanı konulmuştur. Her iki anne de doğuma yüksek viral yükle girmişlerdir. HIV ile infekte olan olgulardan biri 4 aylık iken akciğer infeksiyonu ve sepsis nedeniyle kaybedilmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Çalışmamızda tespit edilen perinatal HIV infeksiyonu ve mortalite oranı yüksektir. Bunu yorumlarken olgu sayısının kısıtlılığını dikkate almak gerekir. Daha kesin rakamlar vermek için ülkemizde pediatrik HIV takibi yapan merkezlerin ortak olarak çalışması gerekmektedir. Yine de bulgularımız gebelerin doğum öncesi takiplerindeki değerlendirme eksikliklerine dikkat çekmektedir. Özellikle gebelikte HIV infeksiyonu tanısının geç konulmaması ya da atlanmaması sağlanmalı ve HIV infekte gebelerin takibi HIV konusunda uzman merkezlerce yapılmalıdır.

HIV/AIDS

P-047

HIV İnfeksiyonu Olan Hastalarda Antiretroviral Tedaviye Başlarken Doğrulama ve Direnç Testlerinde Yaşanan Zorluklar

Yaşar BAYINDIR[1], Özlem YILMAZ[1], Ayşegül KUŞÇU KAÇMAZ[1], Funda YETKİN[1], Yasemin ERSOY[1], Üner KAYABAŞ[1], Barış OTLU[2], Adem KÖSE[1], Mehmet ÖZDEN[1]

[1] İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

[2] İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

Soru(n)

Ülkemizde HIV/AIDS'li olgulara tedavi başlayabilmek için önce doğrulama testi, arkasından da HIV-RNA ve direnç testi ancak Sağlık Bakanlığının belirlediği referans merkezlerde yapılmaktadır. Giderek artan hasta sayısına bağlı olarak günlük pratikte bazı sorunlar yaşanabilmektedir.

Olay/Olgu

HIV infeksiyonu olan hastaların tedavisinde, 1996 yılında potent kombinasyon tedavisinin kullanılmaya başlanmasından sonra giderek gelişme kaydedilmiştir. Antiretroviral tedavinin erkenden başlanmasıyla HIV ilişkili morbidite ve mortalitede azalma saptanmış ve daha kolay yönetilebilir bir hastalık haline gelmiştir. Güncel kılavuzlardan biri olan Amerikan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı [Department of Healthand Human Services (DHHS)]'nın kılavuzunda HIV-RNA bakılması AI kanıt düzeyinde, genotipik direnç testinin bakılması AII kanıt düzeyinde önerilmektedir. Direnç testinin önceden mevcut olması aynı zamanda tedaviye uyumsuzluk veya yan etki nedeniyle ilaç değişikliği gerektiğinde kolaylık sağlayacaktır.

Ülkemizde anti-HIV testi pozitif olan hastalarda doğrulama testi olarak Western-Blot testi referans laboratuvarı olarak belirlenmiş laboratuvarlarda yapılmaktadır. Ayrıca direnç testleri de referans laboratuvara gönderilmektedir. Günlük pratikte ise gerek doğrulama testi gerekse genotipik direnç test sonuçlarında gecikme ve aksaklıklar yaşanmakta, hastalar ve merkezler birtakım sıkıntılar yaşayabilmektedir. Zira sadece bu şehirlerde değil ülkemiz genelinde HIV infeksiyonu insidansında bir artış olduğu da kesinlik kazanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Özellikle HIV infeksiyonu insidansı yüksek şehir ya da bölgelerde alt yapı uygunsa laboratuvarların akredite edilmesi veya referans laboratuvarlarının sayısının artırılması mevcut sorunu çözebilir. Bu sayede hastaların tedavilerinde gecikme olmayacak hastaların hekim ve hastanelere güveni de artacaktır. Gerekli yasal düzenlemelerin yapılarak alt yapısı uygun olan her merkezin test sonuçlarına göre tedavi başlayabilmesini sağlamak ülkemiz şartları açısından uygun olup olmadığı tartışılabilir bir konu olarak durmaktadır. Doğrulama testi yapmadan kendi merkezinde HIV-RNA +/- direnç testi çalışarak tedavi başlayan hekim yasal olarak sorumlu mudur?

HIV/AIDS

P-048

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinden HIV/AIDS Deneyimi

Fatime KORKMAZ[1], Fatma KACAR[1], Mehmet ÖZCAN[1], Halil KARATAŞ[1], Arzu TARAKÇI[1]

[1] Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Soru(n)

2010 yılında bir hasta ile başlanan HIV/AIDS tanılı hasta takip ve tedavi hizmetine yeni hastalar eklenmiş, her biri farklı özellikte seyreden olgularla farklı sorunlar yaşanmıştır.

Olay/Olgu

Kliniğimizde üçüncü basamak hizmeti beş uzman hekim ile yürütülmektedir. 2010 yılı öncesinde başka merkezlerin takibindeki birkaç HIV/AIDS olgusu ile karşılaşmışken, 2010 yılında yoğun bakıma koma kliniğinde yatan bir hastanın "serebral toksoplazmoz + AIDS" tanı ve tedavisini yönetme sorumluluğunun üstlenilmesiyle ilk deneyimimiz başladı.

İzleyen süreçte hastanemizde yeni tanı konan, önceden tanı almış takip ve tedavisini yarım bırakıp yeniden müracaat edenler, ilçelerimizden ve komşu illerden HIV pozitifliği yeni saptanıp sevk edilenler ve başka merkezlerdeki takiplerini bizde devam ettirmek isteyenlerin devralınmasıyla hasta sayısı arttı. Aralık 2015'e gelindiğinde toplam 28 hastanın tanı ya da tedavi hizmetiyle uğraşılmıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Toplam 28 olgunun 21'inin izlemi devam etmektedir (19'u ARV tedavili, biri tedavisiz, biri tüberküloz profilaksisinde tedavi başlanacak). Kalan yedi hastanın üçü HIV dışı nedenle vefat etmiştir (ikisi ARV tedavisi sırasında, biri tanı konma aşamasında devredildiği kurumda) üç hasta yeni tanı/ARV tedavi başlanmasını müteakip takiplerini bırakmış, bir hasta da tedavisini başka ilden devam ettirmektedir. İzlemdeki hastalardan sadece beşi başka merkezden devralınmıştır.

Olgularımızın yıllara göre değerlendirilmesi Tablo 1'de verilmiştir. Yirmi sekiz hastanın 5 (%17.8)'i CD4 < 50 olup oldukça komplike seyretti (ikisinde serebral toksoplazmoz, birinde pnömosistis karini pnömonisi vardı. Biri AIDS + presirotik kronik hepatit B tanısı almıştı). CD4 sayısı 50-250 arasındaki 10 hastanın (%35.7) ikisi HIV ilişkili malignite (serviks kanseri ve non-Hodgkin lenfoma), biri kalp yetmezliği (miyokard infarktüsüne sekonder) nedeniyle farklı disiplinlerden de tedavi aldılar. İki hastada tüberküloz lenfadenit, bir hastada zona zoster tedavi edildi. CD4 > 350 olan 13 hastadan (%46.4) ikisi akut retroviral sendrom ile yeni tanı alırken, başka iki hastamızda da PPD pozitifliği nedeniyle tüberküloz profilaksisi başlanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Türkiye'de HIV/AIDS olgularının artış gerçeği infeksiyon hastalıkları uzmanlarının bu alanda kendilerini geliştirip bulundukları bölgede gereken sağlık hizmetini sunması gerekliliğini de beraberinde getirmektedir. Hastanemiz için başlangıçtaki sorunlarımızdan birisi olan çalışılamayan tetkikler (CD4 sayısı ve viral yük) dış laboratuvar anlaşmalarıyla çözümlendi. Yıllar içinde Türkiye Halk Sağlığı Laboratuvarlarında HIV direnci ve viral yük testlerinin hizmete sunulması hastalar ve bizler için avantaj oldu. Multidisiplinlerin bir çoğu hastalarımıza ayırım yapmaksızın yaklaşmıştı, problem çıkanlarla da iyi ilişkiler içinde sorunlar çözülmeye çalışılmaktadır. HIV/AIDS için spesifik çalışan psikiyatri destek ihtiyacı sorunumuz henüz çözülememiştir. Hastanemizde bu izleme başladıktan sonra okuyarak öğrenme dışında uzmanlık dernekleri ve HIV takibinde deneyimli merkezlerin açtığı kurslarda eğitim alarak; kongre, sempozyum ya da lokal toplantılarda bilgi-deneyim aktarımı ve tartışma ortamları içinde HIV/AIDS ile ilgili teorik bilgilerimizin pratiğe yönelik güncellenmelerini yapıp bu konuda kendimizi geliştirmeye devam ediyoruz.

NOT: Hastalarımızla ilgili çözüm arayışlarımızda birebir iletişim desteğiyle yardımlarını esirgemeyen sayın Muzaffer Fincancı ve Çağkan İnkaya ile birlikte bilgi eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma şükranlarımı sunarım (Fatime Korkmaz).

Tablo 1. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			4	1	3	2	11
Takibe alınan hasta sayısı			4	4	3	5	9
Yaş	0-4						
	5-9						
	10-14						
	15-19						
	20-24						1
	25-34		2	2			3
	35-44		2	1	2	2	3
	45-54			1	1	2	4
	55-64					1	
	≥ 65						
Cinsiyet	Kadın		2	2			2
	Erkek		2	2	3	5	9
Uyruk	TC		4	4	3	5	10
	Diğer						1
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		3	3	2	2	4
	Kendi isteği						2
	Kan bağışı						2
	Cerrahi öncesi				1	2	1
	Evlilik öncesi						
	İş başvurusu						
	Partner tarama		1	1			1
	Diğer					1	1
Bulaş yolu	Heteroseksüel		4	4	1	3	9
	MSM (ESE)						1
	Damar içi ilaç kullanımı		0	0	0	0	0
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor				2	2	1
Bazal CD4 değeri	> 500			1		2	4
	350-500					1	3
	< 350	200-350	2	1		1	
		50-200	1	2	2	1	2
		< 50	1		1		2
Takipte kalan hasta sayısı			2	4	3	4	9
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			0	0	0	0	2
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			2	2	2	4	4
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			0	0	0	0	0
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			0	0	0	0	2
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			0	0	0	0	0
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			1*	0	0	1*	0
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			0	0	0	0	0
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			0	0	0	0	0
Mahkum hasta sayısı			0	1	0	0	1
Başka merkezden devir alınan hasta sayısı			0	3	0	2	0
Takibi bırakan hasta sayısı (başka merkeze de gitmeyen)			2	0	0	1	0
*Tüberküloz lenfadenit tedavi sırasında (IRIS)							

HIV/AIDS

P-049

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Gürkan MERT[1], Bülent Ahmet BEŞİRBELLİOĞLU[1]

[1] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Son yıllarda özellikle genç popülasyonda artan HIV olguları.

Olay/Olgu

Askerlik hizmetini yapmak üzere başvuran kişilerde ve askerlik hizmeti esnasında HIV olgularına son yıllarda sık rastlanmaktadır. Bunların yönetimi için yapılması gereken uygulamalar değerlendirilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

1. Öncelikle CD4 sayısı 500 civarı olanlara rehberler doğrultusunda mutlaka tedavi başlanması gerekliliği vurgulandı.
2. CD4 sayısı tedavi başlama kriterini karşılamayanlara 6 ay-1 yıl sonra kontrole gitmesi önerildi, gidilmediği takdirde AIDS olacakları söylendi.
3. Eskiden tedavi alanların tedavileri revize edildi, bazılarına yeniden direnç testi yapıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bu yaş hasta grubunun sorunları gittikçe artmaktadır. Askerlik hizmetleri esnasında yakalanan hastalara acaba CD4 sayısından bağımsız tedavi verilmeli midir? Çünkü askerlik hizmetlerine son verildikten sonra bazı sebeplerden dolayı doktora veya hastaneye başvurmama ihtimali sosyokültürel nedenlerden dolayı çok sık gözlenmektedir. Bu grubun bir kısmını alışıldık grupların aksine Anadolu'nun değişik yerlerinden gelen genç nüfus oluşturmaktadır ve toplum baskısı alışılmadık boyutlardadır. Cinsel aktif, tedavisiz ve toplum baskısının yoğun yaşandığı bir grupta yapılması gerekenler tartışılmak istenmektedir.

Tablo 1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			1	2	11	18	20
Takibe alınan hasta sayısı			1	2	3	8	3
Yaş	0-4						
	5-9						
	10-14				1		
	15-19						
	20-24					6	1
	25-34					1	2
	35-44			1	1	1	
	45-54			1	1		
	55-64						
	≥ 65		1				
Cinsiyet	Kadın		1				
	Erkek			2	3	8	3
Uyruk	TC		1	2		8	3
	Diğer						
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı				1 (lenfoma)		
	Kendi isteği			1	1		
	Kan bağışı			1			
	Cerrahi öncesi				1		
	Evlilik öncesi						
	İş başvurusu						
	Partner tarama		1				
	Diğer				1	8	3
Bulaş yolu	Heteroseksüel		1	2	3	8	1
	MSM (ESE)						2?
	Damar içi ilaç kullanımı						
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor						
Bazal CD4 değeri	> 500						
	350-500			1		2	
	< 350	200-350		1	2	5	1
		50-200	1			1	1
		< 50			1		
Takipte kalan hasta sayısı			1	1	1	7	3
Başka merkeze devredilen hasta sayısı				1	2	1	
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			1	2	2	8	
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı							
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı					1		
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı							
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı							
Mahkum hasta sayısı							

HIV/AIDS

P-050

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Özgür GÜNAL[1], Eda KÖKSAL[1], Aynur ATİLLA[1], Sırrı KILIÇ[1]

[1] Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

Soru(n)

Bu çalışmada, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hasta sayısının, olguların demografik özellikleriyle tanı konulduğu sıradaki CD4 sayıları ve takip durumlarında yıllara göre değişiklik olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Olay/Olgu

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2014 yılından itibaren HIV/ADIS olgularının izlemi yapılmaktadır. Son iki yılda HIV/AIDS tanısıyla takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2014 yılından beri izlemi yapılan toplam 36 hasta değerlendirilmiştir. 2015 yılında başvuran hasta sayısı önceki yıllara göre artış göstermiştir. Test yapılma nedeninin en fazla hastalık ayırıcı tanısı (11/36, %30), ikinci sırada da (9/36, %25) cerrahi girişim öncesi kontrol olduğu bulunmuştur. Tüm yıllar birarada değerlendirildiğinde 2015 yılında bulaş yolu açısından MSM ilişkilerin önceki yıllara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Toplam 27 olguda viral süpresyon sağlandığı (%77) saptanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde de son yıllarda yeni olgu sayısında artış olması ve olguların daha genç yaş grubunda görülmeye başlaması önleme konusunda acil eylem planı gerektiğine işaret etmektedir. Bulaş yolunun heteroseksüel temastan MSM yönüne değişiklik göstermesi yeni infeksiyonların tespiti ve önlenmesi için MSM grubunun öncelikli hedef olarak alınması gerektiğini göstermektedir.

Tablo 1. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			20	22
Takibe alınan hasta sayısı			16	20
Yaş	0-4			
	5-9			
	10-14			
	15-19			
	20-24			
	25-34		2	2
	35-44		8	10
	45-54		5	8
	55-64		1	
	≥ 65			
Cinsiyet	Kadın		2	4
	Erkek		14	16
Uyruk	TC		16	18
	Diğer			2
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		6	5
	Kendi isteği		1	2
	Kan bağışı		1	2
	Cerrahi öncesi		4	5
	Evlilik öncesi		1	2
	İş başvurusu		1	
	Partner tarama			
	Diğer		2	4
Bulaş yolu	Heteroseksüel		12	13
	MSM (ESE)		3	6
	Damar içi ilaç kullanımı			
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)			
	Nozokomiyal veya transfüzyon			
	Bilinmiyor		5	1
Bazal CD4 değeri	> 500		7	5
	350-500		5	9
	< 350	200-350	3	5
		50-200	1	1
		< 50		
Takipte kalan hasta sayısı			16	20
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			4	2
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			10	17
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı				
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				1
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı				1
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			2	2
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı				
Mahkum hasta sayısı				

HIV/AIDS

P-051

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Gül Ruhsar YILMAZ[1], Tümer GÜVEN[2], Rahmet GÜNER[2], Zeliha KOÇAK TUFAN[2], Bircan KAYAASLAN[2], Turan BUZGAN[2], Mehmet A. TAŞYARAN[2]

[1] *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği Ankara*

[2] *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının sayısında artış ve çeşitli özelliklerinde yıllara göre değişiklik olup olmadığı.

Olay/Olgu

HIV/AIDS olgularında son yıllarda ülke genelinde artış olmuştur. Bu çalışmada Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hasta sayısının, olguların demografik özellikleriyle tanı konulduğu sıradaki CD4 sayıları ve takip durumlarında yıllara göre değişiklik olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2013 yılından itibaren HIV/AIDS olgularının izlemi yapılmaktadır. HIV/AIDS olguları konuyla ilgilenen iki hekim tarafından takip edilmektedir. Son dört yılda HIV/AIDS tanısıyla takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2013 yılından bu yana izlemi yapılan toplam 41 hasta değerlendirilmiştir. 2014 ve 2015 yıllarında başvuran hasta sayısı önceki yıllara göre artış göstermiştir. Test yapılma nedeninin en fazla hastalık ayırıcı tanısı (15/41, %36.6), ikinci sırada da (11/41, %26.8) cerrahi girişim öncesi kontrol olduğu bulunmuştur. Tüm yıllar birarada değerlendirildiğinde 2015 yılında bulaş yolu açısından MSM ilişkilerin önceki yıllara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Toplam 12 olguda viral süpresyon sağlandığı (%29.3) saptanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde de son yıllarda yeni olgu sayısında artış olması ve olguların daha genç yaş grubunda görülmeye başlaması önleme konusunda acil eylem planı gerektiğine işaret etmektedir. Bulaş yolunun heteroseksüel temastan MSM yönüne değişiklik göstermesi yeni infeksiyonların tespiti ve önlenmesi için MSM grubunun öncelikli hedef olarak alınması gerektiğini göstermektedir. Viral süpresyonda olan hasta sayısının düşük olmasının nedeni olguların bir kısmında henüz tedavi başlanmamış olması, bir kısmında da tedavinin altı ayını doldurmamış olmasıyla açıklanabilir.

Tablo 1. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			1	7	20	13
Takibe alınan hasta sayısı			1	6	17	14
Yaş	0-4					
	5-9					
	10-14					
	15-19					
	20-24					1
	25-34				3	1
	35-44			2	7	5
	45-54		1	3	5	3
	55-64			1	5	3
	≥ 65					1
Cinsiyet	Kadın			1	3	1
	Erkek		1	6	17	13
Uyruk	TC		1	6	20	13
	Diğer					1
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı			5	6	4
	Kendi isteği					2
	Kan bağışı					
	Cerrahi öncesi/endoskopi öncesi		1	1	7	3
	Evlilik öncesi					
	İş başvurusu					
	Partner tarama			1	3	1
	Diğer				4	4
Bulaş yolu	Heteroseksüel		1	4	7	2
	MSM (ESE)			1	1	4
	Damar içi ilaç kullanımı				1	
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)					
	Nozokomiyal veya transfüzyon					1
	Bilinmiyor			1	9	10
Bazal CD4 değeri	> 500		1	1	5	7
	350-500				7	1
	< 350	200-350		3	2	1
		50-200		1	1	1
		< 50		2	3	2
Takipte kalan hasta sayısı			1	4	13	12
Başka merkeze devredilen hasta sayısı				2	1	
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı				4	8	2
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı				1	2	1
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				1		
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı						
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı						
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı						
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı						
Mahkûm hasta sayısı					1	

HIV/AIDS

P-052

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi HIV Olgularının Değerlendirilmesi

Fatma SIRMATEL[1], Hayrettin AKDENİZ[1], Abdulkadir KÜÇÜKBAYRAK[1]

[1] Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının özellikle genç yaşta heteroseksüel ilişkiyle bulaşması, özellikle mahkum hastalarda saptanması ve yer değiştirmesi nedeniyle bu hastaların izlemden çıkması.

Olay/Olgu

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2011 yılından itibaren HIV/AIDS olgularının izlemi yapılmaktadır. HIV/AIDS olguları konuyla ilgilenen üç hekim tarafından takip edilmektedir. Son dört yılda HIV/AIDS tanısıyla takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2011 yılından beri izlemi yapılan toplam 15 hasta değerlendirilmiştir. Bu süreç içerisinde izlediğimiz hastaların çoğunluğunun genç yaşta ve heteroseksüel temasla virüsü aldığı anlaşılmıştır. Olguların irdelenmesinde mahkum olan hastaların yer değiştirmesi nedeniyle izlemleri yapılamamıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde izlenen hastaların tedavileri düzenli yapılınca olumlu sonuç alınmış ve hepsi viral yükü negatif olarak izlenmiştir. Sadece bir olgumuzda tüberküloz gelişmiş ve tedavide sorun yaşanmıştır. Özellikle hastaların genç yaşta virüsü almaları HIV bulaşının topluma yeterince anlatılması gerektiği gerçeğini ortaya koymuştur.

Tablo 1. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			6	2	3	1	3
Takibe alınan hasta sayısı							
Yaş	0-4						
	5-9						
	10-14						
	15-19				1		1
	20-24		1			1	1
	25-34		3		1		1
	35-44		2				
	45-54				1		
	55-64						
	≥ 65						
Cinsiyet	Kadın						1
	Erkek		6	2	3	2	2
Uyruk	TC		6	2	3	1	3
	Diğer						
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		3		2	1	3
	Kendi isteği		1				
	Kan bağışı		2		1		
	Cerrahi öncesi						
	Evlilik öncesi						
	İş başvurusu						
	Partner tarama						
	Diğer						
Bulaş yolu	Heteroseksüel		6	2	3	1	1
	MSM (ESE)						1
	Damar içi ilaç kullanımı						1
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor						
Bazal CD4 değeri	> 500		3				
	350-500						
	< 350	200-350	2	1	1		
		50-200	1			1	1
		< 50		2	2		2
Takipte kalan hasta sayısı							12
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			3				
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			3	2	3	1	3
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı							
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı							1
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı							
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı							
Mahkum hasta sayısı			3				

HIV/AIDS

P-053

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde İzlenen HIV'lı Anne Bebeklerinin Değerlendirilmesi

Türkan AYDIN TEKE[1], Zeynep Gökçe GAYRETLİ AYDIN[1], Ayşe KAMAN[1], Mert TURĞAL[2], Banu SEVEN[2], Gönül TANIR[1]

[1] *Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İnfeksiyon Kliniği, Ankara*

[2] *Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara*

Soru(n)

HIV/AIDS'li gebenin doğumunda ve sonrasında alınacak önlemler, bebeğin HIV durumunun tespiti, profilaksisi ve takibi.

Olay/Olgu

Bu iki olgu özelinde, erişkin infeksiyon kliniği olmayan hastanemizde takibi gerçekleşmeyen, HIV durumu ve aldığı tedavileri bilinmeyen gebelerin doğumunun hastanemizde gerçekleştirilmesi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Olgu 1: Otuz yedi haftalık gebeye IV ve oral zidovudin verilerek sevk edildiği öğrenildi. Hastaya IV zidovudin verilerek sezaryen doğum önerildi. 3460 g olarak dünyaya gelen, HIV belirteçleri olmayan bebeğe 1.5 mg/kg/doz IV zidovudin başlanması, emzirilmemesi önerildi. Hastanın 14 günlük ve 1.5 aylıkken infeksiyon polikliniğinden gönderilen HIV-RNA'sı negatif geldi. Hasta takibe alındı.

Olgu 2: Otuz beş haftalık 2350 g sezaryen ile hastanemizde doğan bebeğin fizik muayenesinde HIV belirteçleri yoktu. Annenin HIV yükünün, Western blot doğrulama testinin, antiretroviral tedavisinin öğrenilmesi, bebeğe 1.5 mg/kg/doz IV zidovudin başlanması, anne sütü verilmemesi önerildi. Takipte iki kez HIV-RNA (14 günlük ve 1 aylıkken) negatif gelen hastanın zidovudin tedavisi kesildi. Annesinin epikrizinden son bakılan HIV-RNA'sının negatif olduğu, emtrisitabin/tenofovir disoproksil fumarat ve lopinavir/ritonavir almakta olduğu öğrenildi. Hasta takibe alındı.

Olgu 3: Beş günlük hasta, ailesinin isteği üzerine hastanemize başvurdu. Öyküsünden 38 hafta 3200 g sezaryenle doğduğu, doğumdan itibaren oral zidovudin kullandığı ve anne sütü almadığı öğrenildi. Annenin HIV durumuna ait bir bilgi yoktu. Fizik muayenesi ve tam kan sayımı normal olan bebeğin oral zidovudin dozu 4 x 2 mg/kg/doz olarak ayarlandı, bebek 14 günlük olunca kontrole çağırıldı. Anneden ve bebekten bakılan HIV-RNA ve anti-HIV negatif geldi. Bebeğin zidovudin tedavisi kesildi ve anne sütü alabileceğine karar verildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Prenatal/natal ve postnatal bulaşın önlenmesinin ve bu konuda çocuk infeksiyon, kadın doğum ve erişkin infeksiyon hastalıklarının işbirliği yapmasının tartışılması.

Tablo 1. Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			Yok
Takibe alınan hasta sayısı			
Yaş	0-4		2
	5-9		
	10-14		
	15-19		
	20-24		
	25-34		
	35-44		
	45-54		
	55-64		
	≥ 65		
Cinsiyet	Kadın		
	Erkek		2
Uyruk	TC		2
	Diğer		
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		
	Kendi isteği		
	Kan bağışı		
	Cerrahi öncesi		
	Evlilik öncesi		
	İş başvurusu		
	Partner tarama		
	Diğer		
Bulaş yolu	Heteroseksüel		
	MSM (ESE)		
	Damar içi ilaç kullanımı		
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)		2
	Nozokomiyal veya transfüzyon		
	Bilinmiyor		
Bazal CD4 değeri	> 500		
	350-500		
	< 350	200-350	
		50-200	
		< 50	
Takipte kalan hasta sayısı			2
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			
Mahkum hasta sayısı			

HIV/AIDS

P-054

Son Beş Yıllık HIV Olgularının Değerlendirilmesi

Başak DOKUZOĞUZ[1], Şebnem EREN GÖK[1], Aysel KOCAGÜL ÇELİKBAŞ[1], Nurcan BAYKAM[2]

[1] Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2] Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çorum

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının epidemiyolojik özellikleri hakkında ulusal verilerin yanı sıra gerçek yaşam verilerine gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Olay/Olgu

Son yıllarda artış görülen HIV/AIDS olgularının epidemiyolojik ve başvuru sırasındaki klinik özellikleri incelendi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

2011-2015 yılları arasında yeni saptanan olguların özellikleri hazırlanan forma kaydedildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2011-2015 yılları arasında saptanan 144 HIV pozitif hastadan 96 (%66)'sının 1. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği tarafından tetkik ve tedaviye alındığı saptandı. Olguların %85'inin erkek olduğu ve 25-44 yaş arasında yoğunlaştığı görüldü. Başvuru sırasında olguların %55'inde CD4 > 350/mm^3 bulundu. Başka merkeze devredilen altı hasta ve ölen üç hasta dışında 72 (%88) hastanın takipte kaldığı ve 67 (%93) hastada viral süpresyonun sağlandığı belirlendi. Viral süpresyon sağlanmayan üç olgunun tedavinin ilk altı ayı içinde olduğu belirlendi.

Tablo 1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl		**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı		13	33	28	24	36
Takibe alınan hasta sayısı		16	14	23	26	17
Yaş	0-4	-	-	-	-	
	5-9	-	-	-	-	-
	10-14	-	-	-	-	-
	15-19	-	-	-	-	-
	20-24	5	1	3	3	4
	25-34	2	7	7	7	6
	35-44	3	1	8	6	4
	45-54	3	5	5	3	1
	55-64	3	-	-	4	-
	≥ 65	-	-	-	3	2
Cinsiyet	Kadın	5	3	4	2	-
	Erkek	11	11	19	24	17
Uyruk	TC	16	14	21	26	16
	Diğer	-	-	2	-	1

Tablo 1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi (devamı)

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		6	6	8	17	6
	Kendi isteği		1	-	3	-	2
	Kan bağışı		1	-	2	2	-
	Cerrahi öncesi		3	4	3	5	4
	Evlilik öncesi		-	-	1	1	-
	İş başvurusu		1	3	1	1	3
	Partner tarama		2	1	5	-	-
	Diğer		2	-	-	-	2
Bulaş yolu	Heteroseksüel		12	11	16	17	8
	MSM (ESE)		2	3	6	4	5
	Damar içi ilaç kullanımı		-	-	-	-	-
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)		-	-	-	-	-
	Nozokomiyal veya transfüzyon		-	-	-	1	1
	Bilinmiyor		2	-	1	4	3
Bazal CD4 değeri	> 500		6	4	5	7	6
	350-500		3	2	10	7	3
	< 350	200-350	3	2	4	5	5
		50-200	4	5	2	4	2
		< 50	-	1	2	3	1
Takipte kalan hasta sayısı			10	11	17	18	16
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			-	1	2	3	-
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			10	10	17	18	12
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			1	-	-	2	-
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			1	1	-	-	-
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			-	1	3	-	2
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			2	1	2	3	-
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			1	1	4	-3	3
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			2	-	-	-	-
Mahkum hasta sayısı			1	-	-	-	2

HIV/AIDS

P-055

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İzlenen HIV/AIDS Olgularının Değerlendirilmesi

Muzaffer FİNCANCI[1], Umut Devrim BİRAY[1]

[1] İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının epidemiyolojik özellikleri hakkında ulusal verilerin yanı sıra gerçek yaşam verilerine gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Olay/Olgu

Son yıllarda artış görülen HIV/AIDS olgularının epidemiyolojik ve başvuru sırasındaki klinik özellikleri incelendi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

2011-2015 yılları arasında yeni saptanan olguların özellikleri hazırlanan forma kaydedildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV/AIDS olgusu izleyen merkezlerin benzer verileri birleştirilerek ülkemizdeki hasta sayısı ve izlemi hakkında gerçekçi verilerin elde edilebileceği düşünülmektedir.

Tablo 1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl		2011	2012	2013	2014	2015
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı		38	38	32	45	61
Takibe alınan hasta sayısı		33	35	28	41	56
Yaş	0-4	0	0	0	0	0
	5-9	0	0	0	0	0
	10-14	0	0	0	0	0
	15-19	1	0	0	0	1
	20-24	5	1	5	6	8
	25-34	12	16	12	21	28
	35-44	12	7	10	8	11
	45-54	6	11	4	7	11
	55-64	2	2	0	3	2
	≥ 65	0	1	1	0	0
Cinsiyet	Kadın	10	8	2	4	12
	Erkek	28	30	30	41	49
Uyruk	TC	31	33	32	41	54
	Diğer	7	5	0	4	7
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı	10	22	12	20	26
	Kendi isteği	4	1	5	9	3
	Kan bağışı	1	2	5	2	3
	Cerrahi öncesi	1	1	0	3	5
	Evlilik öncesi	0	0	0	0	0
	İş başvurusu	0	0	0	0	1
	Partner tarama	2	3	0	3	8
	Diğer	20	9	10	8	15

Tablo 1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi (devamı)

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Bulaş yolu	Heteroseksüel		16	24	13	17	26
	MSM (ESE)		17	10	19	24	31
	Damar içi ilaç kullanımı		0	0	0	0	0
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)		0	0	0	0	0
	Nozokomiyal veya transfüzyon		0	0	0	1	0
	Bilinmiyor		5	4	0	3	4
Bazal CD4 değeri	> 500		9	7	7	16	21
	350-500		8	10	6	9	8
	< 350	200-350	10	8	10	10	8
		50-200	5	8	7	4	8
		< 50	5	3	1	5	9
Takipte kalan hasta sayısı			32	34	28	40	56
Başka merkeze devredilen hasta sayısı				1	0	1	0
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			30	29	27	33	30
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			1	1	1	0	0
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			1	2	1	0	5
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			1	0	1	0	0
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			3	2	2	3	5
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			0	2	5	6	4
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			1	0	0	0	0
Mahkum hasta sayısı			7	4	0	3	4

HIV/AIDS

P-056

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Şua SÜMER[1], Nazlım AKTUĞ DEMİR[1], Onur URAL[1]

[1] Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Soru(n)

Yıllara göre HIV/AIDS olgularının sayısındaki artışın ve epidemiyolojik verilerde izlenen değişimlerin değerlendirilmesi.

Olay/Olgu

HIV/AIDS olgularının sayısında son yıllarda ülke genelinde artış izlenmektedir. Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran HIV/AIDS hastalarının demografik özellikleri ve tanı sırasındaki CD4 sayılarıyla takip durumlarında yıllara göre değişiklik olup olmadığının araştırılması planlanmıştır. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 2011 yılından itibaren HIV/AIDS olgularının izlemi yapılmaktadır. Son beş yıldır HIV/AIDS tanısıyla takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilerek Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2011 yılından itibaren izlemi yapılan toplam 20 hasta değerlendirilmiştir. 2015 yılında başvuran hasta sayısı önceki yıllara göre artış göstermiştir. Hastaların yaş dağılımı 15-54 yaş arasında değişmiştir. Hastaların %75 (15/20)'ini erkek cinsiyet oluşturmaktadır. Hastaların hepsinin (20/20) uyruğu TC. olarak belirlenmiştir. Hastaların test yaptırma nedenleri arasında hastalık ayırıcı tanısı (%30, 6/20) ve hastanın kendi isteği (%30, 6/20) ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada partner tarama (%20, 4/20), üçüncü sırada cerrahi öncesi tetkik (%10, 2/20) ve dördüncü sırada ise kan bağışı (%5, 1/20) ve evlilik öncesi tarama (%5, 1/20) bulunmaktadır. Tüm yıllar birarada değerlendirildiğinde 2015 yılında bulaş yolu açısında diğer yıllardan farklı olarak MSM ilişkilerin olduğu görülmektedir. Olguların hepsinde (%100, 20/20) viral süpresyon sağlanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Son yıllarda hastanemizde de yeni olgu sayısında anlamlı bir artış izlenmektedir. Özellikle genç yaş grubunda izlenen bu artış endişe vericidir. Ayrıca bulaş yolu açısından heteroseksüel bulaşın yanı sıra MSM temas da artan oranda izlenmektedir. Tedavi alan hastalarda viral süpresyonun sağlanarak kontrol altına alındığı görüldü. Verilerimiz daha çok genç yaştaki kişilerin bilgilendirilmesi ve eğitiminin sağlanmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			1	6	2	2	9
Takibe alınan hasta sayısı							
Yaş	0-4						
	5-9						
	10-14						
	15-19			1			
	20-24			1			3
	25-34		1	2	1	2	1
	35-44			2			2
	45-54				1		3
	55-64						
	≥ 65						
Cinsiyet	Kadın			2			3
	Erkek		1	4	2	2	6
Uyruk	TC		1	6	2	2	9
	Diğer						
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı			2	1		3
	Kendi isteği			1			5
	Kan bağışı					1	
	Cerrahi öncesi				1	1	
	Evlilik öncesi			1			
	İş başvurusu						
	Partner tarama		1	2			1
	Diğer						
Bulaş yolu	Heteroseksüel		1	6	1	1	6
	MSM (ESE)						2
	Damar içi ilaç kullanımı						
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon				1		
	Bilinmiyor					1	
Bazal CD4 değeri	> 500			1			1
	350-500		1	4	2	2	3
	< 350	200-350		1			4
		50-200					1
		< 50		1			1
Takipte kalan hasta sayısı			1	3	2	1	9
Başka merkeze devredilen hasta sayısı				3		1	
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			1	3	2	1	9
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı							
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							1
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı						1	
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı							
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı							
Mahkum hasta sayısı							

HIV/AIDS

P-057

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Selda SAYIN KUTLU[1], Murat KUTLU[1], Kevser ÖZDEMİR[1], Şerife AKALIN[1]

[1] Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli

Soru(n)

Son yıllarda ülkemizde HIV/AIDS olgularında önemli bir artış görülmektedir.

Olay/Olgu

Bu çalışmada 2011-2015 yılları arasında takip ettiğimiz yeni tanı alan HIV infekte olguların demografik özellikleri, bulaş yolları, tanı konulduğu sıradaki hastalık evresi ve koinfeksiyonlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2011-2015 yılları arasında yeni tanı konulan 33 hasta değerlendirilmiştir. 2014 ve 2015 yıllarında yeni tanı konulan hasta sayısında önemli bir artış görülmüştür. Hastaların 28 (%85)'i erkek ve bunların %39'u erkekle seks yapan erkekti. Yaş grupları incelendiğinde en fazla olgunun 20-34 yaş arasında olduğu görüldü. Hastaların tümünün bulaş yolunun korunmasız cinsel temasla olduğu öğrenildi. Bir hastada, ek olarak önceden damar içi ilaç kullanımı mevcuttu. Hastaların 7 (%21)'si yabancı uyrukluydu. HIV testi, en fazla hastalık ayırıcı tanısı (19, %58) ve ikinci sırada da (7, %21) hastaların kendi isteğiyle yapılmıştı. HIV infeksiyonu saptandığında hastaların 14 (%42)'ünün CD4 sayısı 200 hücre/mm^3'ün altındaydı. Birer hastada HIV/HBV ve HIV/HCV koinfeksiyonları saptandı (Tablo 1). Altı aydan uzun süreli antiretroviral tedavi alan hastaların birisi dışında hepsinde viral baskılanma sağlandı. Bir hasta, pulmoner Kaposi sarkomu ve mukormikoz nedeniyle kaybedildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde son yıllarda takip edilen yeni HIV infekte hasta sayısında önemli bir artış olmuştur. Hastalara HIV bulaşının korunmasız cinsel temasla olması, başta HIV olmak üzere cinsel temasla bulaşan hastalıklar konusunda danışmanlık ve eğitim için daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşündürmektedir.

Tablo 1. Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl		2011	2012	2013	2014	2015
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı		2	2	5	7	8
Takibe alınan hasta sayısı		2	2	4	10	15
Yaş	0-4					
	5-9					
	10-14					
	15-19					
	20-24					4
	25-34			2	7	7
	35-44	2		1	2	1
	45-54		2	1		2
	55-64					1
	≥ 65				1	
Cinsiyet	Kadın		1		1	3
	Erkek	2	1	4	9	12
Uyruk	TC	2		4	7	11
	Diğer				3	4

Tablo 1. Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi (devamı)

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		1	1	3	7	7
	Kendi isteği					1	6
	Kan bağışı		1				1
	Cerrahi öncesi				1	1	
	Evlilik öncesi						1
	İş başvurusu						
	Partner tarama			1		1	
	Diğer						
Bulaş yolu	Heteroseksüel		1	2	3	7	9
	MSM (ESE)		1		1	3	6
	Damar içi ilaç kullanımı					1	
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor						
Bazal CD4 değeri	> 500					2	5
	350-500		1	1	1	2	1
	< 350	200-350				1	5
		50-200			1	3	4
		< 50	1	1	2	2	
Takipte kalan hasta sayısı			2	2	4	8	15
Başka merkeze devredilen hasta sayısı						1	0
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			2	1	4	8	4
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı				1		0	0
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı						1	0
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı						1	0
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı							0
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı						0	0
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı						1	0
Mahkum hasta sayısı						2	1

HIV/AIDS

P-058

Fırat Üniversitesi Hastanesi HIV Olguları

Ayhan AKBULUT[1], Hatice ÜDÜRGÜCÜ[1], Birhan AKBAYIR[1], Affan DENK[1], Ayşe SAĞMAK TARTAR[1]

[1] Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Soru(n)

Son yıllarda giderek artan HIV infeksiyonu.

Olay/Olgu

2011-2015 yılları boyunca takip ettiğimiz hastalara yeni kayıt olarak 2014 yılında 6, 2015 yılında 12 yeni hasta kaydı yapılmıştır. 20-24 yaşları arasında 2015 yılında 1 hasta, 25-34 yaşında 2014 yılında 2, 2015 yılında 4, 35-44 yaşında 2014 yılında 2, 2015 yılında 4, 45-54 yaşında 2014 yılında 2, 2015 yılında 1, 55-64 yaşında ise 2015 yılında 2 yeni hasta kaydı yapılmıştır. Cinsiyet dağılımı 2014 yılında 2, 2015 yılında 1 kadın, 2014 yılında 4, 2015 yılında 11 erkek olarak belirlenmiştir. 2014 yılında 1 yabancı uyruklu, 5 Türk, 2015 yılında 15 Türk vatandaşı idi. Test nedeni hastalık ayırıcı tanısı olarak 2015 yılında 2 olgu kaydedilirken, kendi isteği ile test yaptıran her iki yılda da beşer olgu, cerrahi öncesi 2015 yılında 3 olgu, evlilik öncesi her iki yılda da birer olgu, diğer 2015 yılında 1 olgu olarak kaydedilmiştir. Bulaş yolu heteroseksüel ilişki 2014 yılında 6, 2015 yılında 9 olgu, MSM 2015 yılında 2 olgu, 2015 yılında 1 olgudur. CD4 sayısı > 500 2015 yılında 4 olgu, 350-500 2014 yılında 3, 200-350 2014 yılında 2, 2015 yılında 5, 50-200 arası 2014 yılında 1, 2015 yılında 2, < 50 2015 yılında 1 olgudur. Takipte kalan hasta sayısı 17, altı ayda uzun takipte ve baskılı toplamda 7'dir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bir hasta kaybedildi ancak HIV infeksiyonuna bağlı değildi. Bir hastada HCV infeksiyonu, iki hastada tüberküloz, bir hastada VDRL pozitifliği saptanmıştır. Hastalar takibe alındı, tüm gerekli tetkik ve değerlendirmeler ve özellikle HIV ilaç direnç testi sonuçları gelen hastalar tedaviye alındı. Direnç testi sonuçları beklenen hastalarımız mevcut olup sonuçları çıkınca tedavileri de başlanacaktır. Belirli aralıklarla çeşitli toplum kesimlerine eğitimler verilmektedir. Televizyon ve radyo konuşmaları yapılmaktadır. Hastalarımızın çoğunluğu bölge dışında ve heteroseksüel yolla hastalığı edinmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Genel olarak ülke boyutunda toplum eğitiminin planlanması, özellikle yurt dışına çalışmaya giden işçilere eğitimlerin planlanması gerektiği kanısına varılmıştır.

Tablo 1. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			6	12
Takibe alınan hasta sayısı			6	12
Yaş	0-4			
	5-9			
	10-14			
	15-19			
	20-24			1
	25-34		2	4
	35-44		2	4
	45-54		2	1
	55-64			2
	≥ 65			
Cinsiyet	Kadın		2	1
	Erkek		4	11
Uyruk	TC		5	12
	Diğer		1	
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı			2
	Kendi isteği		5	5
	Kan bağışı			
	Cerrahi öncesi			3
	Evlilik öncesi		1	1
	İş başvurusu			
	Partner tarama			
	Diğer			1
Bulaş yolu	Heteroseksüel		6	9
	MSM (ESE)			2
	Damar içi ilaç kullanımı			
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)			
	Nozokomiyal veya transfüzyon			
	Bilinmiyor			1
Bazal CD4 değeri	> 500			4
	350-500		3	
	< 350	200-350	2	5
		50-200	1	2
		< 50		1
Takipte kalan hasta sayısı			6	11
Başka merkeze devredilen hasta sayısı				
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			5	2
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			0	0
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			0	0
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			0	1
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			0	2
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			0	1
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			0	0
Mahkum hasta sayısı			0	0

HIV/AIDS

P-059

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde İzlenen HIV/AIDS Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

İlkay KARAOĞLAN[1], Sema TEKİN ŞAHİN[1], Vuslat KEÇİK BOŞNAK[1], Ahmet ŞAHİN[1], Mustafa NAMIDURU[1]

[1] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

Soru(n)

Dünyada ve ülkemizde HIV/AIDS olgularında artış devam etmektedir. Bu çalışmada Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde 2011-2015 yılları arasında takip edilen HIV infeksiyonu olan hastalar değerlendirilmiştir.

Olay/Olgu

HIV infeksiyonu, progresif bir immünyetmezliğe neden olarak kişiyi infeksiyonlara, bazı metabolik bozukluklara ve malignitelere yatkın hale getiren bir hastalıktır. Hastalığın ilk tanımlandığı 1981 yılından bugüne kadar yaklaşık 78 milyon kişi HIV ile infekte olmuş ve yaklaşık 39 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Dünyada ve ülkemizde HIV/AIDS olgularında artış devam etmektedir. Günümüzde, daha etkili ve daha yaygın kullanılan antiretroviral tedavi sayesinde HIV infekte hastalar için yaşam beklentisi uzamıştır. AIDS, ölümcül bir hastalık algısından ömür boyu tedavi gerektiren kronik bir hastalık haline gelmiştir. Kliniğimizde 2010 yılından itibaren HIV/AIDS hasta izlemi yapılmaktadır. Bu çalışmamızda hastaların demografik özellikleri; yaş, cinsiyet, bulaş yolu, başvuru nedenleri, ilk tanıdaki CD4 düzeyleri ve takip durumları kaydedilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2011 yılından beri izlemi yapılan toplam 96 hasta değerlendirilmiştir. Yaş ortalaması 38.7 ± 11.6 saptanan hastalar en sık 35-44, ikinci olarak 25-34 yaş aralığındaydı. Hastaların %83.4'ü erkek, %16.6'sı kadındı. Hastaların %59.3 (57/96)'ünde test yapılma nedeni hastalık ayırıcı tanısı, %40.7'sinde ise tarama olduğu saptandı. Tarama testi, en sık eşi/partneri pozitif olduğu için, ikinci sıklıkta ise kan bağışı için yapılmıştı.

Hastaların %76.3 (58/76)'ünde viral süpresyon sağlandığı saptanmıştır.

Hastalığın evresini belirlemede kullanılan CD4 sayısı irdelendiğinde, ilk başvuruda bakılan CD4 sayısı, hastaların %9.3'ünde < 50/mm^3, %27'sinde 50-200/mm^3, %23.9'unda 200-350/mm^3, %22.9'unda 350-500/mm^3, %16.6'sında > 500/mm^3 olarak saptandı. Hastaların ortalama CD4 (ortalama ± standart sapma) değeri 315.84 ± 330/mm^3 olarak belirlendi. Bizim hastalarımızın %60.2'sinde CD4 sayısının 350/mm^3'ün altında olması, hastalarımızın geç evrede başvurduğunu göstermektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV infeksiyonu, günümüzdeki tüm gelişmelere rağmen toplum sağlığını tehdit etmeye devam etmektedir. Son tedavi rehberlerinde CD4 düzeyinden bağımsız olarak tüm HIV ile infekte hastalara tedavi başlanmasının önerilmesiyle kişi sağlığının yanı sıra toplumdaki yayılım oranının azalması da amaçlanmıştır. HIV pozitif hastaların daha erken evrede tanı almalarının sağlanması, özellikle toplumun HIV/AIDS konusunda bilinçlendirilmesiyle mümkün olacaktır. Tarama testlerinin özellikle risk gruplarında yaygın kullanılması, infekte hastalarda erken tanı imkanı sağlayıp hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilemesinin yanında ayrıca bulaş oranını da düşürecektir.

Tablo 1. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			8	21	16	18	33
Takibe alınan hasta sayısı			8	21	16	18	33
Yaş	0-4						
	5-9						
	10-14						
	15-19				1		2
	20-24				1	1	2
	25-34		2	2	9	5	12
	35-44		2	9	3	8	10
	45-54		1	5	1	4	3
	55-64		3	5	1	1	3
	≥ 65						1
Cinsiyet	Kadın			5	2	4	5
	Erkek		8	16	14	14	28
Uyruk	TC		8	21	14	17	29
	Diğer				2	1	4
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		8	12	10	9	18
	Kendi isteği				1	1	3
	Kan bağışı				3	5	1
	Cerrahi öncesi					1	6
	Evlilik öncesi						
	İş başvurusu			3			2
	Partner tarama			5	2	2	3
	Diğer			1			
Bulaş yolu	Heteroseksüel		8	18	15	12	24
	MSM (ESE)			1		4	6
	Damar içi ilaç kullanımı			2			
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon				1	1	
	Bilinmiyor					1	3
Bazal CD4 değeri	> 500		1	2	4	2	7
	350-500			7	4	3	8
	< 350	200-350	2	2	3	6	10
		50-200	4	6	4	6	6
		< 50	1	4	1	1	2
Takipte kalan hasta sayısı			7	14	13	16	26
Başka merkeze devredilen hasta sayısı							1
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			5	11	9	14	19
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı				2		2	2
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				1	3		2
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				1	1		
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı						2	1
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			2	1		1	1
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı					2		1
Mahkum hasta sayısı				1			

HIV/AIDS

P-060

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Şükran KÖSE[1], Sabri ATALAY[1], Ufuk SÖNMEZ[1], Melda TÜRKEN[1], Ayşe ÖZKAN[1]

[1] İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının yıllara göre sosyodemografik özelliklerinin, bulaş yollarının ve bazal CD4 düzeylerinin karşılaştırılması.

Olay/Olgu

Bu çalışmada HIV/AIDS olgularının 2011-2014 yılları arasındaki demografik özellikleri, başlangıç CD4 sayıları, bulaş yolları, koinfeksiyon durumu, gebe ve mahkum olgularla, takipte kalan ve başka merkeze geçen olgular değerlendirilmiştir (Tablo 1).

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

2011-2014 yılları arasında polikliniğimize başvuran toplam 55 olgu değerlendirildi. 2011 yılında 8 yeni olgu saptanırken, 2012 yılında 9 olgu, 2013 yılında 13 olgu ve 2014 yılında 25 yeni olgu saptandı. Tüm olguların 16 (%29)'sı 25-34 yaş arasındaydı. En fazla test yapılma nedeni hastalık ayırıcı tanısı (28/55, %50.9), ikinci sırada ise kan bağışı öncesi kontrol (7/55, %12.7) olduğu saptandı. Tüm yıllar içerisinde heteroseksüel yolla bulaş oranı en yüksek saptandı (30/55, %54.5). Olguların bazal CD4 sayılarına bakıldığında 26 olgunun (%47.2) CD4 sayısının 500 hücre/µL ve üzerinde olduğu görüldü. CD4 sayısı 350 hücre/µL'nin altında olan olgu sayısı 17 (%30.9) idi. Tüm olguların %61.8 (34/55)'i takipte kalırken, 3 olgu (%5.4) başka merkezde takip edilmeye başlandı. Olguların %61.8 (34/55)'i altı aydan uzun süre antiretroviral tedavi (ART) almış olup, bu olgularda viral baskılanma sağlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bu çalışmada hastanemize başvuran yeni HIV/AIDS olgu sayısının arttığı görülmektedir ve bu olgular en sık hastalık nedenleri araştırılırken saptanmaktadır. Bu nedenle hekimlerin, HIV/AIDS olgularını saptama konusunda dikkatli olmaları gerekmektedir. Ayrıca en sık bulaş yolu heteroseksüel bulaş olduğu için cinsel partner taraması da önerilmeli ve hastalar kondom kullanmaları konusunda eğitilmelidirler. Düzenli ART alan olgularda viral baskılanma sağlanacağı için, bu olgular tedaviye uyum konusunda da eğitilmeli ve teşvik edilmelidirler.

Tablo 1. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			8	9	13	25
Takibe alınan hasta sayısı						
Yaş	0-4					
	5-9					
	10-14					
	15-19			1		
	20-24					
	25-34			5	4	4
	35-44		1	1	6	7
	45-54		3	1	4	5
	55-64		2	1		3
	≥ 65		1			7
Cinsiyet	Kadın		1	4		3
	Erkek		4	5	13	22
Uyruk	TC		7	9	13	25
	Diğer		1			
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		3	4	5	16
	Kendi isteği		1	1	1	
	Kan bağışı			1	2	4
	Cerrahi öncesi		2		1	2
	Evlilik öncesi		1	1	3	
	İş başvurusu				1	1
	Partner tarama			1	1	1
	Diğer					3
Bulaş yolu	Heteroseksüel		3	7	7	13
	MSM (ESE)		1		3	7
	Damar içi ilaç kullanımı		1			
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)					
	Nozokomiyal veya transfüzyon		2		2	
	Bilinmiyor		2	1	2	5
Bazal CD4 değeri	> 500		2	2	9	13
	350-500		1	1	1	6
	< 350	200-350		2	2	1
		50-200	2	3	1	3
		< 50		1	1	1
Takipte kalan hasta sayısı			2	6	9	17
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			1		1	1
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			2	7	8	17
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			1	1		3
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı						1
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı						
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı					1	
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			1		1	1
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı				1		
Mahkum hasta sayısı						

HIV/AIDS

P-061

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2015 Yılında İzlenen HIV Pozitif Olguların Değerlendirilmesi

Fatma SARGIN[1]

[1] *İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Soru(n)

Kliniğimizde 2015 yılı boyunca takip edilen HIV pozitif olguların özelliklerinin irdelenmesi ile bulaşta anahtar rolü oynayan grubun belirlenmesi mümkün müdür?

Olay/Olgu

Kliniğimizde 1996 yılından beri tüm uzman ve asistan hekimler tarafından HIV pozitif olgular takip ve tedavi edilmektedir. 600'e yakın HIV pozitif olgunun takip edilmekte olduğu birimimiz, Türkiye'nin bu konuda en deneyimli ve yoğun merkezlerinden biridir. Bu posterle 2015 yılı boyunca merkezimize başvuran hastaların demografik özelliklerinin, bulaş yollarının, başvuru anındaki CD4 hücre sayılarının belirlenmesi ve bu bilgilerin ışığında bulaşta anahtar rolü oynayan hedef kitlenin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Kliniğimizde 2015 yılında takip edilen 102 HIV pozitif olgu retrospektif olarak irdelendi, dosyaları gerekli bilgiler açısından tarandı. Olguların 92 (%90)'si erkek, 10 (%10)'u kadındı. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olanların sayısı 98 (%96), diğer ülke vatandaşlarının sayısı ise 4 (%4) idi. Olguların yoğunlaştığı yaş aralığı 25-34 yaş idi. Hastaların bulaş yolunun 47'sinde (% 46) erkek erkeğe yapılan seksüel temas, 28'inde (%27) heteroseksüel temas, 1 (%1)'inde damar içi uyuşturucu kullanımı olabileceği tahmin edildi, 26 (%25)'sında ise bulaş yolu ile ilgili net bir bilgi yoktu. Hastalık tanısı 26 (%25) olguda hastalık ayırıcı tanısı esnasında, 25 (%25)'inde kendi isteği ile yaptırdığı tetkiklerde, 14 (%13)'ünde partner pozitifliği sebebiyle, 11 (%11)'inde cerrahi öncesi, 5 (%5)'inde kan bağışı, 4 (%4)'ünde evlilik öncesinde yapılan tarama testlerinde, 1 (%1)'inde iş başvurusunda, 16 (%16)'sında diğer sebeplerle konduğu görüldü. Hastalık tanısı anında CD4 hücre sayıları açısından bakıldığında 23 (%27)'ünün 500'ün üzerinde, 20 (%23)'sinin 350-500 arasında, 27 (%31)'sinin 200-350 arasında, 10 (%10)'unun 50-200 arasında 5 (%5)'inin ise 50'nin altında değerlere sahip olduğu görüldü. Hastalardan 17'sinin CD4 hücre sayısı ile ilgili bilgiye ulaşılamadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kliniğimiz bazında yapılan değerlendirmede olguların tanıyı, tarama testlerinden daha çok klinik bulgularla alıyor olmasına rağmen bazal CD4 sayılarının yüksek saptanması önemli bir kısmının akut HIV infeksiyonuyla tanı aldığını düşündürtebilir. Bulaş yolunun ağırlıklı olarak erkeklerle yapılan seks olması da kapalı bir topluluk olan erkeklerle seks yapan erkekler (ESE) arasında 2015 yılı boyunca çok sayıda yeni HIV infeksiyonu bulaşını düşündürtmektedir.

Bu bilgiler ışığında anahtar grup olarak nitelendirilen ESE'deki HIV pozitiflik oranının belirlenmesini sağlayacak çalışmalara ülkemiz adına acil ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

Tablo 1. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			102
Takibe alınan hasta sayısı			
Yaş	0-4		
	5-9		
	10-14		
	15-19		1
	20-24		14
	25-34		38
	35-44		29
	45-54		10
	55-64		7
	≥ 65		3
Cinsiyet	Kadın		10
	Erkek		92
Uyruk	TC		98
	Diğer		4
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		26
	Kendi isteği		25
	Kan bağışı		5
	Cerrahi öncesi		11
	Evlilik öncesi		4
	İş başvurusu		1
	Partner tarama		14
	Diğer		16
Bulaş yolu	Heteroseksüel		28
	MSM (ESE)		46
	Damar içi ilaç kullanımı		1
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)		
	Nozokomiyal veya transfüzyon		1
	Bilinmiyor		26
Bazal CD4 değeri	> 500		23
	350-500		20
	< 350	200-350	27
		50-200	10
		< 50	5
Takipte kalan hasta sayısı			71
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			56
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			2
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			3
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			1
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			9
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			1
Mahkum hasta sayısı			

HIV/AIDS

P-062

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Buket ERTÜRK ŞENGEL[1], Elif TÜKENMEZ TİGEN[1], Volkan KORTEN[1]

[1] *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının sayısında artış ve çeşitli özelliklerinde yıllara göre değişiklik olup olmadığı.

Olay/Olgu

HIV/AIDS olgularında yıllar son yıllarda ülke genelinde artış olmuştur. Bu çalışmada Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hasta sayısının, olguların demografik özellikleriyle tanı konulduğu sıradaki CD4 sayıları ve takip durumlarında yıllara göre değişiklik olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Son iki yılda HIV/AIDS tanısıyla takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2014 yılından beri izlemi yapılan toplam 82 hasta değerlendirilmiştir. 2014 ve 2015 yıllarında başvuran hasta sayısı önceki yıllara göre artış göstermiştir. Test yapılma nedeni en sık cerrahi girişim öncesi (12/82, %14)'dir. Bunu kendi isteği ile tetkik bakılması (11/82, %13) takip etmektedir. İki yıl içinde 2014'te MSM olgu sayısı daha fazla saptanmıştır. Erkeklerde HIV oranı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Toplam 33 (%40) olguya altı aydan uzun ART verilmiştir. Olguların yaş dağılımına bakıldığında 25-34 yaş arasındaki hasta sayısının yüksek (34/82, %41) olduğu görülmüştür. Viral süpresyonda olan hasta sayısı yüksektir (47/82, %57). Hastalarımızın tamamının takipte kaldığı görülmüştür.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV pozitif hasta sayısının artması ve olguların daha genç yaş grubunda görülmeye başlaması HIV bulaş önleme konusunda acil eylem planı gerektiğine işaret etmektedir. Heteroseksüel temasın yanında MSM bulaş oranları da artmaktadır. MSM grubuna HIV konusunda bilgilendirici programlar yapılması yararlı olabilir. Viral süpresyonda olan hasta sayısı %50'nin üzerindedir. 2014 yılı öncesi verilerimizde bu oranın daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Viral süpresyonun %80'in üzerine çıkarılması hedeflenmelidir. Hastaların takip ve tedavi uyumunun tam olması HIV pozitif hasta yönetimimizin doğru olduğunu göstermektedir. Viral süpresyonda takip ve tedavi uyumunu artırmak için HIV pozitif hastalara özel yaklaşım uygulanması ve zaman ayrılması hedeflenmelidir.

Tablo 1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			44	38
Takibe alınan hasta sayısı				
Yaş	0-4			
	5-9			
	10-14			
	15-19			1
	20-24		4	1
	25-34		18	16
	35-44		9	7
	45-54		8	9
	55-64		5	3
	≥ 65			1
Cinsiyet	Kadın		6	3
	Erkek		35	34
Uyruk	TC		38	33
	Diğer		6	3
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		6	3
	Kendi isteği		7	4
	Kan bağışı		4	2
	Cerrahi öncesi		5	7
	Evlilik öncesi		3	1
	İş başvurusu		1	
	Partner tarama		3	2
	Diğer		8	3
Bulaş yolu	Heteroseksüel		18	15
	MSM (ESE)		10	4
	Damar içi ilaç kullanımı			
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)			
	Nozokomiyal veya transfüzyon		1	3
	Bilinmiyor		14	17
Bazal CD4 değeri	> 500		16	4
	350-500		13	15
	< 350	200-350	3	8
		50-200	8	8
		< 50	4	5
Takipte kalan hasta sayısı			44	38
Başka merkeze devredilen hasta sayısı				
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			33	14
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı				
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			3	2
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			2	
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı				
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			2	
Mahkum hasta sayısı			3	2

HIV/AIDS

P-063

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Değerlendirilmesi

Kemalettin ÖZDEN[1], Mehmet PARLAK[1], Ayşe ALBAYRAK[1], Zülal ÖZKURT[1], Emine PARLAK[1], Hakan USLU[2], Muhammet Hamidullah UYANIK[2], Ahmet YILMAZ[3]

[1] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum
[2] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum
[3] Erzurum İl Halk Sağlığı Kurumu, Erzurum

Soru(n)

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesine başvuran yeni tanılı HIV pozitif hastaların sayısı, demografik özellikleri değerlendirilmiştir. Hastaların takiplerinde CD4 sayıları ve bu parametrede tedavi esnasında gerçekleşen değişiklikler de ayrıca incelenmiştir.

Olay/Olgu

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde 2011 yılından itibaren takip edilen HIV/AIDS olguları değerlendirilmiştir. Son beş yılda HIV/AIDS tanısı ile takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2011 yılından beri izlemi yapılan toplam 29 hasta değerlendirilmiştir. 2013 yılında yeni olgumuz bulunmazken, 2014 ve 2015 yıllarında yeni HIV olgularında artış görülmüştür. Bulaş açısından bakıldığında olguların %48.3 (14/29)'ünde seksüel yol düşünülürken, %51.7 (15/29)'sinde herhangi bir bulaş yolu tespit edilememiştir. Tanı konulma nedeni sorgulandığında, hastaların çoğunluğunda (17/29, %58.6) herhangi bir hastalık ayırıcı tanısı araştırılırken tespit edildiği bulunmuştur. Tanı sırasında HIV pozitifliği ile birlikte bir hastada HCV pozitifliği ve üç hastada da HBV pozitifliği saptanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde takip edilen olgularda son yıllarda artış görüldüğü ve daha genç popülasyonun hastalık ile karşılaştığı, bu nedenle gençler arasında hastalığın yayılabileceği düşünülmektedir. Bulaş yolu açısından hastanemize başvuran olgularda belirgin bir farklılık görülmemektedir. Takip ettiğimiz hastalar içerisinde üç HBV ve bir HCV infeksiyonu birlikteliği saptanmıştır. HIV pozitif hastalarda parenteral ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların da araştırılması ve tedavi edilirken seçilecek ilaçların buna göre belirlenmesi düşünülebilir.

Tablo 1. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre dağılımı

Yıl			**2011**	**2012**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			6	3	7	13
Takibe alınan hasta sayısı			4	3	7	13
Yaş	0-4					
	5-9					
	10-14					
	15-19					
	20-24					1
	25-34		2	2	2	5
	35-44		3		2	2
	45-54		1	1	3	3
	55-64					2
	≥ 65					
Cinsiyet	Kadın		1	1	1	2
	Erkek		5	2	6	11
Uyruk	TC		6	3	6	10
	Diğer				1	3
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		5		4	8
	Kendi isteği		1	2	2	5
	Kan bağışı				1	
	Cerrahi öncesi					
	Evlilik öncesi			1		
	İş başvurusu					
	Partner tarama					
	Diğer					
Bulaş yolu	Heteroseksüel		5	1	2	6
	MSM (ESE)					
	Damar içi ilaç kullanımı					
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)					
	Nozokomiyal veya transfüzyon					
	Bilinmiyor		1	2	5	7
Bazal CD4 değeri	> 500			1	3	6
	350-500		1	1	1	1
	< 350	200-350	3		1	2
		50-200	1	1	2	4
		< 50	1			
Takipte kalan hasta sayısı			3	3	4	12
Başka merkeze devredilen hasta sayısı						1
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			3	3	4	5
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			1			1
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			1		1	1
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı						1
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			1		2	2
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			1			1
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı						
Mahkum hasta sayısı					1	1

HIV/AIDS

P-064

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde İzlenen HIV Olgularının Değerlendirilmesi

Hayati DEMİRASLAN[1], Tuğba TOK[1], Mehmet DOĞANAY[1]

[1] *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri*

Soru(n)

Merkezimize başvuran HIV/AIDS olgularının özelliklerindeki değişiklikler.

Olay/Olgu

HIV/AIDS olgularında son yıllarda ülke genelindeki artışa paralel olarak Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran hasta sayısında da artış olmuştur. Bu çalışmada polikliniğe başvuran HIV/AIDS'li olguların demografik özelliklerinin, tanı konulduğu sıradaki CD4 sayılarının ve yıllara göre takibe gelen hasta sayısındaki değişikliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde 2011 yılından sonra HIV/AIDS tanısı alan hastaların poliklinik kayıtlarına ulaşıldı. HIV/AIDS tanısı ile takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirildi ve Tablo 1'de verildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2011 yılı ve sonrasında tanı alan toplam 57 hasta değerlendirildi. En çok başvurunun 23 (%40.4) olgu ile 2013 yılında olduğu, bunu 14 (%24.6) olgu ile 2014 yılındaki başvurunun izlediği gözlenmekteydi. Olguların ortalama yaşı 47 yıldı, en sık HIV/AIDS görülen yaş aralığı 25-44 yaş (%52.7) arasıdır. En sık olası bulaş yolu heteroseksüel cinsel ilişkiyken (%80.7) bilinmeyenlerin oranı ise %14 idi. Otuz (%52.6) olguya herhangi bir hastalık için gittiği sağlık kurumunda yapılan testlerde HIV tanısı konulurken bunu cerrahi işlem öncesi (%17.5) ve kendi isteğiyle test yaptırmak (%15.8) takip ediyordu. Bir HCV, bir HBV koinfeksiyonu ve bir tüberküloz olgusu görüldü. Sekiz olguda (%14) bir tümör birlikteliği vardı. Ortalama CD4 pozitif T lenfosit sayısı 235/mm^3'tür. Olguların yaklaşık yarısında viral süpresyon 6 aydan uzun süredir sağlanmaktaydı. İki hasta elit kontrol olup, iki hasta da tedaviyi kabul etmedi. Son beş yıllık süre içerisinde tanı konulan olguların 6 (%10.5)'sı öldü.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde 2013 yılında olgu sayısında belirgin bir artış olmasına rağmen son iki yılda merkezimize başvuran yeni olgu sayıları azalmıştır.

Tablo 1. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			6	6	23	14	8
Takibe alınan hasta sayısı			6	6	23	14	8
Yaş	0-4		0	0	0	0	0
	5-9		0	0	0	0	0
	10-14		0	0	0	0	0
	15-19		0	0	0	0	0
	20-24		0	0	2	1	2
	25-34		0	1	10	4	1
	35-44		1	3	6	2	2
	45-54		3	0	2	4	2
	55-64		0	0	1	2	1
	≥ 65		2	2	2	1	0
Cinsiyet	Kadın		1	2	7	3	2
	Erkek		5	4	16	11	6
Uyruk	TC		5	5	21	12	8
	Diğer		0	1	2	2	0
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		5	2	11	9	3
	Kendi isteği		0	3	4	1	1
	Kan bağışı		0	0	0	1	0
	Cerrahi öncesi		1	1	4	0	4
	Evlilik öncesi		0	0	1	0	0
	İş başvurusu		0	0	0	0	0
	Partner tarama		0	0	2	2	0
	Diğer		0	0	1	1	0
Bulaş yolu	Heteroseksüel		4	4	1	12	7
	MSM (ESE)		0	1	0	0	0
	Damar içi ilaç kullanımı		0	0	0	0	0
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)		0	0	0	0	0
	Nozokomiyal veya transfüzyon		0	0	0	1	1
	Bilinmiyor		2	1	4	1	0
Bazal CD4 değeri	> 500		0	0	5	0	1
	350-500		3	3	3	1	2
	< 350	200-350	1	1	6	4	2
		50-200	1	2	4	5	2
		< 50	2	0	5	4	1
Takipte kalan hasta sayısı			6	5	13	9	7
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			0	1	7	2	1
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			6	4	8	8	4
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			0	0	3	3	0
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			0	0	0	1	0
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			0	0	0	1	0
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			1	0	0	0	0
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			0	0	0	0	2
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			0	0	2	0	0
Mahkum hasta sayısı			0	0	1	1	0

HIV/AIDS

P-065

İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

M. Taner YILDIRMAK[1], Ceyhun VARLI[1], Özge ACAR[1], Serkan AYDEMİR[1], Arzu KANTÜRK[1], Funda ŞİMŞEK[1]

[1] İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının sayısında artış ve bu artışta sorumlu olabilecek etmenlerin incelenerek, alınabilecek önlemlerin tartışılması.

Olay/Olgu

Ülkemiz genelinde son yıllarda HIV/AIDS olgularında artış gözlenmiştir. Çalışmamızda HIV/AIDS nedeniyle hastanemiz infeksiyon hastalıkları kliniği tarafından 2011-2015 yılları arasındaki dönemde takibe alınan hastalar; demografik özellikler, komorbid hastalık ve tanı anındaki bazal CD4 sayıları, hastalığın bulaş sebebi ve tanı konma yolu, antiretroviral tedaviye yanıt yönünden hastane verileri ve hasta dosyaları kullanılarak retrospektif olarak incelendi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2011-2015 yılları arasındaki dönemde takibe alınan 280 hasta belirlendi. Hastaların 260 (%93)'ı erkek, 20 (%7)'si kadındı. Çalışmamızda son yıllarda yeni tanılı olguların sayısında belirgin artış olduğu ve bu popülasyonun özellikle genç erkeklerden oluştuğu tespit edildi. Bulaş yoluna bakıldığında ilk yıllarda heteroseksüel ilişki, hastalığın bulaşında önemli rol oynarken, MSM ilişki yolunun ise son yıllardaki yeni tanı olgularda gittikçe artan oranda sebep olduğu bulundu. Test yapılma nedeni incelendiğinde; en fazla hastalık ayırıcı tanısı (105/280, %37.5) ikinci sırada ise özellikle son yıllarda artan oranda hastaların kendi isteği ile test yaptırması bulundu (71/280, %25.3). Altı aydan daha uzun süreli düzenli tedavi aldığı belirlenen 189 hastanın 160'ında viral süpresyonun (HIV-RNA < 50 kopya/mL) sağlanmış olduğu tespit edildi (%84.6). Geriye kalan 91 hastanın 58'i, 2015'te tanısı konmuş olup henüz tedavisinin 6 ayını doldurmamış olgulardı. Kalan olgular ise çeşitli sebeplerden ötürü takiplerine düzenli gelmeyen ve dış merkeze transfer olmuş hastalardan oluşmaktaydı. 280 hastanın 5'i takip döneminde eksitus oldu.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Son yıllarda tüm ülke genelinde artmakta olan HIV/AIDS hastalığı; kliniğimizde de belirtilen dönemde yeni olgularda artışla kendini göstermiştir. Bulaş yolunun heteroseksüel temastan MSM yönüne değişiklik göstererek, son yıllarda genç erkeklerde sıklığının giderek artması, hastalığın erkenden tanısının konması ve yayılımının önlenmesi için özellikle bu popülasyona odaklanılması gereğini göstermektedir. Yine aynı grupta tanı yöntemi olarak "kendi isteği ile test yaptırma"nın baskın olması, bu popülasyonda kısmen de olsa diğer hastalara göre farkındalık açısından olumlu bulunmuştur.

Tablo 1. İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			26	26	43	87	79
Takibe alınan hasta sayısı			27	27	46	92	88
Yaş	0-4		0	0	0	0	0
	5-9		0	0	0	0	0
	10-14		0	0	0	0	0
	15-19		0	0	0	1	3
	20-24		4	2	7	13	15
	25-34		9	7	15	45	44
	35-44		9	10	14	24	14
	45-54		3	6	8	5	9
	55-64		2	2	2	1	1
	≥ 65		0	0	0	3	2
Cinsiyet	Kadın		4	6	3	4	3
	Erkek		23	21	43	88	85
Uyruk	TC		27	26	46	88	86
	Diğer		0	1	0	4	2
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		14	14	24	32	21
	Kendi isteği		1	1	7	26	36
	Kan bağışı		1	2	4	4	4
	Cerrahi öncesi		6	6	4	13	13
	Evlilik öncesi		1	0	2	4	1
	İş başvurusu		2	0	0	1	2
	Partner tarama		2	3	5	7	3
	Diğer		0	1	0	5	8
Bulaş yolu	Heteroseksüel		20	20	19	34	16
	MSM (ESE)		7	5	27	45	48
	Damar içi ilaç kullanımı		0	0	0	0	0
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)		0	0	0	0	0
	Nozokomiyal veya transfüzyon		0	0	0	0	0
	Bilinmiyor		0	2	0	13	16
Bazal CD4 değeri	> 500		6	7	19	30	27
	350-500		3	6	8	18	23
	< 350	200-350	10	5	7	25	26
		50-200	3	7	7	13	9
		< 50	3	2	5	3	1
Takipte kalan hasta sayısı			24	25	41	79	79
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			1	1	1	1	0
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			22	19	36	60	23
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			2	1	1	1	0
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			1	1	2	3	6
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			0	1	0	0	0
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			3	0	1	3	1
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			3	5	4	12	6
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			0	0	0	1	0
Mahkum hasta sayısı			0	0	0	0	0

HIV/AIDS

P-066

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Gönül Çiçek ŞENTÜRK[1], F. Aybala ALTAY[1], Yunus GÜRBÜZ[1], E. Ediz TÜTÜNCÜ[1], Nilgün ALTIN[1], Aslı HAYKIR SOLAY[1], İrfan ŞENCAN[1]

[1] Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Kurumumuzda takip edilen HIV ile infekte olguların erken teşhis edilip edilmediği, tanı amaçlı testlerin uygun popülasyona yapılıp yapılmadığı.

Olay/Olgu

Ülkemizde HIV ile infekte bireylerin sayısı giderek artmaktadır. Hastalığın doğası gereği, infekte olma ihtimali yüksek olan gruplarda test yaptırma sıklığı çok düşük olmakta buna karşın riskin düşük olduğu grupta gereksiz yere test yapılmakta ve bu durum maliyeti gereksiz yere oldukça artırmaktadır. Bu açıdan bakıldığında invaziv işlem öncesi hastalardan anti-HIV testi istenmeli midir? HIV ile infekte bireylere daha erken ulaşmak için neler yapılabilir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Kurumumuz 671 yatak kapasiteli bir eğitim araştırma hastanesidir. 2015 yılının ilk 6 ayında toplam 43.588 hasta serumunda anti-HIV çalışılmıştır. Çalışılan bu testlerin 5 tanesinde HIV pozitifliği saptanmıştır. Test pozitiflik oranı yaklaşık %00.1'dir. Son beş yılın verilerine bakıldığında benzer sayıda anti-HIV testi yapılmıştır. Yapılan testlerin yaklaşık %65'i girişimsel işlem öncesi istenmiştir.

Ayrıca hastanemiz bünyesinde HIV doğrulama testi pozitif gelen ve takibe alınan hastaların sayıları ve yıllara göre dağılımı Tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Son 5 yıl içinde 57 hastanın serumunda HIV doğrulama testi pozitif gelmiş, bu kişilerin 45'i takibe alınmıştır. Bu hastaların 34 (%77)'ü erkek, 11 (%33)'i kadındır. Takibe alınan hastaların 44 (%98)'i T.C. vatandaşıdır. Takibe alınan 45 hastanın 2 (%0.45)'si 25 yaş altı, 35 (%78) hasta 25-54 yaş arası, 12 (%26) hasta da 55 yaş ve üzerindedir. HIV infeksiyonunun bulaş yolu sorgulandığında 21 (%46) hastaya heteroseksüel yol ile, 9 (%20) hastaya MSM olması nedeniyle bulaşmış olup, 15 (%33) hastanın bulaş yolu bilinmemektedir. Hastaların bazal CD4 hücre sayılarına bakıldığında 15 (%33) hastanın bazal CD4 hücre sayısı < 200 ve bu hastaların 6 (%13)'sında CD4 < 50/μl'dir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülkemizde anti-HIV testi girişimsel işlem öncesi yapılmalı mıdır? HIV infeksiyonu açısından risk altındaki gruplara daha erken nasıl tanı koyulur? Anonim anti-HIV testi yapan kurumlar nerede, nasıl ve ne kadar olmalıdır?

Tablo 1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			11	6	10	20	10
Takibe alınan hasta sayısı			6	6	7	16	10
Yaş	0-4		-	-	-	-	-
	5-9		-	-	-	-	-
	10-14		-	-	-	-	-
	15-19		-	-	-	-	-
	20-24		-	-	-	2	-
	25-34		-	-	-	2	4
	35-44		2	-	2	8	1
	45-54		3	3	3	1	3
	55-64		-	2	2	2	1
	≥ 65		1	1	-	1	1
Cinsiyet	Kadın		2	2	2	4	1
	Erkek		4	4	5	12	9
Uyruk	TC		5	6	7	16	10
	Diğer		1	-	-	-	-
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		3	3	3	2	4
	Kendi isteği		-	-	-	1	-
	Kan bağışı		-	-	-	-	-
	Cerrahi öncesi		-	1	1	5	5
	Evlilik öncesi		-	-	-	-	-
	İş başvurusu		1	-	1	1	-
	Partner tarama		2	2	1	1	1
	Diğer		-	-	1	-	-
Bulaş yolu	Heteroseksüel		4	5	7	2	3
	MSM (ESE)		-	-	-	5	4
	Damar içi ilaç kullanımı		-	-	-	-	-
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)		-	-	-	-	-
	Nozokomiyal veya transfüzyon		-	-	-	-	-
	Bilinmiyor		2	1	-	9	3
Bazal CD4 değeri	> 500		1	1	1	4	3
	350-500		-	-	1	5	2
	< 350	200-350	1	2	2	3	4
		50-200	2	1	2	3	1
		< 50	2	2	1	1	-
Takipte kalan hasta sayısı			3	5	7	14	9
Başka merkeze devredilen hasta sayısı				-	-	2	-
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			3	4	6	7	6
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			1	1	-	1	1
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			-	1	-	-	1
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			-	-	-	-	-
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			-	-	-	-	-
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			-	-	-	1	1
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			-	-	-	-	-
Mahkum hasta sayısı			-	-	-	-	-

HIV/AIDS

P-067

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Bahar KANDEMİR[1], İbrahim ERAYMAN[1], Rukiyye BULUT[1], Mehmet BİTİRGEN[1]

[1] *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya*

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının sayısında artış ve çeşitli özelliklerinde yıllara göre değişiklik olup olmadığı.

Olay/Olgu

HIV/AIDS ilk olarak tanımlandığı 1981 yılından beri infeksiyon hastalıkları arasında en çok ilgi çeken konulardan biri olmuştur. İlk tanımlandığı yıllardan günümüze kadar teşhis edilen olgu sayılarında belirgin bir artış olmuştur. Bu çalışmada Meram Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran hasta sayısının, olguların demografik özellikleriyle tanı konulduğu sıradaki CD4 sayıları ve takip durumlarında yıllara göre değişiklik olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde 2004 yılından itibaren HIV/AIDS olgularının izlemi yapılmaktadır. HIV/AIDS olgularının izlemi konuyla ilgilenen üç hekim tarafından yapılmaktadır. Son 5 yılda HIV/AIDS tanısıyla takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilerek Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

2011-2015 yılları arasında toplam 22 hasta kliniğimiz tarafından takip edilmiştir. Bu hastalardan 5 (%22)'i kadın, 17 (%78)'si erkekti. En fazla yeni tanı HIV pozitif hasta sayısının 2015 yılında olduğu belirlenmiştir. Test yapılma nedeninin en fazla (10/22, %45) diğer nedenler, ikinci sırada da (4/22, %18) hastalık ayırıcı tanısı olduğu bulunmuştur. Bilinen bulaş yolları içerisinde en sık bulaş yolunun heteroseksüel (%77) olduğu belirlenmiştir. Hastalarımızın çoğunun bazal CD4 hücre sayısının > 350/mm^3 (%45) olduğu tespit edilmiştir. Toplam 15 olguda viral süpresyon sağlandığı (%68) saptanmıştır. Olgularımızın bir kısmına henüz tedavi başlanmamış ve bir kısmında da tedavi altı ayını doldurmamıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülkemizde olduğu gibi hastanemizde de son yıllarda yeni olgu sayısında artış olduğu görülmektedir. Takip ettiğimiz olgu sayısı son iki yılda önemli bir artış göstermiştir. Bulaş yolunun en sık heteroseksüel temasla olması, bu nedenle infeksiyonun önlenmesi için, genç popülasyon başta olmak üzere, halkın bu konudaki bilinç düzeyinin artırılması gerektiğini düşünmekteyiz. Türkiye'de kadınlara HIV bulaşmasında en önemli risk eşinin HIV ile infekte olmasıdır. Kadın hastalarımızın tamamının eşinde veya eski eşinde HIV infeksiyonu olduğu saptanmıştır. Önceki yıllarda ülkemiz için önemli bir bulaşma yolu olan kan ve kan ürünleriyle bulaşmanın artık daha nadir olarak görüldüğü belirtilmektedir. Olgularımızın sadece birinde bu yolla bulaş söz konusuydu. Sonuç olarak, hastaların çoğunluğunun genç erişkin yaş grubunda olması ve kadın hastaların çoğunluğunun hastalığı eşlerinden almış olmaları nedeniyle, HIV infeksiyonundan korunmada evlilik öncesi tarama testlerinin yapılmasının ve eğitimin faydalı olduğu kanaatindeyiz. Son yıllarda daha da önemli bir sağlık sorunu haline gelmesi nedeniyle özellikle HIV/AIDS takip eden kurumların deneyimlerini paylaşmasının bu hasta grubunun takibinde katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Tablo 1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			2	2	3	3	5
Takibe alınan hasta sayısı			7	2	3	5	5
Yaş	0-4						
	5-9						
	10-14						
	15-19				1		
	20-24				1	1	2
	25-34		1		1	2	2
	35-44						2
	45-54		4	2			
	55-64		1			2	
	≥ 65						
Cinsiyet	Kadın		3			2	
	Erkek		3	2	3	3	6
Uyruk	TC		6	2	3	5	6
	Diğer						
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		1		2	1	
	Kendi isteği		1				1
	Kan bağışı				1		1
	Cerrahi öncesi					1	1
	Evlilik öncesi						1
	İş başvurusu						
	Partner tarama					1	
	Diğer		4	2		2	2
Bulaş yolu	Heteroseksüel		3		1	2	1
	MSM (ESE)					1	
	Damar içi ilaç kullanımı						
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon				1		
	Bilinmiyor		3	2	1	2	5
Bazal CD4 değeri	> 500		1	1		1	2
	350-500			1	1	3	
	< 350	200-350			1		3
		50-200	3			1	
		< 50	2		1		1
Takipte kalan hasta sayısı			6	8	11	16	18
Başka merkeze devredilen hasta sayısı							
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			1		2	9	3
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı							
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı							
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı							
Mahkum hasta sayısı						1	

HIV/AIDS

P-068

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Cemal BULUT[1], Sami KINIKLI[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının sayısında artış ve çeşitli özelliklerinde yıllara göre değişiklik olup olmadığı.

Olay/Olgu

HIV/AIDS olgularında son yıllarda ülke genelinde artış olmuştur. Bu çalışmada Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hasta sayısının, olguların demografik özellikleriyle tanı konulduğu sıradaki CD4 sayıları ve takip durumlarında yıllara göre değişiklik olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2000 yılından itibaren HIV/AIDS olgularının izlemi yapılmaktadır. HIV/AIDS olguları konu ile ilgilenen iki hekim tarafından takip edilmektedir. Son 5 yılda HIV/AIDS tanısı ile takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2011 yılından beri tanı konularak takibe alınan toplam 32 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların %91'i erkektir, yaş aralığı %81'inde 25-54 olarak tespit edilmiştir. 2015 yılında başvuran hasta sayısı önceki yıllara göre artış göstermiştir. Test yapılma nedeninin en fazla hastalık ayırıcı tanısı (17/32, %53.1), ikinci sırada da (7/32, %21.8) cerrahi girişim öncesi kontrol olduğu bulunmuştur. Tüm yıllar bir arada değerlendirildiğinde 2015 yılında bulaş yolu açısından MSM ilişkilerin önceki yıllara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Toplam 23 olguda viral süpresyon sağlandığı (%71.8) saptanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde de son yıllarda yeni olgu sayısında artış olması ve olguların daha genç yaş grubunda görülmeye başlaması önleme konusunda acil eylem planı gerektiğine işaret etmektedir. Bulaş yolunun heteroseksüel temastan MSM yönüne değişiklik göstermesi yeni infeksiyonların tespiti ve önlenmesi için MSM grubunun öncelikli hedef olarak alınması gerektiğini göstermektedir. Viral süpresyonda olan hasta sayısının tam olmamasının nedeni olguların bir kısmında henüz tedavi başlanmamış olması bir kısmında da tedavinin 6 ayını doldurmamış olmasıyla açıklanabilir.

Tablo 1. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			4	1	5	6	16
Takibe alınan hasta sayısı			4	1	5	6	16
Yaş	0-4						
	5-9						
	10-14						
	15-19					1	2
	20-24						2
	25-34		2		2		3
	35-44				2	4	6
	45-54		2	1	1	1	2
	55-64						
	≥ 65						
Cinsiyet	Kadın		1		1		1
	Erkek		3	1	4	6	15
Uyruk	TC		4	1	5	5	15
	Diğer					1	1
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		1	1	4	4	7
	Kendi isteği						5
	Kan bağışı						
	Cerrahi öncesi		2			2	3
	Evlilik öncesi						
	İş başvurusu						
	Partner tarama		1		1		1
	Diğer						
Bulaş yolu	Heteroseksüel		3	1	4	6	6
	MSM (ESE)				1		9
	Damar içi ilaç kullanımı			1			
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor		1				1
Bazal CD4 değeri	> 500				2	1	6
	350-500		3		1	2	6
	< 350	200-350			2	1	1
		50-200	1	1		2	2
		< 50					1
Takipte kalan hasta sayısı			3	1	5	6	16
Başka merkeze devredilen hasta sayısı							
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			3	1	5	6	8
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı							
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			1		1		1
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı						1	
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı					2	1	1
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı							1
Mahkum hasta sayısı							

HIV/AIDS

P-069

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Emre KARA[1], Ahmet Çağkan İNKAYA[2], Nursel ÇALIK BAŞARAN[3], Şehnaz ALP[2], Aygen TÜMER[2], Serhat ÜNAL[2]

[1] *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı, Ankara*
[2] *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*
[3] *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

HIV ile infekte olgu sayısında artış ve çeşitli özelliklerinde yıllara göre değişiklik olup olmadığının belirlenmesi.

Olay/Olgu

HIV ile infekte kişi sayısında son yıllarda patlama düzeyinde bir artış gözlenmektedir. Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğine başvuran kişi sayısının, demografik özelliklerinin, tanı konulduğu sıradaki CD4 sayılarının ve takip durumlarının yıllara göre tanımlanması amaçlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde 1986 yılından itibaren HIV/AIDS olgularının izlemi yapılmaktadır. Son 4 yılda HIV/AIDS tanısıyla takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2011 yılından bu yana izlemi yapılan toplam 204 hasta değerlendirilmiştir. 2014 ve 2015 yıllarında başvuran hasta sayısı önceki yıllara göre artış göstermiştir. Test yapılma nedeninin en fazla hastalık ayırıcı tanısı (55/204, %28), ikinci sırada da (26/204, %26) kendi isteğiyle olduğu bulunmuştur. Tüm yıllar bir arada değerlendirildiğinde 2015 yılında bulaş yolu açısından MSM ilişkilerin önceki yıllara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yüz yetmiş (%87) hasta takipte kalmış; 143 (%73) olguda viral süpresyon sağlanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde de son yıllarda yeni olgu sayısında artış olması ve olguların daha genç yaş grubunda görülmeye başlaması önleme konusunda acil eylem planı gerektiğine işaret etmektedir.

Tablo 1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl		**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı		21	38	32	50	42
Takibe alınan hasta sayısı		18	41	30	48	41
Yaş	0-4					
	5-9					
	10-14					
	15-19		1		2	2
	20-24		7	3	5	6
	25-34	6	13	15	21	15
	35-44	8	14	15	11	10
	45-54	4	9	1	5	4
	55-64	2	3	1	4	4
	≥ 65	1			2	1
Cinsiyet	Kadın	4	8	3	9	5
	Erkek	17	39	33	41	37
Uyruk	TC	17	44	33	47	40
	Diğer	4	3	3	3	2

Tablo 1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi (devamı)

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		7	16	7	16	10
	Kendi isteği		4	9	12	15	12
	Kan bağışı		1	5	2	1	1
	Cerrahi öncesi		4	5	3	3	5
	Evlilik öncesi				3	4	3
	İş başvurusu			3	2	2	1
	Partner tarama		4	6	3	7	10
	Diğer		1	2	4	2	1
Bulaş yolu	Heteroseksüel		13	24	16	28	13
	MSM (ESE)		8	15	12	22	25
	Damar içi ilaç kullanımı				1		
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)			1			1
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor		1	7	7		3
Bazal CD4 değeri	> 500		4	16	13	11	10
	350-500		8	9	13	11	14
	< 350	200-350	4	10	5	11	11
		50-200	3	8	4	6	5
		< 50	2	3	1	2	2
Takipte kalan hasta sayısı			17	37	29	47	40
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			2	12	3	1	
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			15	25	22	44	37
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı							
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				1			1
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			1		1		
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			1	2	2	1	1
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı				1	2	1	1
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			1	2		1	
Mahkum hasta sayısı				1			

HIV/AIDS

P-070

Ege Üniversitesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalında İzlenen HIV Olgularının Değerlendirilmesi

Deniz GÖKENGİN[1], Damla AKDAĞ[1]

[1] *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Soru(n)

HIV/AIDS olgularının sayısı, demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerindeki değişimlerin yıllara göre irdelenmesi.

Olay/Olgu

Ülkemizdeki HIV/AIDS epidemisinin profilinde, son yıllarda önemli değişimler olmuştur. Bu çalışmada, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na 2011-2015 yılları arasında başvuran hastaların sayısının, demografik özelliklerinin, bulaşma yollarının ve tanı aldıkları andaki CD4 sayılarının durumunun ve yıllara göre olan değişikliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na 2011-2015 yılları arasında başvuran 281 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların başvuru anındaki yaşları, test yaptırma nedenleri, olası bulaş yolları, bazal CD4 T lenfositi değerleri, antiretroviral tedavi ile viral baskılanma durumları, koinfeksiyonların varlığı ve ölen hasta sayısı kaydedilmiştir.

Yeni tanı alan hasta sayısının 2011 yılına kıyasla iki kattan fazla arttığı, 20-24 yaş grubundaki olguların 2013 ve 2014 yıllarında sayıca önemli bir artış gösterdiği, erkek/kadın oranının yaklaşık 3/1 civarında iken 6/1 şeklinde değiştiği, kendi isteği ile test yaptıranların sayısının 2014 ve 2015 yıllarında dikkati çeken bir artış gösterdiği, ancak halen olguların en sık hastalıkların ayırıcı tanısı sırasında tanı aldıkları, erkeklerle seks yapan erkeklerin sayısının 2011 yılına kıyasla 2015 yılında 10 kat arttığı, olguların yaklaşık %75'inde başvuru anında CD4 T lenfositi sayısının < 500 hücre/mm^3 olduğu, ölen hastaların, HBV koinfeksiyonu ve tüberkülozu olan ve gebe olan olguların sayısının yıllar içinde sabit kaldığı dikkati çekmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Son beş yıl içinde olgu sayısı dikkati çekecek düzeyde artmıştır. Olguların giderek daha genç yaşta başvurmaları, erkek/kadın oranının hissedilir ölçüde erkek lehine değişmesi ve bulaş yolunun heteroseksüelden homoseksüel bulaşmaya doğru bir değişim göstermesi, erkeklerle seks yapan erkeklerde korunma ve önleme çalışmaları yapılması gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca olguların büyük bölümünde tanı anında CD4 T lenfositi sayısının < 500 hücre/mm^3 olması, ülkemizdeki test stratejilerinin tekrardan gözden geçirilmesini gerekli kılmaktadır.

Tablo 1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			29	51	59	68	74
Takibe alınan hasta sayısı			29	51	59	68	83
Yaş	0-4						
	5-9						
	10-14						
	15-19				1	2	
	20-24		2	2	12	12	7
	25-34		10	18	20	24	34
	35-44		5	10	9	14	26
	45-54		6	7	6	12	11
	55-64		2	2	4	1	4
	≥ 65			1	1	1	1
Cinsiyet	Kadın		7	5	7	6	12
	Erkek		18	35	46	60	71
Uyruk	TC		25	40	52	66	78
	Diğer				1		5
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		8	12	25	27	29
	Kendi isteği			7	8	17	21
	Kan bağışı		5	7	6	6	7
	Cerrahi öncesi		1	5	7	5	9
	Evlilik öncesi		5	1	2	3	4
	İş başvurusu		1	2	2		1
	Partner tarama		4	4	3	3	6
	Diğer		1	2		5	6
Bulaş yolu	Heteroseksüel		12	24	29	23	34
	MSM (ESE)		4	14	20	39	38
	Damar içi ilaç kullanımı						
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)		1				
	Nozokomiyal veya transfüzyon		3		1	1	1
	Bilinmiyor		5	2	3	3	10
Bazal CD4 değeri	> 500		10	14	16	19	26
	350-500		4	4	16	17	22
	< 350	200-350	4	15	13	15	24
		50-200	4	5	5	12	9
		< 50	3	2	3	3	2
Takipte kalan hasta sayısı			25	40	53	66	83
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			3	10	3		
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			25	36	39	50	27
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			2	1	3		2
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				2	2	1	1
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı				1	2		1
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı				3	5	6	6
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı				1	1	2	1
Mahkum hasta sayısı							

HIV/AIDS

P-071

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İzlenen HIV/AIDS Hastalarının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Dilara İNAN[1], Cihan YEŞİL[1], Çiğdem Çiçek KOLAK[1], Harun Reşid SU[1], Melike ŞAHİNER[1], Hafize YAPICI[1]

[1] *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

HIV/AIDS hastalarının sayısı ve çeşitli özelliklerinde yıllara göre değişikliklerin değerlendirilmesi.

Olay/Olgu

Ülkemizde son yıllarda HIV/AIDS hasta sayısında bir artış olduğu dikkati çekmektedir. Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV/AIDS hastalarının yıllara göre başvuru sayısı, demografik özellikleri, tanı konulduğu sıradaki CD4 sayıları, eşlik eden koinfeksiyonlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hastanemizde son 5 yılda HIV/AIDS tanısıyla takip edilen hastaların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde son 5 yılda takibe giren toplam 166 hasta değerlendirilmiştir. Test yapılma nedeninin en fazla hastalık ayırıcı tanısı nedeniyle (49/166, %29.5) ve kendi isteğiyle (27/166, %16.2) olduğu görülmektedir. Cerrahi girişim öncesi kontrol sırasında saptanan hasta sayısı daha fazla beklenmekle birlikte bu sayının oldukça düşük olduğu (4/166, %2.4) görülmektedir. En önemli bulaş yolunun heteroseksüel bulaş olduğu (130/166, %78.3) belirlenmiştir. Bu oranı %13.2 ile erkeklerle seks yapan erkeklerin (22/166) izlediği dikkati çekmektedir. Toplam 129 hasta takipte kalmıştır (%77.7) ve bu hastaların %85.2 (110/129)'sinde viral baskılanma sağlanmıştır. Takipte kalan hasta sayısı ve viral baskılanma saptanan hasta sayısı 2011 yılından 2015 yılına giderek artış göstermiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV/AIDS hastalarının ülke genelinde artmasıyla birlikte hastanemizde izlediğimiz hasta sayısında da son yıllarda bir artış olmuştur. Bulaş yolu olarak %78 oranında heteroseksüel temasın görülüyor olması korunmasız cinsel temasın hala yaygın olduğunu, risk gruplarına özellikle bu konuda eğitim verilmesi gerektiğini göstermektedir. Hastaların %77.7'sinin takipte kalması iyi bir oran olarak görünmekle birlikte bu oranın daha yüksek olması ve ulusal takip sistemi kurularak bu hastaların başka merkezlerde takipte olup olmadığının bilinebilmesi gerekmektedir. Takipte kalan hastaların %85'inde saptanan viral baskılanma hala daha hasta uyumsuzluğunu gösteren bir veri olup yıllar içerisinde bu oranın artmış olması kullanılan antiretroviral ilaçların etkinliğiyle açıklanabilir. Ancak hastalara mutlaka izlemde kalmaları, ilaç uyumu ve partnerlerine bulaştırma konularında eğitim verilmelidir.

Tablo 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV/AIDS hastalarının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı			24	25	43	40	34
Takibe alınan hasta sayısı			24	25	43	40	34
Yaş	0-4		-	-	-	-	-
	5-9		-	-	-	-	-
	10-14		-	-	-	-	-
	15-19		-	-	-	1	1
	20-24		1	1	-	3	3
	25-34		9	4	14	10	9
	35-44		7	15	11	9	12
	45-54		5	4	13	11	3
	55-64		2	1	1	6	4
	≥ 65		-	-	4	-	2
Cinsiyet	Kadın		5	3	13	14	10
	Erkek		19	22	30	26	24
Uyruk	TC		24	23	39	38	33
	Diğer		-	2	4	2	1
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		4	2	13	14	16
	Kendi isteği		8	5	5	7	2
	Kan bağışı		-	-	1	1	2
	Cerrahi öncesi		1	3	3	8	4
	Evlilik öncesi		-	-	-	-	2
	İş başvurusu		-	1	1	3	1
	Partner tarama		3	3	6	4	7
	Diğer		8	11	14	3	-
Bulaş yolu	Heteroseksüel		22	18	30	32	28
	MSM (ESE)		2	3	7	5	5
	Damar içi ilaç kullanımı		-	-	6	3	1
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)		-	-	-	-	-
	Nozokomiyal veya transfüzyon		-	1	-	-	-
	Bilinmiyor		-	3	-	-	-
Bazal CD4 değeri	> 500		5	7	11	13	9
	350-500		10	3	2	9	6
	< 350	200-350	5	7	12	12	9
		50-200	2	5	13	3	5
		< 50	2	3	5	3	5
Takipte kalan hasta sayısı			20	16	31	32	30
Başka merkeze devredilen hasta sayısı			0	1	0	1	1
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			17	18	26	29	20
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı			0	0	4	1	0
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			1	0	3	2	2
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			1	1	0	1	0
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			1	0	0	0	0
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı			3	3	1	3	4
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			0	0	1	1	1
Mahkum hasta sayısı			2	0	2	1	0

HIV/AIDS

P-072

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Mustafa Kemal ÇELEN[1]

[1] *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Diyarbakır*

Soru(n)

Bölgemizde HIV/AIDS olgularında son yıllarda artış olmuştur. Bu çalışmada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran hasta sayısının, olguların demografik özellikleriyle tanı konulduğu sıradaki CD4 sayıları ve takip durumlarında yıllara göre değişikliklerinin değerlendirilmesi.

Olay/Olgu

Dicle Üniversitesi Hastanesinde 2009 yılından itibaren HIV/ADIS olgularının izlemi yapılmaktadır. HIV/AIDS olguları polikliniğimiz tarafından takip edilmektedir. Son 5 yılda HIV/AIDS tanısı ile takip edilen olguların sayısı, demografik özellikleri, bulaş yolu, CD4 sayıları ve takip durumları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de verilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde 2009 yılından beri izlemi yapılan toplam 75 hasta değerlendirilmiştir. 2014 ve 2015 yıllarında başvuran hasta sayısı önceki yıllara göre artış göstermiştir. Test yapılma nedeninin en fazla hastalık ayırıcı tanısı (%18.75) ve kan bağışı öncesi kontrol olduğu bulunmuştur. Tüm yıllar bir arada değerlendirildiğinde 2015 yılında bulaş yolu açısından MSM ilişkilerin önceki yıllara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemizde de son yıllarda yeni olgu sayısında artış olması ve olguların daha genç yaş grubunda görülmeye başlaması önleme konusunda acil eylem planı gerektiğine işaret etmektedir. Bulaş yolunun heteroseksüel temastan MSM yönüne değişiklik göstermesi yeni infeksiyonların tespiti ve önlenmesi için MSM grubunun öncelikli hedef olarak alınması gerektiğini göstermektedir. Özellikle lise öğrencilerinin bu konuda eğitilmesi gerekliliği gündeme alınmalıdır.

Tablo 1. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl		**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı		5	9	11	14	16
Takibe alınan hasta sayısı						
Yaş	0-4		1	1	1	
	5-9	1	1	2	1	3
	10-14			1	3	4
	15-19	2	3	5	8	5
	20-24	1	3	2	1	3
	25-34	1	1			1
	35-44					
	45-54					
	55-64					
	≥ 65					
Cinsiyet	Kadın	2	3	3	4	3
	Erkek	3	6	8	10	13
Uyruk	TC	5	8	10	14	14
	Diğer	0	1	1	0	2

Tablo 1. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi (devamı)

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		1	2	2	2	3
	Kendi isteği		1	2	3	3	3
	Kan bağışı		2	2	1	2	3
	Cerrahi öncesi				1	2	
	Evlilik öncesi						
	İş başvurusu					2	
	Partner tarama						
	Diğer		1	3	4	3	7
Bulaş yolu	Heteroseksüel		1	2	3	2	3
	MSM (ESE)		1	2	3	3	3
	Damar içi ilaç kullanımı			1			
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)			1			1
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor		3	3	5	9	9
Bazal CD4 değeri	> 500				5	2	2
	350-500		3	2	3	3	2
	< 350	200-350	2	7	3	3	4
		50-200			3	2	4
		< 50				4	2
Takipte kalan hasta sayısı							2
Başka merkeze devredilen hasta sayısı							
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı							
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı							
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			0	1	1	0	0
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı			0	0	1	2	0
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı			2	4	2	2	3
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı							
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı			0	1	1	0	0
Mahkum hasta sayısı			0	0	0	0	0

HIV/AIDS

P-073

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Serhat BİRENGEL[1], Aysun YALÇI[1], Ebru KAPLAN[1]

[1] *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

Yeni HIV takibi yapmaya başlayan bir klinikte olguların dağılımı.

Olay/Olgu

HIV ile infekte hastalar 2014 yılı son aylarından itibaren kliniğimizde takip edilmeye başlanmıştır. Bu kısa sürede toplam takibe aldığımız hasta sayısı 21 olmuştur. Hastalarımızdan biri eksitus olmuştur. Diğer hastaların takibi devam etmektedir. Takibe alınan hastalarımızın %25'i MSM'dir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Toplam 21 hasta son 16 ayda takibe alınmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV infekte hastaların kısa sürede artışı, gerekçesi ve engellenmesi için neler yapılabilir?

Tablo 1. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl		**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı		2	13
Takibe alınan hasta sayısı		4	17
Yaş	0-4		
	5-9		
	10-14		
	15-19		1
	20-24	1	1
	25-34		6
	35-44	2	5
	45-54		4
	55-64		
	≥ 65	1	
Cinsiyet	Kadın	2	2
	Erkek	2	14
Uyruk	TC	4	16
	Diğer		1
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı	2	5
	Kendi isteği		8
	Kan bağışı		2
	Cerrahi öncesi		
	Evlilik öncesi	1	
	İş başvurusu		
	Partner tarama	1	1
	Diğer		1

Tablo 1. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi (devamı)

Yıl			**2014**	**2015**
Bulaş yolu	Heteroseksüel		3	8
	MSM (ESE)			5
	Damar içi ilaç kullanımı			
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)			
	Nozokomiyal veya transfüzyon		1	2
	Bilinmiyor			2
Bazal CD4 değeri	> 500		4	6
	350-500			3
	< 350	200-350		3
		50-200		2
		< 50		2
Takipte kalan hasta sayısı			4	18
Başka merkeze devredilen hasta sayısı				1
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			1	6
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı				1
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı				
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı				
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı				
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı				
Mahkum hasta sayısı				

HIV/AIDS

P-074

Kliniğimizce İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

F. Şebnem ERDİNÇ[1], Meliha Çağla SÖNMEZER[1], Günay TUNCER ERTEM[1], Necla TÜLEK[1]

[1] *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Kliniğimizce izlenen yeni tanı HIV pozitif hastaların beş yıllık değerlendirilmesi.

Olay/Olgu

HIV pozitif hasta tedavi ve izlemi kliniğimizce 5 yıldır yapılmaktadır. Bu beş yılda yeni tanı olarak tespit edilen olgular, yaş, cinsiyet, test nedeni, bulaş yolu, bazal CD4 düzeyi dağılımları değerlendirilmiştir. Ek olarak başvuru sırasında koinfeksiyon varlığı, altı aydan uzun tedavi alarak viral süpresyon sağlanan hasta sayıları da belirlenmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastalarımızın özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Yeni tanı HIV pozitif hasta sayıları yıllık olarak değerlendirildiğinde 2015 yılında belirgin bir artış olduğu görülmektedir. Test nedenleri arasında en sık hastalık ayırıcı tanısı ön plandadır. Genel olarak heteroseksüel bulaş ön plandadır. Bazal CD4 düzeyleri dağılımına bakıldığında ileri evrede saptanan hasta sayısı düşüktür. Tanı esnasında koinfeksiyon 2015 yılında belirgin olarak ön planda olup hepatit B en sıktır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülkemizde HIV pozitif hasta tedavi izlemi son yıllarda hastalığın görülmeye başlandığı ilk zamanlara göre daha çok merkez tarafından yapılmaya başlanmıştır. Fazla sayıda hasta takip eden merkezlerin yanı sıra az sayıda hastası olan merkezlerin hasta özelliklerinin de paylaşılması ve genel değerlendirmeye dahil edilmesi faydalı olacaktır. Bu şekilde genel olarak yaş, cinsiyet, bulaş yolu ve geç tanı gibi özelliklerin dağılımları bütünün görülebilmesine yardımcı olacaktır.

Tablo 1. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji 1. Kliniğince izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl		**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı		3	1	2	6	14
Takibe alınan hasta sayısı		3	1	2	5	13
Yaş	0-4					
	5-9					
	10-14					
	15-19					
	20-24				1	
	25-34	1			2	2
	35-44				1	2
	45-54			1	1	7
	55-64	2	1	1		1
	≥ 65					1
Cinsiyet	Kadın	1				3
	Erkek	2				10
Uyruk	TC	3	1	2	6	14
	Diğer					

Tablo 1. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji 1. Kliniğince izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi (devamı)

Yıl			2011	2012	2013	2014	2015
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		1	1	2	2	5
	Kendi isteği						1
	Kan bağışı					1	1
	Cerrahi öncesi		1				3
	Evlilik öncesi						
	İş başvurusu						1
	Partner tarama					1	2
	Diğer					1	
Bulaş yolu	Heteroseksüel		2	1	2	3	12
	MSM (ESE)		1			1	1
	Damar içi ilaç kullanımı						
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor						
Bazal CD4 değeri	> 500		3	1	1	2	5
	350-500				1	2	4
	< 350	200-350					3
		50-200				1	1
		< 50					
Takipte kalan hasta sayısı			2	1	2	4	13
Başka merkeze devredilen hasta sayısı						1	
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı			2	1	2	4	8
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı						1	
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı						1	4
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							1
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı							2
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı							1
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı							
Mahkum hasta sayısı						1	

HIV/AIDS

P-075

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesinde İzlenen HIV Olgularının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Yaşar BAYINDIR[1], Özlem YILMAZ[1], Ayşegül KUŞÇU KAÇMAZ[1], Funda YETKİN[1], Yasemin ERSOY[1], Üner KAYABAŞ[1], Barış OTLU[1], Adem KÖSE[1], Mehmet ÖZDEN[1]

[1] *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya*

Soru(n)

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi paylaşılmıştır.

Olay/Olgu

Merkezimizde izlenen HIV olguları tanı aldıkları yıllara göre ve özelliklerine göre değerlendirilmiştir. Yaş ve cinsiyet gibi özelliklerinin yanı sıra bulaş yolu, test nedeni, koinfeksiyon durumu, tanı sırasında CD4 düzeyleri kaydedilmiştir. Merkezimiz verileri Tablo 1'de görülmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Son beş yıllık yeni tanı alan hasta sayılarına bakıldığında 2015 yılında hasta sayısında belirgin bir artış görülmüştür. Bu yılın hastalarında HBV, HCV, tüberküloz ve sifiliz koinfeksiyonu saptanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HIV takip ve izlemi yapılan merkezimiz verilerini sayısal olarak paylaşarak, ülkemiz genelinde değerlendirme yapılmasına fayda sağlayacağı düşünülmüştür. Hasta sayılarında artışla birlikte, hastaların özelliklerinin dağılımlarının değerlendirilmesi de bulaş ve kontrol konularında yol gösterici olacaktır.

Tablo 1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi

Yıl		**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Yeni tanı HIV pozitif hasta sayısı		4	2	2	3	11
Takibe alınan hasta sayısı						
Yaş	0-4					
	5-9					
	10-14					
	15-19					1
	20-24				1	2
	25-34	1		1		3
	35-44	3	1	1	1	3
	45-54				1	1
	55-64					1
	≥ 65		1			
Cinsiyet	Kadın	2	-		-	
	Erkek	2	2	2	3	11
Uyruk	TC	4	2	2	3	10
	Diğer					1

Tablo 1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesinde izlenen HIV olgularının yıllara göre değerlendirilmesi (devamı)

Yıl			**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Test nedeni	Hastalık ayırıcı tanısı		2		1	1	2
	Kendi isteği					2	
	Kan bağışı			1			7
	Cerrahi öncesi				1		2
	Evlilik öncesi						
	İş başvurusu						
	Partner tarama		2				
	Diğer						
Bulaş yolu	Heteroseksüel		4	2	2	3	9
	MSM (ESE)						1
	Damar içi ilaç kullanımı						
	MTCT (anneden bebeğe geçiş)						
	Nozokomiyal veya transfüzyon						
	Bilinmiyor						1
Bazal CD4 değeri	> 500						3
	350-500		1		2		3
	< 350	200-350	1	1			3
		50-200		1			1
		< 50	1				1
Takipte kalan hasta sayısı			2	2	1		7
Başka merkeze devredilen hasta sayısı							1
Altı aydan uzun süre ART alan ve viral süpresyonu olan hasta sayısı							
HIV infeksiyonuna bağlı ölen hasta sayısı							3
Tanı sırasında HBV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							1
Tanı sırasında HCV koinfeksiyonu olan hasta sayısı							1
Tanı sırasında tüberkülozu olan hasta sayısı							1
Tanı sırasında VDRL pozitif hasta sayısı							1
Tanı sırasında gebe olan hasta sayısı							
Mahkum hasta sayısı							

Viral Hepatitler

P-076

Kronik Hepatit Tanısıyla Takipli Hastaların İş Verenleriyle Yaşadığı Sıkıntılar

Büşra ERGÜT SEZER[1], Birsen TUNALI[1], Mustafa DOĞAN[1]

[1] *Çorlu Devlet Hastanesi, Çorlu/Tekirdağ*

Soru(n)

Kronik hepatit tanısı ile takipli hastaların iş verenleriyle yaşadığı sıkıntılar.

Olay/Olgu

Kırk yedi yaşında erkek hasta, 8 yıldır kronik hepatit B tanısıyla takipli. İlaç tedavisi almıyor. Beş yıldır çalıştığı fabrikadan yıllık sağlık taramaları sırasında HBsAg pozitif olarak tespit edildiği için iş yeri hekimi tarafından çalışamaz raporu verilerek işten çıkarılıyor. Hasta işten çıkarıldıktan sonra polikliniğimize bilgi almak için başvurdu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın yapılan tetkiklerinde HBsAg (+), anti-HBs (-), anti-HBe (+), HBeAg (-), anti-HBc IgM (-), anti-HBc IgG (+), AST: 35 U/L, ALT: 32 U/L, ALP: 68 U/L, GGT: 14 U/L, total protein: 6.4 mg/dL, albumin: 3.5 g/dL, AFP: 3.4 U/L, APTT: 30 sn, INR: 1.12 sn, HBV-DNA PCR 78 IU/mL olarak tespit edildi. Mevcut bulgularla hastada inaktif HBsAg taşıyıcılığı olduğu söylendi. Hastanın çalışmasında sakınca olmadığı belirtildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kronik hepatit tanısıyla takip edilen hastaların tüm iş kollarında çalışmasına engel teşkil edecek bu durum olmadığı Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 10.04.1995 tarih ve 6064 sayılı genelgede belirtildiği halde, hala hazırda tüm iş yerleri yıllık veya 6 ayda bir hepatit markırlarını istemekte ve iş yeri hekimleri tarafından çalışamaz raporu verilmektedir. Genelge doğrultusunda her yıl hepatit markırlarının istenmesi ne derecede doğrudur? Ya da bununla ilgili olarak hastalara çalışabilir ya da çalışamaz raporunun infeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından verilmesi ne derecede doğru olacaktır? Bu konuyla ilgili olarak iş yeri hekimlerinin eğitilmesinin hastaların mağduriyetinin giderilmesini sağlayacağı kanısındayız.

Viral Hepatitler

P-077

Hepatit B Ag (+) Kaynakçıda Kan Kurşun Yüksekliği Yönetimi

Sultan Pınar ÇETİNTEPE[1], Meşide GÜNDÜZÖZ[2], Engin TUTKUN[3], Mehmet Erdem ALAGÜNEY[1]

[1] Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[2] Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, Aile Hekimi, Ankara
[3] Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, Adli Toksikoloji, Ankara

Soru(n)

Hepatit B Ag (+) kaynakçıda kan kurşun yüksekliği yönetimi.

Olay/Olgu

Kırk üç yaşında erkek hasta, meslek anamnezinde 17 yıldır kaynakçılık yaptığı öğrenildi. Hasta son beş yıldır HBsAg pozitif olduğunu belirtti. İlaç tedavisi başlanılmamış. Hastanın ek kronik hastalığı yok. Hasta, Meslek Hastalıkları Hastanesine dış merkezde kan kurşun düzeyi 51 µg/dL (> 10 µg/dLM) olması üzerine sevkedilmiş. Hasta geçen yıl da aynı nedenle hastanemizde yatıp tedavi görmüş.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın kan tahlili tekrarında kan kurşun düzeyi: 52.9 µg/dL olması üzerine hastaya kalsiyum disodyum EDTA (Ca EDTA, Libenta® ampul) 30-50 mg/kg/gün olarak başlandı. Hastanın 5 günlük tedavi sonrası kan kurşun düzeyi 21 µg/dL'ye geriledi. Abdomen USG'de karaciğer parankimal grade 2-3 hepatosteatoz olarak raporlandı. Total kolesterol 145 mg/dL, trigliserid 70 mg/dL, LDL 67 mg/dL, ALT, AST ve GGT normal aralıktaydı. Hastaya diyet ve egzersiz programı verildi. Kurşun maruziyetini ve diğer toksik ajanlara maruziyetini azaltmak için hastaya kişisel korunmanın önemi anlatıldı. Eldiven, koruyucu giysi, gözlük ve maske takması gerektiği vurgulandı. HBsAG pozitifliği açısından takibe devam edilmesi gerektiği vurgulandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastamızda olduğu gibi potansiyel kronik karaciğer hastalığı gelişmesi riski taşıyanların toksik maruziyetlerden korunmasını nasıl sağlamalıyız? Kaynakçılık gibi toksik maruziyeti yüksek olan işler bu hastalar için de güvenli midir?

Viral Hepatitler

P-078

Kronik Hepatit B Reaktivasyonu

Seval BİLGİÇ ATLI[1]

[1] *Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır*

Soru(n)

Kronik hepatit B infeksiyonu olan hastada ani gelişen karaciğer enzim yüksekliği.

Olay/Olgu

Yaklaşık 15 yıl önce kronik hepatit B infeksiyonu tanısı alan ve 1 yıl interferon, 4 yıl adefovir, son 1 yıl tenofovir tedavisi alan 45 yaşında erkek hasta. Tenofovir tedavisi altındayken halsizlik, bulantı, aşırı bitkinlik şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Yirmi katın üstünde karaciğer fonksiyon test yüksekliği, 7 log HBV-DNA yükselmesi, INR'de uzama saptandı. Anamnezinde 15 gün önce romatoloji polikliniğine başvurduğu ve o günden itibaren ismini hatırlamadığı romatolojik ilaçlar kullandığı belirtildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın kullandığı tüm ilaçlar kesildi. Hastane yatışı yapıldı ve serum tedavisi verildi. Yaklaşık 2 hafta sonra karaciğer enzim değerleri düşmeye başlayınca entekavir 0.5 mg tedavisiyle hasta taburcu edilerek poliklinik takipleri yapıldı. Yaklaşık 1.5 ay sonra karaciğer enzimleri normal seviyelerine döndü. HBV-DNA seviyeleri düştü.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kronik hepatit B infeksiyonu olan hastalarda toksik hepatit ve reaktivasyon hepatiti ayırıcı tanısı nasıl yapılmalıdır?

Viral Hepatitler

P-079

Gebelik ve Laktasyon Döneminde Kronik Hepatit B Tedavisinde Devam Sorunu

Fatma YILMAZ KARADAĞ[1]

[1] *İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Soru(n)

Kronik hepatit B tanısı bulunan gebeler nasıl takip edilmelidir?

Olay/Olgu

İnaktif hepatit B nedeniyle 15 yıldır ilaçsız takip edilen 35 yaşındaki kadın hasta 9 haftalık gebe olması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın ikinci gebeliğiydi. İlk gebelikte doğan bebeğine doğar doğmaz hepatit B aşısıyla birlikte immünglobulin yapıldığını ve hepatit B'ye karşı antikor yanıtının geliştiğini belirtti. Yapılan tetkiklerinde HBsAg pozitif, anti-HBs negatif, HBeAg negatif ve anti-HBe pozitifti. ALT değeri (46 IU/mL) normal düzeye göre hafif artmıştı. HBV-DNA düzeyi ise 176.503 IU/mL saptandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

HBV-DNA yüksekliği devam etmesi durumunda gebeliğin 24-26. haftasından itibaren antiviral ilaç tedavisi başlanacağı hastaya açıklandı. Tedavi başlanma sebebinin hem bebeğe HBV geçişini azaltmak hem de annede ciddi hepatit B alevlenmesini engellemek olduğu vurgulandı. Hasta aylık kontrollere çağrıldı. Yirmi altıncı gebelik haftasında HBV-DNA düzeyi 2.269.021 IU/mL tespit edilmesi nedeniyle 245 mg oral tenofovir tedavisi başlandı. Hastanın gebelik süresince ALT seviyesi normaldi. Tedavinin birinci ayında HBV-DNA düzeyi 1228 IU/mL ve ikinci ayında ise 157 IU/mL seviyesine geriledi. Tenofovir tedavisi ile ilişkili olarak nefrotoksisite ve hipofosfatemi saptanmadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hasta düzenli olarak tenofovir kullandı. Gebelik haftası 39 olduğunda elektif sezaryen yapıldı. Bebeğe doğar doğmaz hepatit B aşısı ve immünglobulin uygulandı. Anne bebeğini emzirmek istemektedir. Antiviral tedavi alırken anne bebeği emzirebilir mi? Annenin emzirmesine izin verilecekse antiviral ilaç kesiminden ne kadar süre sonra emzirebilir? Bu konuların tartışılmasını istiyorum.

Tablo I. Hastanın gebelik haftasına göre laboratuvar sonuçları

Gebelik haftası	HBsAg	HBeAg/anti-HBe	ALT (üst sınır: 37 IU/mL)	HBV-DNA
9 hafta (04.05.2015)	Pozitif	Negatif/Pozitif	46	176.503 IU/mL
22 hafta (11.08.2015)	Pozitif	Negatif/Pozitif	24	885.557 IU/mL
26 hafta (15.09.2015)	Pozitif	Negatif/Pozitif	21	2.269.021 IU/mL
31 hafta (20.10.2015)	Pozitif	Negatif/Pozitif	33	1228 IU/mL
35 hafta (19.11.2015)	Pozitif	Negatif/Pozitif	30	157 IU/mL

Viral Hepatitler

P-080

İmkanları Kısıtlı Olan Hastanelerde Hepatit B Hastalarının Takibindeki Zorluklar

Gülbin CANPOLAT[1]

[1] *Midyat Devlet Hastanesi, Midyat/Mardin*

Soru(n)

HBV-DNA bakılamayan merkezlerde HBsAg (+) hastalar hangi parametrelerle, hangi sıklıklarda takip edilmeli?

Olay/Olgu

İnfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı olarak çalıştığım Mardin'in Midyat ilçesi HBsAg pozitifliğinin %10 civarında görüldüğü bir bölge. Hastanemizde HBV-DNA tetkiki bakılamamakta. Geçtiğimiz yıl kısa bir süreliğine hizmet alımı yoluyla bakabildiğimiz ve ayrıca kendi imkanlarıyla çevre illerde tetkik yaptırabilen hastalardan bakılan HBV-DNA düzeyleri değerlendirildiğinde hastalarımın yaklaşık yarısında HBV-DNA (-) saptandı. Diğer yarının büyük çoğunluğu da HBV-DNA düzeyi 2000 IU/mL'nin altında olan hastalardı. HBV-DNA düzeyi bir kez bakılabilmiş ve 2000 IU/mL'nin altında olan ve karaciğer fonksiyon testleri normal olan bu hastalarda şu an hastanemizde tekrar HBV-DNA testi yapamıyoruz. Güvenlik problemleri nedeniyle sadece aktif kronik hepatit ve antiviral tedavi alan hastalarda çevre illerde 6 ayda bir HBV-DNA baktırabiliyoruz. HBV-DNA'nın dalgalanmalarla seyredebildiğini bildiğimiz için sadece bir kez bakılmış ve negatif tespit edilmiş olması bu hastaları inaktif taşıyıcı kabul etmemiz için yeterli mi? Bu hastaları sadece ALT, AST, AFP, USG tetkikleriyle 6 ayda bir takip etmem doğru mu? En geniş hangi aralıklarla HBV-DNA bakmalıyız?

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İlk defa HBsAg pozitif saptanan hastalardan bir defaya mahsus HBV-DNA, USG, AFP, ALT, AST, hemogram tetkikleri istendikten sonra HBV-DNA düzeyi negatif saptanan hastaları önce 3 aylık sonra 6 aylık aralarla ALT, AST, hemogram ve yıllık USG, AFP takibine aldık. Maddi imkanları olan ve bir üst merkeze ulaşabilecek hastalarımızdan 6 ayda bir HBV-DNA istemeye devam ediyoruz.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Maalesef bir çoğumuz teknik imkanları oldukça iyi olan hastanelerden uzmanlığımızı aldıktan sonra böyle imkansızlıklarla dolu hastanelerde çalışmak zorundayız. Özellikle hepatit B'nin önemli bir sorun olmaya devam ettiği bu merkezlerde teknik imkanlarımızın yetersiz olması mesleğimizi icra etmemizi zorlaştırıyor. Takiplerimiz kılavuzlara tam olarak uygun olmasa da bu hastalarımızın takiplerini aksatmadan hastaneye başvurmalarını sağlamak için çalışıyoruz. Bu ve benzeri tetkiklerin dış merkezlerden hizmet alımı şeklinde çalışılabilmesi için şartları zorlamaya devam ediyoruz.

Viral Hepatitler

P-081

Kronik Hepatit B Tedavisinde Entekavir Kullanırken Gebe Kalan Hastanın Yönetimi

Fatime KORKMAZ[1], Arzu TARAKÇI[1], Fatma KACAR[1], Mehmet ÖZCAN[1], Halil KARATAŞ[1]

[1] Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Soru(n)

Gebelikte entekavir tedavisi kesilmeli midir? Sonraki tedavi ve izlem nasıl olmalıdır?

Olay/Olgu

Otuz iki yaşında kadın hastaya 7 yıl önce kronik hepatit B (KHB) tanısıyla entekavir tedavisi başlanmış. Tedavi öncesi laboratuvar değerleri ALT: 95 U/L, AST: 107 U/L, HBsAg ve HBeAg pozitif, anti-HBe negatif, HBV-DNA: > 100.000.000 kopya/mL ve karaciğer biyopsisi HAİ: 5 E: 1 olarak rapor edilmiş. Tedavi 3. ayında biyokimyasal, 6. ayında virolojik yanıt elde edilmiş. 2. yılın sonunda HBeAg negatifleşmesi olmuş ancak anti-HBe negatifliği de devam etmiş. Anti-HBe serokonversiyonu gerçekleşmeksizin ALT, AST değerleri normal, HBV-DNA değerleri negatif ya da < 10 IU/mL olarak tedavisi devam ederken plan dışı gebe kalmış. Gebeliğin 12. haftasında polikliniğimize müracaat etmişti.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Entekavir gebelik kategorisi C grubu ilaç olduğundan hastanın tedavisi kesildi. Hastanın başlangıçtaki karaciğer biyopsisine göre ileri evre karaciğer hastalığı olmadığından tedavinin başka ilaçla değişimi de düşünülmedi. Takibe alındı. Üç ay sonra yapılan kontrolünde ALT: 10 U/L, HBV-DNA: 4190 IU/mL, HBeAg ve anti-HBe negatif bulundu. Gebelik 29. haftasında yapılan kontrolde ise ALT 19 U/L iken HBeAg'de pozitifleşme ve HBV-DNA'nın 2.510.000 IU/mL'ye yükseldiği görüldü. İki kontrol arasında sadece 8 hafta geçmişti. Hem doğum sırasında fetal bulaşı önlemek hem de yükselmeye devam edecek olan HBV-DNA'nın akut alevlenmeye neden olmasını engellemek amacıyla tenofovir tedavisi başlandı. Henüz doğum eylemi gerçekleşmemiş olan hastanın tedavisinin doğum sonrası da devam etmesi planlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Gebelikte KHB tedavisi hasta bazlı olarak değerlendirilmektedir. Tedavisi devam etmesi gereken hastalarda B grubu kategorisindeki tenofovir, telbivudin ve lamivudin (C grubunda olmasına rağmen gerçek hayat deneyimlerinde güvenli bulunduğundan) ile devam edilebilir. Entekavir ile devam uygun görülmemiştir, ileri evre karaciğer hastalığı olanda tenofovire değişim önerilmektedir. Tedavisi kesilen hastalarda yakın takip yapılmalı olası relaps durumunda akut karaciğer yetmezliğine kadar gidebilen klinik tablolar yaşanabileceği göz ardı edilmemelidir.

Bu hasta örneği temelinde gebelikte ve laktasyonda KHB tedavisi konularının bir kez daha tartışılması istenmiştir.

Viral Hepatitler

P-082

Hepatit B Taşıyıcılarına Steroid Tedavisi Başlanması

Nesrin ATA[1], Melih Gaffar GÖZÜKARA[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Cemal BULUT[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Şerife ALTUN DEMİRCAN[1], Sami KINIKLI[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Hepatit B taşıyıcısı olan ya da hepatit B taşıyıcısı olup bilgisi olmayan hastalarda immünsüpresif tedavi sonrası alevlenme görülmesi.

Olay/Olgu

Bir buçuk ay öncesinde yüz felci geçiren ve prednol 80 mg başlanıp azaltılarak 12 gün devam edilen, 49 yaşında erkek hasta, tedavi bitiminden 4-5 gün sonra bulantı, kusma, gözde sarılık, karında şişkinlik, gaita renginde açılma şikayetleri başlayınca polikliniğe başvurmuştu. Önceden bilinen hepatit öyküsü bulunmayan hastanın yapılan tetkiklerinde total bilirubin: 12.4 mg/dL, direkt bilirubin: 10.58 mg/dL, AST: 1066 U/L, ALT: 493 U/L, ALP: 191 U/L, GGT: 104 U/L, PTZ: 19.3 sn, INR: 1.65, aPTT: 33.7 sn, acil abdominal ultrasonografisinde safra çamuruyla kesenin fundus kesiminde 6-7 mm'ye varan kalınlık artışı raporlandı. Hasta akut hepatit, alevlenme, siroz, kolesistit ön tanılarıyla servise yatırıldı. Takipte HBsAg, anti-HBc IgG, anti-HBe pozitif, anti-HCV, anti-HIV, anti-HBc IgM, anti-Delta, anti-HAV IgM, HBeAg negatif, HBV-DNA 1.55 107 IU/mL saptandı. Yatak istirahati ve IV hidrasyon başlanan hastanın kontrol abdominal USG'sinde karaciğer vertikal boyutu yaklaşık 15 cm, konturları belirgin irregüler, parankim eko paterni kabalaşma ve dalak uzun aksı 18 mm olup normalden büyük olarak saptandı. İntraabdominal serbest mayi de saptanan hastada ultrasonografisinin kronik karaciğer parankim hastalığı ile uyumlu raporlanması nedeniyle siroz ön tanısı düşünüldü. Yapılan özefagus endoskopisinde, özefagusda varisler ve doudenopati saptandı ve hasta siroz tanısı aldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın kronik hepatit B tanısı nedeniyle soygeçmişi sorgulandı ve erkek kardeşinde kronik hepatit B olduğu öğrenildi. Kronik hepatit B tanısıyla tenofovir 1 x 245 mg başlandı. Hastanın tedavisine karaciğer sirozu tanısıyla gastroenteroloji birimi tarafından Aldacton 100 mg tablet 1 x 1, Dideral tablet 2 x 1/2 eklendi. Abdominal MR planlanarak takibe alındı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İmmünsüpresif tedavi öncesinde tüm hastaların hepatit B yönünden taranması ve HBsAg pozitif ya da HBsAg negatif iken HBV-DNA pozitif ve/veya HBc IgG (+) olan hastalara profilaktik olarak antiviral başlanması önerilmektedir. İmmünsüpresif tedavi süresince ve bu tedaviden sonraki 12 ay boyunca antiviral tedaviye devam edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle herhangi bir nedenle hastalara steroid de dahil immünsüpresif tedavi başlanması planlanan kliniklerde hepatit B açısından tarama yapılıp olguların profilaksi ve tedavi için İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğine yönlendirilmesi uygun olacaktır.

Viral Hepatitler

P-083

Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Verilen Hepatit B İmmünglobulin Dozunun Anti-HBs Titresine Göre Ayarlanması

Elif Nur ÖZBAY HALİLOĞLU[1], Aysun YALÇI[1], Elvan Onur KIRIMKER[2], Deniz BALCI[2], Alpay AZAP[1]

[1] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
[2] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda profilaktik olarak verilen hepatit B immünglobulin (HBIG) ile anti-HBs > 100 IU/mL tutulması amaçlanmaktadır.

Olay/Olgu

HBV nedeniyle karaciğer sirozu gelişen ve canlıdan karaciğer transplantasyonu yapılan 50 yaşında erkek hastada postoperatif ilk 10 günde anti-HBs titreleri en yüksek 26 mIU/mL olarak ölçüldü.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya 5000 IU intraoperatif anhepatik fazda olmak üzere HBIG verildi. Transplantasyon sonrası ilk yedi gün 2000 IU/gün HBIG verilmesine devam edildi. Bu dönemde hastanın anti-HBs titresi 100 mIU/mL'nin üzerine çıkarılamadı. Rutin uygulamada toplam 15.000 IU HBIG uygulaması sonrası haftalık 2000 IU HBIG uygulamasına devam edilmesine rağmen bu hasta için doz 4000 IU olarak yapıldı. Yüksek doz uygulama sonrası anti-HBs titresi 88 mIU/mL olarak saptandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Karaciğer transplantasyonu planlanan hastada HBIG ve antiviral tedaviyle yapılan kombine kemoprofilaksi ile anti-HBs titresinin > 100 MIU/mL tutulması amaçlanmaktadır. Karaciğer nakli sonrası en az 6 ay boyunca serum anti-HBs düzeylerinin 100 mIU/mL üzerinde tutulmasının, HBV infeksiyonu nüksünü önleyebildiği gösterilmiştir. Nakil sırasında ve nakil sonrasında profilaksi için HBIG ve nükleozid analoğu kombinasyonu tercih edilmeli ve profilaksi ömür boyu verilmelidir. HBIG idame dozu alıcının anti-HBs düzeyi izlenerek belirlenmelidir. Ancak bazı çalışmalarda da anti-HBs titresinin düşük olmasının antiviral tedavi de verilmesi nedeniyle HBV nüksüne neden olmadığı bildirilmiştir. Bu nedenle HBIG dozunu artırmak gerekliliği tartışılmak istenmektedir.

Viral Hepatitler

P-084

Kronik Hepatit B Tanılı Hastaların Devam Raporlarının Düzenlenmesi

Selda KARAKADIOĞLU[1], Dilek YAĞCI ÇAĞLAYIK[1], Burak KÖMÜRCÜ[1], Elif TÜKENMEZ TİGEN[1]

[1] Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Soru(n)

Kronik hepatit B tanılı hastaların ilaç raporu süresi dolduğunda çıkartılan raporda, ilk raporun SUT kurallarına uygun olup olmadığının sorulması.

Olay/Olgu

İlk raporun SUT kurallarına uygun olduğu ibaresini eklemek gerekmekte olup konulmadığı takdirde raporlar geri dönmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Poliklinik şartlarında hastanın bir önceki raporunun çıktığı tarihteki SUT kurallarına ulaşmak mümkün olmamaktadır. Bu nedenle SUT kurallarına uygunluğu bilgisine ulaşılamamaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanın ilk raporu çıkartılırken zaten hekim tarafından SUT kurallarına uygunluk göz önünde bulundurulup çıkarılması gerektiğinden bunun teyidinin tekrar ikinci doktora ya da aynı doktora sorulması ne kadar gereklidir, tartışılmasını istiyorum. Mutlaka sorulması gerekiyorsa rapor çıkartılırken hastane otomasyon sisteminden talep edilmesi gereken, ilk rapor tarihi girildiğinde SUT kurallarının çıkması olacaktır.

Viral Hepatitler

P-085

Kronik Hepatit B Tanılı Hastaların Rapor Bitiş Süresinin Takibi

Selda KARAKADIOĞLU[1], Dilek YAĞCI ÇAĞLAYIK[1], Burak KÖMÜRCÜ[1], Elif TÜKENMEZ TİGEN[1]

[1] Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Soru(n)

Kronik hepatit B tanılı hastaların rapor sürelerinin bittiği, ilaç yazdırmaya geldiklerinde fark edilebilmektedir. Yeni raporda istenen antijen testleri aynı gün içinde çıkartılabilse de HBV-DNA ortalama iki hafta sonra çıkabilmektedir.

Olay/Olgu

Yeni raporu çıkartılmak istenen ve HBV-DNA tetkiki istenen hasta 2 hafta ilaçsız kalma riskiyle karşı karşıya kalmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya eczaneden sonuç çıkana kadar ilacını borç alması önerilmektedir ya da rapor çıkartılıp iki hafta sonra da HBV-DNA sonucu eklenmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanın raporun bitmesine en az bir ay kala hastaneye başvurması gerekliliğinin tartışılmasını istiyorum. Çözüm olarak SGK tarafından e-reçete numarasının hastaya SMS kısa mesaj yoluyla bildirildiği gibi rapor bitiş tarihinin de hastaya SMS olarak bildirilebilir hale gelmesi ve hastanın kendi takibini yapabilmesi sağlanabilir.

Viral Hepatitler

P-086

Bir Naiv Kronik Hepatit C Hasta Tedavisinde SGK Ödeme Sorunu

Özcan AYDOĞDU[1]

[1] *Özel Medi Bafra Hastanesi, Bafra/Samsun*

Soru(n)

Kronik hepatit C tanılı naiv hastada rapor düzenlenerek tedavi planlandı fakat SGK ödemesinde sorun yaşandı.

Olay/Olgu

Kronik hepatit C tanılı genotip 5 hastaya PEG interferon + ribavirin tedavisi planlanarak rapor düzenlenmiştir. Fakat SGK, SUT kurallarında genotip 5 ve 6 yazılı olmadığından ilacın ücretini geri ödemeyi onaylamamıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

SGK'ya kronik hepatit C tedavisiyle ilgili HCV'nin 6 genotipinin olduğu ve bu genotiplere göre genotip 1, 4, 5, 6 olanların toplam 48 hafta, genotip 2, 3 olanların ise 24 hafta tedavi alması gerektiği kaynaklardan fotokopiler çekilerek yazılmış ancak endikasyon dışı form doldurarak başvurmamız istenmiştir. Tüm literatür bilgilerini de paylaşarak ve endikasyon dışı talep formuyla SGK'ya başvurulmuştur.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

SGK SUT kuralları hazırlanırken unutulmuş olan kronik hepatit C tedavisinde genotip 1, 2, 3, 4'ün yanına 5 ve 6 genotiplerinin de ilave edilmesidir.

Viral Hepatitler

P-087

Gizli Hepatit B'li Hematolojik Maligniteli Hastalarda Hepatit B Reaktivasyon/ Seroreversiyonu

Gülşen İSKENDER[1], Sabahat ÇEKEN[1], Meryem DEMİRELLİ[1], Mustafa Cihat OĞAN[1], Fazilet DUYGU[1], Mustafa ERTEK[1]

[1] *Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

İzole anti-HBc IgG pozitifliği veya anti-HBs ile birlikte pozitif olduğunda kemoterapi süresince hastanın izlemi nasıl olmalı? Kemoterapi öncesi yaklaşımımız nasıl olmalıdır?

Olay/Olgu

Olgu 1: Altmış bir yaşında, erkek hastada 2014'te nüks evre 4 KLL tanısıyla R-Bendamustin ile yanıt elde edilememiştir. 2015'te karaciğer enzim yüksekliği ortaya çıkınca infeksiyon hastalıkları kliniğine danışılmıştır. Tetkiklerine bakıldığında yıllar içinde negatif seyreden HBsAg'nin R-Bendamustin'den 9 ay sonra karaciğer enzimlerinin yükselmesiyle birlikte pozitifleştiği (reaktivasyon/seroreversiyon) fark edildi. Pozitif seyreden anti-HBs ise nüksle birlikte negatifleşip, HBsAg seroreversiyonuyla birlikte tekrar pozitifleşmiştir. HBeAg, seroreversiyonla birlikte pozitif olmuştur (Tablo 1). HBV reaktivasyon ön tanısıyla HBV-DNA ve abdominal USG istenip, tenofovir 1 x 245 mg/gün başlandı. USG'de hepatosplenomegali saptandı. HBV-DNA 10^8 kopya/mL rapor edildi. Tenofovirin 1. ayında HBV-DNA 10^5 kopya/mL olup, karaciğer enzimleri normal düzeylere indi (Tablo 2).

Olgu 2: Altmış dört yaşında, erkek hastaya Ocak 2014'te nüks multipl miyeloma nedeniyle revlimid + deksametazon uygulanıp, Haziran 2014'te otolog nakil yapılmıştır. Altı ay sonra pnömoni nedeniyle yatırıldığında karaciğer enzimlerinde yükseklik fark edilmiştir. Hastanın tetkiklerine bakılınca yıllar içinde negatif seyreden HBsAg'nin pozitifleştiği (reaktivasyon/seroreversiyon), pozitif olan anti-HBs'nin negatifleştiği, HBeAg'nin de pozitifleştiği saptandı (Tablo 3). HBV reaktivasyon ön tanısıyla HBV-DNA ve abdominal USG istendi ve entekavir 1 x 0.5 mg/gün başlandı. USG normal olup, HBV-DNA 10^9 kopya/mL olarak rapor edildi. Entekavirin 1. ayında HBV-DNA 10^5 kopya/mL olup karaciğer enzimleri normale döndü (Tablo 4).

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

HBsAg negatif olan bu hastalarda, anti-HBs pozitifliği dikkate alınıp immünsüpresif tedavi öncesi HBsAg seroreversiyonuna karşı profilaktik tedavi uygulanmamıştır. Hastalar periyodik olarak en az 3 ayda bir karaciğer enzimleri ve 6 aylık hepatit seroloji testleriyle takip edilmiştir. HBsAg seroreversiyonu karaciğer enzim yüksekliği ile fark edilmiş ve serolojik testler ve HBV-DNA değerleri ile ispatlanmış ve antiviral tedavi ile kontrol altına alınmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Yapılan çalışmalar, HBsAg negatif/anti-HBc seropozitif kronik hemato-onkolojik maligniteli hastaların, malignitenin türü ve uygulanan immünsüpresif ajanlar ve tedavinin süresine bağlı olarak HBsAg reaktivasyon/seroreversiyon riskiyle karşı karşıya olduklarını göstermektedir. Bu hastalarda anti-HBs pozitifliği HBV reaktivasyon riskini tamamen ortadan kaldırmamaktadır. Hepatit B infeksiyonunda viral klerensin, HBsAg negatif, anti-HBs pozitif olsa bile sağlanmadığı bunun sebebinin hepatosit nükleusunda viral cccDNA'nın (covalently closed circular DNA) devamlılığı olduğu bilinmektedir.

Bu durum, HBV infeksiyonunun ciddi immünsüpresif tedavi sonucu immün kontrolden çıkmasına neden olabilmektedir. HBsAg negatif hastalarda HBV reaktivasyonu daha çok anti-CD20 monoklonal antikorlar (rituksimab gibi) kullanıldığında ve allojenik kök hücre nakli yapılan hastalarda rapor edilmiştir. Yapılan çalışmalarda immünsüpresif tedavi alan hastaların %43'ünde karaciğer enzim yüksekliğinin nedeni HBV reaktivasyonu olarak bildirilmiştir.

Sonuç olarak, immünsüpresif tedavi alan hastalarda anti-HBs pozitifliğinin HBV reaktivasyonunu önlemekte etkisi tam olarak belirlenmediği için serolojik değerlendirmede önemli olan HBsAg ve anti-HBc IgG bakılmasıdır ve anti-HBs'nin pozitif saptanmış olmasının yanıltıcı olabileceği düşünülmektedir. Dolaysıyla hepatit B reaktivasyonu açısından orta ve yüksek riskli hastalarda (örn. rituksimablı rejimler, allojenik kök hücre nakli olanlar) immünsüpresif tedavi almadan önce hepatit B reaktivasyonuna karşı profilaktik antiviral tedavi verilmesi (tenofovir veya entekavir) akılcı bir yaklaşım olacaktır.

Tablo 1. Hastanın yıllar içinde hepatit B serolojik göstergelerinin seyri

	HBsAg (S/CO)	Anti-HBs (IU/mL)	Anti-HBc IgG (S/CO)	HBeAg (S/CO)	Anti-HBe (S/CO
2008	Negatif	-	-	-	-
2009	Negatif	-	-	-	-
2010	Negatif	734.7	-	-	-
2011	Negatif	394.83	-	Negatif	Negatif
2012	Negatif	107	Pozitif	Negatif	Negatif
2013 (remisyonda)	-	-	-	-	-
2014 (nüks)	Negatif	Negatif	-	-	-
2015 (yanıtsız)	Pozitif (seroreversiyon)	116.6	Pozitif	Pozitif	Negatif

Tablo 2. Hastanın reaktivasyon öncesi ve sonrası karaciğer enzimleri ve HBV-DNA düzeyleri

Parametre / Tarih	ALT (U/L)	AST (U/L)	GGT (U/L)	ALP (U/L)	Total bilirubin (mg/dL)	Alb (g/dL)	HBV-DNA (kopya/mL)
Seroreversiyondan 1 ay önce	44	43	46	104	1.2	4.2	-
Seroreversiyon (tenofovir)	627	362	345	509	2.8	3.4	10^8
2 hafta sonra	39	35	127	214	1.93	4	-
1 ay sonra	25	25	61	138	1.59	3.8	10^5
3 ay sonra	19	22	28	107	1.36	3.9	-

Tablo 3. Olgu 2'nin yıllar içinde hepatit B serolojik göstergelerinin seyri

	HBsAg (S/CO)	Anti-HBs HBs (IU/mL)	Anti-HBc IgG (S/CO)	HBeAg (S/CO)	Anti-HBe (S/CO)
2012	Negatif	-	-	-	-
2013	-	-	-	-	-
2014 (otolog öncesi)	Negatif	341.32	Pozitif	Negatif	Negatif
2015 (otolog KİT sonrası 6. ay)	Pozitif (seroreversiyon)	Negatif	Pozitif	Pozitif	Negatif

Tablo 4. Olgu 2'nin reaktivasyon öncesi ve sonrası karaciğer enzimleri ve HBV-DNA seyri

Parametre / Tarih	ALT (U/L)	AST (U/L)	GGT (U/L)	ALP (U/L)	Total bilirubin (mg/dL)	Alb (g/dL)	HBV-DNA (kopya/mL)
Seroreversiyondan 1 ay önce	24	16	108	210	0.4	3.7	-
Seroreversiyon (entekavir)	194	152	111	326	1.43	4	1×10^9
1 hafta sonra	109	49	93	265	1.43	4	-
1 ay sonra	206	75	226	305	1.7	3.6	1×10^5
3 ay sonra	40	37	78	182	0.36	3.5	-

Viral Hepatitler

P-088

Gebeliği Esnasında Telbivudin Tedavisini Almayı Reddeden Kronik Hepatit B Olgu Sunumu

Neziha YILMAZ[1], Çiğdem KADER[1]

[1] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*

Soru(n)

Gebeliği esnasında uygun antiviral tedavi almayı reddeden kronik hepatit B olgu sunumu.

Olay/Olgu

Otuz bir yaşında kadın hasta, kronik hepatit B tanısıyla izlenmekte. Eşlik eden başka hastalığı yok. Ailesinde hepatit öyküsü tarif etmiyor. Üç yıl önce yapılan karaciğer biyopsisinin histopatolojik incelemesi sonucunda histolojik aktivite indeksi 7/18, fibrozis 2/6 olarak değerlendiriliyor. HBV-DNA düzeyi 16.800 IU/mL olarak tespit edilen hastaya kronik hepatit B tanısıyla telbivudin 1 x 600 mg tablet tedavisi başlanıyor. Takiplerinde HBV-DNA düzeyi negatif olarak değerlendirilen hasta telbivudin tedavisini 20 ay boyunca kullanıyor. Temmuz 2014 tarihinde ilk çocuğuna hamile kalan hasta telbivudin tedavisini kullanmayı bırakıyor. Gebeliğinin 6. haftasında ilk defa polikliniğimize başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde HBsAg (+), anti-HBs (-), HBeAg (-), anti-HBe (+), anti-HCV (-), anti-HIV (-), anti-HAV IgG total (-), anti-Delta (-), HBV-DNA negatif, ALT: 14, AST: 18, ALP: 40, GGT: 20, total bilirubin/direkt bilirubin: 0.6/0.17, total protein: 6, albumin: 3.5, alfa-fetoprotein: 1.72, WBC: 7400, Hgb: 12.3, trombosit: 230.000, protrombin zamanı: 11.7, APTT: 32.1, INR: 1.1 olarak tespit edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın gebeliği esnasında sık aralıklarla yapılan poliklinik kontrollerinde karaciğer fonksiyon testleri (KCFT), hemogram ve kanama profili değerleri normal olarak tespit edildi. Gebeliğinin 6, 12, 20, 24, 28, 32 ve 38. haftalarında bakılan HBV-DNA değerleri negatif olarak tespit edildi. Gebeliği esnasında ve gebeliği sonrasında kronik hepatit B infeksiyonu nedeniyle gelişebilecek alevlenme ya da reaktivasyon olabileceği hastaya açıklanmasına rağmen hasta ısrarla telbivudin veya alternatif başka bir antiviral tedavi almayı reddetti. Gebeliğini sağlıklı bir şekilde sonlandırarak bir erkek çocuğu dünyaya getiren hastanın bebeği şuanda 9 aylık ve sağlıklı. Hasta bebeğini emzirmekte. Otuz bir yaşındaki kadın hastamızın en son bakılan HBV-DNA değeri hala negatif olarak tespit edilmekte. KCFT, hemogram ve kanama profil değerleri normal olarak seyreden hastanın poliklinik kontrolleri ile takibi yapılmaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hepatit B virüsü ile infekte olan gebe hastaların bir kısmında gebelikleri esnasında alevlenme ya da reaktivasyon gerçekleşebilmektedir. Bunun sonucu olarak karaciğer yetmezliği ve istenmeyen fetal sonuçların gelişebileceği bilinmektedir. Bizim olgumuz antiviral tedavi almadığı halde gebeliğini sağlıklı bir şekilde sonlandırarak çocuk sahibi olmuştur. HBV-DNA değerleri negatif olarak tespit edilen hastanın bundan sonraki takip ve tedavisi ne şekilde olmalıdır? Güncel kılavuzlar ve ülkemizdeki sağlık uygulama tebliği kuralları çerçevesinde takip ve tedavide nasıl bir yol izlemeliyiz?

Viral Hepatitler

P-089

Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesine Başvuran Hastalarda Hepatit A Seropozitifliği

Sevgi SÖKÜLMEZ YILDIRIM[1], Şükran SABA ÇOPUR[1]

[1] *Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, Ankara*

Soru(n)

Dört yaş üzeri seronegatif popülasyona rutin hepatit A aşısı yapılmalı mı?

Olay/Olgu

Bu çalışmada, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesine başvuran olgularda hepatit A virüsü için seropozitifliğin tespit edilmesi amaçlandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Çalışmada 01 Ocak 2015-31 Aralık 2015 tarihleri arasında Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesine başvuran hastaların anti-HAV IgG seropozitifliği retrospektif olarak değerlendirildi. Anti-HAV IgG testi kemilüminesans immünassay yöntemi (Architect, Abbott) ile çalışıldı. Toplam 255 kişinin 147 (%58)'si kadın, 108 (%42)'i erkek idi. Tüm hastalarda hepatit A seropozitiflik oranı %57.3 olarak saptandı. Yaş aralıklarına göre anti-HAV IgG dağılımına bakıldığında 0-4 yaş grubunda seropozitiflik %100, 5-10 yaş grubunda %29.2, 11-20 yaş grubunda %10.3, 21-30 yaş grubunda %54.5, 31-40 yaş grubunda %87.2, 41-50 yaş grubunda %97.4, 50 yaş üzerinde %100 saptandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Türkiye HAV infeksiyonu açısından orta endemisite grubu içinde yer almaktadır. Orta endemik bölgelerde virüsle karşılaşma daha geç olmaktadır ve bu nedenle akut HAV olguları adölesanlarla erişkinlerde büyük oranda yığılmaktadır. Yaş ilerledikçe hepatit A infeksiyonu daha ciddi seyir gösterir ve komplikasyonları da artar. Ülkemizde 2012 yılında hepatit A aşısı bebeklik döneminde 18. ayın bitiminde birinci doz, 24. ay bitiminde ikinci doz olmak üzere rutin aşı programına alınmıştır.

Bu tarihten önce doğanlarda seropozitiflik düşük olduğu için okul öncesi eğitim ve ilköğretime başlayacak çocuklara, hepatit A infeksiyonundan korunmak için rutin aşılama önerilmelidir. Toplumumuzdaki hepatit B ve hepatit C virüsü taşıyıcıları ve sağlık çalışanları gibi risk grupları da göz önünde bulundurulduğunda, rutin hepatit A aşısı uygulamasının hastalığın önlenmesi ve eradikasyonu için anlamlı ve maliyet etkin olacağı düşünülmektedir.

Tablo 1. Çeşitli yaş gruplarında saptanan anti-HAV IgG seropozitifliği

	Anti-HAV IgG Pozitif		Anti-HAV IgG Negatif	
Yaş grupları	Sayı	%	Sayı	%
0-4	4	100	0	0
5-10	7	29.2	17	70.8
11-20	8	10.3	70	89.7
21-30	18	54.5	15	45.5
31-40	41	87.2	6	12.8
41-50	38	97.4	1	2.6
≥ 51	30	100	0	0
Toplam	146	57.3	109	42.7

Viral Hepatitler

P-090

Hematolojik Maligniteli Hastalarda Hepatit B Virüs Reaktivasyonunun Önlenmesinde Lamivudin Profilaksisi

Hande BERK CAM[1], Nefise ÖZTOPRAK ÇUVALCI[1], Derya SEYMAN[1], Filiz KIZILATEŞ[1], Fatma AYKAŞ[2], Erdal KURTOĞLU[2]

[1] Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya
[2] Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Antalya

Soru(n)

Hematolojik maligniteli HBsAg pozitif ve anti-HBc IgG pozitif veya HBsAg negatif ve anti-HBc IgG pozitif hastalarda kemoterapiye bağlı hepatit B reaktivasyonunun önlenmesi için lamivudin profilaksisinin etkinliğini değerlendiren çalışma sayısı azdır.

Olay/Olgu

Ülkemizde Türk Karaciğer Araştırma Derneğinin 2008-2011 verilerine göre HBsAg pozitifliği %4, total anti-HBc pozitifliği %30.6, anti-HBs pozitifliği %32 oranında saptanmıştır. Pullukçu ve arkadaşlarının 2005 yılında hematolojik malignitesi olan 327 hastada yaptığı bir çalışmada HBsAg seroprevalansı %4 oranında bulunmuştur. Kılavuzlarda immünsüpresif tedaviye bağlı gelişebilecek hepatit B virüsü reaktivasyonunun önlenmesi için yüksek ve orta riskli hastalarda antiviral profilaksi önerilmektedir. Özellikle bir yılı geçen antiviral tedavilerde lamivudine bağlı direnç gelişimi nedeniyle lamivudin tedavisi yerine genetik bariyeri yüksek antiviral tedavi kullanımı desteklenmektedir. Hematolojik maligniteli hastalarda kemoterapi süresi sıklıkla bir yıldan az süreli olduğundan, antiviral profilaksi endikasyonlarımızın büyük kısmını oluşturan geçirilmiş hepatitli (HBsAg negatif, anti-HBc IgG pozitif, anti-HBs pozitif ve HBV-DNA negatif) olgularda genetik bariyeri yüksek ancak daha pahalı antiviraller yerine daha ucuz ve güvenli bir seçenek olan lamivudinin kullanımının daha uygun olduğunu düşünmekteyiz.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu çalışmada Ocak-Eylül 2015 tarihlerinde Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniğinde yatan, hematolojik malignite nedeniyle kemoterapi uygulanan ve lamivudin 1 x 100 mg tablet profilaksi/tedavisi başlanan, ikisi HBsAg pozitif (biri kronik hepatit B nedeniyle 2012 yılından beri lamivudin kullanıyordu), 17'si HBsAg negatif, anti-HBc IgG pozitif (bir hastada izole anti-HBc IgG pozitifliği vardı), anti-HBs pozitif ve HBV-DNA negatif olan toplam 19 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların ortalama yaşı 60.7, %78.9'u erkekti. Ortalama takip süresi 7.7 aydı. Yüksek riskli iki, orta riskli 17 hasta vardı. Yüksek riskli hastalardan biri, HBsAg pozitif, multipl miyeloma nedeniyle Veldex tedavisi (bortezomib-deksametazon) almış, 2015 yılında otolog kemik iliği nakli geçiren sonrasında lenfoplazmositer lenfoma gelişmesi nedeniyle CHOP (siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin, prednizon) tedavisi alan bir olguydu. Hasta 2012 yılından beri lamivudin tedavisi kullanıyordu. Tedavi öncesi 21.112 IU olan HBV-DNA, tedavinin 16. haftasından itibaren negatifti. Hastanın HBV-DNA'sı halen negatif seyretmektedir. Diğer yüksek riskli hasta, HBsAg pozitif, multipl miyeloma tanılı, Veldex tedavisi alan, başlangıç HBV-DNA'sı 5894 IU olan ve lamivudin tedavisi sonrası 12. haftada HBV-DNA değeri negatifleşen bir hastaydı. Her iki hastada da HBeAg ve Delta antikoru negatifti. Geçirilmiş hepatitli veya izole anti-HBc IgG'li toplam 17 olguda ise, lamivudin profilaksisine bağlı HBsAg revers serokonversiyonu ve/veya hepatik reaktivasyon gözlenmedi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hematoloji servisinde immünsüpresif tedavi alan hastalar hepatit B reaktivasyon riski orta ve yüksek risk grubundaki hastalardır. Rituksimab ve antrasiklin grubu ilaçlar ile dört haftadan uzun süreli orta-yüksek doz steroid tedavisi alan HBsAg pozitif hastalar yüksek risk grubunda, HBsAg negatif/anti-HBc IgG pozitif olan, antrasiklin grubu ilaçlar ile dört haftadan uzun süreli orta-yüksek doz steroid tedavisi alan hastalar ise orta risk grubunda yer almaktadır. Antiviral profilaksi başlanmazsa hepatit B reaktivasyon riski, yüksek risk grubunda > %10 iken, orta risk grubunda %1-10'dur. Hematolojik maligniteli hastalarda kemoterapi süresi çoğunlukla 1 yılı geçmemektedir. HBsAg negatif ve anti-HBc IgG pozitif olan orta riskli hasta grubunda hepatik reaktivasyonun önlenmesi için tenofovir veya entekavir tedavisinin lamivudin tedavisinden daha başarılı olduğuna dair veri yoktur. Lamivudin tedavisinin potent antivirallerle mukayese edildiği çalışmalar HBsAg pozitif olan ve rituksimab kullanan hastalardır. Türkiye'de, hematoloji servislerinde geçirilmiş hepatit B (HBsAg negatif, anti-HBc IgG pozitif, anti-HBs pozitif, HBV-DNA negatif) olgularının sıklığının yaklaşık %30 olduğu göz önüne alınırsa bu grupta 3-4 kat daha ucuz olan lamivudin tedavisinin ülkemiz koşullarında tercih edilmesini önermekteyiz. HBsAg pozitif ve kemoterapi (rituksimab hariç) alan hastalarda lamivudinin potent antivirallerle kıyaslandığı randomize çalışma bulunmadığından aynı şekilde HBsAg pozitifliği yaklaşık %4 olarak kabul edilirse bu hastalarda lamivudin tedavisinin primer tedavide kullanımının tartışılmasını istiyoruz.

Viral Hepatitler

P-091

Yüksek Bilirubin Düzeyi ile Seyreden Akut Hepatit C Olgularının Değerlendirilmesi

Dicle AKÇORAY[1], Serkan AYDEMİR[1], M. Taner YILDIRMAK[1], Funda ŞİMŞEK[1]

[1] Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Soru(n)

Akut hepatit C seyrinde yüksek bilirubin ve ALT düzeyleri.

Olay/Olgu

Yüksek bilirubin düzeyi ile seyreden dört akut hepatit C olgusu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Değerlendirmeye alınan 4 hastanın 2'si erkek, 2'si kadındı ve yaş ortalamaları 45.7 (29-62) idi. Hastaların birinde 1 ay önce anti-HCV negatif iken sonrasında serolojik pozitifleşme olması ile akut hepatit C tanısı konuldu. Bir hastanın öyküsünde 2 ay önce trafik kazası sonrası yoğun bakım yatışı sırasında kan transfüzyon öyküsü olmasına bağlı olası akut HCV infeksiyonu düşünülmüş ve diğer 2 hastada bulaş yolu tespit edilememiş ancak takiplerde HCV-RNA düzeylerinde ≥ 1 log azalma veya negatifleşme olması ile akut hepatit C tanısı konulmuştur. Hastaların ortak şikayetleri sarılık olup ortalama total bilirubin değeri 12.6 mg/dL (6.35-22.8 mg/dL) olarak tespit edilmiştir. HCV-RNA düzeyleri 249 x 10^3-135 x 10^5 arasında saptanmış ve tüm hastalar genotip 1 ile infekte bulunmuşlardır. ALT değeri ortalaması 1128.5 IU/L (1841-498 IU/L) ve tüm hastaların albumin düzeyleri ile protrombin zamanları normal sınırlar arasında saptanmıştır. Tedaviye başlanmadan önce takibi alınan hastaların birinde takibin 5. ayında HCV-RNA negatifleşmiş olup diğer hastaların ise poliklinik takipleri devam etmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Akut hepatit C olgularının literatürün aksine yüksek bilirubin ve ALT düzeyleri ile seyredebileceğinin akılda bulundurulmalıdır.

Viral Hepatitler

P-092

Çözüm Bekleyen Delta İnfeksiyonu

Emine PARLAK[1], Mehmet PARLAK[1]

[1] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Soru(n)

Delta hepatitli olgularımızın tedavi erişimlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Olay/Olgu

Sağlık uygulama tebligatı HDV tedavisini bir yıl önermektedir. Ancak bu süre ve kullanılan iğneler %50'sinden fazlasında yanıt sağlamamaktadır. Düşük yanıt ve nüks görülmektedir. Yeni tedavinin etkili olması için süreyi uzatmak ve yeni ilaçlar ilave etmek gerekebilir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

HDV tedavisinde şu ana kadar IFN-alfa'nın dışında onaylanmış bir tedavi seçeneği yoktur. Şu anda yapılan en iyi uygulama endikasyon dışı ilaç kullanımını düzenleyerek ikinci bir yıl kullanım oluru almaktır. Biz 20 hastamızda bu uygulamayı yaptık. Siroza giden hastalarda organ nakli ile bağlantı kuruldu. Dört hastada transplantasyon başarısı sağlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hepatit B'li hastalarda siroza, hepatoselüler karsinomaya gidişi ve mortaliteyi artırdığı için delta virüsü mutlaka araştırılmalıdır. Hepatit B için sıkı aşı programları uygulanması ve kan örneklerinin sıkı kontrollerinin yapılması delta hepatitine karşıda koruyucu olacaktır. Delta infeksiyonu olan hastalar yakından izlenmelidir.

Bu hastalara literatürde olduğu gibi 2 yıl tedavi şansı verilmeli midir? Yeni tedavi rejimleri neler olmalıdır? Endikasyon dışı kullanım onayı almak zorunda olmalı mıyız?

Viral Hepatitler

P-093

Kemoterapi ya da İmmünsüpresif Tedavi Alan Hastalarda Hepatit B Profilaksi Kararı Nasıl Verilmelidir?

Ayşe Gülden BEKGÖZ[1], Bircan KAYAASLAN[2], Gül Ruhsar YILMAZ[1], Rahmet GÜNER[2], Zeliha KOÇAK TUFAN[2], Mehmet A. TAŞYARAN[2]

[1] *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

[2] *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

Kemoterapi ya da immünsüpresif tedavi alan hastalarda hepatit B profilaksi kararı nasıl verilmelidir?

Olay/Olgu

Kemoterapiye bağlı hepatit B virüsü (HBV) reaktivasyonu HBsAg (+) kanser hastalarında %20-70 arasında görülen sık bir komplikasyondur. Artmış insidans kanser tipi (lenfoma, meme kanseri, HSK), viral faktörler (yüksek HBV-DNA ve HBeAg pozitifliği) ve antikanser tedavi (steroid, antrasiklin) ile ilişkilendirilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hepatit B yönetimiyle ilgili yayınlanmış "European Association for the Study of the Liver (EASL)" ve "Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL)" kılavuzları incelenmiştir. Kılavuzların önerileri Tablo 1'de özetlenmiştir. İmmünsüpresif tedavi alan, özellikle tek veya steroidle kombine rituksimab alan HBsAg (+) hastalarda HBV reaktivasyon riski yüksektir ve bu hastalara antiviral profilaksi başlamak gerekmektedir. Ancak HBsAg (-), anti-HBc IgG (+) hastalardaki HBV reaktivasyonu insidansı ve ciddiyeti diğer immünsüpresif tedavileri alan hastalarda iyi tanımlanmamıştır. Özellikle HBsAg (-), anti-HBc IgG (+) hastalarda klinikler arasında profilaksiyle ilgili yaklaşımda farklılıklar bulunmakta ve takipte bu hastalar gözden kaçabilmektedir. İmmünsüpresif ve/veya biyolojik ajanların konakta oluşturduğu immünsüpresyonun derecesi ile ilgili net bir sınıflama bulunmamaktadır. HBsAg (-), anti-HBc IgG (+) olan ve rituksimab kullanan ve/veya hematolojik malignite için kombine tedavi alan tüm hastalarda lamivudinle profilaksi önermektedir. Ancak rituksimab dışındaki immünsüpresif ajanlarla da böyle bir yol haritası izlenip izlenmeyeceği henüz net değildir. Bununla beraber HBV-DNA düzeyi yüksek olan ve/veya uzun süreli veya tekrarlayan dozlarda immünsüpresif tedavi alan hastalarda entekavir veya tenofovir gibi potent bir antiviralin başlanılması önerilmektedir. Bu hastalarda uzun süre ve tekrarlayan kemoterapi siklusları için bir değer belirlenmemiştir.

Tablo 1.

Seroloji			Öneri
HBsAg (-)	Anti-HBc (-)	Anti-HBs (-)	Aşıla
HBsAg (+)	HBV-DNA < 2000 IU/mL ve kısa süreli immünsüpresyon		Lamivudin
HBsAg (+)	HBV-DNA > 2000 IU/mL ve/veya uzun süreli ya da tekrarlayan immünsüpresyon		Potent antiviral entekavir veya tenofovir
HBsAg (-)	Anti-HBc (+)	HBV-DNA (+)	HBsAg (+) gibi tedavi et
HBsAg (-)	Anti-HBc (+)	HBV-DNA (-)	ALT ve HBV-DNA ile yakın takip (1-3 ay sıklıkla) ya da lamivudin ile profilaksi

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İmmünsüpresif ve biyolojik ajan kullanan hastalarda hepatit B yönetimi ile ilgili bu ajanları en sık kullanan onkoloji, hematoloji, romatoloji, gastroenteroloji klinikleri ile yakın işbirliği ve tekrarlayan eğitim programları düzenlenmelidir.

Viral Hepatitler

P-094

Bir Okul Taramasında Çocukların Hepatit B Durumu

Berivan TUNCA[1], Gülistan TUNÇ[1], Gülcan ÇİFTÇİOĞLU[2], İlkem ACAR KAYA[1], Kenan TAŞDEMİR[3], Saffet YAVUZ[3]

[1] Kızıltepe Devlet Hastanesi, Kızıltepe/Mardin
[2] Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Mardin
[3] Mardin Halk Sağlığı Müdürlüğü, Mardin

Soru(n)

Hepatit B aşılarının koruyuculuğuna ne kadar güvenebiliriz?

Olay/Olgu

Mardin ili Kızıltepe ilçesinde yer alan bir ortaokulda 324 çocuğa hepatit B taraması uygulandı. HBsAg, anti-HBs test sonuçları değerlendirildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Yaşları 10-15 arasında değişen çocukların yaş ortalaması 12.71 idi. 175 (%54) kız, 149 erkek (%46) öğrenci vardı. Bir (%0.3) kişide HBsAg pozitif saptandı ve takibe alındı. HBsAg negatif olan 323 çocuk içerisinde; anti-HBs düzeyi > 100 mIU/mL olan 83 (%25.7) kişi idi, antikor düzeyi < 100 mIU/mL olan 240 (%74.3) kişiden 164 (%50.8)'ünde anti-HBs 10'un altında saptandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

1998 yılından sonra doğan her çocuk hastanede aşılanmaktadır. Aile hekimliği takip sisteminde aşı takip oranları %98 oranında görülmektedir. Kronik HBV'nin endemik olduğu ve %13'lerde görüldüğü bölgemizde bu aşılama oranlarına ve antijen ile karşılaşıldığında antikorda yükselme olasılığına güvenebilir miyiz? Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak 3 dozdan sonra okul çağında HBV aşısı rapeline ihtiyaç var mıdır?

Viral Hepatitler

P-095

Atipik Serolojisi Olan Viral Hepatit B Olgusu

Fatma SIRMATEL[1], Bilgen BORULU[1], Hayrettin AKDENİZ[1]

[1] Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

Soru(n)

Bilinen akut ve kronik hepatit B serolojisi uymayan bir olgu.

Olay/Olgu

Yirmi altı yaşında kadın hasta. Evlilik öncesi yapılan test sonucu HBsAg (+) çıkınca kliniğimize başvurdu. Yapılan ileri tetkiklerde HBsAg (+), HBeAg (+), ALT 125 IU, anti-HBc IgG (-), anti-HBc IgM (-), anti-HBeAg (-), HBV DNA > 10^7 kopya/mL, karaciğer US normal ve ailede HBV öyküsü yok. Hasta izleme alındı, eşine hepatit B aşısı yapıldı. Hastanın hepatit serolojisinde değişme olmadı ama karaciğer enzimleri normale döndü. Hasta 2. yılda ikiz gebeliği olduğunu ifade etti. Yapılan hepatit serolojisi aynı idi ve viral yük daha da yükselmiş > 10^9 kopya/mL olarak saptandı. Hastaya tenofovir profilaksisi verilerek normal gebelik ve arkasından doğan ikiz bebekler aşı ve antiserum ile profilaksiye alındı. Bebeklerde anti-HBs dördüncü ayda gelişti ve anne halen HBsAg (+), HBeAg (+), anti-HBc IgG/IgM negatif ve viral yük > 10^5 olarak izlenmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Tenofovir tedavisi gebelikte çocukları koruma amacıyla verildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bilinen viral hepatit serolojisi dışındaki olgular nasıl değerlendirilmelidir?

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-096

Ampirik Antimikrobiyallere Rağmen Ateşi Düşmeyen Kültür Negatif Hemato-Onko Hastalarına Yaklaşım

Gürkan MERT[1], Duran TOK[1], Bülent Ahmet BEŞİRBELLİOĞLU[1]

[1] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Ankara

Soru(n)

Onkoloji-Hematoloji kliniklerinde yatan febril nötropenik hastalarda kılavuzlara göre başlanan antimikrobiyallere rağmen ateşin bir türlü kontrol altına alınamaması karşısında neler yapılabilir?

Olay/Olgu

Hemato-onko hastalarında patojen tespiti bazen mümkün olmamaktadır. Buna rağmen hastada ateş haftalarca yüksek seyredebilmektedir. Kılavuzlardaki yöntemler izlenmesine rağmen hastada ateşin düşmemesi sonucu hastaların yönetimleri güçleşmektedir. Ampirik uygulama yapılması, sorunun infeksiyondan kaynaklandığının düşünülmesi ateş harici elde kanıt olmaması hekimleri zor durumda bırakmaktadır. Bu hastalara yapılması gereken invaziv uygulamalardan kaçınılması tanıyı bazen geciktirmekte ve morbidite sorunlarına yol açmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastalara birinci hafta sonunda ateşin düşmemesi sonucu PCP, viral tarama, radyolojik tetkikler, tüberküloz araştırması yapıldı. İkinci haftada klaritromisin 3 gün sonra kotrimoksazol, üçüncü haftada tüberküloz tedavisi yapıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastalarda olabilecek olası tanılara yönelik ampirik tedaviler başlanmasının yanında yanıtsız hastalarda steroid tedavisi bir başka seçenek olarak görülmektedir. Steroid tedavisi başlanan hastalarda her zaman yanıt olmamaktadır. Ampirik tedavinin nasıl olması gerekliliğinin yanında steroid tedavisinin başlama zamanı tartışılabilir.

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-097

Solid Organ Transplantasyonu (SOT) Yapılan Hastalarda Sitomegalovirüs (CMV) İnfeksiyonu Yönetimi

Vildan AVKAN OĞUZ[1], Nejla YILMAZ[1], Selcen BİLGİN[1], Serkan YILDIZ[2], Arzu SAYINER[3]

[1] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[2] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir
[3] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Soru(n)

SOT yapılanlarda olgularda CMV-DNA tetkiki ne zaman istenmeli ve pozitifliği her zaman tedavi edilmeli mi?

Olay/Olgu

Olgu 1: 2001 yılında renal transplantasyon yapılmış 52 yaşındaki olgu, rutin kontrolleri sırasında 2013 Nisan'da CMV-DNA düzeyi 246 kopya/mL saptandı ve izleme alındı. Takiben hasta asemptomatik olmasına karşı CMV-DNA düzeyi 1139 kopya/mL saptanınca bir ay antiviral tedavi başlandı ve düzey negatifleşti. Ancak rutin izlemler sırasında DNA düzeyindeki (negatif 6294 kopya/mL) değişkenlikler nedeniyle; hasta önce üç ay daha sonra altı ay olmak üzere toplam üç kez antiviral tedavi aldı.

Olgu 2: 2007 yılında dış merkezde pankreas + renal transplantasyon yapılan 47 yaşında erkek hasta Ekim 2013'te CMV-DNA düzeyi 302 kopya/mL saptandı ve izleme alındı. Haziran 2014'te düzey 2325 kopya/mL saptandığında antiviral tedavi başlandı. Toplam 4 hafta kullanıldı ve CMV-DNA negatifleşti. İzlemde Nisan 2015'e kadar 3'er ay süre ile iki kez daha gansiklovir tedavisi uygulandı. CMV-DNA negatifleşti. Ancak Haziran 2015'te düzey tekrar 4308 kopya/mL saptandı. Antiviral tedavi verilmedi ve izlendi. İzlemde düzey tedrici olarak düşme eğilimindedir. Hastanın şikayeti yoktur.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Her iki olgu yaklaşık 6 aydır antiviral tedavi almamakta, üç ayda bir izlenmektedir. Bu süre içinde hastalar asemptomatik olup, anamnez/fizik bakı ve CMV-DNA düzeyi ile izlem devam etmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Transplantasyondan 8-10 yıl sonra (geç dönem) renal ve/veya diğer solid organ transplantasyonu yapılan asemptomatik hastalarda rutin izlem sırasında CMV-DNA istenmeli mi? CMV-DNA pozitifliği saptanan hastalarda tedavi süresi ve tedavi yanıtı nasıl değerlendirilmelidir.

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-098

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Solid Organ Transplantasyonu Alıcılarında CMV Yönetimi

Halis AKALIN[1], Emel YILMAZ[1], Esra KAZAK[1]

[1] Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bursa

Soru(n)

Hastanemizde solid organ transplantasyonu alıcılarında CMV yönetimi uygulamalarının değerlendirilmesi.

Olay/Olgu

Hastanemizde böbrek ve karaciğer transplantasyonu yapılmaktadır. CMV, alıcı ya da vericide CMV IgG taranarak araştırılmaktadır. Merkezimizde CMV infeksiyon aktivasyonunu saptamak için CMV viremi takibi Abbott Real Time PCR ile (saptama sınırı 20 kopya/mL) yapılmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Alıcı ya da verici CMV IgG pozitif ise, transplantasyon sonrası dönemde hastalara valgansiklovir 900 mg/gün ve 3 ay süreyle üniversal profilaksi yapılmaktadır. Daha sonraki dönemlerde hastada CMV infeksiyonu varsa (sadece DNAemi varsa), CMV infeksiyonunun uzun dönemdeki graft üzerine olan olumsuz etkilerini dikkate alarak ve bu konuda kabul edilmiş bir sınır olmaması nedeniyle genellikle gansiklovir tedavisi verilmektedir. Özellikle 100-200 kopya/mL gibi düşük değerlerde 1 hafta sonra ikinci bir test ile pozitifliği bir kez daha doğrulayarak, düşük titrede bile olsa ısrar eden durumlarda tedavi verilmektedir. CMV hastalığı düşünüldüğünde titre ne olursa olsun tedaviye alıyoruz. Serumda negatif bile olsa, yüksek şüphe varlığında BAL, doku örneği (bağırsak gibi) gibi örneklerde de ölçüm yapılmaktadır. Tedavi süresine PCR takibine göre karar verilmektedir. Haftalık PCR takibi yaparak, son negatiflik tarihinden sonra 1 hafta daha tedavi verilmektedir. Bu süre ortalama 3 haftayı bulmaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Solid organ transplantı alıcılarında CMV yönetimi ile ilgili gerek tanı gerekse tedavi ve süresiyle ilgili uygulamaların paylaşılıp tartışılması faydalı olacaktır.

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-099

Solid Organ Transplantasyonu Alıcılarında CMV Yönetimi

Gürkan MERT[1], Ahmet KARAKAŞ[1]

[1] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Hastanelerde solid organ transplantasyon alıcılarında CMV yönetimi sorunu.

Olay/Olgu

Solid organ transplantasyonu sonucu gelişen infeksiyonların arasında CMV infeksiyonu problemiyle karşılaşılmaktadır. Doğrudan gelişen çok farklı türden infeksiyonların yanında dolaylı etkileri nedeniyle CMV, mortalite ve morbidite artışına neden olabilmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

CMV nedenli sorunlarla başa çıkmak için preemptif veya profilaksi önlemine başvurulmakta ancak her iki yöntemin de bazı aksaklıkları olabilmektedir. Bizim hastanemizde öncelikle profilaksi uygulanmakta olup buna bağlı yan etki yönetimi, olası direnç sorunları ve yüksek maliyet sorunları yaşanabilmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Posttransplant CMV infeksiyonları yönetiminin optimum yapılabilmesi için; profilaksi veya preemptif hangi yöntem daha faydalıdır? Profilaksinin süresi ne olmalıdır? Örnekler nerelerden alınmalı ve kantitatif PCR değerleri hangi sayıda preemptif tedavi için anlamlıdır, gibi sorunlar tartışılabilir.

Tablo 1. 11 Soruda solid organ transplantasyonu alıcılarında CMV yönetimi değerlendirmesi (GATA Tıp Fakültesi Hastanesi)

1. Merkezinizde hangi transplantasyonlar yapılıyor? Birden fazla şık işaretlenebilir.

- **a) Böbrek**
- **b) Karaciğer**
- c) Kalp
- d) Akciğer
- e) İnce bağırsak
- f) Pankras
- g) Diğer

2. Transplantasyon öncesinde alıcı ve verici adaylarında CMV infeksiyon varlığı taranıyor mu?

Evet: ☒ Hayır: ☐

3. Taranıyorsa hangi yöntemle taranıyor?

- **a) ELISA**
  - **IgM** ☐
  - **IgG** ☐
- b) PCR

4. Transplantasyondan sonra alıcıda; CMV yönetimi hangi yöntemle yapılıyor?

- **a) Profilaksi**
- b) Preemptif tedavi
- c) CMV yönetimi yapılmıyor

Tablo 1. 11 Soruda solid organ transplantasyonu alıcılarında CMV yönetimi değerlendirmesi (GATA Tıp Fakültesi Hastanesi) (devamı)

5. Profilaksi kullanıyorsanız kaç ay süreyle kullanıyorsunuz?

a) 3 ay
b) 6 ay
c) Diğer (açıklayınız)

6. Profilaksi kullanıyorsanız hangi antiviral ajan? (Günlük dozunu yanına yazar mısınız?)

Valgansiklovir 450-900 mg/gün

7. Merkezinizde CMV infeksiyon aktivasyonunu saptamak için CMV viremi takibi yapılıyorsa hangi yöntemle yapılmakta?

a) İmmünfloresan (CMV pp65 antijenemi)
b) PCR
c) Diğer (açıklayınız)

8. PCR yöntemi kullanılıyorsa hangi Kit kullanılıyor? (yazınız)

9. Kantitatif değerlendirmede preemptif tedavi başlamak için alt sınır değeriniz (kopya ya da milyon ünite belirtiniz) kaçtır?

1000 Kopya/mL

10. Semptomları olan hastada tedavi başlamak için alt sınır değeriniz kaçtır?

Semptomatik hastada herhangi bir pozitif değer.

11. Tedavi süresini nasıl belirliyorsunuz?

a) 2 hafta
b) 4 hafta
c) PCR takibine göre

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-100

Erciyes Üniversitesinde Solid Organ Transplantasyonu Alıcılarında CMV Yönetimi

Tuğba TOK[1], Hayati DEMİRASLAN[1]

[1] *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri*

Soru(n)

Solid organ transplantasyonu alıcılarında CMV yönetiminde fikir birliği olmaması.

Olay/Olgu

Solid organ transplantasyonu sonrasında gelişen CMV infeksiyonunun tedavisi problem oluşturmaktadır. Tedavi edilmeyen olgularda organ reddi ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca sistemik infeksiyonlara ve onların komplikasyonlarına neden olabilmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Solid organ nakli öncesinde donör ve alıcının CMV serolojisi açısından taranması en önemli adımdır. CMV reaktivasyon riski olan hastalarda preemptif veya profilaksi yaklaşımı benimsenmektedir.

Bizim hastanemizde uluslararası rehberlere uygun olarak 90 gün profilaksi uygulanmakta olup daha sonrasında preemptif yaklaşımla hastalar takip edilmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Solid organ nakli hastalarında profilaksi veya preemptif yaklaşımın hangisinin, hangi dönemde daha uygun olduğunun belirlenmesi ve bu amaca yönelik ileriye dönük çalışmalar planlanması uygun olacaktır.

Tablo 1. Erciyes Üniversitesi solid organ transplantasyonu alıcılarında CMV yönetimi değerlendirmesi

1. Merkezinizde hangi transplantasyonlar yapılıyor? Birden fazla şık işaretlenebilir.

a) Böbrek
b) Karaciğer
c) Kalp
d) Akciğer
e) İnce bağırsak
f) Pankras
g) Diğer

2. Transplantasyon öncesinde alıcı ve verici adaylarında CMV infeksiyon varlığı taranıyor mu?

Evet: ☒ Hayır: ☐

3. Taranıyorsa hangi yöntemle taranıyor?

a) ELISA
IgM ☐
IgG ☐
b) PCR

4. Transplantasyondan sonra alıcıda; CMV yönetimi hangi yöntemle yapılıyor?

a) Profilaksi
b) Preemptif tedavi
c) CMV yönetimi yapılmıyor

Tablo 1. Erciyes Üniversitesi solid organ transplantasyonu alıcılarında CMV yönetimi değerlendirmesi (devamı)

5. Profilaksi kullanıyorsanız kaç ay süre ile kullanıyorsunuz?

a) 3 ay
b) 6 ay
c) Diğer (açıklayınız)

6. Proflaksi kullanıyorsanız hangi antiviral ajan? (Günlük dozunu yanına yazar mısınız?)

Valgansiklovir 900 mg/gün

7. Merkezinizde CMV infeksiyon aktivasyonunu saptamak için CMV viremi takibi yapılıyorsa hangi yöntemle yapılmakta?

a) İmmünfloresan (CMV pp65 antijenemi)
b) PCR
c) Diğer (açıklayınız)

8. PCR yöntemi kullanılıyorsa hangi Kit kullanılıyor?

RTA firmasının real time PCR I

9. Kantitatif değerlendirmede preemptif tedavi başlamak için alt sınır değeriniz (kopya ya da milyon ünite belirtiniz) kaçtır?

1000 Kopya/mL

10. Semptomları olan hastada tedavi başlamak için alt sınır değeriniz kaçtır?

Semptomatik hastada herhangi bir pozitif değer.

11. Tedavi süresini nasıl belirliyorsunuz?

a) 2 hafta
b) 4 hafta
c) PCR takibine göre

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-101

Hastanemizde Solid Organ Transplantasyonu Alıcılarında CMV Yönetimi

Yasemin ÇAĞ[1], Pınar ERGEN[1], Güler DELİBALTA[2], Hülya ÇAŞKURLU[1]

[1] İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[2] Emsey Hospital, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Soru(n)

Hastanelerde solid organ transplantasyon alıcılarında CMV yönetimi.

Olay/Olgu

Solid organ transplantasyonu yapılan hastalarda CMV infeksiyonları direkt ve indirekt etkileriyle halen önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olmaya devam etmektedir. Bu hasta grubunda CMV infeksiyonu veya hastalığının önlenmesinde profilaksi veya preemptif tedavi yöntemlerine başvurulmakta ancak her iki yöntemde bazı aksaklıklar izlenebilmektedir. Preemptif tedavi yaklaşımı hastaların düzenli aralıklarla (ilk 3 ay haftalık) PCR yöntemiyle viral yük takibi ve klinik olarak yakından izlenmesini gerektirir. Hekimlerin çoğunluğu uzun dönem graft sağkalımını anlamlı oranda olumlu etkilemesi ve uygulama kolaylığından dolayı profilaksiyi tercih etmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bizim hastanemizde böbrek transplantasyonu sonrası 3 ay süreyle valgansiklovir profilaksisi uygulaması tercih edilmekte olup buna bağlı yan etkiler izlenebilmektedir. Kaynaklarda profilaksi sonrası geç dönem CMV hastalığı izlenebileceği ve olası direnç sorunları yaşanabileceği bildirilmekte iken merkezimizde son 2 yıllık dönemde geç CMV hastalığı izlenmemiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Profilaksi ile erken dönem CMV hastalığı oranları geriletilmiş olmasına rağmen geç CMV hastalığı bir problem olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ancak merkezimizde 3 aylık profilaksi süresi yeterli ve profilaksi başarılı olarak izlenmiştir. Profilaksi süresi için 3 aylık süre yeterli midir? Bu süre uzatılmalı mıdır? Profilaksi süresinin uzatılması geç dönem CMV hastalığını önlemede etkili olabilir mi?

Tablo 1. 11 Soruda solid organ transplantasyonu alıcılarında CMV yönetimi değerlendirmesi

1. Merkezinizde hangi transplantasyonlar yapılıyor? Birden fazla şık işaretlenebilir.

a) Böbrek
b) Karaciğer
c) Kalp
d) Akciğer
e) İnce bağırsak
f) Pankras
g) Diğer

2. Transplantasyon öncesinde alıcı ve verici adaylarında CMV infeksiyon varlığı taranıyor mu?

Evet: ☒ Hayır: ☐

3. Taranıyorsa hangi yöntemle taranıyor?

a) ELISA
IgM ☐
IgG ☐
b) PCR

4. Transplantasyondan sonra alıcıda; CMV yönetimi hangi yöntemle yapılıyor?

a) Profilaksi
b) Preemptif tedavi
c) CMV yönetimi yapılmıyor

Tablo 1. 11 Soruda solid organ transplantasyonu alıcılarında CMV yönetimi değerlendirmesi (devamı)

5. Profilaksi kullanıyorsanız kaç ay süre ile kullanıyorsunuz?

a) 3 ay
b) 6 ay
c) Diğer (açıklayınız)

6. Proflaksi kullanıyorsanız hangi antiviral ajan? (Günlük dozunu yanına yazar mısınız?)

Valgansiklovir 900 mg/gün

7. Merkezinizde CMV infeksiyon aktivasyonunu saptamak için CMV viremi takibi yapılıyorsa hangi yöntemle yapılmakta?

a) İmmünfloresan (CMV pp65 antijenemi)
b) PCR
c) Diğer (açıklayınız)

8. PCR yöntemi kullanılıyorsa hangi Kit kullanılıyor?

Qiagenartus® CMV RGQ MDx Kit

9. Kantitatif değerlendirmede preemptif tedavi başlamak için alt sınır değeriniz (kopya ya da milyon ünite belirtiniz) kaçtır?

- **Yüksek viral yük hastalıkla ilişkili > 2000 kopya/mL anlamlı**
- **Viral yükte 3 kat artış replikasyon, 5 kat ve daha fazla artış hastalık açısından önemli kabul edilmektedir.**

10. Semptomları olan hastada tedavi başlamak için alt sınır değeriniz kaçtır?

Semptomları olan hastada herhangi bir pozitif değer anlamlı kabul edilir.

11. Tedavi süresini nasıl belirliyorsunuz?

a) 2 hafta
b) 4 hafta
c) PCR takibine göre karar veriyorum.

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-102

Solid Organ Transplant Hastalarında Sitomegalovirüs İnfeksiyon Riskinin Belirlenmesinde ve Profilaksi/Preemptif Tedavi Kararında QuantiFERON-CMV Testi Ne Kadar Değerlidir?

Yaşar BAYINDIR[1,4], Barış OTLU[2,4], Burak IŞIK[3,4], Adem KÖSE[1,4], Veysel ERSAN[3,4], Üner KAYABAŞ[1,4], Ayşegül KUŞÇU KAÇMAZ[1], Adil BAŞKIRAN[3,4], Sezai YILMAZ[3,4]

[1] İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya
[2] İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya
[3] İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya
[4] İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Enstitüsü, Malatya

Soru(n)

Solid organ transplantasyonu (SOT) yapılan hastalardan hangileri sitomegalovirüs (CMV) infeksiyonu veya reaktivasyonu için daha çok risk altındadır, hangilerine profilaksi ya da hangi viral yük eşik değerinde preemptif veya tedavi yapılması gerektiği konusunda karar vermek bazen kolay olmadığı gibi, bu konuda bazı belirsizlikler de bulunmaktadır.

Olay/Olgu

CMV infeksiyonları, SOT alıcılarında morbidite ve mortaliteye neden olan önemli komplikasyonlardan biri olmaya devam etmektedir. CMV infeksiyonu ve hastalığının direkt etkilerine ek olarak indirekt etkileri transplant hastalarında bir takım problemlere özellikle de greft kaybına neden olmaktadır.

Profilaksi ve preemptif tedavi ile semptomatik CMV infeksiyonu ve etkileri azaltılmaya çalışılmaktadır. Ancak ilaç toksisitesi ve direnç endişesi uzun süreli antiviral kullanımı konusunda kaygı uyandırmaktadır. Profilaksi ve/veya tedavi uygulansa bile hastalarda reaktivasyon veya reinfeksiyon diğer bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Günümüzde transplantasyondan sonra, CMV infeksiyonu ve hastalığının tanı, tedavi kararı ve tedaviye yanıtın takibinde artık nükleik asit amplifikasyon testleri özellikle de real-time PCR temel yöntemdir. Ancak antiviral tedavinin hangi eşik değerde başlanacağı da merkezler arası farklılıklar göstermekte olup, hala kesinlik kazanmamıştır. CMV spesifik immün rekonstrüksiyon ve risk değerlendirmesi konusunda daha standart ve kolay uygulamalara gereksinim duyulmaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

CMV spesifik T hücre yanıtlarının immün monitörizasyonu, transplantasyon sonrası hastalarda CMV hastalığının artmış riskini belirleyebilir. Ayrıca profilaksi ve preemptif tedavi stratejilerinin belirlemesine yardımcı olabilir. Bu testlerden QuantiFERON-CMV testi, ELISA temelli IFN-γ salınım CD8 testidir. Çalışmalarda CMV için yüksek riskli transplant hastalarında klinik olarak değerlendirilmiş ve hastalığı tahmin ettirici olduğu gösterilmiştir.

Merkezimizde SOT alıcılarına üniversal antiviral (valgansiklovir) profilaksi uygulanmaktadır. Profilaksi uygulanan hastalarda geç dönem CMV infeksiyon riski ise endişe uyandırmaktadır. Profilaksi ve preemptif tedavi strateji uygulamalarında ve hastalık risk değerlendirmesinde QuantiFERON-CMV testinin değerinin daha fazla çalışmayla ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir. Merkezimizde seronegatif ve pozitif alıcılarda viral kinetik ile QuantiFERON-CMV arasındaki ilişkiyi ve yönetimdeki önemini ortaya koymayı hedeflemekteyiz. Zira, SOT hastalarında CMV infeksiyon riskini tahmin etmek hastaların yönetimi açısından önemli katkı sağlayacaktır.

Tablo 1. 11 soruda solid organ transplantasyonu alıcılarında CMV yönetimi değerlendirme

1. Merkezinizde hangi transplantasyonlar yapılıyor? Birden fazla şık işaretlenebilir.

a) Böbrek
b) Karaciğer
c) Kalp
d) Akciğer
e) İnce bağırsak
f) Pankras
g) Diğer

2. Transplantasyon öncesinde alıcı ve verici adaylarında CMV infeksiyon varlığı taranıyor mu?

Evet: ☒ Hayır: ☐ ☒ **Acil olgularda bakılmayabiliyor**

3. Taranıyorsa hangi yöntemle taranıyor?

a) ELISA
IgM ☐
IgG ☐
b) PCR

4. Transplantasyondan sonra alıcıda; CMV yönetimi hangi yöntemle yapılıyor?

a) Profilaksi
b) Preemptif tedavi
c) CMV yönetimi yapılmıyor

5. Profilaksi kullanıyorsanız kaç ay süre ile kullanıyorsunuz?

a) 3 ay
b) 6 ay
c) Diğer (açıklayınız)

6. Profilaksi kullanıyorsanız hangi antiviral ajan? (Günlük dozunu yanına yazar mısınız?)

Böbrek fonksiyonları normal olan bir hastada valgansiklovir 1 x 900 mg PO, oral alımı yok ise gansiklovir 1 x 5 mg/kg IV

7. Merkezinizde CMV infeksiyonu aktivasyonunu saptamak için CMV viremi takibi yapılıyorsa hangi yöntemle yapılmakta?

a) İmmünfloresan (CMV pp65 antijenemi)
b) PCR
c) Diğer (açıklayınız)

8. PCR yöntemi kullanılıyorsa hangi Kit kullanılıyor? (yazınız)

Artus CMV QS-RGQ Kit (Qiagen, Hilden, Germany)

9. Kantitatif değerlendirmede preemptif tedavi başlamak için alt sınır değeriniz (kopya ya da milyon ünite belirtiniz) kaçtır?

1000 kopya/mL

10. Semptomları olan hastada tedavi başlamak için alt sınır değeriniz kaçtır?

Böyle bir sınır değerimiz yok. Virüs replikasyon dinamiğini de düşünerek, laboratuvar ve klinik CMV infeksiyonunu destekliyorsa ya da kontrol viral yük yükselme eğiliminde ise tedavi başlıyoruz.

11. Tedavi süresini nasıl belirliyorsunuz?

a) 2 hafta
b) 4 hafta
c) PCR takibine göre karar veriyorum

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-103

Yeni Önem Kazanan Nozokomiyal Fungal Patojenler: *Saprochaete capitata*

Dilek KARAMANLIOĞLU[1], Özlem GÜZEL TUNÇCAN[1], Ayşe KALKANCI[2], Zübeyde Nur ÖZKURT[3], Burcu ÜLKÜDEN[3], Murat DİZBAY[1]

[1] *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*
[2] *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*
[3] *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

Hematolojik hastalığı olan ve antifungal profilaksi/tedavisi alan iki olguda gelişen *Saprochaete capitata* fungemisine verilen antifungal tedavilere rağmen yanıt alınamaması.

Olay/Olgu

Mayıs-Haziran 2015 tarihleri arasında hematoloji kliniğinde yatan iki hastada *S. capitata* fungemisi saptanmıştır. Bu hastalardan ilki AML M4 tanısı olan indüksiyon kemoterapisi nedeniyle posakonazol alan ancak tolere edememesi nedeniyle posakonazol tedavisi kesilip flukonazole geçildikten sonra *S. capitata* fungemisi gelişen bir olgudur. İkinci olgu ise AML M1-M2 tanısı olan 1 yıl önce allojeneik kök hücre nakli yapılan, sekonder engraftman kaybı, pansitopeni nedeniyle yatırılan hasta idi. Bu hastanın takiplerinde ateş yüksekliği nedeniyle antibakteriyel tedaviye başlanmış ancak yanıt vermemesi üzerine ampirik kaspofungin tedavisi başlanmıştır. Takiplerinde kaspofungin tedavisi altında *S. capitata* fungemisi ve hepatosplenik infeksiyon gelişmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Her iki hastaya da yüksek doz amfoterisin B ve vorikonazol tedavisi verilmesine rağmen tedavi yanıtı elde edilemedi. Bu tedaviler altında üremeleri devam etti. Hastaların ikisi de kaybedildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

2014 yılı ESCMID rehberine göre; *S. capitata* (eski adı *Geotrichum capitatum* ve *Blastoschizomyces capitatus*) nonfermentatif, üreaz negatif, kapsülü olmayan bir mantar türüdür. Bu mantar daha çok ahşap ve toprak gibi çevresel kaynaklarda ve hayvanlarda (sığır mastiti ve kanatlı dışkısında) bulunabilmektedir. Ayrıca bulaşık makinelerinde de bulunmuştur. İnsan cilt ve sindirim sistemi florasında bulunabileceği bildirilmiştir.

Hemato-onkolojik hastalarda %60-80 organ tutulumuyla birlikte görülmektedir. Dissemine infeksiyonlarda mortalite oranı %57 olarak tahmin edilmektedir. Santral venöz kateterler potansiyel giriş bölgesidir. İnfeksiyon kaynağı olarak tespit edilmesi halinde kateterin erken çıkarılması önemlidir.

S. capitata ekinokandinlere intrensek dirençli kabul edilir. Hematoloji hastalarında tedavi için yeterli klinik veri olmamakla birlikte amfoterisin B flusitozin kombinasyonlu veya kombinasyonsuz olarak önerilmektedir. Hepatosplenik infeksiyonu ve nötropenik sepsisi olup yüksek doz amfoterisin B (7 mg/kg) tedavi kullanılan ve başarısızlık bildirilen olgular bulunmaktadır. Vorikonazol in vitro umut verici görülmekle birlikte bazı yazarlar vorikonazol ve amfoterisin B kombinasyonu önermektedir. Hayvan modellerinde yüksek doz flukonazolün amfoterisin B, flusitozin veya vorikonazol tedavilerinden daha etkili olduğu gösterilmiştir. Kaspofungin MİK'i yüksek olmasına rağmen vorikonazolle kombinasyon tedavisi olarak kullanılan bazı olgular bulunmaktadır. Adjuvan terapi olarak fagositik aktiviteyi arttırıcı koloni stimülan faktör, granülosit transfüzyonu ve interferon C kombinasyonu antifungal ilaçlarla birlikte önerilmektedir.

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-104

Febril Nötropenik Hasta Takibinde Kılavuzlar: IDSA ve ECIL Karşılaştırması

Bircan KAYAASLAN[1]

[1] *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Hemato-onkolojik maligniteli hastalarda ciddi, hayatı tehdit eden infeksiyonlara yatkınlık gelişir. Bu hastalarda uygun antimikrobiyal tedavi hayati önem taşır. Amerika (IDSA) ve Avrupa (ECIL) kılavuzları bu hastaların takip ve tedavisinde kullandığımız iki temel kaynağımızdır. Bu değerlendirmede iki kılavuzun karşılaştırılması planlanmıştır.

Olay/Olgu

IDSA'nın 2011 yılında ikinci kez güncellenen febril nötropeni kılavuzu (Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America IDSA guidelines. CID 2011;52:56-93) ile 2011 yılında dördüncü güncellemesi yapılan Avrupa kılavuzu (European Guidelines for Empirical Antibacterial Therapy for Febrile Neutropenic Patients in the Era of Growing Resistance: Summary of the 2011 4th European Conference on Infections in Leukemia) önerileri karşılaştırıldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

1. IDSA kılavuzu daha kapsamlı olup fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve kan kültürü ile ilgili önerileri de içermektedir.
2. IDSA kılavuzu, hastaların tüm antimikrobiyal tedavileri ile ilgili öneriler içerirken, ECIL kılavuzu sadece antibakteriyel tedavi önerileri içerir.
3. IDSA'da düşük riskli hastalarda kısa bir yatan hasta süresinden sonra ayaktan tedavi alternatif olarak önerilirken, ECIL risk sınıflamasında yer alan "eskalasyon" ve "deeskalasyon" gruplarının her ikisi de yatan hastalar içindir. Bu iki grup da IDSA'nın yüksek riskli hasta grubuna denk gelmektedir.
4. Her iki kılavuzda da hastalar tedaviye yanıtlarına göre 4 grupta (ateşi düşen stabil hasta, ateşi devam eden stabil hasta, ateşi devam eden durumu kötüleşen hasta ve belgelenmiş infeksiyon) değerlendirilmektedir.
5. Ateşi devam eden stabil hastalarda her iki kılavuz da antibiyotik değişikliği önermemektedir. Ancak IDSA kılavuzu tedaviye ampirik antifungal eklenmesini önerirken, ECIL kılavuzu bu hastalarda antifungal tedavi başlanmasını önermez. ECIL kılavuzu antifungal tedaviyi sadece ateşi devam eden durumu kötüleşen hastalar için önerir.
6. Antifungal tedavi yaklaşımı IDSA'da ampirik ve preemptif, ECIL'de sadece ampirik olarak yer almaktadır.
7. Seftazidim IDSA'da artık güvenilir bir ajan olmadığı için önerilmezken, ECIL'de eskalasyon tedavi yaklaşımı içerisinde yer almaktadır.
8. IDSA kılavuzunda gram-pozitif antibakteriyel tedavi gereken durumlar daha detaylıdır.
9. IDSA kılavuzu başlanan antimikrobiyal tedaviye hasta nötropeniden çıkana kadar devam edilmesini önerirken, ECIL kılavuzu toplam 72 saattir IV tedavi alan ve son 48 saattir ateşi olmayan hastalarda tedavinin kesilebileceğini ifade eder.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Febril nötropenik hastaların takibinde kullanılan IDSA ve ECIL kılavuzu büyük oranda benzer önerilere sahipken, bazı önemli noktalarda farklılık arz etmektedir. Tedavi süreleri ve antifungal tedavi ile ilgili öneriler iki kılavuz arasındaki en temel farktır.

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-105

İmmünsüprese Hastada İnvaziv Akciğer Aspergillozu: Olgu Sunumu

Arzu DOĞRU[1], Ayşe Canan ÜÇIŞIK[1], Özlem AYDIN[1]

[1] İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Soru(n)

İmmünsüprese hastalarda gelişen pnömonilerde kültür ve diğer laboratuvar testleri sonuçlanana kadar ampirik tedavi yaklaşımımız ne olmalıdır?

Olay/Olgu

Altmış bir yaşında evli ve iki çocuklu erkek hasta, öksürük ve halsizlik şikayetleriyle başvurduğu göğüs hastalıkları kliniğince pnömoni olarak değerlendirilerek hastaneye yatırılıyor, seftriakson ve klindamisin tedavisi başlanıyor. Hastanın özgeçmişinde sekiz yıl önce ikili koroner by-pass operasyonu, yedi yıldır hipertansiyon, iki yıldır kronik böbrek yetmezliği mevcut. Hastaneye başvurusundan üç ay önce de hastaya IgA nefropatisi tanısı konularak 64 mg/gün prednol tedavisi başlanıyor ve hasta bu tedaviyi halen kullanıyor. Çekilen toraks BT'si sağ akciğer üst lobda içerisinde hava bronkogramları bulunan homojen konsolidasyon ve konsolidasyon içerisinde kistik alanlar ve bronşektazi ile uyumlu olabilecek dilatasyonlar izlenmektedir (pnömoni?) şeklinde raporlanıyor. Seftriakson ve klindamisin tedavisinin 10. gününde solunum sıkıntısı artması ve akciğerlerin radyolojik görünümünde kötüleşme olması üzerine, bronkoskopi yapılması planlanıyor. Hasta bu tedaviyi alıyorken genel durumu kötüleşiyor.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hasta genel durumunun kötüleşmesi üzerine hastanemiz göğüs hastalıkları kliniğine yatırılıyor ve tedavisi piperasilin-tazobaktam ve trimetoprim-sülfametoksazol olarak düzenleniyor. Hasta bu tedavinin ikinci gününde solunum sıkıntısının derinleşmesi üzerine dahiliye kliniği yoğun bakım ünitesine devrediliyor. Fizik muayenesinde; TA: 120/70 mmHg, NDS: 82/dakika, ateşi 37.8°C, solunum sayısı: 24/dakika, şuur açık, deri siyanotik görünümde ve kuru, dispneik, her iki akciğerde yaygın ral ve ronküsler duyulmaktaydı. Kardiyovasküler sistem, batın, ekstremite, nörolojik ve genitoüriner sistem muayenesinde bir özellik saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde patolojik bulgular; lökosit 15.400/mm^3, trombosit 93.000/mm^3, glukoz 282 mg/dL, üre 86 mg/dL, kreatinin 1.89 mg/dL, ALT: 67 U/L, AST: 73 U/L, CRP 22.6 mg/dL, prokalsitonin 1.82 ng/dL şeklindeydi. Alınan arteryel kan gazında pH: 7.455, $PaCO_2$: 34.2 mmHg, PaO_2: 46.8 mmHg, HCO_3: 21.6 mmol/L idi. Çekilen YRBT'sinde görünüm bronkopnömonik aspergillozla, *Pneumocystis jirovecii* pnömonisiyle uyumlu olabileceği gibi diğer atipik bakteriyel ve viral pnömonilerle de uyumlu olabilir, şeklinde yorumlandı. Alınmış olan kan kültürlerinde ve idrar kültüründe üreme olmayan hastanın, dahiliye yoğun bakıma yatışının ilk gününde verdiği balgam örneğinde ve entübe edildiğinde alınan derin trakeal aspirat kültürlerinde *Aspergillus* spp. üremesi oldu. Hasta dahiliye yoğun bakım ünitesine yatışının yedinci gününde yapılan uygulamalara ve verilen tedaviye rağmen kaybedildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İmmünsüprese hastalarda fırsatçı infeksiyonlar sıklıkla görülmektedir. Bu nedenle bu grup hastalar yakın takip edilmeli, gelişebilecek ek infeksiyonlar açısından uyanık olunmalı, mantar infeksiyonları her zaman akılda bulundurulmalıdır. Klinik ve radyolojik bulgular destekliyorsa kültür sonuçları çıkana kadar ampirik tedavinin olabildiğince erken başlanması hayat kurtarıcı olacaktır. Bu grup hastalarda ampirik tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır?

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

P-106

Kronik Hepatit B ve Organ Bağışı

İmran HASANOĞLU[1], Gül Ruhsar YILMAZ[1], Yekta ÜRKMEZ KORKMAZ[1], Bircan KAYAASLAN[2], Mehmet A. TAŞYARAN[2]

[1] Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2] Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Soru(n)

Kronik hepatit B hastaları veya inaktif hepatit B virüsü (HBV) taşıyıcıları organ bağışı yapabilir mi?

Olay/Olgu

Organ Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın son verilerine göre organ nakli bekleyenler listesinde 28.169 hasta bulunmaktadır. Maalesef ülkemizde organ bağışı sayısı çok azdır. Gerçekleşen beyin ölümlerinin sadece %22'sinde organ bağışı için aile onayı alınabilmiştir. Kronik hepatit B nedeniyle polikliniğimizde takipli hasta, rutin kontrolüne geldiği sırada tüm organlarını bağışlamak istediğini, organ bağışı kartı almak istediğini belirtti.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hasta hastanemiz transplantasyon polikliniğine yönlendirildi. Bilgileri alınan hastaya organ bağışı kartı verildi. Beyin ölümü durumunda alıcı özelliklerine göre değerlendirileceği söylendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Amerika Transplantasyon Derneği ve Kanada Transplantasyon Derneği rehberlerine göre HBsAg pozitif hastadan solid organ transplantasyonu önerilmemektedir. Fakat rehberde hayat kurtarıcı olacak nakillerde antiviral tedavi ve yerine göre hepatit B immünglobulini uygulamasıyla hasta bazında değerlendirilerek HBsAg pozitif donörden nakil yapılabileceği belirtilmiştir. Bu önerinin organ bağışı oranının oldukça düşük olduğu ülkemizde yorumu nasıl olmalıdır?

Hastane İnfeksiyonları - Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-107

İlk Doz Kolistin Tedavisini Takiben Gelişen Nörotoksisite: Kolistin Ne Kadar Güvenli?

Cansu BULUT[1], Tansu YAMAZHAN[1], Meltem TAŞBAKAN[1], Hüsnü PULLUKÇU[1], Sercan ULUSOY[1]
[1] *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir*

Soru(n)

Kolistin nörotoksisitesi.

Olay/Olgu

Yetmiş dört yaşında erkek hasta iki ay önce hematüri şikayetiyle üroloji bölümüne başvurmuş ve transüretral mesane rezeksiyonuyla nonmetastatik mesane tümörü tanısı almıştır. Takiplerinde sadece kolistin duyarlı *K. pneumoniae* üremesi olmuştur.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya kolistin + ertapenem tedavisi başlanmıştır. Tedaviden 4 saat sonra baş dönmesi, ağız ve baş çevresinde uyuşma, sıkıntı hissi şikayetleri gözlemlendi. Vital bulguları stabil, kan şekeri ve EKG normal olarak değerlendirildi. Tedavinin ikinci gününde baş dönmesi yakınmaları artan hastaya acil kraniyal tomografi çekildi ve akut kraniyal patoloji saptanmadı. Eş zamanlı kreatinin progresyonu da olan hastanın kolistin tedavisi kesildi. Tedavi kesildikten 48 saat sonra nörolojik yakınmaları kayboldu.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Dirençli gram-negatif bakterilerde etkin bir tedavi rejimi olsa da kolistin kullanımının her hastada güvenli olmadığı bilinmeli ve nefrotoksik ve nörotoksik yan etkiler açısından dikkatli olunmalıdır.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-108

Ameliyathane İlaç Uygulamalarında Hastadan Hastaya İnfeksiyon Bulaş Riski

Sinem BUDAK[1], Ersel Tan BUDAK[1], Büşra ERGÜT SEZER[2]

[1] Çorlu Asker Hastanesi, Çorlu/Tekirdağ
[2] Çorlu Devlet Hastanesi, Çorlu/Tekirdağ

Soru(n)

Ameliyathanede ilaç uygulamalarında hastadan hastaya infeksiyon bulaş riski.

Olay/Olgu

Çeşitli hastanelerde çalışan anestezi personeliyle yapılan görüşmelerde, anestezi uygulamalarında efedrin ve narkotik analjezikler gibi titre edilerek hastaya uygulanan ilaçların aynı enjektör kullanılarak damar yolu portlarından, üç yollu musluklardan veya serum setinin kauçuk kısmından iğneyle birçok hastaya kullanıldığı anlaşılmaktadır. İlaç uygulama bölgelerinin genelde hasta kanıyla kontamine olduğu düşünüldüğünde hastadan hastaya infeksiyon bulaş riskinin yüksek olduğu değerlendirilmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Çoğu hastanede infeksiyon kontrol komitelerinin gözünden kaçan bu gerçeğin altında anestezi personelinin iş yoğunluğu, ilaç teminindeki zorluklar nedeniyle artan ilacın atılmak istenmemesi ve maliyet kaygısı yattığı değerlendirilmektedir. Bizim hastanemizde anestezi uygulamalarında titre edilen ilaçlar steril teknikle birden fazla enjektöre paylaştırılıp her hasta için ayrı enjektör kullanılmaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülke genelinde tüm sağlık kurumlarında yapılacak yeni düzenlemeler ve bu uygulamaların infeksiyon kontrol komiteleri tarafından yakın takibi ile infeksiyon kontrolünün daha etkin hale getirilmesi.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-109

İnfeksiyon Kontrol Komitesinin Etkin/Etkili Çalışabilmesi

Serpil MIZRAKÇI[1]

[1] *Özel Lara Anadolu Hastanesi, Antalya*

Soru(n)

İnfeksiyon Kontrol Komitesi nasıl etkin hale getirilebilir?

Olay/Olgu

Özel hastanede, hastane yöneticisinin hekim olmaması nedeniyle yoğun bakım ünitesinde infeksiyon oranlarında artış saptandığında infeksiyon hastalıkları uzmanı ve infeksiyon kontrol hemşiresi bu durumun sorumlusuymuş gibi görülmektedir. İnfeksiyon Kontrol Komitesi toplantılarında hedef haline gelmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastane yönetimi ve komite üyelerine sürveyans raporu sunuldu. Yoğun bakım ünitesinde yatak aralarının dar olduğu, personel sayısının yetersizliği, el hijyenine uyumun az olduğu bildirildi. İnfeksiyon kontrol önlemleri hakkında bilgi verildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İnfeksiyon Kontrol Komitesi başhekim yardımcısı, infeksiyon hastalıkları uzmanı, dahili ve cerrahi bilimlerden birer uzman, mikrobiyoloji uzmanı, hemşirelik hizmetleri müdürü, infeksiyon kontrol hemşiresi, eczane sorumlusundan oluşmaktadır. Bu üyelerin aktif rol almaları nasıl sağlanabilir?

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-110

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisinde *Serratia marcescens* Salgını

Dilek ÜNALAN[1]

[1] *Tokat Devlet Hastanesi, Tokat*

Soru(n)

Fizik tedavi ve rehabilitasyon servisinde yatan iki hastanın kan kültüründeki *Serratia marcescens* üremesi.

Olay/Olgu

Fizik tedavi ve rehabilitasyon servisinde, yan yana farklı odalarda yatan iki hastadan kan kültüründe *S. marcescens* üremesi olması nedeniyle birer gün arayla infeksiyon konsültasyonu istendi. Her iki hastanın da idrar, balgam kültürleri temizdi. Ateşi olması üzerine kan alınmış, WBC değerleri yüksekti. Antibiyogram sonuçları benzerdi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Her iki hastanın da üremesi etken olarak kabul edildi ve tedavi başlandı. İnfeksiyon kaynağını saptamaya yönelik olarak fizik tedavi ve rehabilitasyon servisinden, hasta odalarından, ortak kullanım alanı olan fizik tedavi salonundan ortam kültürleri alındı. Kültür sonuçları değerlendirildiğinde hiçbir yerde *S. marcescens* üremesi tespit edilemedi. Ancak fizik tedavi salonunda kullanılan elektropedlerde *Pseudomonas aeruginosa* ve *Citrobacter farmeri* üremesi tespit edildi. Diğer ortam kültürlerinde anlamlı üreme tespit edilmedi. Çalışan personelden bilgi alındığında; bu pedlerin hastalara tekrar tekrar kullanıldığı, yıprandığı için merkezi yıkamaya gönderilemediği ve kullanım sonrası personelin elinde yıkayarak nemli olarak muhafaza edildiği öğrenildi. Durum birim sorumlusuyla görüşüldü, invaziv bir işlemde kullanılmadığı için maliyet açısından bu pedlerin bu şekilde temizlendiği, muhafaza edildiği ve tekrar tekrar kullanıldığı öğrenildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İnfeksiyon Kontrol Komitesi olarak iki hastanın kanındaki *S. marcescens* üremesinin de kaynağının fizik tedavi salonundaki elektropedler olabileceği düşünüldü. Durum rapor edilerek idareye bildirildi. Pedlerin tek kullanımlık olarak temin edilmesi önerildi. Bu olaydaki yaklaşımın tartışılması istenmektedir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-111

Sağlık Çalışanlarının El Hijyenine Uyumu

Şafak Özer BALİN[1], Affan DENK[2]

[1] Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ
[2] Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Soru(n)

El hijyeni gerektiren durumlarda, sağlık çalışanlarının mesleki dağılımlara göre el hijyenine uyumları.

Olay/Olgu

El hijyeni; el yıkama, antiseptiklerle el yıkama, antiseptiklerle ellerin ovulması veya cerrahi el antisepsisini anlatmak için kullanılan genel bir terimdir. Eller, özellikle sağlık kurumlarında ortaya çıkan infeksiyonların bulaşında oldukça önemli bir role sahiptir. El hijyeniyle geçici floranın tamamen uzaklaştırılması, kalıcı floranın sayıca azaltılması ve böylece eller vasıtasıyla yayılan infeksiyonların önlenmesi sağlanmaktadır. Ancak sağlık çalışanlarının el hijyenine uyumunun yetersiz olduğu çalışmalarla gösterilmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu çalışma, yoğun bakım çalışanlarının tamamına, yataklı kliniklerin ise personel sayısının %10'una her üç ayda bir yapılan, haberli gözlemin sonuçlarına dayalı bir çalışmadır. Hastanemizde 1 Ocak-31 Aralık 2014 tarihleri arasında, gün içinde rastgele bir zamanda, hasta bakım faaliyetleri sırasında ortaya çıkan el hijyeni endikasyonu durumunda, İnfeksiyon Kontrol Komitesi hemşireleri tarafından 6440 dakikalık gözlem yapılmıştır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının el hijyeninde beş endikasyon kuralı (hastaya temas öncesi, aseptik işlemden önce, vücut sıvılarıyla temas sonrası, hastaya temas sonrası ve hasta çevresiyle temas sonrası) çerçevesinde el hijyeni davranışları, el hijyeni hakkındaki Dünya Sağlık Örgütü kılavuzu doğrultusunda önceden hazırlanan el hijyeni gözlem formlarına kaydedildi. Çalışanların el hijyenine uyum oranları ise "Uyum (%)= (el hijyeni eylemleri/uygun zamanlar) x 100" formülüyle hesaplandı (Tablo 1).

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sağlık çalışanlarının elleri, nozokomiyal infeksiyonların aktarımında en önemli yoldur. Ancak sağlık çalışanlarının el hijyenine uyumu yetersizdir. Uyumu artırmak için ise hastane personelinin el hijyeninin önemi hakkında bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Belirli periyotlarda hastane çalışanlarının el hijyenine uyumu değerlendirilmeli, sonuçlara göre özellikle el hijyeni endikasyonlarını ve yöntemlerini içeren eğitimler tekrarlanmalı ve eğitim sonrası uyum değerlendirilmesi yapılarak sağlık çalışanları sonuçlar hakkında bilgilendirilmelidir. Eğitim ve gözlemlerin yanı sıra el hijyeni için uygun fiziki koşulların ve güvenilir ürünlerin temininin de el hijyenine uyumu artıracağı düşünülmektedir.

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının "5 El Endikasyon Kuralı"na göre el hijyeni uyum oranları

	5 El Endikasyon Kuralı					
Sağlık çalışanı	**Hastaya temas öncesi**	**Aseptik işlemden önce**	**Vücut sıvılarıyla temas sonrası**	**Hastaya temas sonrası**	**Hasta çevresiyle temas sonrası**	**Toplam**
Doktor						
Endikasyon	13	0	1	8	6	28
Eylem	9	0	1	8	6	24
Uyum (%)	69	0	100	100	100	86
Hemşire						
Endikasyon	71	54	47	62	46	280
Eylem	54	53	47	61	43	258
Uyum (%)	76	98	100	98	93	92
Hasta bakıcı						
Endikasyon	15	0	13	19	22	69
Eylem	6	0	13	18	16	53
Uyum (%)	40	0	100	94	72	76
Temizlik Personeli						
Endikasyon	4	0	4	2	9	19
Eylem	4	0	4	1	5	14
Uyum (%)	100	0	100	50	55	74
Toplam						
Endikasyon	103	54	65	91	83	396
Eylem	73	53	65	88	70	349
Uyum (%)	70	98	100	96	84	88

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-112

Vankomisine Dirençli Enterokok

Hatice Kübra KALKAN[1]

[1] *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Muğla*

Soru(n)

Vankomisin dirençli enterokok (VRE) üremesi nedeniyle yoğun bakım kapatılması.

Olay/Olgu

2014 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen VRE sürveyans protokolü gereği Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Yoğun Bakım Ünitelerinde VRE sürveyansına başlanmıştır.

Dört yataklı nöroloji yoğun bakım ünitesine 31.07.2015 tarihinde serebrovasküler hastalık tanısıyla yatan ZK isimli hastanın, 02.09.2015 tarihli perirektal sürüntü kültüründe VRE üremesi olduğu bilgisi, 11.09.2015 tarihinde hastanemizin otomasyon sisteminde laboratuvar tarafından onaylandığında görülmüştür.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bunun üzerine infeksiyon kontrol komitesi kararıyla; nöroloji yoğun bakım ünitesine yeni hasta alımı durduruldu. Hastaya sıkı temas izolasyon önlemleri uygulaması başlatıldı. Hasta perirektal kültür alınma tarihi ile sonuç tarihi arasındaki sürenin uzun olması ve diğer hastalara bulaş olasılığı düşünülerek anestezi yoğun bakımda mevcut olan izolasyon odasına alınmayarak, nöroloji yoğun bakımda takip edildi. Nöroloji yoğun bakım personeli sıkı temas izolasyon önlemleri konusunda yeniden bilgilendirildi. Haftada bir perirektal kültür alımına geçildi. VRE taraması amacıyla ortam kültürleri yapıldı ve her hafta tekrar edildi. Yoğun bakımda yatan diğer 3 hastanın perirektal sürüntü kültürlerinde VRE saptanmadı. Hastalardan biri serebrovasküler hastalık nedeniyle eksitus oldu. Diğer iki hasta yoğun bakım endikasyonları bittiğinde tek kişilik servis odasına transfer oldu.

VRE üremesi saptanan hasta, nöroloji yoğun bakımda tek hasta olarak kalınca, VRE nedeniyle yeni hasta alımına kapalı olan cerrahi yoğun bakım ünitesine alındı.

Nöroloji yoğun bakım ünitesi protokole uygun olarak temizlenip dezenfekte edilerek yeni hasta alımına açıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Mikrobiyoloji laboratuvarı, protokolde de önerildiği üzere selektif besiyerinde üreme olduğunda, doğrulama sonucunu beklemeden, telefonla İnfeksiyon Kontrol Komitesi ile iletişime geçerek bilgi verdiği takdirde protokolde de önerilen önlemler daha erken alınabilir.

Yoğun bakımda takip edilen hastalarda VRE üremesi saptandığında alınacak izolasyon önlemleri? Yoğun bakım yeni hasta alımına kapatılmalı mı? Sıkı temas izolasyon önlemleriyle yeni hasta alımı devam edebilir mi?

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-113

İnfeksiyon Kontrol Komitelerinde Nasıl Çalışıyoruz?

Nebahat DİKİCİ[1], Aylin TUNGIR KUZU[2], Ali ASAN[3]

[1] *Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Bursa*
[2] *Bursa Kamu Hastaneleri Birliği, Bursa*
[3] *Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi, Bursa*

Soru(n)

İnfeksiyon Kontrol Komitesi çalışmalarında standardizasyon sağlanabildi mi?

Olay/Olgu

Bursa ili devlet hastanelerinde görev yapan infeksiyon kontrol hemşireleri (İKH)'ne, İnfeksiyon Kontrol Komitesi (İKK) çalışmalarının sorgulandığı bir anket gönderilerek cevaplamaları istendi. Ankette çoktan seçmeli ve bazı konularda açık uçlu sorular soruldu. Cevaplar değerlendirildi. Ankete katılan hastanelerin infeksiyon kontrol hekim ve hemşireleri ile biraraya gelerek sonuçlar tartışıldı.

Anket çalışmamıza 17 devlet hastanesinde görev yapan 27 İKH katılmıştır. Hemşirelerimizin ortalama yaşı 38.7 (27-54) idi. Onu 1 yıl, 4'ü 2-5 yıl, 11'i 6-10 yıldır, 2'si 10 yıldan daha uzun süredir İKH olarak görev yapıyordu ve 19'u İKH sertifikasına sahipti. Hastanelerimizin yatak kapasitesi 8'inde 150'den az, 6'sı 150-500 ve 3'ü 500'den fazla idi. Onunda 2.-3. düzey YBÜ (3'ünde > 51 yatak, 2'sinde 31-40 yatak, 2'sinde 11-30 yatak, 3'ünde < 10 yatak) vardı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanelerin YBÜ yatak sayısı ve kendi ifadeleriyle sürveyans program içerikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Bir-10 ameliyat kategorisinde, prosedür spesifik cerrahi alan infeksiyonu sürveyansı yapılıyordu. Ameliyat payda giriş form verileri İKH, otomasyon sistemi, hasta dosyaları, ameliyathane/cerrahi hemşiresi gibi farklı yollardan sağlanıyordu.

İnfeksiyon hız raporlarını 3 hastanemiz aylık, 12'si 3 aylık, 2'si aylık ve 3 aylık aralarla hesaplamaktaydı. Verileri 5 hastane önceki kendi verileriyle, 8'i önceki kendi verileri ve Türkiye verileriyle karşılaştırıyor, 4 hastane kıyaslama yapmıyordu. On altı hastanemizde düzenli (günlük, haftalık, aylık, 3 aylık aralarla) denetimler yapılıyordu. Dezenfeksiyon/antisepsi/sterilizasyon uygulamalarına nasıl katılıyorsunuz sorusuna 7 hastane şartname hazırlığı, denetim, eğitim, danışmanlık, ihale, muayene kabul, dezenfektan seçimi olarak yanıt verdi, 10 hastane ise tam bir tanımlama getirmedi.

Tüm hastanelerde İKK kurulmuş olduğu, fiziksel ve teknik imkanların 10 hastanede yeterli olduğu, 7 hastanede ise eksiklikler olduğu izlendi. İKK alt komiteleri 16 hastanede kurulmuştu. Sayısı 13-64 arasında değişen talimatlar hazırlanmış ve 8 hastanenin web sayfasında yayınlanmıştı. İKK toplantılarının öncesinde gündem hazırlanarak 15 hastanede en az yılda 4 kez, 2 hastanede 3 kez yapıldığı; kararların karar defterine kaydedildiği ve yazılı ve/veya sözlü olarak geri bildirim yapıldığı izlendi. İKH'lerin İKK dışında sayısı 3 ile 8 arasında değişen birçok komitede görev aldığı izlendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Anket sonuçlarının değerlendirildiği toplantıda bazı yapılan işlerin tanımlanması, ifade edilmesinde farklılıklar, eksiklikler olduğu; uygulamalarda farklılıklar olduğu izlendi.

Bu anket çalışması ve toplantımız sonrası ilimiz Kamu Hastaneleri Birliği bünyesinde bir ekip oluşturuldu.

Hastanelerimizde temel İKK çalışma standartlarını belirlemeye yönelik çalışmalara başlandı. Temel standartlar ve formlar belirlendikten sonra hastanelerin kendi işleyişlerine göre düzenlemeler yapması planlandı.

Hastanelerde sürveyans çalışmaları; hastane infeksiyonlarının önlenmesine yönelik hazırlanan talimatlar; eğitim ve denetim gibi İKK çalışmalarında standardizasyonun sağlanması, çalışmaları daha verimli hale getirecektir. Bu amaçla her il bazında tüm hastaneler için ortak çalışmaların yapılmasının, tüm hastanelerde ortak talimat, denetim, sürveyans ve benzeri formların kullanılmasının; hastaneler arası iletişimin sağlanmasının İKK çalışmalarına olumlu katkılar sağlayacağı düşünüldü.

Tablo 1. Hastanelerin yoğun bakım ünitesi yatak sayıları ve sürveyans program içerikleri

	2.-3. düzey YBÜ yatak sayısı	İzolasyon odası sayısı	Günlük sürveyans	Sürveyansta geçen süre	Sürveyans içeriği	VRE sürveyansı
1	> 51	4	+	2-3	YBÜ/Servis sürveyansı, laboratuvar sonuçları	Ayda 1, VRE+ ise haftalık, 4 hafta
2	> 51	8	+	5-6	İnvaziv araç sürveyansı, el hijyeni takibi, izolasyon denetim ve eğitimleri	Haftada 1
3	> 51	5	+	5	Hasta ve dosya takibi, personel izlemi, eğitimler	Haftada 1, yeni yatış
4	31-40	+	+	3	İnvaziv araç sürveyansı, laboratuvar sonuçları	Haftada 1
5	31-40	+	+	-	-	Yapılmıyor
6	11-30	3	+	-	İnvaziv araç sürveyansı, pasif sürveyans, nokta prevalans	VRE tespit edildiğinde
7	11-30	1	+	1-2	YBÜ, antibiyotik izlemi, laboratuvar sonuçları	Haftada 1
8	1-10	-	+	4	YBÜ/Servis sürveyansı, laboratuvar sonuçları, cerrahi alan infeksiyonu, VRE, MRSA sürveyansı	Günlük, her yatan hastaya
9	1-10	-	+	2	YBÜ/ Servis sürveyansı, laboratuvar sonuçları, aylık istatistik	Yapılmıyor
10	1-10	1	+	1	İnvaziv araç sürveyansı, el hijyeni takibi, laboratuvar sonuçları, cerrahi alan infeksiyonu, atık yönetimi, standart önlemler	15 günde, yeni yatış
11			+	1	YBÜ/Servis sürveyansı, laboratuvar sonuçları	Yapılmıyor
12			+	4	YBÜ/Servis sürveyansı, laboratuvar sonuçları, cerrahi alan infeksiyonu, VRE, MRSA sürveyansı	Günlük
13			+	-	Antibiyotik izlemi, el hijyeni, eğitim, cerrahi alan infeksiyonu, kesici delici alet yaralanmaları	Yapılmıyor
14			+	6	İnvaziv araç sürveyansı, laboratuvar sonuçları, cerrahi alan infeksiyonu	Haftada 1, yeni yatış
15			+	1	Pasif, geri bildirim, önlemler	-
16		1	+	1	Laboratuvar sonuçları, pasif, hemşire gözlemleri	Yatışta
17			-	-	-	Yapılmıyor

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-114

Daha Önce VRE Tespit Edilmemiş Olan İkinci Basamak Devlet Hastanelerinde VRE Taraması ve Yayılımının Önlenmesi

Tuğba SARI[1], Fatih TEMOÇİN[2], Hatice KÖSE[2]

[1] Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Buldan/Denizli
[2] Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat

Soru(n)

İkinci basamak devlet hastanelerinde vankomisin dirençli enterokok (VRE) taraması ne sıklıkta yapılmalı? Koğuş sistemi ve tek tuvaleti olan servislerde; VRE pozitif hastalarda izolasyon nasıl yapılmalı? Ne zaman sonlandırılmalı?

Olay/Olgu

1958 yılında kurulan 100 yataklı Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve 1990 yılında hizmet vermeye başlayan 50 yataklı Buldan Devlet Hastanesi 2013 yılında birleşerek hizmet vermeye başlamıştır. 2015 yılında hizmete giren 6 yataklı birinci basamak yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Daha önce infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanının görev yapmadığı hastanede Ekim 2013 tarihinde göreve başladım. Endojen olarak gastrointestinal sistem ve kadın genital sistemi florasında yer alan vankomisine dirençli enterokoklar; birçok antibiyotiğe doğal dirençli olmaları veya direnç geliştirebilme potansiyelleri ve hastane ortamında ekzojen olarak direkt (hastadan hastaya bulaş) ve indirekt (kontamine eller, kontamine yüzeyler veya tıbbi aletler yoluyla bulaş) bulaş potansiyelleri nedeniyle önem arz etmektedir. Hastanemizde kolonizasyonun oluşabilmesi için yeterli süre (örn. 5-7 gün) yatmış olan hastalardaki aylık VRE taramalarımız sırasında, 2 ay önce bir hastada, haftalık tarama sonrası aynı serviste yatan ve servisteki ortak tuvaleti kullanan iki hastada, daha sonra aynı serviste yatan 4 hastada, 1 ay sonra aynı bina içinde bulunan başka bir serviste 15 hastada, bir hafta sonra ilk indeks olgunun saptandığı serviste 12 hastada VRE pozitifliği rektal sürüntü örneklerinde saptandı. Mikrobiyoloji laboratuvarında çalışılan hasta örneklerinin hiçbirinde etken olarak VRE saptanmadı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Her hastane, henüz VRE tespit edilmiş olmasa bile vankomisinin uygun cerrahi profilakside kullanımı kılavuzu hazırlamalı ve eğitim vermelidir. VRE pozitif hastalar tek kişilik odada izlenmeli, hastanın odasına girerken steril olmayan, temiz eldiven giyilmeli, gerektiğinde eldiven değiştirilmeli, hastayla veya hasta odasındaki yüzeylerle temas edilecekse, hastanın idrar veya gaita inkontinansı, ileostomi, kolostomi veya açık yara drenajı varsa, VRE pozitif hasta odasına girerken steril olmayan temiz önlük giyilmelidir. Biz de HICPAC'ın bu önerileri doğrultusunda hastane personeline bilgi vererek izolasyon önlemlerini derhal başlattık. Hastaların klinik durumu uygun ise taburcu edildi. Hastadan hastaya yayılımın önlenmesi için izolasyon önlemlerine uyulması sağlandı. Sıkı temas izolasyon kartları asıldı. VRE pozitif hastalarda kullanılan tıbbi aletler ayrıldı, hizmet veren personel sabitlendi. Haftalık taramalar yapıldı. Kültürler vankomisin içeren selektif besiyerine ekildi. E-test ile doğrulandı. Halen tek serviste izolasyon önlemlerinin alındığı aynı odada izlenen dört hastada VRE pozitifliği devam etmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanemiz gibi birinci basamak yoğun bakımı olan, ventilatörde hasta takibinin yapılmadığı, kateterizasyon, drenaj gibi invaziv işlemlerin uygulanmadığı, göğüs hastalıkları hastanesi olması sebebiyle sıklıkla KOAH tanılı yaşlı, bakım hastalarına hizmet veren hastanelerde VRE taramaları ne sıklıkta yapılmalıdır? Koğuş sistemi olan hastanelerde VRE pozitif saptanan hastaların uygun izolasyonu sağlanamamaktadır. Yeterli izolasyon sağlanamıyorsa ne yapılmalıdır? Tartışılması istenmektedir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-115

Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde *Acinetobacter baumannii*'nin Etken Olduğu Nozokomiyal Menenjitlerdeki Artış

Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Cemal BULUT[1], Ayhan TEKİNER[2], Günay TUNCER ERTEM[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Mehmet Akif BAYAR[2], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara

Soru(n)

Beyin cerrahi yoğun bakım ünitesinde *Acinetobacter baumannii*'nin etken olduğu nozokomiyal menenjitlerde artış görülmesi.

Olay/Olgu

İnfeksiyon Kontrol Komitesi sürveyans çalışmaları ve haftalık sürveyans ekibi toplantıları sırasında beyin cerrahi yoğun bakım ünitesinde (NRŞ-YBÜ) yatan hastalarda kraniyotomi ve ventriküler şant ameliyatlarıyla ilişkili olarak asinetobakter menenjiti sayısında artış olduğu fark edildi. NRŞ-YBÜ'de infeksiyon kontrol ekibi ve ilgili bölümün uzmanlarının katılacağı bir toplantı organize edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

NRŞ-YBÜ'de toplanılarak bölümün uzman doktorlarıyla beraber asinetobakter menenjitli hastalar ve YBÜ tekrar değerlendirildi. Hastaların tümünde şant veya lomber drenaj olduğu tespit edildi. Ünitede yoğun ve etkili temizlik yapılması, temizlik öncesi ve sonrası çevre kültürlerinin alınması kararlaştırıldı. YBÜ'de çalışan tüm personelin el hijyenine dikkat etmesi gerektiği, lomber drenaj takılması ve değiştirilmesi işlemlerinin cerrahi şartlarda yapılması gerektiği, YBÜ'de yapılacak tüm invaziv işlemlerde asepsi-antisepsiye titizlikle uyulması ve maksimum bariyer önlemlerinin alınması gerektiği hatırlatıldı. Lomber drenajı olan hastalarda infeksiyon saptanması durumunda drenajın değiştirilmesi önerildi. Alınan kararlar yazılı olarak kliniğe iletildi. NRŞ-YBÜ'de temizlik öncesi alınan çevre kültürlerinde pek çok yerde *A. baumannii* ürediği görüldü. Ünitenin temizliği için ek personel görevlendirildi. İkinci kez yapılan temizlikten sonra çevre kültürlerindeki üreme sona erdi. YBÜ'de YBÜ'de denetim artırıldı, personelin el hijyenine uyumunun arttığı görüldü. Bu çalışmalar sonrasında iki aydır yeni olgu görülmedi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Nozokomiyal infeksiyonların çoğu infeksiyon kontrol önlemlerine uyulmasıyla sona erdirilebilir. Üniteyle yakın temas kurulması, işbirliği içinde çalışılması ve kontrol önlemlerine uyumun denetlenmesi infeksiyonların kontrolünde yardımcı olacak basamaklardır.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-116

Göğüs Cerrahisi Kliniğinde Cerrahi Alan İnfeksiyonlarında Artış: Yanlış Cerrahi Profilaksi

Süleyman DENİZ[1], Onur GÜLTEKİN[1], Sevim KARAÇORLU[2], Sibel KUYUGÖZ[1], Zeynep KAYA[2]

[1] *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin*
[2] *Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, Mersin*

Soru(n)

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniğinin toraks cerrahisi yapılmış olduğu iki hastada gelişen cerrahi alan infeksiyonu (CAİ) ve salgın varlığının araştırılması.

Olay/Olgu

Olgu 1: Akciğerde kitle nedeniyle 36 yaşında kadın hastaya sağ pnömonektomi yapılıyor. Cerrahi sonrası dördüncü günde sıvazlamakla hemopürülan akıntısı oluyor, altıncı gün yara yeri tam açılıyor ve açık pansuman yapılmaya başlanıyor. Hastaya derin CAİ nedeniyle piperasilin/tazobaktam başlandı. Alınan örnekte *Streptococcus pneumoniae* üredi.

Olgu 2: Aynı dönemde akciğer adenoskuamöz karsinom tanısıyla kanser cerrahisi yapılan 43 yaşında erkek hastada cerrahi sonrası birinci haftada cerrahi alanda akıntı başlıyor. Hasta önce pansumanla sonrada piperasilin/tazobaktam tedavisiyle takip edildi. Örnek alınmayan hastada antibiyoterapi sonrası klinik hızla düzeldi.

İnfeksiyon Kontrol Komitesi (İKK)'nin aranması; aynı dönemde serviste yatan iki hastada CAİ olması nedeniyle sorumlu öğretim üyesi konunun araştırılmasını talep etti. Son bir yıldır bütün hastalara benzer prosedür uygulandığını fakat son 10 gündür pansumanlarda kullanılan iyot solüsyonunun değiştiğini belirtti.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İKK olarak son bir ayda göğüs cerrahi kliniğinin yaptığı cerrahiler dokümante edildi. İKK olarak toraks cerrahisi takip edilmekte idi. Bu süre zarfında yedi cerrahi yapılmış ve üç olguda CAİ gelişmişti [CAİ oranı: (3/7) x 100= %42.9] olarak saptandı. İki olguda yüzeyel, bir olguda derin CAİ gelişmişti. Olgulardan biri yoğun bakımda takip edildiği için bölüm tarafından fark edilmemişti. Daha önceki üç aylık periyotta (Haziran-Eylül 2015) göğüs cerrahi CAİ oranı %0 idi (0 infeksiyon/27 olgu). Hastaların yatış günleri, cerrahinin yapıldığı ameliyathane değerlendirildi. Sorunun kaynağını saptamak için ortam, cerrahi aletlerden ve sözü geçen iyot solüsyonundan örnek alındı. İyot solüsyonunun satın alma aşamasında muayene ve onay prosedürü sırasında problem olmadığı saptandı. Bu dönemde personel ve doktor değişikliğinin olmadığı gözlendi. Hasta orderları gözden geçirildiğinde hastanede sefazolin olmaması nedeniyle cerrahi yapılan yedi hastaya cerrahi profilaksi nedeniyle sadece sulbaktam uygulandığı, otomasyon sistemindeki aksaklıklardan dolayı da onaysız olarak kullanıldığı tespit edildi. Olgular risk indeksi yüksek (2-3), temiz kontamine cerrahi geçirmiş ve etkin cerrahi profilaksi yapılmamış olgulardı. Diğer taraftan sulbaktam uzun süre kötüye kullanılmıştı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

CAİ'leri önlemek için uygun cerrahi profilaktik ajanın, doğru zamanda ve uygun sürede kullanımının takibi, cerrahi profilakside akılcı ilaç kullanımını sağlamak için nelerin yapılabileceği ve etkin bir kontrol mekanizmasının nasıl kurulabileceği en önemli sorulardır.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-117

Metilen Mavisinin İntraoperatif Kullanımı

Zerrin AŞÇI[1], Pervin OLGUNDAN[2]

[1] *Afyon Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Afyonkarahisar*
[2] *Afyon Devlet Hastanesi, Merkezi Sterilizasyon Ünitesi, Afyonkarahisar*

Soru(n)

Metilen mavisi hazırlama konusunda standart olmayan uygulamalar

Olay/Olgu

Tanısal laparoskopi sırasında, boya özelliği nedeniyle metilen mavisi serviksten verilip, fimbrial geçişine bakılarak tubal açıklık değerlendirilir. Bu yöntemle tubal obstrüksiyon, pelvik adezyon ve endometriyozis tanısı konulup, aynı anda tedavi edilebilir. Bu yöntem kadın doğum uzmanları tarafından sıkça kullanılmaktadır. Hastanemiz 43 yıldır kadın doğum ve çocuk hastanesi olarak hizmet vermektedir. Yaptığımız sürveyanslarda laparoskopi sırasında kullanılan ve steril alana verilen metilen mavisi çözeltisinin eczanede musluk suyu ile hazırlandığı öğrenildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Konu araştırıldığında pek çok hastanede benzer uygulamaların olduğu, steril alana verilen metilen mavisinin antiseptik özelliğinden dolayı sulandırmadaki olası kontaminasyonun gözardı edildiği öğrenildi.

Hastanemizde kullanılan metilen mavisi toz halinde alınıyor ve eczanede sulandırılıp depolanıyor, istendiğinde kullanılmak üzere ameliyathaneye gönderiliyordu. Metilen mavisinin toz halde otoklavda steril edilmesi ve steril serum fizyolojikle hazırlanması, depolanmadan kullanıma verilmesi sağlandı. Eczane çalışanlarına eğitim verildi. Steril metilen mavisi çözeltisi alınması için şartname hazırlanıp, istemde bulunuldu.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Gözden kaçabilecek benzer uygulamalar için kriterler oluşturulmasını tartışmak istiyoruz.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-118

Elektif Obezite Cerrahi Sonrası Gelişen Karbapeneme Dirençli Klebsiella Salgın Yönetimi

Özlem GÜZEL TUNÇCAN[1], Murat DİZBAY[1], Dilek KARAMANLIOĞLU[1], Pınar AYSERT YILDIZ[1], Firdevs AKTAŞ[1]

[1] Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Genel cerrahi ünitesinde elektif obezite operasyonlarını da kapsayan cerrahi sonrası görülen karbapeneme dirençli klebsiella salgınının kontrolü.

Olay/Olgu

Genel cerrahi servisinde Mayıs-Eylül 2015 dönemindeki operasyonlardan sonra görülen 13 hastayı kapsayan karbapeneme dirençli klebsiella salgını saptanmıştır. Bu hastaların 4 tanesinde infeksiyon elektif obezite cerrahisi sonrası gelişmiştir ve bir obezite cerrahisi yapılan hasta eksitusu ve toplamda 7 hasta eksitusu ile salgın sonlanmıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Genel cerrahide salgın tespit edildikten sonra bölüm ile ortak toplantı yapılarak elektif cerrahilerin özellikle obezite cerrahilerinin durdurulmasına tüm cerrahi gruplarla birlikte karar verilmiştir. Genel cerrahi YBÜ'nün kapatılmasına ve salgının kontrol altına alınana kadar yeni hasta alımının durdurulmasına ve mevcut infekte hastalar için kohortlama yapılmasına veya genel durumu düzelen hastaların diğer servislerde veya ayaktan tedavi ünitesinde antibiyotiklerini alarak tedavi sürelerini tamamlayarak taburcu olmasının sağlanmasına karar vermiştir. Özellikle obezite cerrahisi yapılan bir hasta, hemodinamisi iyice kötüleşerek dahiliye YBÜ'de bir süre yattıktan sonra eksitus olmuştur.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Cerrahi operasyonlardan sonra görülebilen önemli bir komplikasyon olan infeksiyonlar için alınması gereken kararların ve önlemlerin bölüm ve idareyle birlikte planlanmasının ve uygulanmasının yararlı bir yöntem olarak önermekteyiz. Nozokomiyal karbapeneme dirençli klebsiella gibi mortalitesi yüksek mikroorganizmalarla gelişen infeksiyonlarda ise hastane ve ulusal düzeylerde kararlar alınması gerekmektedir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-119

Yeni Önem Kazanan Nozokomiyal Fungal Patojenler: *Trichosporon* spp.

Murat DİZBAY[1], Ayşe KALKANCI[2], Özlem GÜZEL TUNÇCAN[1], Dilek KARAMANLIOĞLU[1], Pınar AYSERT YILDIZ[1], Tuğba ÖZDİL[1], Özge ÖZGEN[1]

[1] *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*
[2] *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

Son bir yılda *Trichosporon* izolasyonunda artış.

Olay/Olgu

Hastanemizde son 1 yılda idrar ve kanda toplam 47 *Trichosporon* etkeni izole edildi. Bunların 43 tanesi idrar örneklerinde, 4 tanesi kan örneklerinde saptandı. Yapılan retrospektif analizde hastaların çoğunluğunun yoğun bakım ünitesi ve hematoloji gibi immünsüpresif hasta grubunun takip edildiği birimlerde olduğu tespit edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Mikoloji laboratuvarıyla değerlendirme yapıldı. Mikoloji laboratuvarına rutin olarak birinin baktığı ve üreyen mayaların tür düzeyinde tanımlamasının yapıldığı için bu mikroorganizmayla oluşan infeksiyonların daha fazla tespit edildiği anlaşıldı. Ayrıca yoğun bakım ünitelerine ve hematoloji ünitelerine, infeksiyon gelişen hastalar irdelenerek risk faktörleri ve olası bulaş yollarıyla ilgili olarak geri bildirimler yapıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Son yıllarda *Trichosporon* infeksiyonları kandida infeksiyonlarından sonra en sık görülen nozokomiyal maya infeksiyonları olarak tanımlanmaktadır. Daha çok idrar yolu infeksiyonu olarak karşımıza çıkmakta, ayrıca fungemi gelişerek de mortalitesi ve morbiditesi yüksek infeksiyonlara da yol açabilmektedir. *Trichosporon* infeksiyonları tedavisinde azol grubu antifungal ilaçlar etkili olduğu için daha geniş spektrumlu veya daha az etkili olan ekinokandin grubu antifungal ilaçların kullanılması gerekmemektedir.

Trichosporon infeksiyonlarının uygun şekilde tanımlanması ve tedavi yönetiminde mikolog ile klinisyen işbirliği önemlidir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-120

Bir Çocuk Hastanesinde Musluk Başlıklarında *Legionella* spp. Saptanması

Fatma ŞANAL[1], Gülden YILMAZ[1], Elif M. SARICAOĞLU[1], Ebru KAPLAN[1], Ergin ÇİFTÇİ[2], Erdal İNCE[2], Kemal Osman MEMİKOĞLU[1]

[1] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
[2] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Pnömoni nedeniyle takip edilen hastanın BAL sıvısında *Legionella* PCR (+) saptandıktan sonra çocuk hastalıkları servisinde yapılan tarama sonucunda musluklarda *Legionella* spp. üremesi.

Olay/Olgu

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde KİT ünitesinde yatan 7 yaşında kız hasta, pnömoni nedeniyle beta-laktam grubu antibiyotik kullanmasına rağmen, pulmoner semptomlarda artış ve ateşinin devam etmesi üzerine yapılan BAL'da *Legionella* PCR (+) saptanmıştır. *Legionella* üriner antijeni negatif görülmüştür. Hastanın antibiyoterapisi düzenlenmiştir. Ankara Halk Sağlığı Çevre Sağlığı Müdürlüğüne olası *Legionella* olgusu şüphesi nedeniyle başvurulmuştur.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Ankara Halk Sağlığı Çevre Sağlığı Müdürlüğünden gelen bir ekip, çocuk sağlığı ve hastalıkları hastanesi infeksiyon kontrol komitesi hekimi ve hemşiresi, hastanemiz çevre birimi görevlileri, bakım onarım biriminde su ve tesisat işlerinden sorumlu personel, klima merkezi sorumlusu ve çocuk hastanesi teknik sorumlusundan oluşan bir ekip kurulmuştur. Lejyoner hastalığı olgu bildirim formu ve bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar bildirim formu doldurulup tüm su sistemleri değerlendirilmiş ve çocuk servisindeki tüm pnömoni olguları *Legionella* açısından taranmıştır. Çocuk Hastanesinin tüm katlarında hiçbir işlem yapılmadan su klor düzeyi ve su sıcaklığı tespiti yapıldıktan sonra su numunesi örnekleri alınmıştır. Olgu odasındaki musluk başlığı, banyo duş başlığı, banyo musluk suyu, oda girişindeki musluk başlığı, yenidoğan yoğun bakım ünitesi tedavi odası musluğu ve ara yoğun bakım ünitesi musluğunda *L. pneumophilia* SG 2-14 üremesi olmuştur. Yirmi dört saat bütün sıcak su tankları 700°C'ye kadar artırılmıştır ve 24 saat soğuk ve sıcak su sistemi ve tanklarına 3 ppm klorlama yapılmıştır. Ertesi gün tüm musluk ve duş başlıkları filtreleri sökülüp kireç çözdürücü ajanda bekletilip temizlenmiştir. Tüm sıcak su musluk ve duş başlıklarının 10-15 dakika akıtılması sağlanmıştır. Bir hafta ara ile 2 kez daha ısı-klorlama ve 10 dakika akıtılma işlemi tekrarlanmıştır. Tüm işlemlerden sonra kontrol kültürler alınmış ve sonucunda üreme olmamıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Legionella türleri küçük, gram-negatif, aerobik basillerdir. Hastalık etkeni *Legionella* spp. doğal sulardan bina su tesisatlarına geçip yerleşebilir ve çoğalabilir. Bakterinin su sisteminden duyarlı bireye ulaşması sonucunda da hastalık gelişir. Hastalık tek vaka ya da salgınlar şeklinde ortaya çıkabilir. Çevresel bir kaynaktan yayılarak salgın oluşturma potansiyeline sahiptir. Hastane kaynaklı lejyoner hastalığı hastanede yatan hastalar arasında potansiyel riskin yüksekliği, prognoz ve fatalite hızlarına etkisi nedeniyle önem taşımaktadır. Hastalığın engellenebilmesi ve gerektiğinde alınacak önlemlerin gerçekleştirilmesi kurum ve kuruluşlar açısından önemlidir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-121

Dirençli *Stenotrophomonas maltophilia* Suşlarında Alternatif Tedavi Seçenekleri

Elif Mukime SARICAOĞLU[1], Gülden YILMAZ[1], Kemal Osman MEMİKOĞLU[1]

[1] *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Soru(n)

Dirençli *Stenotrophomonas maltophilia* suşlarında tedavi seçenekleri neler olabilir? Böyle bir durumda acil tedavi endikasyonu olması halinde nasıl bir yol izlenmelidir?

Olay/Olgu

Kronik böbrek yetmezliği ve prostat adenokanseri nedeniyle izlenmekte olan 65 yaşında erkek hasta idrar retansiyonu olması nedeniyle daimi sondalı olarak izlenmektedir. Hastaya transüretral prostat rezeksiyonu planlanmaktadır. Preoperatif tetkikleri yapılan hastanın alınan idrar kültüründe 100.000 cfu/mL *S. maltophilia* üremesi olmuştur. Antibiyotik duyarlılık sonucu seftazidim, levofloksasin, trimetoprim-sülfametoksazol dirençli, tikarsilin-klavulanik asit duyarlı olarak geldi. Türkiye'de tikarsilin-klavulanik asit içeren bir preparat bulunmadığından dolayı tedavi verilemedi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Türk Eczacıları Birliği'ne, ilaç maliyetini hastanın karşılaması koşuluyla yurt dışından tikarsilin-klavulanik asit preparatı temin edilmesi için başvuruldu. Yaklaşık 45 gündür ilaç henüz temin edilemedi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Gram-negatif, biyofilm oluşturan bir bakteri olan *S. maltophilia*, düşük virülanslı bir mikroorganizma olmasına rağmen özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde toplum ve hastane kaynaklı çok ilaca dirençli suşların ortaya çıkması nedeniyle önem kazanmıştır. Farklı antibiyotik direnç mekanizmaları olan bu bakteriyle gelişen infeksiyonlarda antibiyotik seçiminde izlenmesi gereken yol ne olmalıdır? Dirençli suşlarda tedavi yönetimi nasıl olmalıdır?

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-122

Hastane Mimarisinin İnfesiyon Kontrolü Önündeki Engelleri

Büşra ÖZBAY ÇAYLI[1], Güle AYDIN[2], Ayşe DAŞPINAR[1], Yasemin YILDIRIM[1]

[1] *Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, Afyonkarahisar*
[2] *Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Afyonkarahisar*

Soru(n)

Hastane mimarisindeki eksikliklerin infeksiyon kontrolü ve önlenmesindeki olumsuz etkileri.

Olay/Olgu

Ülkemizin birçok bölgesinde bakanlık hastaneleri yeni hizmet binalarına taşınmaktadır. Ancak yapılan binalar Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve infeksiyon kontrolünü karşılayamamaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Günümüzde sağlık sektöründe kamu ve özel sağlık kuruluşları arasında ciddi rekabetler yaşanmaktadır. Önceki yıllarda özel hastaneler daha yeni ve görselliğe önem veren binalarda olduğu için temiz ve güzel hastaneler olarak nitelendirilirdi. Günümüzde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin birçoğu yeni ve modern binalarda hizmet vermeye başladı. Ancak yapılan bu binalar SKS'yi karşılamamaktadır. Örneğin, ameliyathane alanlarında steril, yarı steril alan ayrımları yapılmamakta, yoğun bakım ünitelerine izolasyon odaları bulunmamakta, yine yatak sayısı 25-30'u bulan sayılarda yoğun bakım üniteleri yapılmaktadır. Yine bu kritik alanlara birden fazla giriş çıkış kapısı bulunmaktadır. Öyle ki hastane personeli olmayan bir kişinin yangın merdivenini kullanıp ameliyathanelerin steril alanlarına ulaşabileceği hastaneler mevcuttur. Bu gibi durumlarda kurumlar ellerine teslim edilen binaları SKS'ye uygun hale getirmek için bir yandan hizmet verirken bir yandan da birçok alanda yapım onarım çalışmaları yapmak durumunda kalıyor. Dolayısıyla gerek yapımdaki eksiklikler gerekse bu eksiklikleri gidermek amaçlı yapılan çalışmalar nedeniyle infeksiyonların kontrolü ve önlenmesiyle ilgili ciddi sorunlarla karşılaşılıyor.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastane mimarisi kaynaklı eksiklikler ve bu eksikliklerin giderilmesi için yapılan çalışmaların infeksiyon kontrolüne etkisinin tartışılması.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-123

El Hijyeni Uyumları Gerçeği Ne Kadar Yansıtıyor?

Büşra ÖZBAY ÇAYLI[1], Yasemin YILDIRIM[1], Ayşe DAŞPINAR[1], Güle AYDIN[2]

[1] *Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, Afyonkarahisar*
[2] *Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Afyonkarahisar*

Soru(n)

El hijyeni gözlemleri ve bunlara bağlı olarak belirlenen el hijyeni uyum oranları ne kadar objektif.

Olay/Olgu

Sağlık bakımı ilişkili infeksiyonların önlenmesinde el hijyenine uyumun önemi tartışılmaz. Bu nedenle infeksiyon kontrol ekibi Dünya Sağlık Örgütü el hijyeni kılavuzuna göre el hijyeni uyum oranlarını belirlemektedir. Bu gözlemler Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) gereği rutin olarak yapılmakta olup 2016 yılı itibariyle SKS zorunlu indikatörleri arasına da girmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

El hijyeni gözlemleri bazı kurumlarda değişik gerekçelerle infeksiyon kontrol ekibi dışındaki kişiler eliyle yürütülmektedir. Gözlemler özellikle klinik sorumlu hemşireleri ve süpervizör hemşireler tarafından yapılmaktadır. İnfeksiyon kontrol ekibinin yaptığı gözlemlerin el hijyeni uyum oranları düşükken, ekip dışındaki gözlemcilerin yaptığı gözlemlerin ciddi oranda yüksek olduğu gözlenmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

El hijyeni gözlemlerinin objektif yapılması için gözlemcilerin kriterlerinin belirlenmesinin tartışılmasını istiyoruz.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-124

İnfeksiyon Kontrol Hemşirelerinin Sertifika Programı Sonrası Bilimsel Etkinliklere Katılamamasında Yaşadığı Güçlükler

Büşra ÖZBAY ÇAYLI[1], Yasemin YILDIRIM[1], Güle AYDIN[2], Ayşe DAŞPINAR[1]

[1] Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, Afyonkarahisar
[2] Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Afyonkarahisar

Soru(n)

İnfeksiyon Kontrol Hemşirelerinin Sertifika Programı sonrası bilimsel etkinliklere katılımla ilgili yaşadığı güçlükler.

Olay/Olgu

Sağlık bakımı ilişkili infeksiyonların önlenmesi konusunda ülkemiz çok ciddi adımlar atmaktadır. Bu bağlamda hekim ve hemşirelere yönelik standart eğitimlerin verilmesi, sertifikalandırma sürecinin başlaması, konunun yönetmeliklerle desteklenmesi oldukça olumlu gelişmelerdir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bilindiği gibi sağlık bakımı ilişkili infeksiyonların kontrolü ve önlenmesi adına gerek yurt içi gerekse yurt dışında birçok bilimsel çalışma yapılmakta ve konuyla ilgili güncellenen bilgiler, kılavuzlar ve kriterler belirlenmektedir. Bu gelişmeler ülkemizde konuyla ilgili derneklerin düzenlediği eğitim çalışmaları kongre ve okul programlarında tartışılmaktadır. Aktif çalışan infeksiyon kontrol hemşirelerinin birçoğu bu tip organizasyonlara katılamamaktadır. Bunun en önemli nedeni kayıt ve konaklama giderlerinin neredeyse bir hemşirenin aylık gelirine eşit olması ve bu faaliyetlerin kurum tarafından desteklenmemesi, destekleyen kurumların ödeme yaptıktan sonra saymanlıklarla yaşadığı sıkıntılar nedeniyle ödeme yapmayı baştan reddetmesidir. Bunun neticesinde infeksiyon kontrol komitesinin tam zamanlı ve sahada devamlı çalışan hemşireleri güncel bilgilerden uzak kalmaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sağlık Bakanlığının geri ödeme kapsamında kurumların sorun yaşamayacağı şekilde yatak sayısı, infeksiyon oranları, yoğun bakım sayıları gibi kriterleri göz önüne alarak bu tip faaliyetlere destek sağlayacak düzenlemeleri yapması önerilmektedir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-125

Çok İlaca Dirençli Asinetobakter Suşlarıyla Gelişen İnfeksiyonların Tedavisinde Uygun Kombinasyon Seçimi

Arzu ALTUNÇEKİÇ YILDIRIM[1], Yeliz ÇETİNKOL[2], Ali Seydi ALPAY[1]

[1] Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ordu
[2] Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ordu

Soru(n)

Yoğun bakım ünitemizde infeksiyon etkeni olarak izole ettiğimiz çok ilaca dirençli asinetobakter suşlarında kombinasyon tedavisi için uygun antibiyotik seçenekleri nelerdir?

Olay/Olgu

Hastanemiz genel yoğun bakım ünitesi takiplerimiz sırasında özellikle son bir yılda infeksiyon etkeni olarak sıkça çok ilaca dirençli asinetobakter türlerini izole ettik. Genel olarak etken dağılımına bakıldığında ünitede izole edilen mikroorganizmaların %44'ü asinetobakter türleri şeklinde idi. Ortaya çıkan infeksiyon tabloları değerlendirildiğinde ventilatörle ilişkili pnömonilerin %56'sında ve santral kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonlarının %8'inde asinetobakter türleri sorumlu etken idi. Duyarlılık durumları incelendiğinde; kolistin duyarlılığı %100, trimetoprim-sülfametoksazol duyarlılığı %87.5, tigesiklin duyarlılığı ise %27 şeklinde idi. Aminoglikozid grubu antibiyotiklere düşük oranlarda değişen duyarlılıklar olmakla birlikte suşlar diğer antibiyotiklere dirençli izlendi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Asinetobakter türlerinin etken olduğu infeksiyon tablolarında kullanmış olduğumuz antibiyotik kombinasyonlarını geriye dönük değerlendirdiğimizde karbapenem, sulbaktam, tigesiklin, trimetoprim-sülfametoksazol ve kolistin içeren rejimlerle değişen kombinasyonlar kullandığımızı gördük. Mevcut kombinasyon tedavileri ve mortalite ilişkisini henüz değerlendirmedik.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Çok ilaca dirençli asinetobakter türleriyle gelişen infeksiyonlarda antibiyotik kombinasyonu tercih edilmeli mi? Özellikle ventilatörle ilişkili pnömonilerde sinerjik etki sağlayabilecek kombinasyon seçenekleri nelerdir? Yoğun bakım ünitelerinde tedavi kararını yönlendirebilmek amacıyla izole edilen suşlarda in vitro sinerji testleri çalışılmalı mı ve yöntem ne olmalıdır? Trimetoprim-sülfametoksazol, kombinasyonda yer alabilecek bir tercih olabilir mi? Birbiriyle ilişkili bu soruların cevaplarının tartışılması istenmektedir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-126

GATA Tıp Fakültesi Hastanesinde İmmünsüpresif Hastalarda Çok İlaca Dirençli Bakteri Sürveyansı

Gürkan MERT[1], Gamze ÖZBEK[2]

[1] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
[2] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, Ankara

Soru(n)

Hastanemizde immünsüpresif hastalarda çok ilaca dirençli bakteri sürveyansı hangi esaslar göre yapılmaktadır?

Olay/Olgu

Hastanemizde özellikle yoğun bakım ünitelerinde, uzun süreli yatan ve antibiyotik alan hastalarda, infeksiyon şüphesi veya infeksiyonu olan hastanın nakil olduğu kliniğe yatışında veya dış merkezden yoğun bakıma gelen bütün hastalara aktif olarak her gün sürveyans yapılmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İlk yatış sürveyans kültürü sadece yoğun bakıma alınanlarda yapılmakta ve hastalar MRSA ve VRE açısından taranmaktadırlar. Sürveyans kültürleri; rektal sürüntü, boğaz sürüntüsü (sadece onkoloji kliniğinden), burun sürüntüsü, aksiller sürüntü, inguinal sürüntü, hasta entübe ise derin trakeal aspirat, dren sıvısından ve ayrıca yara kültürlerinden elde edilmektedir. Konuyla ilgili değerlendirmeler, ilgili doktor ve hemşireler tarafından yapılmaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Özellikle son zamanlarda farklı hastanelerden hastanemiz kliniklerine çok sayıda hasta gelmektedir. Bu durum hastane floralarını etkilemekte, sürveyansın önemini daha da artırmaktadır. ÇİD bakterilerin son zamanlarda artış hızı içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Kritik hastaların yönetimi açısından hekim, infeksiyon kontrol komitesi hemşiresi ve laboratuvar bu iletişimi artırmak yönünde neler yapabilir ve mevcut yapılan işlemlerin etkinliği ve gerekliliği veya yapılması gereken ilave işlemler tartışılabilir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-127

Yoğun Bakımda Miyastenia Gravis Hastalarının Antibiyotik Tedavisinin Yönetimi

Şerife Şule ÇINAR[1], Ayşe BÜYÜKDEMİRCİ[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Günay TUNCER ERTEM[1], Necla TÜLEK[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Yoğun bakımda yatan miyastenia gravis (MG) hastalarında çoklu ilaç direnci olan mikroorganizmalara karşı antibiyotik seçimindeki kısıtlılıklar ve karşılaşılan zorluklar.

Olay/Olgu

Nöroloji YBÜ'de Kasım 2015'te MG krizi nedeniyle takip edilen hasta YBÜ'ye yatışında solunum sıkıntısı, O_2 satürasyonunda düşme ve asidoz gelişmesi üzerine mekanik ventilatöre bağlanmış. Yatışında; ateşi 38.5°C, lökositozu ve CRP yüksekliği olan hasta tarafımıza danışıldı. Hastanın pürülan sekresyonu olması ve çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda pnömonik infiltrasyon saptanması üzerine pnömoni tanısı kondu. Ampirik olarak piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. Ünitede çoklu ilaç direnci olan gram-negatif mikroorganizmaların görülme sıklığı biliniyordu. Hastanın 4. günde ateşi ve solunum sıkıntısı aldığı tedaviye rağmen devam ediyordu. Hastanın kan ve kateter kültüründe sadece amikasin duyarlı *Klebsiella pneumoniae*, derin trakeal aspiratta sadece kolistin duyarlı *Acinetobacter baumannii* üredi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın üremeleri sadece kolistin ve amikasin duyarlıydı fakat iki antibiyotik de MG krizini alevlendireceğinden dolayı kullanılamadı. Öncelikle kateteri değiştirildi, meropenem ve sulbaktam kombinasyon tedavisi başlandı. Hasta klinik, radyolojik ve laboratuvar olarak iyileşme gösterdi. Kontrol kan kültürlerinde üreme olmadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

MG, nöromusküler kasların postsinaptik membranındaki asetilkolin reseptörlerine karşı oluşan antikorlarla karakterize kas güçsüzlüğüne neden olan otoimmün bir hastalıktır. Miyastenik kriz, hastaların yaklaşık %15-20'sinde karşılaşılan, solunum yetmezliğiyle seyreden ve mekanik ventilasyon gerektiren hayati bir durumdur. Antibiyotiklerden kolistin, aminoglikozid ve tetrasiklin grubu antibiyotikler sinir kas kavşağında nöromusküler blokaja neden olabilmekte, geri dönüşü olmayan solunum yetmezliğine yol açabileceğinden bu grup hastalarda önerilmemektedir. MG hastalarında, uygun doz ve sürede infüzyonla karbapenemlerle *A. baumannii*'ye etkinliği bilinen bir beta-laktamaz inhibitörü olan sulbaktam kombinasyonu tercih edilebilir.

Antibiyotik direncinin çok arttığı günümüzde hastalara ait altta yatan koşullar da eklenince infeksiyonların tedavisi daha da zorlaşmaktadır. Böyle özel durumlarda nasıl bir yol izlenmelidir?

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-128

İnhaler Kolistin Kullanımı Faydalı mı?

Gürkan MERT[1], Duran TOK[1]

[1] Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Akciğer asinetobakter infeksiyonuna karşı inhaler kolistin kullanımı.

Olay/Olgu

Solunum yolu örneklerinden üreyen asinetobakter infeksiyonlarına karşı yoğun bakım ünitelerinde IV kolistin klinik kullanımının bazı problemleri vardır. Özellikle böbrek fonksiyonları problemli olan hastalarda kolistinin IV kullanımında zorlanılmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde bu durumlar için inhaler kolistin kullanımı yapılmaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Farklı merkezlerde inhaler kolistin kullanımı uygulanmakta mıdır? Sepsisli hastalarda askorbik asit ile birlikte inhaler kolistin kullanımı faydalı olabilir mi? Böbrek fonksiyonu normal olan kritik hastalarda klinik başarıyı artırmak amacıyla hem inhaler hem de IV kullanımının aynı anda yapılabilir mi? Daha önceden inhaler uygulaması olmayan kliniklerin inhaler kolistin kullanımına adaptasyonu nasıl oldu? konularının tartışılması istenmektedir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-129

Anjiyografi Yapılan Hastalarda Hepatit B, Hepatit C ve HIV Seroprevalansı

Affan DENK[1], Şafak Özer BALİN[2]

[1] *Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ*
[2] *Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ*

Soru(n)

Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları risklerin farkında olmaması ve bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik yeterli tedbir almaması.

Olay/Olgu

HBV, HCV ve HIV infeksiyonları halen tüm dünyayı ilgilendiren önemli bir sorundur. 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü HBV'yi meslek hastalığı olarak kabul etmiş, 1996 yılında ise Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarının HBV yönünden taranıp uygun kişilerin aşılanmasını başlatmıştır. HCV, etkin bir aşısının henüz bulunamaması nedeniyle dünyada ve Türkiye'de özellikle de sağlık çalışanlarında daha büyük bir sorun hâline gelmektedir.

Sağlık çalışanları meslekleri gereği HBV, HCV ve HIV infeksiyonları açısından genel popülasyona göre daha yüksek riske sahiptir. İnfeksiyon ajanlarının sağlık çalışanına bulaşı daha çok kontamine iğne batması, kan ve diğer vücut sıvılarının mukozalara teması şeklinde olmaktadır. Sağlık çalışanına bulaşın önlenmesi ancak ciddi güvenlik önlemlerinin alınmasıyla olur. Bunun için sağlık çalışanının bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik tedbir almasının önemini vurgulamak ve karşılaştıkları risklere farkındalık oluşturmak gerekmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Çalışma için hastanede 1 Ocak-31 Aralık 2014 tarihleri arasında anjiyografi yapılan 3367 hastanın yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri ve serolojik analiz sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. HBsAg, anti-HCV ve anti-HIV testleri makro-ELISA yöntemiyle çalışıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

HBV, HCV ve HIV'ın neden olduğu infeksiyonlar, dünyada ve ülkemizde oldukça önemli sağlık sorunlarındandır. Sağlık çalışanları kan yoluyla bulaşan HBV, HCV ve HIV'ın yol açtığı infeksiyonlar açısından ciddi risk altındadırlar. Hepatit B taşıyıcılık oranları dünyada farklı farklı oranlarda bildirilmekte ve bu infeksiyonun sıklığını belirlemek için son zamanlarda bölgesel olarak ayrım yapılmaktadır. Ülkemiz hepatit B infeksiyonu açısından orta endemik, HCV infeksiyonu açısından düşük endemik bölgede bulunmaktadır. HBV taşıyıcılığının dünyada ortalama %6.5, ülkemizde ise yayınlara göre değişmekle beraber %4-14 arasında olduğu bildirilmektedir. HCV seroprevalansının ise yine çalışmalara göre değişmekle beraber dünyada %0.5-2, yurdumuzda %0.3-1.6 civarında olduğu bildirilmektedir. Korunmak için sağlık çalışanları her hastaya potansiyel taşıyıcı gözüyle bakmalıdır. Yalnızca hepatit B aşı ile önlenebilir bir hastalık olduğundan tüm sağlık çalışanları hepatit belirteçleri yönünden taranarak duyarlı kişiler aşılanmalıdır. HCV ve HIV infeksiyonlarından korunmada aşı olmadığından korunma önlemleri önem taşımaktadır. Anjiyografi gibi girişimsel işlemler sırasında tüm sağlık personelinin, olabilecek kan sıçramalarına karşı koruyucu gözlük, kanın vücuda temasını engelleyen plastik önlükler gibi güvenlik önlemlerini alması bu etkenlerin bulaşmasını azaltacaktır.

Tablo 1. HBsAg, anti-HCV ve anti-HIV pozitiflik oranları (n= 3367)

	Pozitif (n)
HBsAg	125 (%3.7)
Anti-HCV	53 (%1.6)
Anti-HIV	1 (%0.02)

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-130

Hastaneye Staj İçin Gelen Öğrencilerde Kesici-Delici Alet Yaralanmaları: Sorun mu, Önlenebilir mi?

Günay TUNCER ERTEM[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Cemal BULUT[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Sami KINIKLI[1], Necla TÜLEK[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Kesici-delici alet yaralanmaları tüm sağlık merkezlerinde olabilen bir sorundur. Özellikle eğitim hastanelerinde klinik pratiğe yeni başlayanlarda daha sık görülmektedir. Önemli olan bu yaralanmaları en aza indirgeyebilmektir.

Olay/Olgu

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 468 yataklı bir üçüncü basamak hastanedir. Her yıl özel veya kamuya ait sağlık meslek liselerinden çok sayıda öğrenci, staj görmek üzere bu hastaneye gelmektedir. Toplam 919 öğrenci 2015 yılı boyunca staj görmüş, bunlardan 71 (%7.7)'inde kesici-delici alet yaralanması gelişmiştir. Bu öğrencilerin 56 (%78.9)'sı kadındı. Yaralanmaların %85'i iğne ucuyla olmuştu. Olguların 68 (%95.8)'inde staj öncesinde hepatit B aşı şeması tamamlanmıştı. Yalnızca bir olgunun aşı şeması eksik, bir olgu ise hiç aşılanmamıştı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Tüm olgular kesici-delici aletle temas sonrası yaklaşım protokolüne göre izlendi. HBsAg antikor titresi düşük olanlara hepatit B aşısı tekrarlandı. Bir olguya hepatit B immünglobulini yapıldı. Okullarla temasa geçilerek bu konuda eğitimlerin artırılması önerildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sağlık hizmeti verecek öğrencilerin, klinik pratiğe başlamadan önce hepatit B için aşı şemalarının tamamlanması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca okullarda ve staj döneminde, yaralanmalardan korunma önlemleri hakkında sürekli eğitim verilmelidir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-131

Yoğun Bakım Ünitesinde Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem İnfeksiyonlarının Önlenmesi İçin "Bundle" Uygulama Çabası

Sibel ALTUNIŞIK TOPLU[1], Zeliha KORKMAZ DİŞLİ[2]

[1] *Malatya Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Malatya*
[2] *Malatya Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ünitesi, Malatya*

Soru(n)

Hastanemiz reanimasyon yoğun bakım ünitesinde üriner kateter ilişkili üriner sistem infeksiyonları (ÜKİ-ÜSİ)'nın önlenmesi amaçlı "Bundle" uygulaması ve devamlılığında yaşanan zorluklar.

Olay/Olgu

ÜKİ-ÜSİ hastanede kazanılan infeksiyonların en sık sebebidir. Yoğun bakım ünitelerinde de hastane kaynaklı tüm infeksiyonlarda olduğu gibi ÜKİ-ÜSİ morbidite, mortalite, yatış süresinde ve maliyette artışa sebep olmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu sebeple hastanemiz reanimasyon yoğun bakım ünitemizde ÜKİ-ÜSİ sıklığını azaltmak amacıyla üriner kateterizasyon uygulama ve takibiyle ilgili koruyucu önlemlerden oluşan bir demet (bundle) oluşturduk. Bu koruyucu önlemler demeti;

1. Üriner kateter takılmasından önce el hijyenine dikkat edilmesi,
2. Bölgenin temizliği sırasında disposibl eldiven kullanımı,
3. Üretral meatusun kateterizasyon öncesi steril salin ile silinmesi,
4. Kateter takılması sırasında steril eldiven kullanımı,
5. İdrar örneği alınırken steriliteye dikkat edilmesi (distal idrar kateter ucundan batikon ile temizliği yapıldıktan sonra tek kullanımlık enjektörle örneğin çekilmesi),
6. İdrar sondası ve drenajın doğru pozisyonda yerleştirilmesine ve devamlılığına dikkat edilmesi,
7. İdrar torbalarının boşaltılmasında her hasta için ayrı kap kullanılmasına dikkat edilmesi,

maddelerinden oluşmaktaydı.

Oluşturulan koruyucu önlemler demeti formlar oluşturularak ilgili bölümümüzdeki doktor, hemşire ve hasta bakımı veren diğer sağlık personeliyle paylaşıldı ve hatırlatıcı eğitim yapıldı. Her hasta için koruyucu demetin şartları sağlandıkça forma işaretlenmesi istendi. Uygulama bir ay (Temmuz 2015) süresince takip edildi. İlgili yoğun bakımımızda takip öncesi dönemdeki 3 aylık periyotta (nisan-mayıs-haziran) ÜKİ-ÜSİ hızı 8.55 iken, koruyucu demetin uygulandığı dönemde ÜKİ-ÜSİ hızı 3.01'e geriledi. İlgili ayda Türkiye ortalama ÜKİ-ÜSİ hızı 3.8'di.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Süreç sonunda sonuç bizim açımızdan memnuniyet verici olsa da "bundle" formumuzun devamlılığı getirilemedi. Konuyla ilgili ortaya çıkan sıkıntılardan başlıcaları; gece ve gündüz personelinin değişimi nedeniyle yaşanan aksaklıklar, alınan önlemlerin zaten bilindiği ve uygulandığını savunup böyle bir demete gerek olmadığına inanan bazı çalışanlarımızın varlığıydı. Dolu idrar torbalarının boşaltılması sırasında bir kaba tüm hastaların idrarını toplamaya çalışan, bahane olarak da zamansızlık ve kap temini sıkıntısını sunan bir personel bulunarak, uyarıldı ve eğitim verildi. İdrar torbaları çoklu dirençli etkenler için kaynak olmakta ve diğer hastalara da bulaşa sebebiyet vermektedir.

Kateter ilişkili üriner sistem infeksiyonları yaygın ve maliyetli olmakla birlikte gerekli önlemlerle en çok önlenebilecek infeksiyonlardır. Yine burada da kateterizasyonun uygulanması ve devamında koruyucu önlemlerin uygulanması, gereksiz kateterizasyonun engellenmesi hususunda görev bizlere düşmektedir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-132

Cerrahi Sonrası Gelişen Bir Asinetobakter Menenjiti Olgusu

Arzu DOĞRU[1], Ayşe Canan ÜÇIŞIK[1], Fatma YILMAZ KARADAĞ[1]

[1] İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Soru(n)

Çoklu ilaca dirençli mikroorganizmaların neden olduğu menenjit olguların tedavisinde intravenöz ve intratekal kolistin uygulaması yeterli midir?

Olay/Olgu

Kırk iki yaşında erkek hasta, epidermoid tümör nedeniyle beyin cerrahi uzmanları tarafından opere edildi. Postoperatif 4. günde hastada ateş, solunum sıkıntısı, takipne ve genel durumda bozulma meydana geldi. Fizik muayenede ateş 38.8°C ve nabız dakikada 132 idi. Bilinç kapalı, ağrılı ve sözel uyaranlara yanıt yoktu. Pupiller izokorik ve ışık refleksi her iki gözde mevcuttu. Solunum sayısı dakikada 26 olup her iki akciğerde yaygın raller vardı. Hasta entübe edilerek anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde takip edilmeye başlandı. Beyaz küre değeri 8700/mm^3 ve CRP 28.2 mg/dL idi. Çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografide patolojik bulgu olarak sadece ventrikül boyutlarında artış saptandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastada ilk planda menenjit düşünüldü. Lomber ponksiyonla birlikte eksternal drenaj yapılan hastaya BOS, kan, idrar ve derin trakeal aspirat kültürü alındıktan sonra ampirik olarak meropenem 3 x 2 g IV dozunda başlandı. BOS incelemesinde lökosit sayısı 2742/mm^3 (%90 parçalı), protein 245 mg/dL, glukoz 135 mg/dL (eş zamanlı kan şekeri: 135 mg/dL) bulundu. BOS Gram boyamasında bol parçalı lökosit, bol eritrosit ve gram-negatif basil görüldü. Mevcut tedaviye devam edildi. Hasta bu tedaviyi alıyorken ateşi subfebril devam etti iki kez 38°C'nin üzerine çıktı. Lökosit değeri de 32.300/mm^3'e kadar yükseldi. BOS kültüründe *Acinetobacter* spp. üredi. Üreyen bakteri sadece kolistin ve tigesikline hassastı. Hastaya hem intravenöz hem de intratekal kolistin tedavisi eklendi. Kolistin tedavisinin 8. gününde hasta kaybedildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Cerrahi işlemler sonrasında çoklu ilaca dirençli mikroorganizmaların neden olduğu infeksiyonlarda artış görülmektedir. Beyin cerrahi işlemleri sonrasında menenjit başta olmak üzere diğer santral sinir sistemi infeksiyonları da gelişebilmektedir. BOS'a geçen antibiyotiklerin sınırlı olması nedeniyle santral sinir sistemi infeksiyonları ayrıca önem taşımaktadır. Çoklu ilaca dirençli mikroorganizmaların neden olduğu başta menenjit olmak üzere santral sinir sistemi infeksiyonlarında hangi antibiyotikler tercih edilmeli ve nasıl uygulanmalıdır?

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-133

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çocuk ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çok İlaca Dirençli Bakteri Sürveyansı

Şükran KÖSE[1], Bengü TATAR[1], Gül BÜLBÜL MARAŞ[2], Gülgün AKKOÇLU[1], Ayşe Berna ANIL[3], Dilek ÇİFTDOĞAN[4]

[1] Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir
[2] Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, İzmir
[3] Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir
[4] Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İnfeksiyon Kliniği, İzmir

Soru(n)

Çocuk ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda dirençli bakteri sürveyansı yapılması faydalı mı?

Olay/Olgu

Hastanemizde çocuk ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda vankomisine dirençli enterokok (VRE) sürveyansı yapılmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu yoğun bakım ünitelerine yatan hastalardan hastaneye ilk yatışta ve sonrasında yatış süresince haftada bir kez VRE açısından rektal sürüntü örnekleri alınarak sürveyans yapılmaktadır. Kültür sonuçları laboratuvar tarafından İnfeksiyon Kontrol Komitesine bildirilmekte ve infeksiyon kontrol hemşiresi tarafından takip edilmektedir. Pozitif sonuç elde edilmesi durumunda infeksiyon kontrol hemşiresi tarafından hastanın izlenmekte olduğu yoğun bakım sorumlu hemşiresi ile iletişime geçilip olgunun uygun şekilde izolasyonu sağlanmaktadır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Çocuk ve yenidoğan yoğun bakım hastalarında dirençli bakteri sürveyansı yapılması hastanede yatış süresinde, mortalite, tedavi maliyetlerinin azaltılmasında ve hastane infeksiyonlarının kısır döngüsünü kırmada önemli rol oynamaktadır. Bu konuda düzenlenecek eğitim programları yayılımın önlenmesinde ayrıca büyük önem taşımaktadır.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-134

Hastane Temizliğinde Buharla Temizlik Konvansiyonel Temizliğe Göre Maliyet Etkin mi?

Nefise ÖZTOPRAK ÇUVALCI[1], Filiz KIZILATEŞ[1], Fatoş ELMAS[2], Esma DURSUN[2]

[1] Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya
[2] Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi, Antalya

Soru(n)

Hastanelerde çevre, hasta ve kullanıcı dostu olan ve maliyet açısından avantaj sağlayan buharlı temizlik konvansiyonel temizlik metodlarının yerini almalı mıdır?

Olay/Olgu

Hastanelerde temizliğin etkin yapılması ve temizlik maliyetlerinin düşürülmesi son yılların en güncel konularından birisidir. Buharlı temizlik yüksek ısıda kuru buhar üreten bir cihazla suya dayanıklı tüm yüzeylerde dezenfeksiyon amacıyla kullanılabilecek bir teknolojidir. Konvansiyonel temizlik sıklıkla klorlu bileşiklerle yapılan dezenfeksiyonu kapsamaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu çalışma Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde Ocak 2016'da yapıldı. Konvansiyonel temizlik metodu günde iki kez iki aşamalı temizlik şeklinde uygulandı. Birinci aşama deterjan ile ikinci aşama ise 1000 ppm klor ile yapıldı. Yüzeylerde klor tablet, zeminde ise çamaşır suyu kullanıldı. Buharlı temizlik ise Tecnovap Evo 304 ve vakumsuz ve Carmen plus inox vakumlu olmak üzere iki cihazla 174°C ısı ve 8 bar kuru buharla yapıldı. Bu cihazda sadece musluk suyu kullanıldı, herhangi bir kimyasal dezenfektan kullanılmadı. Bir hafta sadece konvansiyonel temizlik metodu uygulandı. Bu sürede kullanılan su, çamaşır suyu, deterjan, bez, mop miktarları ve temizlik süreleri her temizlik döngüsünde ayrı ayrı günlük olarak kaydedildi. Sonraki bir haftada ise buharlı temizlik cihazları kullanıldı ve kullanılan su, bez ve mop miktarları ve temizlik süreleri aynı şeklide kaydedildi. Konvansiyonel temizlik metoduyla buharlı temizlik cihazı ile yapılan temizlik kullanım kolaylığı, temizlik süresi ve maliyet açısından karşılaştırıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Konvansiyonel temizlik buharlı temizliğe göre iki kat daha uzun süre alıyor, maliyeti 11 kat daha fazla ve su sarfiyatı 22 kat daha fazla bulundu. Buharlı temizlikte hiç kimyasal madde kullanılmadığı ve su sarfiyatı ciddi oranda düşük olduğu için çevre dostu bir yöntem olarak nitelendirilebilir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-135

Multipl Travmalı Hastalarda Sağlık Hizmeti İlişkili İnfeksiyonlar; Risk Faktörleri, Mortalite

Sultan AKÇİMEN[1], Dilara İNAN[1], Melike CENGİZ[1], Dilara ÖĞÜNÇ[1], Latife MAMIKOĞLU[1]

[1] Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Soru(n)

Multipl travmalı hastalarda sağlık hizmeti ilişkili infeksiyonlar.

Olay/Olgu

Politravma; birden fazla vücut alanı veya sistemde hasar meydana getiren kinetik, termal veya kimyasal enerjinin dokulara transferi sonucu oluşan yapısal doku hasarıdır. Günümüzde politravma 40 yaş altı sağlıklı grupta en önemli mortalite nedenidir. Travma nedeniyle yoğun bakım ünitelerine yatan hastaların sıklıkla invaziv tanı ve destek uygulamalarına maruz kalmaları, altta yatan hastalıklarının ağırlıkları, uzun süre yoğun bakım ünitelerinde kalma ve zaman içinde geniş spektrumlu antibiyotiklerin fazla kullanılması sağlık hizmeti ilişkili infeksiyon gelişmesine yol açar.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu çalışma 01 Kasım 2013-31 Ekim 2014 tarihleri arasında bir yıllık süreyle Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitelerinde yapılmıştır. Multipl travma nedeniyle 18 yaş üstü ve 48 saatini yoğun bakımda tamamlamış olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Çalışmaya kabul edilen 137 hastada travmanın en sık nedenini 61 hasta ile (%44.53) araç dışı trafik kazalarının oluşturduğu görülmüştür. Takip edilen 137 hastanın 97'sinde sağlık hizmeti ilişkili infeksiyon görülmüştür. Risk faktörü olarak; entübasyon, mekanik ventilasyon, santral ven kateterizasyonu, nazogastrik sonda uygulanması, sıvı replasmanı, parenteral beslenme saptanmıştır. En sık görülen sağlık hizmeti ilişkili infeksiyonların, %52 ile ventilatörle ilişkili pnömoni, daha sonra %16.6 ile üriner sistem infeksiyonu ve %16.6 ile santral kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonu, %8.3 laboratuvar olarak kanıtlanmış kan dolaşımı infeksiyonu, %3.2 ile cerrahi alan infeksiyonu olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda sağlık hizmeti ilişkili infeksiyonlara neden olan etkenler incelendiğinde gram-negatif bakterilerin daha fazla olduğu, bunlardan *Acinetobacter* spp. ve *Pseudomonas aeruginosa* türlerinin ilk sırada geldiği tespit edilmiştir. Pnömoni ve üriner sistem infeksiyonlarına neden olan etkenler olarak *Acinetobacter* spp. ve *P. aeruginosa* türleri, santral kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonlarına neden olan mikroorganizmalar ise *Acinetobacter* spp., *Enterobacter faecium* ve *Stenotrophomonas maltophilia* olarak saptanmıştır. Ayrıca cerrahi alan infeksiyon etkeni olarak da *Acinetobacter* spp. tespit edilmiştir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-136

Onkoloji Hastanesi 2012-2015 Yılları Arası VRE Sürveyans Sonuçları

Meryem DEMİRELLİ[1], Gülşen İSKENDER[1], Sabahat ÇEKEN[1], Mustafa ERTEK[1]

[1] *Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Hematoloji/kök hücre nakli (KHN) ve YBÜ'lerde vankomisine dirençli enterokok (VRE) kolonizasyonu sürveyansı gerekli midir?

Olay/Olgu

Hastanemiz, hematoloji/KHN ve YBÜ'lerinde VRE sürveyansı yapılmaktadır. Hastalar, ilk yatış gününde rektal sürüntü alınarak VRE kolonizasyonu açısından araştırılır, kolonizasyon tespit edilen hastalardan haftada bir kez 4 negatif sonuç elde edilene kadar rektal sürüntü alınmaya devam edilir.

Bu ünitelerde son dört yılda VRE ile kolonize ve infekte hasta oranlarına bakıldığında, kolonizasyon açısından en yüksek oran, 2012 yılında hematoloji ve KHN ünitelerinde sırayla %6.2 ve %5.2 olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). Hematoloji servisinde 2013 yılında VRE kolonizasyonu olan hastalardan sadece birinde VRE infeksiyonu (kan dolaşımı infeksiyonu) saptanmıştır, diğer yıllarda kolonizasyona eşlik eden infeksiyon saptanmamıştır. YBÜ'de ise VRE kolonize hasta sayısında 2012-2013 yıllarına göre son iki yılda hafif artış gözlenmiş, kolonizasyona eşlik eden infeksiyon saptanmamıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanemizde altta yatan ciddi hastalık veya immünsüpresyonu olan hastalarda (yoğun bakımda, hematoloji/KHN ünitelerinde yatan hastalar) VRE kolonizasyonu sürveyansına devam etmekteyiz. Hematoloji/KHN ünitelerinde 2012 yılında tespit edilen yüksek kolonizasyon oranlarından sonra İnfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından bu bölümlerde, el hijyeni, temas izolasyonu, rasyonel antibiyotik kullanımı ve kolonize hastaların haftalık sürveyans kültürleri alınması açısından periyodik olarak eğitimler verilmiş ve denetimler yapılmıştır. Bu girişimlerin sonucunda kolonizasyon oranlarında düşüş sağlanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

VRE'ler infeksiyon veya kolonizasyon etkeni olarak karşımıza çıkan önemli hastane infeksiyonu etkenlerindendir. Gastrointestinal taşıyıcı olan bireyler ve hastalar en önemli VRE rezervuarını oluşturmaktadır. Altta yatan ciddi hastalık veya immünsüpresyon, geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımı (sefalosporinler, antianaerobik ajanlar ve glikopeptidler) VRE infeksiyonu/kolonizasyonu açısından sayılabilecek önemli risk faktörlerdir. Bizim merkezde görüldüğü gibi kritik hastaların takip edildiği bölümlerde VRE kolonizasyon oranları düşük olup, eşlik eden infeksiyon ise yok denecek kadar azdır. Dolayısıyla VRE açısından daha önce kolonize olduğu bilinen hastaların tekrar yatışında veya başka bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi gören ve sevk edilen hastalar hariç aktif sürveyans yapılması yerine VRE infeksiyonu tespit edildiği zaman, hastada ve yattığı serviste kolonizasyon taramaları yapılması ve kolonizasyonun bir hafta arayla dört kez saptanmaması durumunda aktif sürveyansa son verilmesinin daha maliyet etkin olacağı kanaatindeyiz.

Tablo 1. Hastanemizdeki VRE sürveyans sonuçları

Yoğun bakım	Yatan hasta sayısı	VRE ile kolonize hasta sayısı (%)	VRE ile infeksiyon gelişmiş olan hasta sayısı
2012	736	5 (%0.6)	0
2013	507	5 (%0.9)	0
2014	617	10 (%1.6)	0
2015	558	9 (%1.6)	0
Hematoloji			
2012	641	40 (%6.2)	0
2013	884	12 (%1.3)	1 (%0.1) kan dolaşımı
2014	791	5 (%0.6)	0
2015	752	1 (%0.1)	0
KHN ünitesi			
2012	171	9 (%5.2)	0
2013	241	4 (%1.6)	0
2014	242	2 (%0.8)	0
2015	236	8 (%3.3)	0

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-137

Diyaliz Hastalarında Kateter İlişkili Kan Dolaşımı İnfeksiyonları

Ayşe KAYA KALEM[1], Gül Ruhsar YILMAZ[1], Gülden BEKGÖZ[1], Bircan KAYAASLAN[2], İmran HASANOĞLU[1], Zeliha KOÇAK TUFAN[2], Tümer GÜVEN[2], Rahmet GÜNER[2], Turan BUZGAN[2], Mehmet A. TAŞYARAN[2]

[1] Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2] Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Diyaliz hastalarındaki kateter ilişkili infeksiyonlarda etkenler nelerdir?

Olay/Olgu

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda fistül açılamadığı durumlarda, diyaliz için kateter kullanımı hayat kurtarıcıdır. Ancak bu hastalarda, kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonları (Kİ-KDİ) ciddi mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Çalışmamızda, Kİ-KDİ tanısı alan hastalarımızın demografik özelliklerini ve etken mikroorganizmaları incelemeyi amaçladık.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu çalışmada retrospektif olarak, hemodiyaliz hastası olan ve Kİ-KDİ tanısıyla Ocak 2010-Eylül 2015 tarihleri arasında Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde hastaneye yatırılan ve aynı tanıyla diğer bölümlerde günlük konsültasyonla izlenen erişkin hastalar değerlendirmeye alındı. Diğer birimlerde izlenen hastalar konsültasyon notları taranarak tespit edildi. Kİ-KDİ tanısı için "National Health Safety Network (NHSN)" tanı kriterleri kullanıldı. Hasta verileri, hasta dosyaları ve hastane bilgi sistemi taranarak daha önceden hazırlanmış bir forma kaydedildi. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanıldı. Elli altı hemodiyaliz hastasında (34 kadın, 22 erkek), 65 Kİ-KDİ epizodu tespit edildi. Hastaların yaş ortalaması 65.6 ± 13.61 yıl, ortalama hemodiyaliz tedavisi süresi 12 (1-108) yıldı. En sık tespit edilen ilk 3 semptom ateş (%87.7), bulantı (%32.3) ve kusma (% 23.1) idi. Kateter çevresinde ağrı ise sadece Kİ-KDİ epizodunun %6.2'sinde tespit edildi. İnfeksiyon etkenlerine bakıldığında, görülme sıklığına göre metisiline duyarlı *Staphylococcus aureus* (MSSA) (%21.5), *Enterobacter cloacae* (%13.9), *Escherichia coli* (%13.8), metisiline dirençli koagülaz-negatif stafilokok (MRKNS) (%12.3), metisiline duyarlı koagülaz-negatif stafilokok (MSKNS) (%9.2), metisiline dirençli *S. aureus* (MRSA) (%7.7), *Klebsiella pneumoniae* (%4.6), *Enterococcus faecalis* (%4.6) ve diğer mikroorganizmalar (%6.1) saptandı. İnfeksiyon epizodlarının 54 (%83.1)'ünde uygun ampirik tedavi başlanmış olduğu belirlendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Stafilokok türleri diyaliz olgularında gelişen Kİ-KDİ olgularında en sık rastlanan etkenler olarak belirlenmiştir.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-138

Bilgi Güçtür

Seçil DENİZ[1]

[1] *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Soru(n)

Hastaneye mal-cihaz-hizmet alımı gibi durumlarda infeksiyon hastalıkları uzmanlarının yaşadığı sorunlar.

Olay/Olgu

Daha önce görev yaptığım bir hastanede sterilizasyon ünitesi için yeni bir cihaz alınması planlanmıştı. Bu amaçla şartname hazırlanması için diğer birimlerden başka sorumlularla birlikte infeksiyon hastalıkları uzmanı olarak ben de görevlendirildim. Alınması planlanan cihazla ilgili, ekip olarak kapsamlı bir çalışma yaptıktan sonra kaliteli ve hastane şartlarına uygun bir ürün alınmasını sağlayacak fakat aynı zamanda taraf tutmayan örnek bir şartname hazırlamaya çalıştık. Konuyla ilgili olarak hazırlıklarımızı hastane idaresiyle paylaşmak için sorumlu idari personelle görüştük. Görüşme sırasında, alınması planlanan cihazın belli olduğu ve bizim detaylı çalışmalarımıza gerek olmadığı belirtildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Resmi olarak görevlendirilmemiz nedeniyle, ekip olarak uzun uğraşlardan sonra, tarafsız olmasına dikkat ederek hazırlamaya çabaladığımız şartnameyi teslim ettik.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Asistanlık eğitimi süresince 2. ve 3. basamak gibi büyük hastanelerde bulunmakta, ayaktan ve yatan hasta takipleriyle daha çok ilgilenmekte, idari işleyişe uzak kalmaktayız. Oysaki uzman olarak görev yaptığımız hastanelerde mal-cihaz-hizmet alımı durumlarında şartname hazırlanması, mal kabul birimleri gibi farklı alanlarda da görevlendiriliyoruz. Görev sürecinde de idari anlaşmazlıklarla karşılaşılabiliyor. Bu noktada; infeksiyon hastalıkları uzmanları çalıştıkları hastanelerde hastaneye mal-hizmet-cihaz alımı konularında hangi görevlerde bulunabilirler? Sorumlulukları nelerdir? Asistanlık eğitimi süresince bu konularda bilgi-eğitim düzeyini artırmak için ne tür uygulamalar yapılabilir?

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-139

Delici-Kesici Alet Yaralanmalarında Düşünmediğimiz Düşük Olasılıklar ve Riskleri

Zerrin AŞCI[1], Soner GÖK[2]

[1] *Afyon Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Afyonkarahisar*
[2] *Diyadin Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ağrı*

Soru(n)

Kesici-delici alet yaralanması ve sifiliz.

Olay/Olgu

On dokuz yaşında kadın hasta, 38 haftalık gebeliği mevcut. Gebeliği sırasında takibi yok. Servikste tam açıklıkla hastaneye başvuruyor. Acilen doğum salonuna alınıyor. Doğumu yaptıran ebe epizyotomi sütürünü atarken kullandığı iğneyi eline batırıyor.

Ellerini yıkadıktan sonra panikle hastayı sorguluyor, önce bilinen bir rahatsızlığı olmadığını söyleyen hasta ısrarlı sorular üzerine sifiliz tanısıyla izlendiğini anlatıyor.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hasta ve yakınları tekrar sorgulandı fakat hastadan sifiliz tanısını alma süreci ve tedaviyle ilgili tatmin edici bilgi alınamadı. Hastanın fizik muayenesinde sifiliz lehine bulguya rastlanmadı. Normal doğum ağırlığında doğan bebekte de ilk değerlendirmede anormal bir bulguya rastlanmadı. Bebek sifiliz açısından değerlendirilmek üzere bir üst merkeze sevk edildi.

İğne batması sonucu temasa maruz kalan ebe 22 yaşındaydı. Kendisine sifiliz için temas sonrası profilaksi verildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sağlık çalışanları mesleki olarak birçok risk ve tehlikeyle karşılaşmaktadır. Bunlar içinde infeksiyonlar ve kesici-delici alet yaralanmaları en önemlileridir. Bu yolla 20'den fazla ajanın bulaşabileceği bilinmektedir. Bunlardan bazıları; HIV, HBV, HCV, *Brusella* spp., *Treponema pallidum*, Parvovirus B19, *Toxoplasma gondii*, *Plasmodium* türleri, HAV, HEV, HDV, TTV, CMV, EBV'dir.

Kesici-delici alet yaralanmaları takip edilirken nadir görülen ajanlar sorgulanmamakta veya tetkik edilmemektedir. Yaralanma sonrası hastadan hangi tetkikler istenmelidir? Hepatit markırları takibi yeterli midir? Tartışılmasını istiyoruz.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar anlatılırken ilk başlıklardan biri olan sifiliz için cinsel temas sonrası benzatin penisilin G veya doksisiklin ile profilaksi önerilmektedir. Kesici-delici alet yaralanmalarında da profilaksi yapılmalı mıdır?

Literatürde inkübasyon süresinin 90 güne kadar uzayabileceği bildirilmiştir. Olgudaki ebe ne kadar süre izlenmelidir?

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-140

İnfeksiyon Kontrol Komitesi ve Ameliyathanedeki Ayrıntılar

Pervin OLGUNDAN[1], Zerrin AŞÇI[1]

[1] *Afyon Devlet Hastanesi, Afyonkarahisar*

Soru(n)

Ameliyathanede kullanılan koter plağının "reusable" olması.

Olay/Olgu

Ameliyathaneye ameliyat olmak için gelen hastalarının tüm sorumluluğu ameliyathane ekibinin sorumluluğundadır. Bu yüzden ameliyathanelerdeki her kullanılan malzemenin rutin kontrollerinin yapılması, yapılan işin defalarca tekrar tekrar kontrolü, kullanılan malzemenin de mümkün olduğunca disposible olması gerekir. İntraoperatif kanamalarda kullanılan koterin, hastayı topraklamak için kullanılan ve hastanın gluteal bölgesine yerleştirilen plak kısmı "reusable" idi. Kullanıldıktan sonra plak olan kısmı çamaşır suyu ile temizlenip diğer hastalarda kullanılmaktaydı. Hastane idaresine disposibl plak alınması önerisinde bulunuldu fakat maliyet hesabı yapıldıktan sonra bu uygulamaya geçilmedi. Bir hafta içerisinde üç hastada postoperatif dönemde koter kaynaklı yanıklar tespit edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İnfeksiyon kontrol komitesinin önerdiği tek kullanımlık koter plaklarına geçildi. Elektrokoter cihazları firmayla görüşülerek bakım onarımları yapıldı. Personele tekrar eğitim verildi. Disposibl koter plaklarıyla hizmete devam edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ameliyathanede kullanılan tüm malzemeler infeksiyon kontrol ekibinin gözüyle denetlenmelidir. Gözden kaçabilecek küçük ayrıntıların hastaya büyük zararlar verebileceği unutulmamalıdır.

Hastane İnfeksiyonları-Yoğun Bakım İnfeksiyonları

P-141

Ribavirin Profilaksisi Altında Gelişen Hafif Seyirli Nozokomiyal Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Olgusu

Şener BARUT[1], Ferdi GÜNEŞ[1], Ümit GEMİCİ[1]

[1] Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tokat

Soru(n)

Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) hastaları ile riskli temas durumunda ribavirin profilaksisi kullanımı yararlı mıdır?

Olay/Olgu

Hastanemiz pediatri servisinde hemşire olarak çalışan 30 yaşında kadın hasta, KKKA tanısıyla pediatri servisinde izlenmekte olan bir hastanın iğnesinin uyluk bölgesine batması şikayetiyle başvurdu. Öyküsünde KKKA'lı bir hastadan akut dönemde kan alma sırasında eldiven ve maske kullanmasına rağmen kaza ile uyluk bölgesine iğne battığı öğrenildi. Kene teması öyküsü yoktu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Klinik yakınması olmayan hastanın fizik muayene ve laboratuvar bulguları normal saptandı. Hastaya ribavirin profilaksisi başlanarak izleme alındı. Profilaksiyi altıncı günde kendi isteğiyle bıraktığı öğrenildi. İğne batması sonrasında 12. günde ateş yüksekliği, halsizlik, iştahsızlık, eklemlerde ağrı şikayetleriyle tekrar başvurdu. KKKA ön tanısıyla servise yatırıldı. Kliniğe yatışında şuuru açık, genel durumu iyi, ateşi 38.5°C, kan basıncı 120/70 mmHg, kalp tepe atımı 90/dakika, fizik muayene bulguları doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde lökopeni (WBC: 3770/mm^3), hafif trombositopeni (Plt: 131.000/mm^3), laktat dehidrogenaz düzeyi hafif artmış (LDH: 301 U/L) olarak bulundu. Protombin zamanı, aPTT, transaminazlar ve kreatinin kinaz normaldi. KKKA için kan örneği referans laboratuvara (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Viroloji Laboratuvarı) gönderildi. Kan kültürleri alındı. Ribavirin tedavisi tekrar başlandı. Bruselloz açısından alınan Rose-Bengal testi negatifti. Yatışının üçüncü gününde ateş yüksekliği geriledi. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Viroloji Laboratuvarına gönderilen örnekte PCR testiyle KKKA virüsü RNA'sı pozitif olarak bildirildi. İzleminde laboratuvar bulgularında kötüleşme olmadı, klinik şikayetleri geriledi. Lökosit ve trombosit sayıları, 3 gün içinde normale döndü, kan ürünü replasmanı ihtiyacı olmadı. Yatışının 5. gününde taburcu edildi. Ribavirin tedavisi ayaktan 10 güne tamamlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

KKKA hastalığın kuluçka süresi, kene ısırığı sonrası ortalama 2-12 gün arasındadır. Nozokomiyal infeksiyonlarda ise bu süre ortalama 5-6 gündür. Bizim olgumuzda kuluçka süresi 12 gün olup, nozokomiyal KKKA infeksiyonlarına göre bu süre nispeten uzundur. Bunun ribavirin profilaksisine veya indeks olgunun düşük viral yüküne bağlı olabileceği düşünülebilir. Olgumuzda ateş yüksekliği, halsizlik, iştahsızlık ve eklemlerde ağrı şikayetleri görülmüştür ancak kanama bulgusu izlenmemiştir. Hafif düzeyde lökopeni ve trombositopeni gelişmiş fakat transaminaz yüksekliği ve PT, aPTT'de uzama saptanmamıştır. Olgumuzun klinik ve laboratuvar açıdan hafif seyirli olması, ribavirin profilaksisine bağlı olabilir. Sonuç olarak KKKA'da nozokomiyal bulaşın önlenmesinde, KKKA için endemik olan bölgemizde hastaneye başvuran her hastaya müdahale edilirken evrensel infeksiyon kontrol önlemlerine uyulması gerekmektedir. İndeks olguların erken tanısı ve riskli temas durumlarında ribavirin profilaksisinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Pediatriden Geriatriye 1. Basamakta Sık Rastlanan İnfeksiyon Hastalıkları

P-142

İyi Tedavi Edilmemiş Otitis Medianın Komplikasyonları Neler Olabilir?

Elif Nur ÖZBAY HALİLOĞLU[1], Gözde YAKKAN[2], Gülden YILMAZ[1], Kemal Osman MEMİKOĞLU[1]

[1] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
[2] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

İyi tedavi edilmemiş otitis medianın komplikasyonları neler olabilir?

Olay/Olgu

Seksen üç yaşında kadın hasta bir haftadır boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, çift görme, sağ kulakta akıntı ve sağ tarafta baş ağrısıyla başvurdu. Hasta 3 ay önce otitis media geçirmiş olup üç günlük azitromisin tedavisi almış. Otitis media sonrası işitme kaybı başlamış. İlk muayenede hastada sağ tarafta periferik fasiyal paralizi, sağ abducens paralizisi ve sağ kulakta işitme kaybı saptandı. Temporal kemik bilgisayarlı tomografi sonucu sağ mastoidit, sağ otitis media; kulak MR sonucu ise sağda genikülat ganglion, kohlea ve internal akustik kanal distalinde kontrastlanma, sağ petröz apekste ve mastoid selülerde sıvı ve kontrastlanma olarak raporlandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Kulak burun boğaz ve nöroloji kliniği önerileriyle hastanın otitis media, mastoidit ve 6. kraniyal sinir hasarı olması nedeniyle Gradenigo sendromu ön tanısıyla yüksek doz prednol tedavisi başlanılıp takip edildi. Hastaya tarafımızca seftazidim ve linezolid başlandı. Hastanın klinik bulgularında (periferik fasiyal paralizi muayenesinde azalma, çift görmede azalma) mevcut olmasına rağmen 19/11/2015 tarihinde hastanın bulantı şikayetinin artması üzerine seftazidim kesilerek meropeneme geçildi. Kontrol görüntülemelerinde gerileme mevcut olan hasta için cerrahi operasyon düşünülmedi. Hasta oral siprofloksasin tedavisi, steroid doz azaltılma şeması ve bir hafta sonra poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Gradenigo sendromunun triadı; otitis media, beşinci ve altıncı kraniyal sinir hasarıdır. Otitis media iyi tedavi edilmediğinde önemli komplikasyonlara neden olabilmektedir.

Pediatriden Geriatriye 1. Basamakta Sık Rastlanan İnfeksiyon Hastalıkları

P-143

Moksifloksasin Grubu Antibiyotiğin Tek Endikasyonunun Pnömoni Olarak Sınırlandırılması

Dilek YAĞCI ÇAĞLAYIK[1], Selda KARAKADIOĞLU[1], Burak KÖMÜRCÜ[1], Elif TÜKENMEZ TİGEN[1]

[1] Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Soru(n)

Osteomiyelit tanılı hastalarda tedavinin kullanım kolaylığı ve tedavi süresinin uzun olması nedeniyle seçilebilecek olan moksifloksasinin geri ödenmemesi.

Olay/Olgu

Osteomiyelit tanılı hastaya başlanan moksifloksasin antibiyotiğinin geri ödemesi tanı pnömoni olarak girilmediğinden yapılmamıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya kendi cebinden alması gerektiği ya da ikili ilaç rejimine geçilebileceği belirtilmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Pnömoni dışındaki endikasyonlar için moksifloksasinin sadece infeksiyon hastalıkları uzmanları tarafından reçetelenmesine izin verilerek diğer endikasyonlarda da kullanım yolunun açılması için tartışılmasını istiyorum.

Pediatriden Geriatriye 1. Basamakta Sık Rastlanan İnfeksiyon Hastalıkları

P-144

2015-2016 Kış Dönemi İçerisinde Lefkoşa Devlet Hastanesine Viral Üst Solunum Yolu İnfeksiyonu Şikayetiyle Başvuran Hastaların Etyolojik Çalışması

Jale REFİK ROGERS[1], Emre Y. VUDALI[2], Nesil BAYRAKTAR[2], Selin BARDAK ÖZCEM[2], Zafer ERDOĞMUŞ[2]

[1] Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Moleküler Genetik Bölümü, Lefkoşa/KKTC

[2] Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Lefkoşa/KKTC

Soru(n)

KKTC'de 2015-2016 yılı kış döneminde viral üst solunum yolu infeksiyonu (ÜSYİ)'na sebep olan viral etkenlerin bilinmemesi.

Olay/Olgu

Her yıl özellikle kış aylarında her ülkede olduğu gibi ülkemizde de gribal ÜSYİ sık görülmektedir. Viral etyolojiyi belirlemek amacıyla, gribal infeksiyon şikayeti olan poliklinik veya yatan hastalardan nazal sürüntü örnekleri alındı. Hasta örnekleri RT-PCR yöntemiyle hastanenin moleküler genetik laboratuvarında çalışıldı. Bu çalışma ülkemizde yapılan ilk kapsamlı çalışmadır. Gelecek yıllarda görülecek grip salgınlarına ışık tutması açısından bu yılki salgınla ilgili bilgi toplanması amaçlanmıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

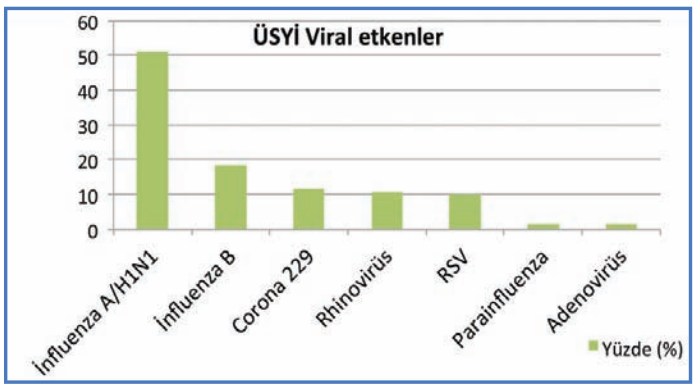
Ocak 2016 ve Şubat 2016 tarihinde gribal infeksiyon şikayetleriyle polikliniğe başvuran veya servislere yatan 129 hastadan nazal swab örnekleri toplandı. Gribal infeksiyon semptomlarının üç tanesi olan kişilerden örnek alındı. Bu semptomlar; ateş, öksürük, baş ağrısı, miyalji ve burun akıntısı idi. Örnekler, moleküler genetik laboratuvarında multipleks RT-PCR yöntemiyle ticari kit kullanarak Qiagen Rotor Gene Q cihazında çalışıldı.

Alınan nazal swab örneklerinden %51 (n= 66)'inde influenza A/H1N1, %18.6 (n= 24)'sında influenza B, %11.6 (n= 15)'sında koronavirüs, %10.8 (n= 14)'inde rinovirüs, %10 (n= 13)'unda RSV, %1.5 (n= 2)'inde parainfluenza ve %1.5 (n= 2)'inde adenovirüs saptandı.

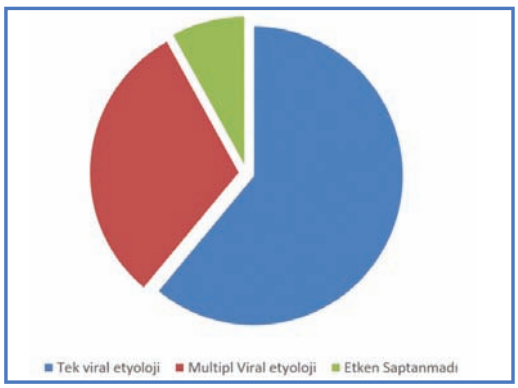
Alınan örneklerden %61 (n= 75)'inde tek viral etken saptanırken %31 (n= 38)'inde multipl viral etkenler saptandı. Örneklerin %8 (n= 9)'inde ise herhangi bir viral etken saptanmadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bu çalışma KKTC'de bir ilk olması sebebiyle önem taşımaktadır. 2015-2016 kış döneminde KKTC'de viral ÜSYİ ile Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesine başvuran hastalarda en sık influenza A/H1N1 (%51) virüsü saptandı. Bu çalışma, gelecekte bölgede görülecek ÜSYİ viral etkenlerin tahmininde yardımcı olacak bir çalışmadır. Ancak etyolojik virüsler yıllar içinde değişebileceğinden tekrarlayan yıllık sürveyanslara da ihtiyaç vardır. Ülkemizde kullanılan grip aşısının görülen viral etkenler ile uyumlu olduğu bu çalışma ile tespit edilmiştir.



Resim 1.



Resim 2.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-145

Nefrotik Sendrom Tanısıyla Takipli Sağlık Personelinde Perkütan Yaralanma Sonrası Profilaksi

Büşra ERGÜT SEZER[1], Özgül CEYLAN[1], Mustafa DOĞAN[1]

[1] *Çorlu Devlet Hastanesi, Çorlu/Tekirdağ*

Soru(n)

Perkütan yaralanma sonrası nefrotik sendromlu hastalarda aşı yapılsın mı? Yoksa atak gelişiminin önlenmesi için aşı yapılmasın mı?

Olay/Olgu

On altı yaşında erkek hasta, sağlık meslek lisesinde okuyor. Hastanemizde stajyer olarak çalışıyor. Bir yaşında nefrotik sendrom tanısı konulmuş ve Hacettepe Üniversitesi Çocuk Nefroloji Bölümünde takip ediliyor. Siklosporin 25 mg/gün ve prednol 6 mg/gün kullanıyor. Acil serviste sütur atarken perkütan yaralanma sonucu polikliniğimize başvurdu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Yapılan tetkiklerinde anti-HBs negatif, anti-HCV negatif, anti-HIV negatif, HBsAg negatif olarak değerlendirildi. Nefrotik sendrom tanısıyla takipli olduğu için aşı yapılamadığı, aşı yapıldığı zaman atak geçirdiği öğrenilen olgudan anti-HBc IgG ve anti-HBc IgM gönderildi. Perkütan yaralanmaya neden olan hastaya ulaşılamadığı için hastanın hepatit markırları gönderilemedi. Nefroloji bölümüne aşının kontrendikasyonu açısından danışıldı. Erişkin yaşta aşının yapılmasının kontrendike olmadığı ancak çocuk yaş grubuna girdiği için atağa neden olabileceği öğrenildi. Bunun üzerine Tekirdağ ve Edirne Üniversite Hastanelerinde çocuk nefroloji bölümüne danışıldı ve her iki yerden de benzer yanıtlar alınarak aşının riskli olabileceği, aşı sonrası atak gelişebileceği söylendi. Anti-HBc IgG sonucu şüpheli pozitif olarak değerlendirildi. Kontrol için tekrar kan gönderildi. Kontrol kan tetkiklerinde anti-HBc IgG negatif olarak değerlendirildi. Stajyer öğrencinin ailesine bilgi verildi. Aşı yaptırmak istemedikleri için aşı programına alınmadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarına göre, sağlık çalışanlarının %40'ı HBV ve HCV, %2.5'i HIV'a mesleki olarak maruz kalmaktadır. HBsAg ve HBeAg pozitif kanla temas sonrası hepatit B gelişme riski %22-31 iken, kan HBsAg pozitif fakat HBeAg negatifse risk %1-6 arasındadır. HCV pozitif kaynakla perkütan temas sonrası anti-HCV serokonversiyon insidansı %1.8 (%0-7) oranındadır. Oranların yüksek olması sebebiyle sağlık personelini bulaşma riskinden korumak önem kazanmaktadır. Bu bilgiler ışığında nefrotik sendromu tanısıyla takipli hastalarda hepatit B profilaksisi nasıl yapılmalıdır?

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-146

Sağlık Çalışanlarında İnfluenza Farkındalığı

Ebru KAPLAN[1], Aysun YALÇI[1], Ayten ŞAYLİ[1], Sevim ÇALIŞ[1], Alpay AZAP[1]

[1] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Günümüzde influenza ile mücadelede en önemli yol aşılama olduğu halde aşı için hedef gruplar arasında geçen yüksek riskli kişilere influenzayı bulaştırabilecek olan sağlık çalışanlarında aşı yaptırma oranını nasıl artırabiliriz?

Olay/Olgu

2014 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci Hastanelerinde çalışan kişiler arasında toplamda 287 kişi grip aşısı yaptırdı. Bunların 208'i doktor, hemşire, sağlık personeli gibi hasta ile temas eden grupken 79'u sekreter, güvenlik görevlisi, memur gibi hastayla direkt temas olasılığı düşük olan kişilerdi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Rakamların bu kadar düşük olması üzerine bu yıl tüm personele iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri kapsamında infeksiyon hastalıkları anabilim dalı başkanı tarafından influenza ile ilgili bilgi verilip aşının öneminden bahsedildi. 2015 yılı verilerine göre aşı yaptırma oranında yaklaşık iki kat artış olup aşılanan personel sayısı 518 oldu. Bunların 413'ü hastayla direkt temas eden kişilerken, 105'i hasta ile direkt teması olmayan gruptandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanede yatan özellikle ek komorbid hastalıkları olan kişilerde influenza mortalite açısından anlamlı bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. İngiliz Ulusal İmmünizasyon Programına göre kronik kalp hastalarında influenza ile ilişkili mortalite %10.7 iken, bu sayı immünsüpresif hastalarda %47.3, kronik karaciğer hastalarında %48.2'yi bulmaktadır. Türk Toraks Derneği uzlaşı raporunda yüksek riskli hastalarla karşılaşma riski olan doktor, hemşire, sağlık personeli influenza aşısı yapılması gereken kişiler arasında sayılmaktadır. Buna rağmen sağlık çalışanlarında aşılamaya karşı ilgisizlik dikkati çekmektedir. Bu sorun nasıl çözülebilir? Sağlık çalışanları arasında aşılama oranlarını artırmak için başka neler yapılabilir? Hastanemizdeki düşük aşılanma oranları nedeniyle alınabilecek önlemlerin neler olabileceği tartışılmak istenmiştir.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-147

Bir Hematoloji Ünitesinde Sağlık Çalışanlarının Aşılanma Durumu

Elif M. SARICAOĞLU[1], Sevim ÇALIŞ[1], Gülden YILMAZ[1], Hatun ÇINAR YAVDIR[2], Günhan GÜRMAN[2], Alpay AZAP[1]

[1] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
[2] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Soru(n)

İnfluenza komplikasyonları açısından yüksek riskli hematolojik maligniteli hastaların takip edildiği bir hematoloji ünitesinde bulaştırıcılık açısından önemli rol oynayan sağlık çalışanlarının aşıya karşı tutumları ve düşük aşılanma oranları.

Olay/Olgu

Ankara Üniversitesi Cebeci Tıp Fakültesi Hematoloji Ünitesi allojenik/otolog kök hücre nakillerinin yapıldığı ve hematolojik malignitesi olan hastaların kemoterapi tedavisi almakta oldukları 66 yataklı bir servistir. Hematoloji servisinde görev yapmakta olan toplam 85 sağlık çalışanı (doktor, hemşire, hasta bakıcı, memur vb.) bulunmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastane bilgi yönetim sistemi aracılığıyla tüm çalışanlar influenza aşılarının temin edildiği ve çalışan sağlığı biriminde aşılamanın başladığı konusunda bilgilendirilmiştir. Cebeci kampüsünde toplu kullanım alanlarına konuyla ilgili duyurular asılmıştır. Ayrıca infeksiyon hastalıkları hekimi tarafından tüm hematoloji doktorlarına telefon aracılığıyla aşılanma ile ilgili bilgi verilmiştir. Hematoloji servisi sorumlu hemşiresi ve çalışan sağlığı birimi hemşiresi, Hematoloji Bilim Dalı ve servislerinde görevli tüm sağlık çalışanlarıyla birebir görüşme yapmıştır. Aşılanma durumları sorgulanmış ve aşı yapılmamış ise influenza aşısının yapılması önerilmiştir. Aşı yapılmasını kabul eden ve aşı için kontrendikasyon oluşturan bir durumu olmayan görevlilere o anda aşıları uygulanmıştır. Toplam 78 sağlık çalışanına ulaşılmış ve 27 kişiye (14 doktor, 8 hemşire, 3 yemek şirketi personeli, 1 hasta bakıcı, 1 temizlik personeli) aşı yapılmış, geri kalan 51 kişi ise aşı yapılmasını kabul etmemiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Malign hematolojik hastalıkların seyri sırasında bağışıklık sisteminin baskılanması sonucunda infeksiyon sıklığının artması önemli morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Aşılama ile viral ve bakteriyel infeksiyonların önlenmesi etkili bir yöntemdir. Hastaların aşılanmasının yanı sıra sağlık çalışanlarının aşılanması hem sağlık çalışanlarının infekte hastalardan koruması hem de infekte olan sağlık çalışanının özellikle ciddi hastalığı bulunan kişilere bulaştırıcılığının önlenmesi açısından önemlidir. Hastanemizde yüksek riskli hastaların takip edilmekte olduğu hematoloji ünitesinde, çalışanlara görev yerlerinde aşılanma olanağı sunulmasına rağmen, aşı yapılma oranlarının hala düşük olması önemli bir sorundur. Yüksek riskli hastaların yattığı birimlerde çalışanlarda aşılanma oranının artırılması için nelerin yapılabileceği tartışılmak istenmektedir.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-148

Splenektomi Yapılan Hastalarda Bağışıklama

Şerife Şule ÇINAR[1], Necla TÜLEK[1], Tuba İLGAR[1], Meliha Çağla SÖNMEZER[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Elektif ya da acil şartlarda splenektomi yapılan hastalara hangi aşılar ne zaman ve hangi aralıklarla yapılmalı?

Olay/Olgu

Genel cerrahi servisinde travmatik dalak rüptürü, non-Hodgkin lenfoma, hematolojik hastalıklar nedeniyle splenektomi yapılan hastalar sadece postoperatif dönemde infeksiyon hastalıkları kliniğine aşı önerileri nedeniyle konsülte edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastalar yatak başı değerlendirildikten sonra kapsüllü bakteri (pnömokok, *Haemophilus influenzae* tip b, meningokok) ve yıllık influenza aşıları önerildi. Hastalar postoperatif dönemde danışıldığı için kapsüllü bakteri aşılarının operasyondan 15 gün sonra yapılması ayrıca pnömokok ve *H. influenzae* aşılarının 5 yılda bir tekrarlanması önerildi. Meningokok aşısının endemik bölgeye seyahat edileceği zaman tekrar edilmesi önerildi. Hastaya splenektomi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için aşıların önemi konusunda bilgilendirme yapıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Splenektomi sonrası kanama, pnömoni, subfrenik apse, yara yeri infeksiyonları, portal ven trombozu gibi komplikasyonların yanında kapsüllü bakterilerin sıklıkla neden olduğu postsplenektomi sepsisi sendromu gibi ciddi fakat aşı ile önlenebilir komplikasyonlar gelişebilmektedir. Hastayı primer takip eden hekimin ve opere eden cerrahın yanı sıra hastanın da komplikasyonlar ve aşının önemi konusunda bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Aşılama elektif operasyonlardan iki hafta önce yapılmalıdır. Acil operasyonlardan sonra da hastanın aşılanıp aşılanmadığı takip edilmelidir.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-149

Pnömokok Aşısının Temininde Sorunlar

Şerife Şule ÇINAR[1], Necla TÜLEK[1], Meliha Çağla SÖNMEZER[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Splenektomili, kafa travması olan ya da kronik akciğer veya böbrek hastalığı gibi immün sistem fonksiyonlarının bozulduğu ve 65 yaş üzeri hastalarda önerilen pnömokok aşısının maliyetini karşılayamama nedeniyle hastaların yaptıramaması.

Olay/Olgu

Servisimizde kronik hastalığı olup pnömoni ve kafa travması olup pnömokok menenjiti nedeniyle tedavi gören hastalara tedavi bitiminde pnömokok aşısı reçete edildi. Ayrıca cerrahi ve dahili kliniklerde çeşitli sebeplerle splenektomi yapılan hastalara pnömokok aşısı yaptırmaları önerildi. Hastalara aşının maliyetini kendilerinin karşılayacağı konusunda bilgi verildi. Hastaların çoğunun sosyoekonomik düzeyi yeterli değildi, aşıları temin etmekte sorun yaşandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Sağlık Müdürlüğü ile iletişim kurularak bu grup hastalarımız için hastanemize aşı temin edilmesi talep edildi. Soğuk zincir koşullarına uyularak aşı merkezimize pnömokok aşısı getirildi. Hastalarımıza tedavilerinin bitiminde pnömokok aşıları yapıldı. Splenektomi sonrası aşı önerileri için konsülte edilen hastalar aşı merkezimize yönlendirildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Risk grubunda olan kişilere pnömokok aşısının temininde zorluk yaşanması, aşının uygulanmasını engellemektedir. Pnömokok aşısı önerilen özel koşulları sağlayan hastalar için, bu hastalıkların tanılarının belirtildiği bir raporla pnömokok aşısı olmalarının gerekli olduğu belirtilmelidir. Hastalara aşılarla ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Aşılar Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmalıdır.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-150

Ankara İlinde Kuduz Aşı Profilaksisinin Sayılı Merkezlerde Yapılması

Taliha KARAKÖK[1], Şerife ALTUN DEMİRCAN[1], Cemal BULUT[1], Sami KINIKLI[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Kuduz aşı profilaksisinin sayılı merkezlerde yapılması.

Olay/Olgu

Hastanemiz Ankara'da Sağlık Bakanlığı tarafınca belirlenmiş Kuduz Aşı Merkezlerinden biridir. Merkezimize yıllık ortalama olarak 4500 hasta kuduz aşı profilaksisi için başvurmaktadır. Bu hastaların bir kısmı hastaneye direkt başvurmakla birlikte büyük çoğunluğu da aşı bulundurmayan diğer hastaneler tarafından tarafımıza yönlendirilmektedir. Yönlendirilen hastalar merkezimize geldiklerinde bu merkeze ulaşana kadar birçok hastaneye başvurduklarını ama aşı olmadığını, yanlış hastanelere yönlendirildiklerini, şehrin neredeyse tüm hastanelerini gezdiklerini ifade etmektedirler. Bu süreç içerisinde saatlerdir sağlık hizmetine ulaşamayan ve her seferinde başka hastanelere yönlendirilen hastalar ajite olmakta, bu sorunun sebebini son olarak kendilerine yardımcı olmaya çalışan Kuduz Aşı Merkezi çalışanlarının ulaşılmazlığı(!) olarak görmekte ve bu çalışanlarla iletişim problemi yaşamaktadırlar. Bu durum özellikle aşı şemasına göre profilaksi gerekmeyen hastalara aşı yapılmadığında daha da zor olmakta, hastalar tıbbi girişim beklentisine girerek hekimi, bilgilendirme yapmasına rağmen, aşı yapmamakla suçlamaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu konu Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığınca yapılan 2014 Kuduz Saha Rehberi Bilgilendirme Toplantısında Bakanlık çalışanlarına bildirildi ve devam eden süreçte de bu durumdan şikayetçi olan hastalar bu sorunun hastane kaynaklı olmadığı ve çözülmesi için Bakanlığa başvurmaları gerektiği konusunda bilgilendirildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Hastanın başvurduğu hastanede koruyucu sağlık hizmetine ulaşamaması gerek ulaşım problemleri gerekse hastanın bu aşının gerekli olmadığını düşünmesi gibi birçok sebeple profilaksinin atlanmasına sebep olabilir. Kuduz aşı profilaksisinin sayılı merkezlerde yapılıyor olması hastaları maddi ve manevi olarak yıpratmaktadır ve bu durum hizmet veren sağlık çalışanına da hasta tarafından yansıtılmaktadır. Bu konu hasta, sağlık çalışanı memnuniyeti ve maliyet etkinlik analizleri yapılarak tekrar değerlendirilmeli ve aşının belli merkezler dışında her hastanede yapılması sağlanmalıdır.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-151

Yenilenen Kuduz Saha Rehberinde Klinik Uygulama Sırasında Aklımıza Gelen Sorular

Gülcan GÜL[1], **Özlem KAÇAR**[1]

[1] *Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Antalya*

Soru(n)

Kuduz riskli temasta tam doz aşılama; kedi veya köpeğin 10 gün süreyle gözlenebildiği durumlarda dördüncü doz aşı yapılmıyor, kişi tekrarlayan kuduz riskli temas durumunda hiç aşılanmamış kabul ediliyor.

Olay/Olgu

Hastanemiz infeksiyon hastalıkları polikliniğine 1 Ocak-31 Aralık 2015 tarihleri arasında 1262 kuduz riskli temas başvurusu olmuş, 4309 doz kuduz aşısı, 1415 adet kuduz immünglobulini uygulanmıştır. Daha önce tam doz kuduz aşılaması (minimum 4 doz) olan 42 kişiye, tekrarlayan kuduz riskli temas nedeniyle 0 ve 3. günlerde kuduz aşısı yapılmış, immünglobulin uygulanmamıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Kuduz riskli temas sonrası kedi veya köpeğin 10 gün gözlenmesi hayvan sağlıklı ise aşı uygulamasına son verilmesi önerilmektedir. Dördüncü doz kuduz aşısı yapılmamaktadır. Üç doz aşılanan kişi de tam aşılanmış kabul edilmediği için tekrarlayan kuduz riskli temasta 4 doz kuduz aşısı ve kuduz immünglobulini uygulaması gerekmektedir. Önceki kuduz rehberinde tam doz aşılananlarda (5 doz) tekrarlayan kuduz riskli temasta 0-3. günde aşı uygulaması için bir süre net olarak belirtilmiyordu. Tam doz aşılama sonrası 2 yıl içinde tekrar kuduz riskli temas halinde 0-3. günlerde aşı uygulaması yapılıyordu. Yenilenen kuduz saha rehberinde tam doz aşı sonrası süreye bakılmaksızın 0-3. gün aşı uygulamasının yapılabileceği belirtiliyor. Bu bilgi tam doz aşılanan daha çok kişide; uzun vadede tekrarlayan kuduz riskli temas durumunda kuduz immünglobulinine gerek olmadan 2 doz kuduz aşı uygulamasının yeterli olacağını düşündürmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Başıboş kedi ve köpek sayısı yüksek olan ülkemizde tekrarlayan kuduz riski temas durumunda aşı ve immünglobulin kullanımını azaltmak mümkün mü? Kedi veya köpeğin gözlenebildiği kuduz riskli temas durumunda; hasta özelinde değerlendirme yapılabilir. Kişinin mesleği, kedi veya köpekle tekrar temas olasılığının yüksek olması gibi durumlarda bilgilendirme yapılabilir. Kabul edenlerde dördüncü doz aşıyı da olması önerilir. Tam doz (minimum 4 doz) aşılanan kişinin aşı kartını saklaması ve kuduz riskli temas sırasında beyan etmesi gerektiği belirtilebilir.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-152

Kafa Travması Öyküsü ve Rinoresi Olan Aşısız Hastada Gelişen Pnömokok Menenjiti

Pınar GÜRKAYNAK[1], Tuba ILGAR[1], Meliha Çağla SÖNMEZER[1], Metin ÖZSOY[1], Günay TUNCER ERTEM[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Necla TÜLEK[1]

[1] *Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*

Soru(n)

Streptococcus pneumoniae akut otitis media, pnömoni, menenjit ve sepsis başta olmak üzere çok sayıda infeksiyonun başlıca etkenidir. Burada penisilin duyarlı bir pnömokok menenjiti olgusu sunulmuştur.

Olay/Olgu

Otuz yaşında erkek hasta 1 saat önce başlayan ateş, anlamsız konuşma, bilinç bulanıklığı, kusma ve nöbet geçirme şikayetleriyle dış merkezde bir acil merkeze başvurmuş. Hastanemiz acil servisine yönlendirilen hasta tarafımızca değerlendirildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın fizik muayenesinde; genel durumu orta, bilinci bulanık, oryantasyonu ve kooperasyonu bozulmuş, ağrılı uyaranlara yanıtı vardı. Vücut sıcaklığı: 36.4°C, nabız: 103/dakika ritmik, kan basıncı: 130/80 mmHg, solunum sayısı: 24/dakika ölçüldü. Ense sertliği mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde kafa travması ve frontal kafa kemiklerinde fraktür, son 1 aydır baş ağrısı ve 10 gündür rinoresi olduğu öğrenildi. Yapılan ilk tetkiklerinde periferik kanda lökosit: 26.600, CRP: 3.09 mg/dL, sedimentasyon: 2 mm/saat idi. Acil beyin tomografisinde eski fraktürlerle uyumlu hipodens alanlar dışında patoloji saptanmayan hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS makroskopisi bulanıktı, mikroskopisinde silme lökosit ve Gram boyasında gram-pozitif diplokoklar izlendi. Acil serviste seftriakson 2 x 2 g, vankomisin 4 x 500 mg, deksametazon 4 x 10 mg IV tedavileri başlanarak servisimize yatırıldı. Nöbet geçirme öyküsü olan hastanın tedavisine nöroloji kliniğine danışılarak levetirasetam 2 x 500 mg IV eklendi. Hastanın BOS kültüründe *S. pneumoniae* üremesi oldu. Penisilin MİK değeri < 0.016 µg/mL olarak ölçüldü. Vankomisin tedavisi kesildi. Yatışının 3. gününde bilinci açıldı. Takiplerinde nöbeti ve ateşi tekrarlamadı. Seftriakson tedavisini 12 gün alan hasta, pnömokok aşısı yapılarak taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülkemizde pnömokoklarda penisilin direnci görülebilmekle birlikte hala penisilin duyarlı pnömokokların olduğunu vurgulamak, travma öyküsü olan kişilerde pnömokok aşısının önemini vurgulamak amacıyla bu olgu paylaşılmıştır.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-153

Yaşlılar Zona Aşısı Olmaya…

Mehmet PARLAK[1], Emine PARLAK[1]

[1] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Soru(n)

Yaşlı hastalarda zona infeksiyonu ve zona aşı uygulaması, yaşlı hastalarda zonanın komplikasyonlarla seyredebileceğini vurgulamak ve aşılamaya dikkat çekmek istedik.

Olay/Olgu

Olgu 1: Altmış sekiz yaşında kadın hastanın 4 gün öncesinde alın sol yanında döküntüleri başlamış. Her iki göz çevresinde ödem ve baş ağrısı eklenen hasta acil servis kliniğine başvurmuş. Meninks irritasyon bulguları pozitif olunca yapılan lomber ponksiyonda 210 lenfosit, 80 polimorfonükleer lökosit, 15-20 yeni eritrosit görüldü. Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre 9000/mL, sedimentasyon 15 mm/saat, AST 72 U/mL, ALT 21 U/L ve CK 202 U/L olarak ölçüldü. Gram boyamasında bakteriye rastlanmadı. BOS şekeri 62 mg/dL, BOS proteini 96 mg/dL ve klor 123 mmol/L olarak ölçüldü. BOS kültüründe üreme olmadı. BOS'ta herpes ve tüberküloz PCR negatif olarak saptandı. Olgu zonaya sekonder aseptik menenjit olarak düşünüldü. Asiklovir, deksametazon ve mannitol başlandı. İzlemde bilinç bozukluğu veya başka bir nörolojik komplikasyon gözlenmedi. Kontrol LP'de hücre kalmamıştı. Göz tarafından verilen tedaviler uygulandı. Postherpetik nevralji için pregabalin kapsül eklendi. Komplikasyonuz olarak iyileşme sağlandı.

Olgu 2: Yetmiş sekiz yaşında kadın hasta yüzde döküntü, ağrı, uykuya eğilim şikayetiyle yatırıldı. Üç gün önce sol yüzde ortaya çıkan veziküler lezyonları olmuş. Vital bulguları normal sınırda idi. Şuur açık ama somnole idi. Sol yüz üst kısmında gözü de içeren eritemli zeminde veziküler döküntüleri vardı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küresi 8700/mL, sedimentasyon hızı 34 mm/saat, biyokimyasal tetkikleri normal idi. Asiklovir tedavisi başlandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Zona, VZV'nin oluşturduğu sekonder infeksiyondur. Suçiçeği infeksiyonu sonrası arka kök gangliyonlarında veya trigeminal gangliyonda latent hale geçen virüsün oluşturduğu bir kliniktir. Lezyonun görülmesi tanı için yeterlidir. Yaşlılık, yoğun iş yükü, immünsüpresif ilaç kullanımı gibi özellikle hücresel bağışıklığı zayıflatan durumlar zona oluşumunu tetiklemektedir. Asiklovir, valasiklovir, brivudin, famsiklovir zona tedavisinde kullanılabilir. Zona zoster; miyelit, aseptik menenjit, ensefalit, Guillain-Barre sendromu ve ventrikülit gibi sık olmayan komplikasyonlara yol açabilir. Antiviral tedavi verildi. Görüntüleme tekniklerinden, serolojiden faydalanıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sonuç olarak zona sinir sistemi, göz ve ağrılı deri tutulumuna yol açabilmektedir. Yaş ile sıklığı artmaktadır. Asiklovir tedavisi ile iyi sonuç alınan sekelsiz iyileşen iki yaşlı olgu sunuldu. Aşı seçilmiş olgularda faydalı olabilir mi?

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-154

AHBS Bilgisayar Programlarının Geliştirilmesinin Aile Hekimlerinin Erişkin Bağışıklama Oranlarına Katkısı

Fikret KURT[1], Faruk ŞAHİN[1], Emine Neşe YENİÇERİ[2]

[1] *Yerkesik Aile Sağlığı Merkezi, Muğla*
[2] *Muğla Halk Sağlığı Merkezi, Muğla*

Soru(n)

AHBS programı hatırlatma modülünün erişkin influenza aşılama oranına etkisi.

Olay/Olgu

Bilgisayar programcıları ile hekimlerin birlikte ortaya koydukları çalışmalarla tıp alanında çok ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu çalışma, aile hekimlerinin, bağlı bulunduğu hedef nüfusun bilgisayar programı aracılığıyla influenza ve pnömokok aşılama oranlarını artırmak amacıyla planlanmıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu çalışmada, aile hekimlerinin kullandığı bir Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) programına, program yöneticisiyle konuşularak 2012 yılında "65 yaş üstü erişkin bağışıklama programı" sorgulama modülü ekletilmiştir. AHBS programına eklenen bu parametre, poliklinik için hekime başvuran 65 yaş üstü erişkinlere geriye dönük bir yıl içinde influenza aşısının yapılıp yapılmadığını sorgulamakta ve yapılmadı ise o kişinin reçetesine influenza aşısı ekleme konusunda hatırlatma yapmaktadır. Bu çalışmada Muğla ili 48.01.026 No'lu AHB'ye 2011 ve 2012 yılında başvuran poliklinik verileri kullanılmıştır. Çalışmada, Türkiye'de influenza aşılama dönemi olarak kabul edilen 01.09.2011-31.12.2011 dönemi ile AHBS programına "65 yaş üstü erişkin bağışıklama programı" sorgulama modülünün eklendiği 01.09.2012-31.12.2012 dönemi verileri karşılaştırılmıştır. 01.09.2011-31.12.2011 tarihleri arasında aynı birime 1730 kişi başvurmuştur (mükerrer kayıtlar çıkarılmıştır). 1730 kişiden 514 (%29.71)'ü 65 yaş üzerinde olup bu kişilerin 204 (%39.69)'üne influenza aşısı yapılmıştır. Yine aynı birimde 01.09.2012-31.12.2012 tarihleri arasında 1808 kişi başvurmuştur (mükerrer kayıtlar çıkarılmıştır). 1808 kişiden 625 (%34.56)'i 65 yaş üzerinde olup bu kişilerin 598 (%95.68)'ine influenza aşısı yapılmıştır. Bu çalışmada 01.09.2012-31.12.2012 döneminde AHBS programına "65 yaş üstü erişkin bağışıklama programı" sorgulama modülünün eklenmesinin influenza aşılama oranını önemli ölçüde artırdığı saptanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İnfluenza aşılamasının, influenzaya bağlı hastalıklara karşı en etkili yöntem olmasına karşın birçok toplumda aşılama oranları optimal düzeyde değildir. Bilgisayar programı kullanılarak hekimlere hatırlatma yöntemiyle aşılama oranları artırılabilmektedir. Bu çalışmayla bilgisayar programcılığının tıp alanındaki önemi bir kez daha gösterilmiştir ancak bu sorgulama modülünün her AHBS programında olmaması, modülün kullanıcı tarafından aktifleştirilmesi gerektiğinden yeterince kullanılamaması, yaş sınırı olmaksızın kronik hastalığı olanları ayırt etmemesi gibi nedenlerle eksik yönleri olup programın geliştirilmesi gerektiği ve bu modülün aile hekimleri tarafından daha çok kullanılabilmesi amacıyla farkındalık çalışmalarının yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-155

Bir Aile Hekimliği Birimine Kayıtlı 65 Yaş Üzeri Erişkinlerin İnfluenza Aşısı Yaptırmama Nedenleri

Fikret KURT[1], Faruk ŞAHİN[1], Emine Neşe YENİÇERİ[2]

[1] *Yerkesik Aile Sağlığı Merkezi, Muğla*
[2] *Muğla Halk Sağlığı Merkezi, Muğla*

Soru(n)

Bir aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş üzeri erişkinlerin influenza aşısı yaptırmama nedenleri.

Olay/Olgu

Bu çalışmada, bir aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş üzeri nüfusun tümüne influenza aşısı önerilmesine rağmen bir kısmının aşı yaptırmaması üzerine bu kişilerin aşı yaptırmama nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışma, 2012 yılında, kesin kayıtlı nüfusu 3483 ve 65 yaş üzeri 776 (%22.27) kişi nüfusu olan Muğla Merkez Yerkeşik Aile Sağlığı Merkezi 48.01.025 No'lu Aile Hekimliği biriminde yapılmıştır. Türkiye'de influenza aşılama dönemi olan 01.09.2012-31.12.2012'de 48.01.026 No'lu AHB'ye poliklinik hizmetleri için başvuruda bulunan 1539 kişinin 496'sı 65 yaş ve üzeridir (mükerrer kayıtlar çıkarılmıştır). Bu dönemde poliklinik hizmeti için başvuruda bulunan 408 kişi aşı yaptırmayı kabul ederken, 88 (%21.56) kişi kabul etmemiştir. Aşı yaptırmayı kabul etmeyen 88 kişiden, önceden hazırlanmış (kişilerin aşı yaptırmak istememelerine ilişkin) 20 neden/durumdan oluşan anket formunu doldurmaları istenmiştir. Seksen sekiz kişinin 61 (%69.31)'i bu anket formunu doldurmayı kabul etmiştir. Kişilerden, anket formunda bulunan aşı yaptırmayı istememelerine ilişkin 20 nedenden, kendisine en yakın nedeni seçmeleri ve işaretlemeleri istenmiştir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Anket sonucuna göre influenza aşısını yaptırmayı reddeden 61 kişiden 41 (%67.21)'inin tıbbi nedenlerden (hasta olduğum için) dolayı aşı olmayı reddettiği, 61 kişiden 5 (%8.20)'inin ise influenza aşısının faydası olduğuna inanmadığı için aşıyı kabul etmediği saptanmıştır. Yine 61 kişiden 4 (%6.56)'ünün influenza aşısının neden olduğu hastalıklara yakalanmayacaklarına inanmaları nedeniyle, 3 (%4.92)'ünün ise aşıya ihtiyaçlarının olmadığını düşünmeleri nedeniyle aşıyı kabul etmedikleri saptanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İnfluenzanın neden olduğu hastalıkların morbidite, mortalite ve sağlık harcamalarıyla önemli ilişkisi vardır. Aşılama oranlarının düşük seyretmesinin en sık nedeni hastaların ve sağlık çalışanlarının aşılama konusunda farkındalıklarının yeteri kadar olmayışından kaynaklanmaktadır. Aile hekimliği, bireye yönelik birincil koruma kapsamında aşılama ve farkındalık çalışmalarının yürütülmesinde kritik role sahiptir. Ülkemizde, kişilerin influenza aşısı yaptırmama nedenlerine ilişkin yeterince çalışma bulunmamaktadır. Buna yönelik farklı bölgelerde ve daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç olduğu, ayrıca kişilere yönelik influenza aşısı hakkında bilgilendirme çalışmalarının artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Korunma: Çok Soru Çok Cevap

P-156

Ülkemizde Mevsimsel Grip Aşılama Hızı ve Halkın Aşıya Karşı Yaklaşımı

F. Nur BARAN AKSAKAL[1], Asiye UĞRAŞ DİKMEN[1], Enes Ahmet GÜVEN[1], Cansu ULTAV[1], Nihan ONUK[1], Hatice KURALAY[1], Gizem GÜLPAMUK KARAOĞLAN[1]

[1] Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Ülkemizde yapılan çalışmalara göre risk gruplarında dahi mevsimsel grip aşılama hızlarının istenenin oldukça altında olması.

Olay/Olgu

Mevsimsel grip dünya nüfusunun %5-20'sini etkilemesi, yüksek morbidite ve özellikle risk gruplarında mortaliteyle seyretmesi, iş ve okula devamı aksatması sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Önemli bir hastalık yüküne sahip mevsimsel influenzayı önlemek için en etkili strateji yıllık aşılamadır. İmmünizasyon Uygulama Öneri Komitesi (ACIP) herhangi bir kontrendikasyonu olmayan, altı aydan büyük her bireyin mevsimsel influenzaya karşı aşılanmasını önermiştir. Ülkemizde SUT'a göre belirlenmiş bazı kronik hastalıklara sahip olanlara ve 65 yaş üstü kişilere sağlık sigortası kapsamında ücretsiz olarak grip aşısı temin edilmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Ülkemizde yapılan çalışmalarda risk gruplarının aşılama hızı %30, tüm toplumun aşılama hızı %15'ler civarında bulunmuştur. Ankara'da aile sağlığı merkezlerine başvuranlar üzerinde yaptığımız çalışmada geçtiğimiz yıl aşılama hızları endikasyonu olan kronik hastalığa sahip olanlarda %27, 65 yaş ve üzerinde %42 olarak bulunmuştur. Tüm katılımcılarda geçen yıl grip aşısı olma sıklığı %17, bu yıl Ekim ayı sonu itibariyle %10'dur. Henüz aşı olmayanlar içerisinde bu yıl aşı olmayı düşünenler %21'dir. Çalışmaya katılanların yalnızca %22'si grip aşısı olması yönünde hekim tavsiyesi aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %60'ı ise hekimler tavsiye eder ve ücretsiz olursa her yıl grip aşısı yaptıracağını belirtmiştir. Sağlıklı bir insan dahi her yıl grip aşısı olmalıdır diyenler %38'dir. Her yıl grip aşısı yaptırmanın gereksiz olduğunu düşünenlerin en sık belirttiği iki sebep aşının hastalıktan koruduğunu düşünmemesi ve aşıyı güvenilir bulmamasıdır. Hekim muayenesi sırasında grip aşısı tavsiyesi alma durumuna göre geçtiğimiz yıl ve bu yıl grip aşısı yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hekim tavsiyesi alanların grip aşısı olma hızları daha yüksektir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Ülkemizde risk gruplarına ücretsiz aşı sağlanmasına rağmen aşılanma yüzdeleri istenenin oldukça altında kalmıştır. Ancak belirli bir artış sağlandığı geçmiş yıllardaki çalışmalara kıyasla ortadadır. Ülkemizde genişletilmiş bağışıklama programı kapsamındaki aşılar aile hekimlerince takip edilmekte ve performans sistemiyle değerlendirilmektedir. Benzer bir uygulamanın risk grupları için getirilmesi sorunun çözümünde önemli bir adım olabilir.

Risk gruplarında öncelikli olmak üzere aşılama hızlarının artırılması için en önemli müdahale hekimlerin halka grip aşısı olmayı tavsiye etmesi olarak görünmektedir. Bu etki hem bizim çalışmamızın hem de literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Bu bağlamda özellikle birinci basamak hekimlerine ve risk gruplarının izlendiği birimlerde çalışan sağlık personeline koruyucu ve sağlığı geliştirici bir rehber olarak sorumluluklar düşmektedir.

Ülkemizde mevsimsel grip aşısı da dahil olmak üzere aşıların etkinliği hakkında hem sağlık camiasından hem de yazılı ve görsel medyadan olumsuz nitelemelerin yapılması hedefe ulaşmada bir başka engel olarak bildirilmektedir. Sağlık kurumlarının ve hekimlerin bu konuda tek ses olmasının ve medyada çıkabilecek olumsuz haberlere yaptırımlar getirilmesinin bulaşıcı hastalıklarla mücadelede temel unsur olan aşılamanın özellikle de mevsimsel grip hastalığı gibi beklenenin çok altındaki aşılama hızlarına sahip hastalıklarla mücadelede önemli bir adım olacağı düşünülmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan bireylerin hekim tarafından grip aşısı tavsiyesi alma durumlarına göre geçtiğimiz yıl girip aşısı olma durumlarının dağılımı, Ankara, 2015

	Geçen yıl grip aşısı olma durumu			
	Olmamış		**Olmuş**	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Hekim tarafından grip aşısı tavsiyesi alma durumu (n= 1482)				
Almamış	1034	90.4	110	9.6
Almış	191	56.5	147	43.5
$\chi 2 = 208.881$ p< 0.0001				

* Satır yüzdesi.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Koruma: Çok Soru Çok Cevap

P-157

Kuduz Profilaksisi Uygulamalarında Şüpheli Sahipsiz Hayvanların Gözetim ve Takibindeki Sıkıntılar

Figen OSMANOĞLU EZEN[1]

[1] *Sakarya Toyota-SA Acil Yardım Hastanesi, Sakarya*

Soru(n)

Sahipsiz hayvanlar tarafından ısırılma vb. nedeniyle kuduz profilaksisine alınan hastalara, şüpheli hayvanlar tespit edildiği halde gözetim ve takip altına alınamadığı için tam doz aşı + Ig verilmesi.

Olay/Olgu

Köpek ısırması nedeniyle başvuran hasta kategori 3B olarak değerlendirildi. Hasta şüpheli köpeği tanıdığını ve yaşadığı yeri bildiğini, ancak köpeği gözlem altında tutamayacağını bildirdiğinden aşı (4 doz) + Ig uygulanmasına karar verildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Köpek sahipsiz olduğundan gözlem ve takip altına alınabilmesi için ilgili kurumlarla görüşülme yoluna gidildi. İl Tarım Müdürlüğü yerel belediyeye yönlendirdi. Hem yerel hem de Büyükşehir Belediyesi ile yapılan görüşmelerde sahipsiz şüpheli hayvanların gözlem ve takip altına alınabileceği koşulların mevcut olmadığı anlaşıldı. Hasta 14. gün aşısı için geldiğinde, şüpheli köpeği rastlantısal olarak takip ettiğini ve köpeğin halen yaşadığını ifade etti.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Yasa ile sahipsiz hayvanlarla ilgili sorumlular belirlenmiş olmasına rağmen, bu kurumların pek çoğu pratik ve bilimsel takip alt yapısına sahip değildir. Sonuç olarak gereksiz aşı ve Ig uygulamaları hem etik hem de ekonomik açıdan hekim ve hastaları çözümsüz noktalara getirebilmektedir. Şüpheli sahipsiz hayvanların gözetim ve takibiyle ilgili prosedür ve örnek uygulamalar belirlenerek, bu format üzerinden belediye vb. kurumların görevlerini yapmaları sağlanmalı ve denetleme mekanizmaları da oluşturulmalıdır.

Pediatriden Geriatriye Aşı ile Koruma: Çok Soru Çok Cevap

P-158

Kuduz Riskli Temas Bildirimlerinin Değerlendirilmesi

Şafak Özer BALİN[1], Affan DENK[2]

[1] Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ
[2] Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Soru(n)

Kuduz riskli temas sebebiyle başvuran olgularda profilaksi.

Olay/Olgu

Kuduz, Rhabdoviridae ailesi, Lyssavirus genusundan nörotrop bir RNA virüsü ile meydana gelen, ensefalomiyelitle karakterize akut, ilerleyici zoonotik bir hastalıktır. Ölümle sonuçlanan bir hastalık olduğundan, kuduz profilaksisi hayat kurtarıcı olmaktadır. Bu nedenle, kuduz riski olan hayvanlarla sık teması olanlara 3 doz kuduz aşısını içeren temas öncesi profilaksi ve kuduz riskli teması olan kimselere ise yara bakımı, antibiyotik profilaksisi, tetanoz profilaksisi, kuduz aşısı ve kuduz immünglobulini adımlarını kapsayan temas sonrası profilaksi uygulanmalıdır. Riskli teması azaltmak için sahipsiz hayvanların başı boş dolaşması engellenmeli, evcil hayvanların ise aşılanması gerekmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Çalışma için Ocak 2013-Aralık 2014 tarihleri arasında hastanemiz infeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran kuduz şüpheli olguların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastanemize başvuran olguların yaş, cinsiyet, maruz kaldıkları mevsim, temasa neden olan hayvanın türü, sahipli olup olmadığı, temas şekli, temas edilen vücut bölgesi, temas sonrası profilaksi uygulanıp uygulanmadığı kuduz riskli temas bildirim formu olan Form 014 ile kayıt altına alındı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kuduz tüm dünyada görülen fatal bir zoonozdur. Ülkemiz için de ciddi bir sağlık problemidir. Bu hastalık kuduz temas profilaksisi ve hayvanlarda aşılamayla önlenebilmektedir. Bu bilgiler ışığında alınan önlemlerle, kuduz görülme sıklığı azalsa da bölgemiz gibi hayvancılığın yoğun olduğu ve sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu yerlerde sorun olmaya devam etmektedir. Bu nedenle özellikle temas sonrası profilaksi çok büyük önem taşımaktadır. Bizim çalışmamız, acil servise başvurmuş ve bu servis doktorlarının önerileriyle IG uygulanmış hastaların dahil edildiği çalışmalarla kıyaslanmış olup, çalışmamızda IG uygulanmasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum acil servislerde kuduz profilaksisinin yeterince bilinçli uygulanmamış olabileceğini düşündürmüştür. Sağlık personelinin kuduz konusunda bilgilendirilmesi, bu tür hataların azalmasında etkili olacaktır. Çalışmamızda en sık sahipsiz hayvanların şüpheli temasa neden olduğu saptanmakla birlikte, evcil hayvanlara bağlı kuduz şüpheli temas olgularının fazlalığı da bölgemizde evcil hayvan ile kuduz bulaş riskinin tam olarak kontrol altına alınamadığı göstermektedir. Bu nedenle hayvan sahipleri kuduz hastalığı konusunda bilinçlendirilmeli ve hayvanlarının periyodik aşılamalarını aksatmamaları konusunda hassas davranmalı, sahipsiz hayvanların ise belediyeler aracılığıyla kontrolü sağlanmalıdır. Riskli temas durumlarında en kısa sürede sağlık kuruluşuna başvuru için vatandaşlara yönelik eğitimler planlanmalı, kuduz riski olan hayvanlarla sık temas eden kişilere temas öncesi profilaksi ve kuduz riskli teması olan kişilere ise temas sonrası profilaksi uygulanmalıdır.

Tablo 1. Olguların bazı demografik özelliklere göre dağılımı [sayı (%)]

	n	%
Yaş grupları		
0-15	42	27.8
16-30	36	23.8
31-45	22	14.6
46-60	30	19.9
61-75	17	11.3
76 üstü	4	2.6
Cinsiyet		
Kadın	52	34.4
Erkek	99	65.6
Mevsim		
İlkbahar	33	21.9
Yaz	49	32.4
Sonbahar	31	20.5
Kış	38	25.2
Hayvanın türü		
Köpek	88	58.3
Kedi	41	27.2
Vahşi hayvan	2	1.32
Diğer	20	13.2
Hayvan		
Sahipli	74	49.0
Sahipsiz	77	51.0
Temas şekli		
Isırılma	107	70.9
Tırmalanma	27	17.9
Salya teması	11	7.2
Diğer	6	4.0
Temas bölgeleri		
Gövde	67	44.4
Baş-boyun	4	2.6
Ekstremite	80	53

Diğer İnfeksiyonlar

P-159

Kist Hidatiğin Korneal Bulaşı ve Profilaksisi

Murat DİZBAY[1], Firdevs AKTAŞ[1]

[1] Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Kist hidatiğin (*Ecchinococcus granulosus*) korneal bulaşı var mıdır?

Olay/Olgu

Veteriner olarak çalışmakta olan 45 yaşında erkek hasta, 1 hafta önce bir büyükbaş hayvandan kist hidatik eksplorasyonu yaparken kistin patlaması sonucu gözüne sıçrama olmuş ve korneal bulaş ve varsa uygulanabilecek profilaksi hakkında polikliniğimize başvurdu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hasta kist hidatik rüptürü sonrasında gözüne sıçrama olduktan sonra serum fizyolojikle gözünü yıkadığını belirtti. Profilaktik ilaç uygulaması hakkında literatür taramasında kist hidatiğin korneal bulaşı hakkında bir bilgi saptanmadı. Cerrahi eksizyon sonrasında, kist hidatik rüptürü olan hastalarda uzak organlarda metastatik odakların ortaya çıkmasının önlenmesi için 28 günlük süreyle profilaktik albendazol tedavisi uygulaması yapıldığı göz önüne alınarak, bu hastada da korneaya temas olduğundan dolayı teorik olarak bir infeksiyon gelişme riski olduğu düşünüldüğünden 28 gün süreyle albendazol profilaksisi yapılmasının uygun olduğuna karar verildi. Hasta takibe alındı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Daha önce hiç korneal yolla bulaş bildirilmediği halde temas öyküsü olan bir hastada profilaktik albendazol kullanımının uygunluğunun tartışılmasını istiyoruz.

Diğer İnfeksiyonlar

P-160

Posttravmatik Rinorede Antibiyotik Profilaksisi

Kevser ÖZDEMİR[1], Ayşegül KARTAL[1]

[1] Denizli Devlet Hastanesi, Denizli

Soru(n)

Geçirilmiş travma sonrası dönem dönem rinoresi olan hastada tekrarlayan menenjit atakları.

Olay/Olgu

Otuz yedi yaşında erkek hasta baş ağrısı, bulantı, kusma ve ateş şikayetiyle acil servise başvuruyor. Hastanın 10 yıl önce trafik kazası geçirdiği, baş ağrısının ara ara olduğu ve nöroloji tarafından migren tanısıyla takip edildiği öğreniliyor. Ayrıca hastamız 6 ay önce bu şikayetlerle başka bir merkezde menenjit olarak takip edilmiş. Muayenesinde ateşi 38.7°C ve ense sertliği pozitif olan hasta menenjit ön tanısıyla servise yatırıldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastamız menenjit ön tanısıyla yatırıldıktan sonra tomografisi çekildi, lomber ponksiyon yapıldı. Kültürleri alınarak antibiyotik tedavisi başlandı. Tedavisinin üçüncü gününde hastanın tek taraflı rinoresi oldu. Sıvının biyokimyasal analizi BOS ile uyumlu geldi. Beyin cerrahisi ile konsüte edildi. Hastanın BT'sinde her iki frontal kemikte geçirilmiş travmaya sekonder multipl eski fraktür görünümleri ve sekel deformasyon görünümü izlendi. Beyin cerrahisi tarafından hastaya tekrarlayan menenjit atakları nedeniyle operasyon önerildi. Hasta rinoresinin daha önceden de ara ara olduğunu fakat ameliyat olmak istemediğini belirtti. Hastamızın medikal tedavisi tamamlandı. Hastaya taburculuk sonrası pnömokok, meningokok ve influenza aşıları önerilerek taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

BOS rinoreli olgularda etyolojik neden büyük çoğunlukla geçirilmiş travmadır. BOS rinoresi çok sık karşılaşılan bir durum olmamakla birlikte tedavi edilmediği zaman tekrarlayan menenjit gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilir. BOS kaçağı olan hastalarda tedavi medikal veya cerrahidir. Tekrarlayan menenjit öyküsü olması cerrahi için endikasyonlardan birisidir.

Travma sonrası rinoresi olan bizim olgumuzda olduğu gibi operasyonu kabul etmeyen hastalarda profilaksi gerekli midir? Profilaksi nasıl yapılmalıdır? Süre ne kadar olmalıdır ve hangi antibiyotikler kullanılmalıdır?

Diğer İnfeksiyonlar

P-161

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalarında Ciddi Prognozla IL-28-B Gen Polimorfizminin İlişkisi

Feyza Yıldız AYTEKİN[1], Şener BARUT[1], Aydın RÜSTEMOĞLU[2], Özgür GÜNAL[3], Fazilet DUYGU[4]

[1] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tokat*
[2] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Tokat*
[3] *Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun*
[4] *Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Bu çalışmada KKKA hastalarında fatalite ve ciddi klinik seyirle ilgili faktörler araştırıldı ve ciddi prognozla IL-28-B gen polimorfizminin ilişkisi değerlendirildi.

Olay/Olgu

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji servisinde KKKA ön tanısıyla yatarak izlenen ve PCR yöntemiyle KKKAV RNA'sı pozitif bulunan 107 hasta bu çalışmaya dahil edildi. IL-28-B rs12979860 gen polimorfizmi hastalardan alınan kan örneklerinde PCR-RFLP yöntemiyle çalışılarak belirlendi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastalık seyri 107 hastanın 9 (%8.4)'unda ölümle sonuçlanırken, diğerleri şifa ile taburcu edildi. Hastaların 24 (%22.43)'ünde CC genotipi, 64 (%59.81)'ünde CT, 19 (%17.76)'unda TT genotipi tespit edildi. Hayatını kaybeden 9 hastanın 3 (%33.33)'ünde CC genotipi, 6 (%66.67)'sında ise CT genotipi tespit edildi. Hayatını kaybeden hastaların hiç birinde TT genotipine rastlanılmadı. Fatalite ile IL-28-B rs12979860 polimorfizmi arasında istatistiki önemli ilişki saptanmadı. Hayatını kaybeden hastalarda karın ağrısı, ishal, kanama, döküntü, PT uzaması, aPTT uzaması, INR uzaması, CK yüksekliği, LDH yüksekliği, AST yüksekliği, ALT yüksekliği, trombosit düşüklüğü ve lökositoz istatistiki olarak anlamlı bulundu (Tablo 1). Bu parametrelerle IL-28-B rs12979860 gen polimorfizmi arasında da ilişki saptanmadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sonuç olarak çalışmamızda IL-28-B geni rs12979860 polimorfizminin KKKA hastalarında fatalite ile veya ciddi klinik seyri işaret eden bulgularla istatistiksel olarak önemli ilişkisi gösterilememiştir. Fatalite ile ilişkili olduğu bilinen PT ve aPTT uzaması, CK, LDH, AST ve ALT yüksekliği, trombosit düşüklüğü ve kanama bulgularına ek olarak çalışmamızda lökositoz, karın ağrısı ve ishalin fatal olgularda diğerlerinden daha sık görüldüğü belirlenmiştir.

Tablo 1. Tüm hastalarda şifa ve eks olanlar arasında laboratuvar değişkenleri yönünden karşılaştırma

	Şifa		Eks		
	Toplam sayı	**Ortalama veya n (%)**	**Toplam sayı**	**Ortalama veya n (%)**	**p**
İlk başvuruda BK sayısı	7	2841 ± 2177	9	6417 ± 5677.86	0.096
En yüksek BK sayısı	98	6109 ± 3423	9	10477.67 ± 5333.84	**0.040**
En düşük BK sayısı	98	1879 ± 1227	9	2194.33 ± 1642.23	0.476
İlk başvuru trombosit sayısı	98	81143 ± 53352	9	32522.22 ± 21727.62	**< 0.001**
En düşük trombosit sayısı	98	48189 ± 37594	9	13633.33 ± 5497.27	**< 0.001**
İlk aPTT	97	42.07 ± 21.06	8	90.09 ± 35.99	**0.007**
PT	97	13.64 ± 3.53	9	16.47 ± 3.27	**0.023**
INR	97	1.12 ± 0.32	9	1.45 ± 0.35	**0.004**
En yüksek ALT değeri (U/L)	98	206.4 ± 186.2 175 (83-254)	9	1575.11 ± 1319.71 1116 (635-2192)	**< 0.001**
En yüksek AST değeri (U/L)	98	470.3 ± 744.8 261 (124-515)	9	5053.78 ± 4358.19 2595 (1950-7087)	**< 0.001**
En yüksek LDH değeri (U/L)	98	794.5 ± 808.7 550 (401-889)	9	5169 ± 3189.5 4080 (3388-4941)	**< 0.001**
En yüksek kreatinin kinaz (U/L)	89	657.7 ± 1018.4 306 (143-638)	8	4244.25 ± 3283.8 4045.5 (1119.5-6704.5)	< 0.001
Ferritin > 2000 ng/mL	71	44 (61.97)	7	7 (100)	0.089

Diğer İnfeksiyonlar

P-162

Brusella Epididimorşiti

Seval BİLGİÇ ATLI[1]

[1] *Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır*

Soru(n)

Üroloji polikliniğine başvuran epididimorşitli hastalarda bruselloz tanı ve tedavisinde gecikme olması.

Olay/Olgu

Yirmi üç yaşında erkek hasta polikliniğimize ateş, yaygın kas ve eklem ağrıları, sol testiste şişlik, kızarıklık ve ısı artışı şikayetleriyle başvurdu. Daha önceden 1 yıl arayla iki kez 45 gün süreyle doksisiklin + rifampisin tedavisi almış.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bizim istediğimiz tetkiklerde brusella aglütinasyon test sonucu 1/320 geldi. Sedim ve CRP orta yükseklikte idi. Hastaya streptomisin + doksisiklin + rifampisin tedavisi başlandı. Üroloji görüşü önerisiyle antiinflamatuvar tedaviye eklendi. Tedavinin 6. günü ateşi düştü. Bruselloz tedavisi 3 aya tamamlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Üroloji polikliniğine başvuran epididimorşitli hastaların tümüne rutin olarak brusella aglütinasyon testi istenmeli mi?

Diğer İnfeksiyonlar

P-163

Delici-Kesici Alet Yaralanmalarında Düşünmediğimiz Düşük Olasılıklar ve Riskleri

Zerrin AŞCI[1], Soner GÖK[2]

[1] *Afyon Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Afyonkarahisar*
[2] *Diyadin Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ağrı*

Soru(n)

Kesici-delici alet yaralanması ve sifiliz.

Olay/Olgu

On dokuz yaşında kadın hasta, 38 haftalık gebeliği mevcut. Gebeliği sırasında takibi yok. Servikste tam açıklıkla hastaneye başvuruyor. Acilen doğum salonuna alınıyor. Doğumu yaptıran ebe epizyotomi sütürünü atarken kullandığı iğne eline batırıyor.

Ellerini yıkadıktan sonra panikle hastayı sorguluyor, önce bilinen bir rahatsızlığı olmadığını söyleyen hasta ısrarlı sorular üzerine sifiliz tanısıyla izlendiğini anlatıyor.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hasta ve yakınları tekrar sorgulandı fakat hastadan sifiliz tanısını alma süreci ve tedaviyle ilgili tatmin edici bilgi alınamadı. Hastanın fizik muayenesinde sifiliz lehine bulguya rastlanmadı. Normal doğum ağırlığında doğan bebekte de ilk değerlendirmede anormal bir bulguya rastlanmadı. Bebek sifiliz açısından değerlendirilmek üzere bir üst merkeze sevk edildi.

İğne batması sonucu temasa maruz kalan ebe 22 yaşındaydı. Kendisine sifiliz için temas sonrası profilaksi verildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sağlık çalışanları mesleki olarak birçok risk ve tehlikeyle karşılaşmaktadır. Bunlar içinde infeksiyonlar ve kesici-delici alet yaralanmaları en önemlileridir. Bu yolla 20'den fazla ajanın bulaşabileceği bilinmektedir. Bunlardan bazıları; HIV, HBV, HCV, *Brusella* spp., *Treponema pallidum*, Parvovirus B19, *Toxoplasma gondii*, *Plasmodium* türleri HAV, HEV, HDV, TTV, CMV, EBV'dir.

Kesici-delici alet yaralanmaları takip edilirken nadir görülen ajanlar sorgulanmamakta veya tetkik edilmemektedir. Yaralanma sonrası hastadan hangi tetkikler istenmelidir? Hepatit markırları takibi yeterli midir? Tartışılmasını istiyoruz.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar anlatılırken ilk başlıklardan biri olan sifiliz için cinsel temas sonrası benzatin penisilin G veya doksisiklin ile profilaksi önerilmektedir. Kesici-delici alet yaralanmalarında da profilaksi yapılmalı mıdır?

Literatürde inkübasyon süresinin 90 güne kadar uzayabileceği bildirilmiştir. Olgudaki ebe ne kadar süre izlenmelidir?

Diğer İnfeksiyonlar

P-164

Bruselloz Olgularının Değerlendirilmesi ve Endemik Bölgelerde Coombs Testinin Önemi

Aslı HAYKIR SOLAY[1], Ferit KUŞÇU[2], Erhan KOCALAR[3], Gülay DEDE[4], Meral USLU[4], Emin Ediz TÜTÜNCÜ[1], Yunus GÜRBÜZ[1]

[1] Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2] Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana
[3] Iğdır Devlet Hastanesi, Iğdır
[4] Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır

Soru(n)

Bruselloz için endemik bölgelerde Rose Bengal ve standart tüp aglütinasyonu tanı için yeterli midir ve diğer laboratuvar bulgularında beklenenden farklı değişiklikler var mı?

Olay/Olgu

Iğdır Devlet Hastanesinde bruselloz tanısıyla takip edilen 145 hastanın yaş ortalaması 39 ± 15 (18-80) idi. Bu hastaların %59'unun kadın, %41'inin erkek olduğu saptandı. Risk faktörleri değerlendirildiğinde en sık hayvancılık (%79) ve az pişmiş süt ve süt ürünü kullanmak (%69) olduğu görüldü. En sık şikayetler halsizlik (%92), eklem ağrısı (%89), terleme (%74), iştahsızlık (%70) ve ateş (%68) olarak saptandı. Fizik muayenelerinde 42 (%29) hastada 38.3°C'nin üstü ateş, 20 (%14)'sinde hepatomegali, 10 (%7)'unda splenomegali, 6 (%4)'sında hepatosplenomegali, 6 (%4)'sında periferik artrit, 2 (%1.4)'sinde eritema nodozum tespit edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Tanı aşamasında ise serolojik testler değerlendirildiğinde hastaların 16'sında Rose Bengal testinin negatif olduğu, 57'sinde ise STA testinin 1/160'ın altında olduğu görüldü. On dört hastada ise hem Rose Bengal testi negatif hem de STA testi 1/160'ın altında saptandı. STA ile tanı konulamayan 57 hastaya Coombs testiyle tanı konuldu. Akut olguların %36 (n= 29)'sına, subakut olguların %40 (n= 21)'ına, kronik olguların ise %58 (n= 7)'ine Coombs testiyle tanı konulmuştur.

Hastaların laboratuvar bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Bu değerlerdeki artış akut brusellozda, subakut ve kronik bruselloza göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p< 0.05$). Ferritin düzeyleri değerlendirildiğinde, ferritin bakılan 112 hastanın 24 (%21)'ünde yükseklik olduğu saptandı.

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların laboratuvar bulguları

Laboratuvar bulgusu	Sayı (%)
Anemi (kadınlarda 12 mg/dL; erkeklerde 14 mg/dL'nin altı)	27 (%19)
Lökopeni (< 4500/mm^3)	18 (%12)
Lenfomonositoz	67 (%46)
Lökositoz (> 10.500/mm^3)	9 (%6)
Trombositopeni (< 150.000/mm^3)	16 (%11)
ESR (> 20 mm/saat)	75 (%52)
CRP (> 1 mg/dL)	65 (%45)
Ferritin (kadınlarda 150 ng/mL; erkeklerde 400 ng/mL'nin üstü)	24 (%17)
ALT (> 40 IU/L)	51 (%35)
AST (> 40 IU/L)	34 (%23)

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bruselloz ülkemizde halen endemik olarak görülmektedir ve tarama testlerinin duyarlılığının akut dönemde düşük olması nedeniyle klinik şüphe varlığında ayrıntılı fizik muayene yapılmalı ve ileri tetkik istenmelidir. Tarama testlerinin ve STA testinin özellikle endemik bölgelerde tanıya katkısının kısıtlı olduğu unutulmamalıdır. Klinik şüphe varlığında Coombs testi mutlaka çalışılmalıdır. ESR, CRP, ferritin yüksekliğinin, hepatosplenomegalinin hastalığın akut ve subakut döneminde daha fazla saptandığı görülmekle birlikte bu konuda geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Diğer İnfeksiyonlar

P-165

İmporte Sıtma Olgularında Tanı ve Tedavi

Nesrin ATA[1], Cemal BULUT[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Şerife ALTUN DEMİRCAN[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Sami KINIKLI[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

İmporte sıtma olgularının tanı ve tedavi sürecinde yaşanan sorunlar.

Olay/Olgu

2013 yılından itibaren kliniğimizde 16 importe sıtma olgusunun tanı ve tedavisi yapılmıştır. Bu hastalarımızda yaşanan bazı sorunlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Riskli bölgelere gidenlere sıtma profilaksisinin önerilmemesi ya da önerilse de hastaların bu ilaçları uygun doz ve sürede kullanmaması,
2. Bazılarının sosyal güvencesinin olmaması nedeniyle gerekli tetkiklerin yapılamaması,
3. Ateş yüksekliğiyle başvuran hastalarda epidemiyolojik öykünün yeterli sorgulanmaması,
4. Sıtmanın epidemiyolojik açıdan sık görüldüğü bölgelerde, benzer klinikle seyreden birçok infeksiyon hastalığı (viral, paraziter, bakteriyel) olması nedeniyle tanıda gecikmeler yaşanması,
5. Sıtma şüphesi olan hastaların tanısı için pek çok merkezde kalın damla, ince yaymanın yapılamaması,
6. Yapıldığı durumlarda da yeterli deneyime sahip personelin olmaması,
7. Hızlı tanı testlerinin yeterince bilinmemesi ve hastanelerde bulunmaması,
8. Tanı doğrulamasının Etimesgut İl Halk Sağlığı Laboratuvarından yapılması gerektiği ancak bu laboratuvarın şehir merkezinin dışında olduğu için hastaların yönlendirilmesinde sorun yaşanması,
9. Hastaların tedavisi İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden temin edilmekle birlikte tanı ve tadavi merkezlerinin farklı yerlerde olmasına bağlı sorunlar yaşanması.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Sosyal güvencesi olmayan, polikliniğimize başvuran sıtma şüpheli olguların kalın damla ve ince yaymalarının kliniğimizce yapılıp tanı konulmasının hızlandırıldı. Kliniğimizde hızlı tanı testlerinin temini ve kullanımı sağlandı. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şubesi ile görüşülerek tanı doğrulama süreci ortadan kaldırıldı ve tedavinin hızla başlanması sağlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bu sorunların çözümü için;

1. Riskli bölgelere gidecek olan herkese hastalığın önemi anlatılarak, gittikleri bölgeye uygun sıtma profilasisinin başlanması,
2. Ateş yüksekliğiyle başvuran her hastanın epidemiyolojik öyküsünün ayrıntılı sorgulanması,
3. Her klinikte kalın damla ince yaymanın yapılabilmesi için uygun personel eğitiminin yapılarak deneyimlerin paylaşılması,
4. Hastalığın tanısında büyük kolaylık sağlayan hızlı tanı testlerinin her klinikte bulundurulması,
5. Sıtma hastalarının tedavisi için kullanılan ve devlet tarafından karşılanan sıtma ilaçlarının infeksiyon hastalıkları kliniğinde bulunmasını önermekteyiz.

Diğer İnfeksiyonlar

P-166

Bruselloz Tanısında Yaşanılan Sıkıntılar

Gülçin TELLİ DİZMAN[1], Gamze KALIN ÜNÜVAR[1], Mahmut DÜLGER[1], Semiha ÇELİK EKİNCİ[1], Berna ÖZDEMİR KEPEK[2]

[1] *Kars Harakani Devlet Hastanesi, Kars*
[2] *Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Zonguldak*

Soru(n)

Brusellozun endemik olarak görüldüğü ve hayvancılığın en önemli geçim kaynağı olduğu bir bölgede 2-merkaptoetanol testi yapılamıyorsa geçirilmiş infeksiyon, relaps ve reinfeksiyon ayrımı nasıl yapılmalıdır?

Olay/Olgu

Kars Harakani Devlet Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine terleme, halsizlik, baş ağrısı, yaygın eklem ağrısı gibi şikayetlerle başvuran, daha önce (1 ay-10 yıl içinde) bruselloz geçirme öyküsü, taze peynir yeme ve/veya hayvanlarla direkt temas öyküsü olan hastalardan gönderilmiş ve pozitif sonuçlanan brusella tüp aglütinasyon testlerinin yorumlanması ve tedavi yaklaşımları.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Düşük titrelerde pozitif sonuçlanan test sonuçları hastaların klinikleriyle birlikte değerlendirildi. Yaklaşık 2 hafta sonra testin tekrarı istendi. Titre artışı halinde tedavi başlandı. Test sonuçlarının aynı kalması veya azalması halinde tedavi planlanmayıp şikayetlerinde artış olması halinde tekrar polikliniğe başvurması söylendi. Yüksek titrede pozitif gelen ve klinik korelasyonu yüksek olan hastalara ise tedavi verildi. Klinik korelasyonu düşük olan hastalarda ise test tekrarı yapıldı. Titresi düşük olan veya tekrar edilen testlerde titresi azalan hastalarda nonspesifik kronik yaygın ağrı gibi şikayetler mevcutsa hastalar fizik tedavi polikliniğine yönlendirildi. Eğer lokalize ağrı tarifliyorsa ilgili anatomik bölge MR/BT gibi görüntüleme yöntemleriyle değerlendirildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Brusellozun sık tekrarladığı ve tedavi uyumsuzluğunun çok gözlendiği Kars ilinde, laboratuvar şartlarının yetersizliği nedeniyle klinik semptomlar ve korele bengal/tüp aglütinasyon testlerinin yorumlanmasında daha objektif olarak neler yapılabilir?

Diğer İnfeksiyonlar

P-167

Kene Temasına Bağlı Selülit ve Postauriküler Lenfadenopati

Tuğba SARI[1], Dicle ŞENER[2], Fatih TEMOÇİN[3], Hatice KÖSE[3]

[1] Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Buldan/Denizli
[2] Denizli Devlet Hastanesi, Çocuk İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Denizli
[3] Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat

Soru(n)

Keneler, Lyme hastalığı, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), tularemi, Akdeniz benekli ateşi, erlihyoz gibi hastalıkların içinde bulunduğu 200 kadar hastalığa neden olabilir. Ayrıca lokal cilt bulgularına da neden olabilir.

Olay/Olgu

Sekiz yaşında kız çocuğu postauriküler bölgede şişlik, kızarıklık şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Olgunun öyküsünden; ailenin kırsal bölgede yaşadığı ve hayvancılık yaptığı, bir hafta önce saçlı deride bulunan kenenin aile tarafından aynı gün çıkartıldığı öğrenildi. Fizik muayenede vücut ısısı 36.5°C, kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 80/dakika, postauriküler bölgede şişlik, kızarıklık ve ağrılı lenf nodları tespit edildi (Resim 1). Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Hastanın yapılan tetkiklerinde beyaz küre 5700/mm^3 (4800-10.800), eritrosit sedimentasyon hızı 8 mm/saat, CRP 8.41 mg/dL (0-5), hemoglobin 12.7 g/dL (12-17), trombosit sayısı 254.000 mm^3, AST 27.2 U/L (10-38), ALT 14.7 U/L (10-41), LDH 330 U/L (240-480), kreatinin fosfokinaz 49 U/L (20-200) olup, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanı normal sınırlar içerisindeydi. Diğer biyokimyasal incelemelerinde özellik yoktu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın KKKA için endemik bölgede bulunmaması, laboratuvar ve klinik bulgularının KKKA ile uyumlu olmaması nedeniyle KKKA tanısından uzaklaşıldı. Kene infestasyonu olan bölgedeki lezyonun eritema kronikum migransa benzemesi nedeniyle Lyme hastalığı ve lenfadenopati nedeniyle tularemi ön tanılarıyla hasta servise kabul edildi. İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla Tularemi MAT ve ELISA testi, Lyme için Western Blot testi istendi. Sağ postauriküler yüzeyel ultrasonografide; cilt ve cilt altı dokular ödemli ve inflame, 6-7 mm çaplı çok sayıda reaktif lenf nodu tespit edildi.

Olguya parenteral 150 mg/kg/gün ampisilin-sulbaktam tedavisi başlandı. İlk antibiyotik dozundan bir saat sonra ateşi 38.8°C'ye yükseldi, gövdesinde, yüzde ve ekstremitelerde döküntüler tespit edildi (Resim 1). Lyme şüpheli hastada ilk antibiyotik dozundan sonra ateş ve döküntü tespit edilmesi nedeniyle öncelikle Jarisch Herxheimer reaksiyonu ve ilaç erüpsiyonu düşünüldü. Analjezik antiinflamatuvar ve antihistaminik tedavi başlandı. Ampisilin-sulbaktam tedavisi kesildi. Yatışının ikinci gününde çocuk infeksiyon hastalıkları uzmanıyla görüşülerek hasta sevk edildi. Teikoplanin 10 mg/kg ve streptomisin 30 mg/kg tedavilerinin başlandığı, takipleri sırasında tekrar ateşinin olmadığı, 10 günlük tedavi sonrasında lezyonun gerilediği, Lyme Western Blot ve Tularemi MAT ve ELISA testlerinin negatif olduğu öğrenildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Keneler, dünyanın birçok yerinde yaygın olarak bulunan, gelişme dönemlerinin tamamında başta memeliler ve kuşlar olmak üzere tüm omurgalı canlılardan kan emmek zorunda olan ektoparazitler olup, zoonotik infeksiyonların bulaşmasında rol oynayan en önemli vektörlerdendir. Günümüzde dünyada kabul edilen 899 (*Argasidae* 185 tür, *Ixodidae* 713 tür, *Nuttalliellidae* 1 tür) kene türünün yaklaşık %10'u, 200 kadar hastalığın bulaş-

masıyla ilişkilidir. Ayrıca keneler granülom, apse oluşumu, eritema kronikum migrans gibi cilt bulgularına da neden olabilmektedir. Kenenin tükürüğü içinde bulunan antihemostatik, antiinflamatuvar ve immünmodülatör maddelerin kimyasal etkileşimi sonucu cilt lezyonları oluşabilmektedir. Bu olgu, infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlarının, günlük klinik pratiklerinde sık karşılaştıkları selülitlerin ayırıcı tanısında kene infestasyonlarına bağlı cilt infeksiyonlarını da akılda bulundurmaları gerektiğini vurgulamak için sunulmuştur.



Resim

Diğer İnfeksiyonlar

P-168

Havuz Kaynaklı Molluskum Kontagiyozum: Olgu Sunumu

Tuğba SARI[1], Fatih TEMOÇİN[2], Hatice KÖSE[2]

[1] Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Buldan/Denizli
[2] Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat

Soru(n)

Havuzlar gerekli hijyen kurallarına uyulmaması nedeniyle infeksiyonlara kaynak olabilir. Yüzme havuzları sıcak ve nem etkisiyle dermatofitozlar, HPV infeksiyonları ve molluskum kontagiyozum (MK) gibi cilt infeksiyonlarının yayılımını kolaylaştırır.

Olay/Olgu

İki yaşında erkek çocuğu her iki ön kol ve ayak bileğinde ortası göbekli, deri renginde papüller nedeniyle getirildi. Şikayetlerinin bir hafta önce kaplıcadan geldikten sonra başladığı ve lezyonlarında yavaş yavaş çoğalma olduğu öğrenildi. Ailede benzer şikayeti olan yoktu. Fizik muayenede her iki ayak bileği ve ön kolda büyüğü 10 mm olan birkaç adet göbekli, deri renginde şeffaf papüller saptandı (Resim 1, 2). Olgumuza mevcut klinik bulgularıyla MK tanısı konuldu. Kaşımaya bağlı sekonder infeksiyon şüphesiyle topikal mupirosin krem 2 x 1/gün başlandı. Tedavi sonrası hastanın lezyonları tamamen düzeldi. Beş aylık izleminde rekürrens olmadı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Günümüzde kaplıca, hamam, yüzme havuzu, jakuzi, sauna gibi yerlere ilgi artmaktadır. Toplumun ortak kullanımına açık olan bu alanlar; yetersiz dezenfeksiyon, havuzların uzun süre kullanıma açık olması, kullanıcı sayısının fazlalığı ve su sıcaklığının yüksek olması gibi nedenlerle; stafilokok ve streptokoklara bağlı impetigo, follikülit ve furonkül gibi piyodermilere, *Corynebacterium minutissimum*'un neden olduğu eritrazmaya, *Pseudomonas aeruginosa*'ya bağlı follikülit, sıcak ayak sendromu ve yüzücü kulağına, *Mycobacterium marinum*'a bağlı olarak gelişen yüzme havuzu granülomuna, HPV'ye bağlı vulgar, plantar ve genital verrülere, HSV'ye bağlı veziküllere, tinea pedis ve onikomikoza ve olgumuzda olduğu gibi MK virüsüne bağlı MK'ye neden olabilir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

MK poksvirüs ailesinden MK virüsünün etken olduğu kütanöz bir infeksiyondur. İnkübasyon periyodu 2-6 hafta kadardır. Bu selim seyirli hastalık, deri ve mukoz membranlarda yerleşen papülo-nodüler erüpsiyonla karakterizedir. Lezyonlar tipik olarak beyaz veya deri renginde, incimsi karakterde, ortasında göbeklenme olup peynirimsi bir materyal içermektedir. Virüs direkt olarak epidermisteki küçük bir defektten veya indirekt olarak mendil, havlu, elbise ve spor ekipmanı gibi eşyalarla temas sonucu bulaşır. Ayrıca otoinokülasyon, lezyona dokunma ve virüsün bir yerden bir yere taşınmasıyla da hastalık yayılabilmektedir. Tüm dünyada görülen hastalık sıklıkla küçük çocuklar, cinsel aktif yetişkinler, özellikle de HIV ile infekte bireyleri etkiler. MK tanısında klinik görünüm genellikle yeterlidir. Olguların çoğu aylar içerisinde kendiliğinden iyileşir.

Tedavide topikal tedavi olarak kriyoterapi, triklorasetik asit (%35-100), topikal tretinoin ve imikimod, podofilotoksin %20-25, gümüş nitrat %40, 5-florourasil ve bleomisinin intralezyonal enjeksiyonu kullanılmaktadır. Ayrıca öncesinde lokal anestezik krem uygulanarak bir iğne, keskin bir küret veya komedon çıkarıcı ile ekstirpasyon yapılarak tıkaç yok edilebilir. Bu yöntem çocuklarda tercih edilen güvenli bir tedavi yöntemidir. Olgumuz havuz kaynaklı cilt infeksiyonlarına dikkat çekmek için sunulmuştur.



Resim 1,2

Diğer İnfeksiyonlar

P-169

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Hastalarının İzleminde Fiziki Koşullar ve Hukuki Sorumluluk

Hatice KÖSE[1], Fatih TEMOÇİN[1], Tuğba SARI[2]

[1] *Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat*
[2] *Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Buldan/Denizli*

Soru(n)

Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) hastalarının izlemlerinde alınması gereken izolasyon önlemleri, fiziki koşullar ve hastalığın diğer hastalara, hasta yakınlarına ya da sağlık personeline bulaşması durumunda hukuki sorumluluk.

Olay/Olgu

Endemik bölgede olmamız nedeniyle KKKA ve şüpheli olguları kliniğimizde takip etmekteyiz. KKKA hastadan hastaya, hasta yakınlarına ve sağlık çalışanlarına bulaşabilir. Hastaların mümkünse negatif basınçlı odalarda izlemi, negatif basınçlı oda yoksa tuvaletli tek kişilik odada izlemi, temas ve damlacık izolasyon önlemlerinin alınması önerilmektedir. Fakat kohort uygulanarak koğuşta da izlenebileceği, bu durumda tuvalet ve lavabo-ların bu hastalar için ayrı olması gerektiği Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık personeli için hazırlanan eğitim slaytında bildirilmiştir. Hastanemizin fiziki koşulları gereği KKKA ve şüphesi olan hastalar tek kişilik odalarda takip edilmektedir. Servisin ortak tuvaletlerinden bir tanesi KKKA tanısı almış ve/veya şüphesiyle yatırılan hastalarca kullanılmak için ayrılmıştır. Fakat lavabo ve musluklar diğer hastalarla (KKKA ve şüphesi olmayan) ortak olarak kullanılmaktadır. Hastaların izlemi sırasında herhangi bir bulaş olması durumunda hukuki sorum-luğun kime ait olacağı merak edilmektedir.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Bu konu tüm ayrıntılarıyla anlatılarak hukuk profesyoneline danışılmış ve hastadan diğer hastalara ya da hasta yakınlarına KKKA bulaşı olması durumunda tüm sorumluğunun tek başına hekime ait olduğu öğrenilmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Yataklı Tedavi Kurumları İnfeksiyon Kontrol Yönetmeliği'nin 7. fıkrasının "g" bendine göre infeksiyon kontrol komitesi "Hastalar veya yataklı tedavi kurumu personeli için tehdit oluşturan bir infeksiyon riskinin belirlen-mesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak, izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek ve böyle bir riskin varlığının saptanması durumunda, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar almalıdır". Ayrıca, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 09.07.2008 tarihli ve B100TSH110002-104-02-01/2167 (2008/52) genelgesi ve 31.03.2004 tarihli ve B100TSH0110002/5367 (2004/46) sayılı daimi genelgesine göre "KKKA infeksiyonu olan hastalar ayrı odaya yatırılmalı ve tuvaletleri ay-rılmalıdır. Hastaya kullanılan tıbbi aletler (termometre, stetoskop vb.) ayrı olmalı, oda dışına çıkarılmamalıdır" şeklinde açıkça belirtilmiştir.

Hastanemiz gibi fiziki koşulları yeterli olmayan, izolasyon önlemlerinin bu nedenle tam olarak uygulanamadığı ikinci basamak hastanelerde KKKA takip etmek ve tüm hukuki sorumluğu almak risk midir? Herhangi bir bulaş olması durumunda tüm sorumluluk gerçekten hekimin midir? Yoksa bu hastalar fiziki koşullar gereği, tamamen kendimizi korumak amaçlı üçüncü basamak hastanelere mi sevk edilmelidir?

Diğer İnfeksiyonlar

P-170

Subklinik Brusellozlu Olguda Tekrarlayan Herpes Simpleks Ensefaliti

Rezan HARMAN[1], Özgür GÜNAL[2], Ayşe ÖZBOZ[3], Elif YILDIRIM[4], Canpolat EYİGÜN[1]

[1] *Sanko Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep*
[2] *Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun*
[3] *Sanko Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Gaziantep*
[4] *Sanko Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Gaziantep*

Soru(n)

Bu yazıda, 33 yaşında, altta yatan bilinen herhangi bir hastalığı olmayan, hayvancılıkla uğraşan, herpes ensefaliti tanısı alan ve yeterli süre IV asiklovir tedavisine rağmen tekrarlayan herpes ensefaliti ve sonrasında tespit edilen subklinik brusellozu olan bir olgu sunulmuştur.

Olay/Olgu

Otuz üç yaşındaki kadın hasta 2 gündür aniden başlayan ateş, bulantı, kusma ve son gün gelişen bilinç bulanıklığı ile acil servise başvuruyor. Hastanın bilinç bulanıklığı, ateşi (37.8°C) ve ense sertliği olması ve KİBAS bulguları olmaması üzerine lomber ponksiyon (LP) yapılıyor. Yatışında yapılan LP'de BOS görünümü berrak, glukoz 61 mg/dL (eş zamanlı kan şekeri 129 mg/dL), protein 17.5 mg/dL, thoma lamı ile lökosit sayımında 5 x 11 mm^3 eritrosit ve 7 x 11 mm^3 de polimorfonükleer lökosit (PNL) görüldü. BOS bulgularının ensefalitle uyumlu gelmesi üzerine hastaya MR çektirilerek asiklovir IV tedavisi başlandı. BOS'tan gönderilen herpes simpleks tip 1 PCR sonucu üçüncü gün pozitif olarak gelen hastanın tedavisine devam edildi. Tedavinin 4. gününde klinik düzelme sağlanan hastanın tedavisi 21 güne tamamlanarak taburcu edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hasta taburcu olduktan 9 gün sonra ateş ve baş ağrısı nedeniyle tekrar başvurdu ve servise yatırıldı. Yapılan fizik muayenede hastanın bilinci açık, ancak apatik olarak değerlendirildi. Ense sertliği yoktu. Hastanın risk faktörleri de değerlendirilerek istenen, kanda Rose-Bengal testi, standart tüp aglütinasyon testi (1/160) ve Coombs'lu Wright testi (1/1280) pozitif olarak sonuçlandı. Hastanın ilk herpes ensefaliti atağı öncesine ait hiçbir klinik bulgu saptanmadı. Hasta subklinik bruselloz olarak değerlendirildi. Hastada tekrarlayan herpes ensefaliti? düşünülerek kraniyal MR çekildi. Eski kraniyal MR ile karşılaştırıldığında; yeni tutulumlar olduğu saptandı. Yapılan LP'de BOS glukoz 55 mg/dL (eş zamanlı kan şekeri 119 mg/dL), protein 178.1 mg/dL olarak saptandı. Thoma lamı ile lökosit sayımında 4 x 11 mm^3 eritrosit ve 5 x 11 mm^3'de lenfosit görüldü. BOS'ta brusella Rose-Bengal testi ve standart tüp aglütinasyon testi negatifti. EEG'de sağ hemisfer frontosantral bölgede yavaş dalga olduğu görüldü. Hastaya asiklovir 3 x 10 mg/kg IV, rifampisin 1 x 600 mg/gün PO, doksisiklin 2 x 100 mg/gün başlandı. Tedavisi devam eden hastanın 3. günde solda güçsüzlüğü ve şuurda gerileme fark edildi ayrıca takiplerde 2 kez epileptik nöbet geçirmesi nedeniyle nöroloji tarafından antiepileptik ve antiödem tedavi başlandı. BOS herpes simpleks PCR sonucu negatif olarak geldi. Yatışından 1 hafta sonra kraniyal MR tekrarlandı. Lezyon boyutlarında belirgin farklılık saptanmadığı görüldü. Hastanın kliniği ilk ataktan çok daha ağır seyretti, klinik düzelme de ilk ataktan çok daha geç (ortalama 14. günde) sağlandı. Yatışından 2 hafta sonra çekilen kraniyal MR'de kontrast tutulumunda azalma izlendi. Alınan kan kültürü ve BOS'un kan kültürüne ekiminde herhangi bir üreme olmadı. Kan kültürleri 21 gün bekletildi. Hastanın toplam asiklovir tedavisi 21 gün tamamlandı. Brusella tedavisinin en az 6 hafta olması planlanarak hasta taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Literatürde bazı intraselüler bakterilerin (*Mycobacterium tuberculosis, Ehrlichia chaffeensis, Brucella melitensis, Coxiella burnetti* vb.) immün sisteme indirekt etki ederek immünsüpresyon yarattığından bahsedilmiştir. Bizim olgumuzda da subklinik brusellozun herpes simpleks ensefalitin nüksüne sebep olan predispozan faktörlerden birisi olabileceği düşünülmüştür.

Diğer İnfeksiyonlar

P-171

İnoperabl Kist Hidatik Hastalarının Tedavisinde Albendazol Süresi

Nesrin ATA[1], Cemal BULUT[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Şerife ALTUN DEMİRCAN[1], Özlem ÖZER[1], Sami KINIKLI[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Yaygın kist hidatik lezyonları olan ve tüm kistlere eksizyon yapılamayan hastalarda optimum albendazol tedavi süresinin bilinmemesi.

Olay/Olgu

Olgu 1: Beş buçuk yıl önce akciğer ve karaciğer kist hidatik tanısı alan ve bilateral akciğerlerden kist eksizyonu yapılan hastanın ameliyat sonrası karaciğerde bulunan yaygın kistleri nedeniyle beş yıl albendazol tedavisine devam edilmişti. Albendazol tedavisi ay önce kesilen hasta 10-15 gün önce öksürük, ateş, karın ağrı, bilateral yan ağrısı, bulantı, dizüri şikayetleri olması ve acil serviste başlanan gemifloksasin sonrası şikayetleri devam etmesi nedeniyle servise yatırıldı, kist hidatik hemaglütinasyon: 1/320 pozitif, abdominal ultrasonografisi büyüğü sağ lobda 32 x 19 mm boyutunda olmak üzere çok sayıda içinde kalsifikasyonlar izlenen heterojen-kistik görünümlü nodüler lezyonlar şeklinde raporlandı. İdrar yolu infeksiyonu tanısıyla parenteral antibiyotik tedavisi verilen hastanın taburculuk sonrasında kist hidatik açısından takibe devam edilmesi önerildi.

Olgu 2: Uzun süreden beri ciddi baş ağrısı yakınması olan hastanın genel durum bozukluğu, solunum sıkıntısı nedeniyle acil serviste yapılan görüntüleme yöntemlerinde tüm vücutta (beyin, akciğer, karaciğer, dalak, böbrek, mediasten, tiroid, pankreas ve peritonda, rektus kası içerisinde, pararenal alanda, sol uylukda, cilt altında) yaygın kistik lezyonları olduğu görüldü. Kist hidatik hemaglütinasyon testi: 1/2560 pozitif olan hastanın intrakraniyal kistleri eksize edildi. 2 x 400 mg albendazol başlandı ve diğer kistleri opere edilemeyen hastanın postoperatif albendazol tedavisine devam edilmesi ve 3 ay sonra kontrolü planlandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İlk kist hidatik olgumuza beş yıl süre ile aralıksız olarak albendazol tedavisi verildi, yeni tanı alan ikinci kist hidatik olgumuza ise preoperatif dönemde başladığımız albendazol tedavisine devam etmekteyiz.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Çeşitli yayınlarda antihelmintik tedavinin akciğerde bulunan kistlerin membranında dejeneratif değişikliklere neden olduğu ve kist rüptürü gelişme olasılığını arttığı bildirilmiştir. Yine antihelmintik tedavi sonrası kist rüptürünün en sık 10 gün ile 2 ay arasında gelişebileceği bu nedenle gelişebilecek anafilaktik reaksiyon, asfiksi, pnömotoraks, hemoptizi gibi komplikasyonlar açısından medikal tedavi verilen hastaların, en az 2 ay yakın gözlem altında olmaları önerilmiştir. Kist hidatik açısından inoperabl olan Şanlıurfa'dan bildirilen bir olguda 30 ay verilen albendazol tedavisiyle kalpteki kistin kaybolduğu, karaciğerdeki kistin küçüldüğü ancak akciğerdeki kistlerin sayı ve boyutunda gerileme olmadığı görülmüş ve albendazol tedavisinin akciğerdeki kistlere yeterli etki etmediği düşünülmüştür. İlacın uzun süre kullanımında, 30 gün ilaç; 15 gün ara veya 30 gün ilaç; 30 gün ara şeklinde uygulama önerilmektedir. DSÖ, hastaların büyük kısmında 12 aya kadar uzayan tedaviye gerek olabileceğini bildirmiştir. Postoperatif dönemde tedavi süresi belirlenirken başlangıç serolojik testlerin negatifleşmesi esas alınmakla birlikte kistin yaygınlığına, büyüklüğüne ve lokalizasyonlarına göre bu sürenin belirlenmesi tartışmalı bir konudur. Ülkemizde kist hidatik endemik olarak görülmekte olup özellikle vücutta yaygın kistik lezyonları olan ve tüm kistleri opere edilemeyen hastaların tedavisinde verilen albendazol süresi ve aralıklı uygulama yapılıp yapılmaması konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. Bu konunun tartışılmasını önermekteyiz.

Diğer İnfeksiyonlar

P-172

Testiküler Kist Hidatik İnfeksiyonu

Berna ÖZDEMİR KEPEK[1], Aynur AYNIOĞLU[1], Gülçin TELLİ[2]

[1] Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Zonguldak
[2] Kars Harakani Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kars

Soru(n)

Testiküler kist hidatik infeksiyonun tanısında yaşanan sorunlar.

Olay/Olgu

Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Üroloji Polikliniğine yaklaşık bir yıldır süregelen sol testiste ağrısız büyüme şikayetiyle başvuran 70 yaşındaki hastanın hemogram ve biyokimyasal tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmamış. Diğer tetkiklerinde; AFP: normal, beta-HCG: normal, skrotal doppler USG: sol hemiskrotumu dolduran yoğun hareketli ekojenik materyal (hematosel?) posterolateralde vaskülarizasyonu net izlenmeyen şüpheli mural solid komponent barındıran kompleks kistik lezyon ile heterojen kalsifiye alanlar, lateralde atrofik testis lehine tanımlanan şüpheli solid komponent ile sınırları net ayırt edilemeyen lezyon. Sol skrotumda skrotolit ile uyumlu ekstratestiküler makrokalsifikasyonlar, abdominal BT: sol skrotal kese içinde kalsifikasyon içerikli sıvı koleksiyonu, toraks BT: patolojik bulgu saptanmamış. Başlangıçta kist hidatik düşünülmediğinden *Echinococcus granulosus* indirekt hemaglütinasyon (İHA) ve ELISA testleri çalışılmamış. Hastaya testis tümörü ön tanısıyla sol inguinal orşiektomi ameliyatı yapılmış. Postoperatif dönemde herhangi bir sorun gelişmeyen hasta taburcu edilmiş. Taburculuk sonrası patoloji sonucu "kistik ve kalsifiye nekroza uğramış, sarı renkte kesit yüzeyine sahip 5 cm çaplı, nekrotik izlenimi veren jöle kıvamında sıvı, kısmında sıvı ve akışkan bölümler olan lezyon testiste kist hidatik" olarak raporlanan hasta polikliniğimize yönlendirilmiş.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya albendazol 2 x 400 mg başlandı. Postoperatif olarak gönderilen *E. granulosus* İHA ve ELISA negatif geldi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

E. granulosus testis lokalizasyonu nadir görülmekle beraber olguların çoğuna testis tümörü ön tanısıyla yaklaşılmakta radyoloji ve/veya patoloji raporuyla tarafımıza yönlendirilmektedir. Kistin lokalizasyonuna, bütünlüğü ve canlılığına göre duyarlılığının değiştiğini bildiğimiz immünolojik testler çoğunlukla başlangıçta çalışılmamakta veya negatif gelmektedir. Radyoloji ve patoloji raporları çoğunlukla patognomonik bulgu tanımlamamakla beraber *E. granulosus* infeksiyonu olarak raporlanmaktadır. Bu durumda hastalara tedavi verilmeli midir? Tedavi süresi ve takip kriteri nasıl belirlenmelidir? Orşiektomi yapılmış hastalara medikal tedavi verilmeli midir?

Diğer İnfeksiyonlar

P-173

Çok Merkezli Çalışma Dizayn Etmenin Zorlukları: Öneriler

Meltem IŞIKGÖZ TAŞBAKAN[1], Serhat UYSAL[2], Tansu YAMAZHAN[1], Hüsnü PULLUKÇU[1], Oğuz Reşat SİPAHİ[1], Sercan ULUSOY[1]

[1] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[2] Buca Seyfi Demirsoy Hastanesi, İzmir

Soru(n)

Çok merkezli çalışmalarda yaşanılan sorunlar nasıl aşılabilir.

Olay/Olgu

Çok merkezli çalışmalar geniş olgu serileri oluşturarak ülkemizde olgu havuzlarının oluşmasını ve farklı merkezlerin bu hastalarda yaklaşımının nasıl olduğunu göstermesi açısından çok yararlıdır. Çok merkezli çalışmalar yapılırken başta iletişim olmak üzere birçok konuda aksaklık yaşanmaktadır. Bu sorun nasıl aşılabilir?

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Diyabetik ayak infeksiyonları pek çok merkez tarafından takip edilmektedir. Bu infeksiyonlarda antibiyotik yaklaşımı da hastaneler arasında farklılık arz etmektedir. Özellikle ampirik tedavide merkezlerin yaklaşımının irdelenmesi amacıyla tarafımızdan bir çalışma planlandı. Daha önce bu konuyla ilgili yaptığımız çalışmalardan dolayı aşina olduğumuz bir konu idi. Öncelikle katılacak merkezleri belirlemeyi planladık. Bu merkezleri saptarken derneklerin web sitelerinden yararlanmayı düşündük. Katılma kararı alan merkezlerde olgu rapor formlarının anlaşılması ve doldurulmasında yaşanacak problemleri aşmak için ön anket uygulaması planladık. Excel dosyasına veri girişinde de kodlama problemleri dikkate değer sorunlar olarak karşımıza çıktı. Öncelikle form ve dosyaların doldurulmasında yaşanan aksaklıklar için fiziksel olarak yakınımızda bulunan ve farklı gözler olarak isimlediğimiz çalışma dışındaki meslektaşlarımıza olgu rapor formları ile excel formatını örnek olarak doldurmaları ve olabilecek hatalar açısından değerlendirmelerini istedik. Olgu rapor formunda anlaşılması güç bölümler tekrar dizayn edildi. Bu doğrultuda olgu rapor formunun kodlanmış, tam bir kopyası oluşturularak başka yazı formatında açıklamalar ilave edildi. Bu kopyanın yeni hasta verileri girilirken rehber olması planlandı. Ayrıca sorulan her konu ve o konuya ait başlık kodlaması algoritmaya bağlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Çok merkezli çalışmalar öncesinde iyi planlanmalı, çalışmaya katılan hekimler için doldurulacak formlar ayrıntılı ve anlaşılabilir olmalıdır. Katılımcılar sorunlarla karşılaşıldığı zaman kime ulaşacaklarını bilmelidir. Olgu formları uzun süre saklanmalı ve istatistiksel inceleme yapılırken olgu formları ile excel formları kontrol edilmelidir. Diyabetik ayak infeksiyonu gibi konularda geniş olgu serileri oluşturmak ülke verilerimizin bilinmesi açısından çok önemlidir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-174

Özgeçmişinde ve Klinik Takiplerinde Ateş Olmayan Üç Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Olgu Sunumu

Fatih TEMOÇİN[1], Hatice KÖSE[1], Tuğba SARI[2]

[1] Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat
[2] Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Buldan/Denizli

Soru(n)

Özgeçmişinde ve klinik takiplerinde ateş olmayan üç Kırım-Kongo kanamalı ateşi: olgu sunumu.

Olay/Olgu

Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA)'ne neden olan etmen Bunyaviridae ailesinden bir virüstür. Bulaşma yolu kene tutması, infekte hayvanların kan, doku ve vücut sıvılarıyla temas olmakla birlikte nozokomiyal bulaşma da söz konusudur. İnkübasyon süresi; kene ile teması takiben 2-12 gün olup, infekte hayvanların kan veya vücut sıvılarıyla temas sonrası 5-6 gündür. Başlangıç döneminde en sık görülen belirtiler ateş, titreme, baş ağrısı, halsizlik ve miyaljidir. Ağır olgularda hemoraji gelişmektedir. Yazımızda halsizlik şikayetiyle acil servise başvuran ve hastalıklarının hiçbir döneminde ateşi olmayan üç KKKA olgusu sunulmuştur.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Olgu 1: Elli yedi yaşında erkek hasta, infeksiyon hastalıkları polikliniğine halsizlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın öyküsünde kene teması olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ateşi yoktu. Yapılan tetkiklerinde WBC: 3900/mm^3, PLT: 82.000/mm^3, AST: 126 IU/mL, ALT: 147 IU/mL, CK: 315 IU/mL saptanması üzerine hasta yatırıldı. KKKA PCR pozitif saptandı. Hastanın öyküsünde, yatış muayenesinde ve takiplerinde ateş saptanmadı. Hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Olgu 2: Yetmiş altı yaşında erkek hasta ilçe devlet hastanesine halsizlik şikayetiyle başvuruyor. Dört gün önce kene teması olduğu öğrenilen hastanın yapılan tetkiklerinde WBC: 2500/mm^3, PLT: 76.000/mm^3, AST: 92 IU/mL, ALT: 116 IU/mL, CK: 641 IU/mL saptanıyor. Hasta KKKA ön tanısıyla servisimize yatırıldı ve PCR pozitif saptandı. Hastanın öyküsünde, yatış muayenesinde ve takiplerinde ateş saptanmadı. Hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Olgu 3: Seksen üç yaşında kadın hasta polikliniğe şiddetli halsizlik ve baş dönmesi şikayetiyle başvuruyor. Hastanın bilinen kene temas ve hayvancılık öyküsü yoktu. Yapılan tetkiklerinde WBC: 1700/mm^3, PLT: 113.000/mm^3, AST: 42 IU/mL, ALT: 83 IU/mL, CK: 299 IU/mL saptandı. Hasta KKKA ön tanısıyla yatırıldı ve PCR pozitif saptandı. Hastanın öyküsünde, yatış muayenesinde ve takiplerinde ateş saptanmadı. Hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

KKKA hastalığının en sık görülen semptomu ve bulgusu ateştir. Ancak hastalığın ateşsiz de karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır. Özellikle kene teması sonrası takip edilen hastalara bilgi verilirken hastalığın ateşsiz de olabileceği anlatılmalı, tek başına halsizliğin bile hastalık belirtisi olabileceği önemle vurgulanmalıdır.

Diğer İnfeksiyonlar

P-175

Atipik Yerleşimli Kist Hidatik Olgusu

Nuran SARI[1], **Özlem KÖSEOĞLU**[1]

[1] *Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Ankara*

Soru(n)

Kist hidatik, sıklıkla *Echinococcus granulosus* ve *multilocularis*'in neden olduğu akciğer ve karaciğerde kistik lezyonlara neden olan zoonotik bir hastalıktır. Nadir olmakla birlikte kemik ve spinal tutulum görülebilmektedir.

Olay/Olgu

Bacaklarda uyuşma, kuvvet kaybı, terleme, bel ağrısı yakınmasıyla beyin cerrahisi bölümüne başvuran 44 yaşında kadın hastanın sistemik muayenesinde her iki bacakta ağrı ve hafif kuvvet kaybı dışında patolojik bulgu saptanmamış. Yapılan torakolomber bilgisayarlı tomografisinde torakal 4-5'te sol paravertebral alana uzanan kistik lezyon saptanmış. Torakal manyetik rezonans incelemesi T4-5 vertebra spinal yerleşimli kist olarak raporlanmış. Spinal kisti beyin cerrahisi tarafından opere edilerek çıkarılan hasta postoperatif infeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Yapılan muayenesinde ateş: 36.5°C, sistemik muayene doğal, laboratuvar incelemesinde beyaz küre: 17.100/µL, sedimentasyon: 23 mm/saat, CRP: 2.5 mg/dL, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri doğal, viral markırları doğal, brusella aglütinasyonu negatif, akciğer grafisinde sağ hiler dolgunluk, abdomen ultrasonografisinde safra kesesinde multipl taş saptandı. Kist hidatik indirekt hemaglütinasyonu 1/2560 titrede pozitif saptandı. Hastaya albendazol 400 mg, günde iki kez, 28 gün, iki hafta ara verilerek karaciğer fonksiyon testleri kontrolü ile üç kür tedavi planlandı. Tedavi ilk küründe kontrol tetkiklerinde laboratuvar değerlerinde düzelme ve klinik yakınmalarda gerileme görüldü.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kist hidatik hastalığı, erişkini köpek bağırsağında yaşayan *E. granulosus* parazitinin dışkı ile atılan yumurtalarının kirli eller, su ve yiyeceklerle alınması sonucu karaciğerde, bazen akciğerlerde, daha nadiren diğer organlarda içi sıvı dolu kistlerin oluşumu ile seyreden zoonotik hastalıktır. Sıklıkla asemptomatik seyreder, olgular rutin radyolojik incelemeler sırasında tesadüfen saptanabilir. Yerleştiği organlarla ilgili semptomlarla karakterizedir. Tarım ile uğraşan ülkelerde endemik olarak görülmektedir. Genellikle çocukluk yaşlarda etken alınır, 20-40 yaşlarında daha sık olmak üzere her yaş ve cinste görülmektedir. Kemik tutulumu %1-2 civarında görülür. Pelvis ve uzun kemikler ve torakal vertebra daha sık tutulur. Spontan kırıklar, parapleji bulguları gelişebilir. Hastamızda da bel ağrısı ve bacaklarda kuvvet kaybıyla başvuru olmuştur. Tanı klinik ve laboratuvar serolojik yöntemlerle antikor pozitifliği (indirekt hemaglütinasyonda 1/360 titre üzeri) saptanması ve çıkartılan materyalin makroskobik/mikroskobik tanımlanmasıyla konulur. Hastamızda titre yüksekliği ve makroskobik materyal ve klinik, radyolojiyle tanı konulmuştur. Tedavide en etkili yöntem kistin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Preoperatif ve postoperatif kemoterapi protoskoleksleri inaktive ederek nüks riskini azaltacağı ayrıca kist içi basıncı azaltarak daha kolay çıkarılmasına yardımcı olabileceği için önerilmektedir. Albendazol, mebendazol, pirazikuantel tedavide kullanılan ajanlardır. Hastada postoperatif albendazol tedavisiyle klinik ve laboratuvar yanıtı alınmıştır. Tipik bölge olamamakla birlikte spinal kistlerde, kist hidatik ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-176

Periton Tüberkülozunda Steroid Verilmeli mi?

Hayati DEMİRASLAN[1], Necati MUMCU[1], Mehmet Güngör KAYA[2]

[1] *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri*
[2] *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri*

Soru(n)

Perikardiyal ve santral sinir sistemi tüberkülozunda steroidin yararı kanıtlanmışken izole periton tüberkülozunda steroid verilmeli mi?

Olay/Olgu

Köyde yaşayan 46 yaşında kadın, yaklaşık 1 yıldır devam eden karında şişlik şikayetiyle dış merkeze başvurusunda hepatosplenomegali, sağ adneksiyal kitle, lenfadenopati ve asit saptanması üzerine hematoloji bölümüne gönderilmiş. Lenf nodu biyopsisinde politipik plazma hücre infiltrasyonu saptanmış. Periton mayi ARB negatif olarak taburcu edilmiş. Kontrolünde periton kültüründe *Mycobacterium tuberculosis* üremesi olması üzerine konsülte edildi. Hasta hipotansif, batın gergin görünümde, ateşi yoktu ve venöz dolgunluğu vardı. Pretibial, sakral göde bırakan ödemi vardı. Hastanın batında drenaj kateteri mevcuttu. Anemi dışında laboratuvar bulguları INR dahil normaldi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya dörtlü antitüberküloz tedavi (INH, RIF, PZR, STR) başlandı. Hipotansiyonu ve venöz dolgunluğu olan hastaya transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Tüm duvarlarda hipokinezi ve perikardiyal mayi saptandı. Toraks BT'de plevral mayi de vardı. Hastaya koroner anjiyografi ve kateterle perikardiyal basınç ölçülmesi planlandı. Furosemidle diürez yapıldı. Koroner anjiyografi normal, kardiyak MR'de perikard 7 mm idi. Antitüberküloz tedavinin 60. gününde perikardiyektomi yapıldı. Kalsifikasyon yoktu. Patolojisinde granülomatöz iltihabi olay ve fibrinöz perikardit saptandı. Sonrasında hipotansiyonları ve asiti devam etti. Gelişinde hipotiroidisi olan hastaya hormon replasmanı başlandı. Düzelmeyince doz artırıldı. Portal ven çapı 15 mm ölçüldü. Diüretik ve pozitif inotrop ajan alan hasta antitüberküloz tedavinin 3 ay 20. gününde kaybedildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Tüberküloz tedavisinde steroidin yeri tüberküloz menenjiti evre 2, 3 ve perikard tüberkülozu olarak önerilmektedir. Son zamanlarda Critchley ve arkadaşlarının yayınladığı meta-analizde mortaliteyi %17'ye kadar azalttığı bildirilmiştir. Hindistan'dan Kadhiravan ve arkadaşlarının yayınladığı bir derlemede tüberküloz menenjiti ve perikard tüberkülozunda steroid önerilmiştir. Peritoneal tüberkülozda fikir birliği yoktur.

Diğer İnfeksiyonlar

P-177

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Tanılı Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastalık Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Gül Ruhsar YILMAZ[1], Rüveyda BİLMEZ[2], Tümer GÜVEN[2], Zeliha KOÇAK TUFAN[2], Rahmet GÜNER[2], Bircan KAYAASLAN[2], Turan BUZGAN[2], Mehmet A. TAŞYARAN[2]

[1] Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2] Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Kırım-Kongo kanamalı ateşi konusunda olgu ve yakınlarının bilgi düzeyi yeterli mi?

Olay/Olgu

Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) 2002 yılından beri ülkemizin Kelkit vadisi bölgesinde görülmekte olan viral hemorajik ateş grubu hastalıklardandır. Hastalığı önlemenin en önemli yollarından biri endemik bölgede yaşayan insanların hastalıkla ve bulaş yollarıyla ilgili eğitim düzeylerinin yükseltilmesidir. Sağlık Bakanlığının ilgili birimleri tarafından bölgede farklı yöntemlerle eğitim programları düzenlenmektedir. Bu çalışmada KKKA tanısıyla hastanede izlenen hasta ve yakınlarının hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Çalışma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mayıs 2011-Eylül 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastalığın özelliklerini, bulaş yollarını ve önleme yöntemlerini içeren bir anket hazırlanmış ve KKKA hastalarının ve yakınlarının hastanede izlem sırasında yüz yüze görüşme yöntemiyle anketi doldurmaları sağlanmıştır. Çalışmaya 31 KKKA tanılı hasta (11 kadın, 20 erkek) ve 19 hasta yakını (8 kadın, 11 erkek) olmak üzere toplam 50 katılımcı dahil edilmiştir. Hasta ve yakınlarının ortalama yaşı sırasıyla 50.1 ± 19.1 ve 40.3 ± 10.7 yıl olarak bulunmuştur. Toplam 38 katılımcı (%76) KKKA hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. Eğitim yöntemlerinden ilk üç sırayı sağlık personeli tarafından eğitim verilmesi (%73.7), muhtar tarafından eğitim verilmesi (%10.5) ve televizyon programları (%7.9)'nın aldığı öğrenilmiştir. Toplam 43 (%86) katılımcı bulaş yolları konusunda bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Bulaş yollarından en fazla bilineni kene tutunmasıydı (%62). Hayvan kanı ya da vücut sıvılarıyla bulaş olabileceği 9 (%18) katılımcı tarafından biliniyordu. Korunma önlemleri açısından ilk sırada bilinenler dışarıda çalışma/bulunma sırasında kene temasının önlenmesi için el, kol ve bacakların kapalı olması (%80.5) ve eve dönünce vücudun kene teması yönünden kontrol edilmesi gerektiği (%45.6) idi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Özellikle endemik bölgede yaşayanların hastalık, bulaş yolları ve korunmayla ilgili bilgi düzeylerinin sürekli eğitim aktiviteleriyle artırılması gerekmektedir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-178

Tekrarlayan Ağız içi ve Genital İltahaplı Yaraları Olan Bir Olguda Ayırıcı Tanıda Zorluk

Sibel ALTUNIŞIK TOPLU[1], Nihal ALTUNIŞIK[2]

[1] *Malatya Devlet Hastanesi, Malatya*
[2] *Malatya Özel Gözde Hastanesi, Malatya*

Soru(n)

Tekrarlayan ağız içi ve genital akıntılı yaraları olan bir olguda ayırıcı tanıda zorluk.

Olay/Olgu

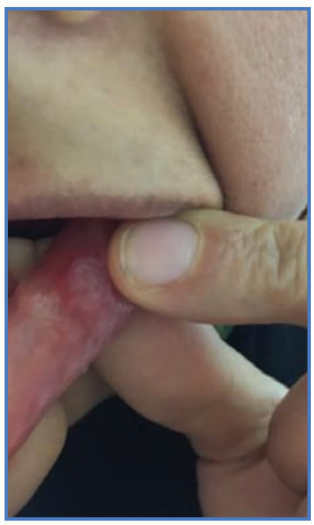
Otuz dokuz yaşında kadın hasta, genital ülser ve yara şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde 3 aydır ara ara olup düzelen ağız içi ve genital yaraları mevcuttu. Hastanın sol yanağında aftöz ülser mevcuttu (Resim 1). Genital bölgede labium majuslarda 0.5-1 cm boyutlarında endüre ülsere akıntılı lezyonları mevcuttu (Resim 2).

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

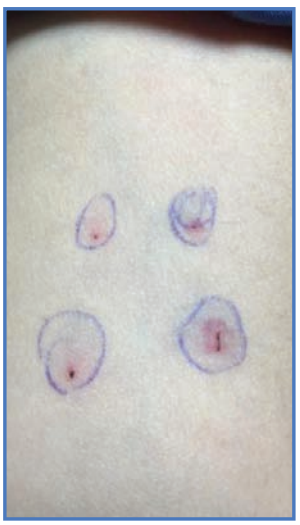
Hastanın son 1 ay içerisinde diş apsesi, diş çektirme öyküsü ve sonrasında ağız içi yaraları ortaya çıkmıştı. Hastanın genital akıntılı yarasından kültür alındı. Hastanın tetkiklerinde CRP yüksekliği de saptanması nedeniyle bakteriyel infeksiyon düşünülerek amoksisilin-klavulanik asit 2 x 1 verildi. Hastanın kültüründe patojen üreme saptanmadı. Hastanın şikayetinde gerileme olmadı. Ayırıcı tanıda sifiliz düşünülerek VDRL bakıldı. Sonuç negatifti. Gövdesinde de eritemli papilopüstüler lezyonlar saptanması üzerine hasta cildiye kliniğiyle konsülte edildi. Cildiye kliniği tarafından hastaya paterji testi yapıldı. Testin 48. saat sonucu pozitif olarak değerlendirildi (Resim 3). Genital muayenesinde eski lezyonlara ait skarlar saptandı. Hastada mevcut bulgularla Behçet hastalığı düşünüldü. Behçet tanı kriterlerinden tekrarlayan oral aft, genital ülser, papülopüstüler deri lezyonları ve paterji pozitifliğiyle tanı kondu. Hastaya kolşisin 3 x 1, betametazon dipropionat + gentamisin sülfat krem 2 x 1 başlandı. Takibinin 2. haftasında lezyonlarında gerileme saptandı (Resim 4).

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Genital akıntılı yaralar etyolojide infeksiyon etkenlerini düşündürmekle birlikte, bu olgumuzda da olduğu gibi ayırıcı tanıda Behçet hastalığı düşünülmelidir.


Resim 1


Resim 2


Resim 3


Resim 4

Diğer İnfeksiyonlar

P-179

Uzmanlık Tezlerine Mali Kaynak Yaratma Sorumluluğu Kime Aittir?

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1], Gamze TÜRKOĞLU[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Tıbbi mikrobiyoloji uzmanlık öğrencilerinin tezlerine mali kaynak yaratma sorumluluğu kime aittir?

Olay/Olgu

Bir uzmanlık öğrencisinin tez çalışması için gerekli olan tanı testinin alınmasında karşılaşılan sorunlar.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Uzmanlık eğitimi alan bir asistanın tez çalışmasında kullanılacak olan tıbbi malzemenin satın alınabilmesi için mali kaynak yaratılmaya çalışıldı.

1. Eğitim planlama koordinasyon kurulu tarafından uygun bulunan ve onaylanan tez çalışması için laboratuvarda rutin hasta hizmetinde kullanılmayan malzemenin temin edilmesi gerekiyordu. Bunun için satın alma komisyonuna başvuruldu. Komisyon tarafından uygun bulunmasına karşın, bir yıl içinde aynı klinikten sadece iki tez çalışmasına destek sağlanabildiği için destek sağlanamadı.

2. Malzemenin alınabilmesi için, ticari firmadan tez çalışmasına destek sağlaması istendi. Ticari firmanın büyük oranda destek sağlaması ve geri kalan miktarın asistan tarafından karşılanmasıyla tez çalışması gerçekleştirilebildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinin zorunlu bir parçası olan tez çalışmalarına mali kaynak oluşturma sorumluluğu kime aittir? Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Tıbbi Mikrobiyoloji uzmanlık eğitimi alan asistanların uzmanlık tezi çalışmalarına, mali kaynak oluşturulmasında neler yapılabilir, çözüm önerileri nelerdir?

Diğer İnfeksiyonlar

P-180

Yeni Tanı/Test Yöntemlerinin Rutin Uygulamalara Dahil Edilmesi Kimin Sorumluluğundadır?

Rukiye BERKEM[1], Ayşe Esra KARAKOÇ[1], Gamze TÜRKOĞLU[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Yeni tanı/test yöntemlerinin rutin uygulamalara dahil edilmesi kimin sorumluluğundadır?

Olay/Olgu

Otoimmün hastalıkların ayırıcı tanısında kullanılan yeni bir test yönteminin rutin hasta hizmetinde kullanılabilmesinin sağlanması.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Yeni testin rutinde kullanılabilmesi için verileri oluşturmak amacıyla asistan tez çalışması yapıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Yeni tanı/test yöntemlerinin rutin uygulamalara dahil edilmesi kimin sorumluluğundadır? Klinisyen mi, laboratuvar uzmanı mı, ulusal sağlık otoritesi mi, sağlık teknolojisi sunucuları mı, hasta hizmeti sunan kurum mu? Hepsi birlikte mi? Yeni tanı/test yöntemlerinin maliyetleri nasıl karşılanacaktır? Rutin uygulamalarda yer alabilmeleri için geri ödeme işlemleri nasıl yapılmalıdır?

Diğer İnfeksiyonlar

P-181

Zoonotik Bir İnfeksiyon: Bir Orf Olgusu

Nihal ALTUNIŞIK[1], Sibel ALTUNIŞIK TOPLU[2]

[1] *Malatya Özel Gözde Hastanesi, Malatya*
[2] *Malatya Devlet Hastanesi, Malatya*

Soru(n)

Cilt ve yumuşak doku infeksiyonlarında cildiye ve infeksiyon hastalıkları poliklinik dayanışmasının gerekliliği ve öneminin hatırlanması.

Olay/Olgu

Elli yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ el ikinci parmakta ağrı, şişlik, kızarıklık şikayetiyle başvurdu. Hikayesinde bir hafta önce koyun beslerken hayvanın dişinin parmağına battığı, birkaç gün sonra bu bölgede kızarıklık ve akıntı oluştuğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açıktı. Sağ el ikinci parmakta ortasında hemorajik siyah kurut izlenen, etrafı ve ödemli plak mevcuttu (Resim 1). Hastanın diğer sistem muayene bulguları ve biyokimyasal testleri normal değerlerdeydi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Anamnez ve klinik bulgular eşliğinde hastada öncelikli olarak orf tanısı düşünüldü. Hastada lezyonun sekonder infeksiyonunu tedavi amaçlı amoksisilin-klavulanik asit 2 x 1 g tedavi verildi. İki hafta sonraki kontrolünde hastanın lezyonunda gerileme izlendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Orf, dünyada yaygın olarak görülen parapoks virüsünün neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. İnsanlara bulaş infekte hayvana temas sonucu olur. Daha çok ellerde ve parmaklarda görülür. Hastanın bu arada sekonder bakteriyel infeksiyonlarının tedavisine, kuduz ve tetanoz profilaksisinin değerlendirilmesine dikkat edilmelidir.



Resim

Diğer İnfeksiyonlar

P-182

Nadir Bir Olgu: Diyabetik Bir Hastada Sternumda Kandida Osteomiyeliti

Sibel ALTUNIŞIK TOPLU[1]

[1] *Malatya Devlet Hastanesi, Malatya*

Soru(n)

Diyabeti olan ve kardiyak cerrahi sonrası sternumunda kandidal osteomiyelit gelişen hastada tedavi zorluğu.

Olay/Olgu

Altmış altı yaşında erkek hasta göğüs duvarında noktasal ağızlaşmış 2-3 bölgeden akıntı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hasta yaklaşık 5 yıl önce koroner by-pass cerrahisi geçirmişti. Hasta aynı zamanda diyabet nedeniyle insülin tedavisi almaktaydı. Hasta cerrahiden birkaç ay sonra akıntı şikayetinin başladığını ve aralıklı olarak devam ettiğini belirtmekteydi. Hasta akıntısı için çeşitli defalar antibiyoterapi almıştı. Cerrahiden 10 ay sonra çekilen üç fazlı kemik sintigrafisinde sternum orta-alt kesimde fokal odak halinde artmış osteoblastik aktivite tutulumları saptanmış ve operasyona sekonder değişiklik olarak değerlendirilmişti. Hastanın yaklaşık 1 yıl önce çekilen üç fazlı tüm vücut kemik sintigrafisinde sternum alt uçta infeksiyonla uyumlu bulgu saptanmıştı. Takibinde çekilen yüzeyel doku USG'de insizyon hattında 2.5-1 cm koleksiyon saptanmıştı. Koleksiyondan alınan kültüründe *Candida* spp. üremesi saptanmıştı. Hasta bu sürede düzensiz antifungal tedavi almıştı. Hasta son 2 aydır tedavi almıyordu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Klinik durumu değerlendirilen hastadan alınan akıntı kültüründe *Candida albicans* üremesi saptandı. Amfoterisin B, kaspofungin, vorikonazol, flukonazol ve mikafungin duyarlıydı. Hastaya 1 x 800 mg yükleme ve devamında 1 x 400 mg olacak şekilde antibiyogramda da duyarlı olarak görüldüğü için flukonazol tedavisi başlandı. Hastanın 10 gün sonra alınan akıntı kültüründe *C. albicans* üremesi devam etmekteydi. Yine flukonazol, amfoterisin B, vorikonazol, flusitozin duyarlıydı. Hastanın üremesi devam etmesi üzerine kaspofungin 1 x 70 mg yükleme ve devamında 1 x 50 mg tedavisine geçildi. Bir hafta sonra kontrol kültürde üreme olmadı. Tedavinin devamında kaspofungin tedavisi temin edilemediği için anidulafungin tedavisi 1 x 200 mg yükleme ve 1 x 100 mg olarak devam edildi. Takibinde yüzeyel USG'de 6 x 4 mm sıvı koleksiyonu izlendi. Kontrastlı MR'de; sternum orta alt kesimde sol laterale uyan lokalizasyonda cilt altında yaklaşık 6.5 cm uzunlukta 2.5 cm derinlikte olan alanda cilt altı dokular infeksiyona sekonder olarak hafif kirlenmişti. Belirgin sıvı koleksiyonu veya fistüle ait görünüm izlenmedi. Hastanın intravenöz tedavisi altı haftaya tamamlandı. Hiperbarik oksijen tedavisi uygulanabilecek bir merkeze gitmek üzere taburcu edildi. Flukonazol 1 x 400 mg tabletle tedaviye devam edildi. Diyabetik olan hastanın hiperbarik oksijen uygulamasına 10 gün sonra kurumsal nedenlerden dolayı devam edemedi. Hastanın akıntı kültüründe üreme yoktu ama akıntısı devam etmekteydi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Literatürde kandida osteomiyeliti bildirilen az sayıda olgu bulunmaktadır. Kandidal vertebral osteomiyelit olan yedi olgunun azol ile başarıyla tedavi edildiği bildirilmiştir. Kandidal sternal bir osteomiyelitin flukonazol ile kür olduğu belirtilmiştir. Ancak bizim olgumuzda başlangıçta flukonazol duyarlı görünmesine rağmen üreme baskılanmadı. Başka bir çalışmada kandida osteomiyeliti başlangıç tedavisinde duyarlılık sonucuna göre tercih edilebilecek en iyi antifungal ile 6-8 hafta intravenöz tedaviyle başlanması söylenmiş ve kendi tercihlerinin 0.5-1 mg/kg/gün dozunda sistemik amfoterisin B olduğu belirtilmiştir. Tedavi devamının oral bir azol ile 2-6 aya tamamlanması önerilmiştir. Belirtilen sistemik amfoterisin dozu düşük olarak düşünüldü. Bizim tercihimiz duyarlılığa göre anidulafungin oldu. Hastanın tedavisi 4. ayında olup son kontrolünde görüntülemeyle sıvı koleksiyonu veya fistüle ait bir görünüm bulunmamaktadır. Akıntı kültüründe üreme yoktur. Ancak akıntı hala devam etmektedir. 2011 yılı Ekim ayında operasyonu yapılan ve sonrasında kronikleşen bir şikayetle hastaneden bir şekilde ayrılamayan bu hastamızda, bu süreçte operasyonunun yapıldığı klinikten bile destek görememesi ve cerrahi kliniklerce sabır gerektiren bu tedavi sürecinde sorumluluğun tamamen infeksiyon hastalıkları kliniğine yüklenmesi bizi düşündürmektedir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-183

Salmonella Serotip Kentucky Bakteremisi Olgusu

Tuba MÜDERRİS[1], Fatma Yekta ÜRKMEZ[2], Şeref Alp KÜÇÜKER[3], Muhammet Fethi SAĞLAM[3], Gül Ruhsar YILMAZ[4], Rahmet GÜNER[2], Revasiye GÜLEŞEN[5], Ziya Cibali AÇIKGÖZ[6]

[1] Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Ankara
[2] Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
[3] Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara
[4] Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[5] Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı, Ankara
[6] Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Sol ventrikül destek cihazı (LVAD) ile izlenen bir hastada *Salmonella enterica* serotip Kentucky bakteremisi.

Olay/Olgu

Elli iki yaşında, bilinen diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı olan akut anterior miyokard infarktüsü tanısıyla kalp damar cerrahisi YBÜ'de takip edilen hastaya koroner arter by-pass yapılmış ve eş zamanlı olarak LVAD takılmış. Hasta, operasyon sonrası 7. günde ateş yüksekliği, öksürük, balgam nedeniyle infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniğine konsülte edildi. Fizik muayenesinde ateş 37.9°C idi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre (BK) 20.61 K/uL (%85 nötrofil), CRP 87 mg/L (0-5 mg/L), biyokimyasal değerleri normal idi. İnspeksiyonda sağ juguler santral venöz kateter (SVK) giriş yerinde hiperemi ve sternum alt ucunda bulunan LVAD giriş yerinde akıntısı olduğu görüldü. Solunum sistemi muayenesinde sağ akciğer bazalinde ince ral mevcuttu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Ateşli dönemde SVK kan kültürü, periferik kan kültürleri ve LVAD giriş yerlerinden sürüntü kültürü alındı. Pnömoni ve kan dolaşım infeksiyonu ön tanılarıyla ampirik olarak sefoperazon-sulbaktam 2 x 2 g IV tedavisi başlandı. Mikrobiyoloji laboratuvarında kan ve sürüntü kültürleri serogrup C *Salmonella* spp. olarak tanımlandı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Enterik Patojenler Referans Laboratuvarında yapılan serotiplendirme Salmonella serotip Kentucky olarak sonuçlandı; suşlar ampisilin ve siprofloksasin dirençli, diğer antimikrobiyallere duyarlı olarak değerlendirildi. *Salmonella* spp. bakteremisi etyolojisi araştırılması amacıyla gaita kültürü alındı. *S. enterica* serotip Kentucky izole edildi. Sefoperazon-sulbaktam tedavisinin 15. gününde LVAD çıkarıldı. Cerrahi sırasında perikard yaprakları arasında görülen fibriler yapılardan alınan doku kültüründe de *S. enterica* serotip Kentucky üremesi izlendi. Safra kesesi taşıyıcılığı açısından abdomen ultrasonografisi yapıldı; safra kesesi duvarında büyüğü 4 mm çaplı polip ile uyumlu birkaç adet lezyon rapor edildi. Yapılan ekokardiyografi (EKO)'de, infektif endokarditle uyumlu bulunmadı. Hastanın ateşi antibiyoterapinin 2. gününde, beyaz küre ve CRP değerleri 7. gününde geriledi. Antibiyoterapinin 40. gününde, oksijen satürasyonu düşen hasta entübe edildi. Kontrol EKO sonucunda ejeksiyon fraksiyonu değerinin %10-15 olduğu izlendi. Kontrol kan kültürlerinde üreme olmayan ve klinik kötüleşmesi kardiyak nedenlere bağlanan hastanın antibiyoterapisi 42 güne tamamlanarak kesildi. İzlemi sırasında dekompanse kalp yetmezliği gelişen hasta, antibiyoterapisiz izleminin 4. gününde eksitus oldu.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İmmünsüpresif hastalarda Salmonella infeksiyonları, tipik seyrinden uzaklaşarak invaziv hastalıklara yol açabilmektedir. Bu olgunun LVAD ile takip edilen immünsüpresif bir hastada dirençli *S. enterica* serotip Kentucky tedavisi seçeneklerini değerlendirmede güzel bir örnek teşkil ettiğini düşünmekteyiz.

Diğer İnfeksiyonlar

P-184

Bilimsel Araştırma Projesinde Kullanılmak Üzere Yurt Dışından İlaç Temin Edilmesindeki Sorunlar

Sinan MERMER[1], **Oğuz Reşat SİPAHİ**[1]

[1] *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Soru(n)

Projede kullanılmak üzere yurt dışından ilaç temin edilmesinde sorun yaşanması.

Olay/Olgu

İn vitro olarak gerçekleştirmeyi planladığımız bir proje kapsamında bazı antimikrobiyal ilaçların bakteriyolojik etkinliklerini karşılaştırmayı amaçlamaktayız. Bu doğrultuda projemizi, gerekli olan laboratuvar malzemesi ve ilaçlarla ilgili giderlerin proforma faturalarıyla birlikte Bilimsel Araştırmalar Projeleri (BAP) Komisyonu'na sunduk. BAP Komisyonu tarafından yurt dışından temin edilecek ilaçla ilgili proforma fatura da dahil olmak üzere tüm faturaların "Türk Lirası" formatında düzenlenmesi gerektiği bildirildi. Ancak yurt dışından temin edilecek olan ilacın üretici firması tarafından bize "Euro" olarak düzenlenmiş bir fatura gönderildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Yurt dışından temin edilecek olan ilacın üretici firmasıyla görüşüldü ve BAP Komisyonu tarafından önerildiği üzere proforma faturanın "Türk Lirası" olarak düzenlenmesinin mümkün olup olmadığı soruldu. İlgili firma tarafından fatura talebimiz doğrultusunda düzeltildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Projeler kapsamında yurt dışından ilaç temini gerekebilmektedir. Ancak BAP Komisyonu tarafından istenen kullanılacak ilaca ait "Türk Lirası" formatındaki faturanın teminiyle ilgili süreç çok kolay ilerlememekte ve proje süresinde gecikmelere neden olabilmektedir. Bu konunun tartışılması istenmektedir.

P-185

Diğer İnfeksiyonlar

Pseudomonas aeruginosa Üremesi Olan Lomber Apse Olgusunun Tedavi ve İzlemi Esnasında Yaşanılan Zorluklar

Çiğdem KADER[1], Koray ÖZTÜRK[2], Ünsal SAVCI[3], Nuriye YALÇIN ÇOLAK[1], Ayşe ERBAY[1]

[1] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*
[2] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Yozgat*
[3] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*

Soru(n)

Pseudomonas aeruginosa üremesi olan lomber apse olgusunun tedavi ve izlemi esnasında yaşanılan zorluklar.

Olay/Olgu

Altmış yedi yaşında erkek hasta, opere L4-5 lomber disk hernisi (LDH) + L4-5 seviyeden kaynaklanıp L5-S1 epidural mesafeye yayılan lomber apse infeksiyonu tanılarıyla izlenmektedir. Hastanın hikayesinde 15 gün önce L4-5 seviye lomber disk hernisi tanısıyla L4-5 disektomi operasyonu geçirdiği ve taburculuk sonrasında evde yara yerine kendisinin temin ettiği povidin iyot solüsyonuyla steril olmayan koşullarda pansuman yaptığı öğrenildi. Dikiş yerlerinden povidin iyot solüsyonunu yara içerisine sürdüğü öğrenildi. Yara yerinde açılma ve akıntı olması nedeniyle tekrar hastaneye başvuran hastada lomber apse ön tanısı düşünülerek ikinci kez operasyon gerçekleştirildi. L4-5 disk aralığından kaynaklanıp L5-S1 epidural mesafeye yayılan apse drene edildi (Resim 1). Alınan kültüründe *P. aeruginosa* üremesi tespit edildi. Antibiyogram duyarlılık sonucunda; seftazidim, sefepim, meropenem, amikasin, gentamisin, siprofloksasin duyarlı, piperasilin-tazobaktam orta duyarlı, trimetoprim-sülfametaksazol ve sefazolin dirençli görünmekteydi. Gram boyama sonucunda bol miktarda polimorfonükleer lökosit ve gram-negatif basil görüldü. WBC: 17.690/mm^3, %83.5 PMNL, CRP: 150.1 mg/L, sedim: 80 mm/saat, BFT ve KCFT normal, LDH: 210 IU/L, albumin: 2.9 g/dL tespit edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya lomber apse tanısıyla aspirasyon kültürü alındıktan sonra ampirik olarak piperasilin-tazobaktam 3 x 4.5 g + siprofloksasin 2 x 200 mg IV infüzyon tedavisi başlanıldı. Kültür antibiyogram sonucunda *P. aeruginosa* üremesi tespit edildi ve antibiyogram sonucuna dayanılarak piperasilin-tazobaktam tedavisi kesilerek meropenem 3 x 1 g IV infüzyon tedavisine geçildi. Siprofloksasin 2 x 200 mg IV infüzyon tedavisine devam edildi. Hastanın steril olmayan koşullarda pansumanda kullanmış olduğu povidin iyot solüsyonunu evinden getirmesi istenilerek povidin iyot solüsyonundan da kültür antibiyogramı yapıldı. Ancak bir üreme elde edilemedi. Antibiyotik tedavisi ve yara bakımı sonrasında lökosit, CRP ve sedimentasyon değerleri normal sınırlara gerilemişti. Antibiyotik tedavisinin 21. gününde hastanın taburculuğu yapıldı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Lomber disk herni operasyonu sonrasında asepsi kurallarına uymadan pansuman yapan hastamızda lomber apse gelişmesi sonrasında ikinci kez operasyon yapılması söz konusu olmuştur ve LDH operasyonundan 15 gün sonra gelişmiş olan lomber apse, ikinci bir operasyonla drene edilmiştir. Hastanın ifade ettiği şekliyle postoperatif dönemde evde povidin iyot solüsyonunu eliyle yara yerinin içerisine steril olmayan koşullarda uyguladığı öğrenilmiştir. Povidin iyot solüsyonundan kültür antibiyogram yapılmış ancak üreme elde edilememiştir. Hastanın *P. aeruginosa* üremesinin uygun olmayan koşullarda gerçekleştirilen pansuman sonrasında geliştiği düşüncesindeyiz. Povidin iyot solüsyonundan üretemediğimiz için, muhtemel cilt kolonizasyonu ya da pansuman yapan kişinin elleriyle cerrahi yara yerine bulaştırıldığı kanaatindeyiz. İnfeksiyon etkeninin üretilmiş olması ve etkene yönelik tedavi başlanmış olması hastanın prognozu açısından olumlu bir gelişme olmuştur. Cerrahi yara infeksiyonlarının gelişmesini önlemek amacıyla sağlık çalışanlarının eğitiminin yanı sıra hasta ve hasta yakınlarının da postoperatif dönemde eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu konunun tartışmaya açılması gerektiğini düşünmekteyiz.



Resim 1.

Diğer İnfeksiyonlar

P-186

Kronik Osteomiyelit Tedavi Planında Kemik Kültürü Alınmasındaki Zorluklar

Tuğba İLGAR[1], Meliha Çağla SÖNMEZER[1], Necla TÜLEK[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Sami KINIKLI[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Kronik osteomiyelit tanı ve tedavisinde altın standart kemik biyopsisiyle alınan kültür sonucudur. Hastanemizde ortopedi ve travmatoloji hekimleriyle osteomiyelit ön tanılı hastalardan kemik kültürü alınması açısından sorunlar yaşanmaktadır.

Olay/Olgu

Otuz sekiz yaşında kadın hasta, 4 yıl önce travma sonrası sol ayakta akıntılı yara yeri infeksiyonu gelişmiş. Hastaya sintigrafiyle kronik osteomiyelit tanısı konulmuş. Hasta aralıklarla çeşitli antibiyotikler kullanmış. Son iki gündür sol ayak sırtında kızarıklık, şişlik, ağrı ve ısı artışı şikayetleri olan hasta, hastanemiz acil servisine başvurdu. Bilinen bir komorbid hastalığı olmayan hastanın vücut sıcaklığı 39°C ölçüldü. Sol ayak lateralinde 2 x 3 cm ülsere lezyon, ayak sırtında kızarıklık, şişlik, ısı artışı ve hassasiyet saptandı, akıntı görülmedi. Hasta yumuşak doku infeksiyonu ve kronik osteomiyelit ön tanılarıyla kliniğimize yatırıldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Kronik osteomiyelit etkeninin tespit edilebilmesi için kemik kültürü alınması açısından ortopedi ve travmatoloji bölümüne danışılan hastadan kemik biyopsisiyle kültür alınması açısından ilgili klinik ikna edilemedi. Yumuşak doku infeksiyonu etkenini izole edebilmek için yaradan aspirasyonla kültür alınarak piperasilin-tazobaktam 3 x 4.5 g (IV) tedavisi başlandı. Yara yeri aspirasyon materyalinin Gram boyamasında gram-pozitif koklar görüldü, kültüründe metisiline duyarlı *Staphylococcus aureus* üremesi oldu. Hastanın yumuşak doku infeksiyonu bulguları geriledi. Piperasilin-tazobaktam tedavisi 14 güne tamamlanıp kesildi. Hasta, osteomiyelit etkeninin belirlenip tedavisinin düzenlenebilmesi için ortopedi ve travmatoloji bölümünce kemik kültürü alınması önerilerek taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektiren kronik osteomiyelitte kemik biyopsisiyle alınan kültür sonucu etken belirlenmesinde çok önemlidir. Bu hasta grubunda ampirik antibiyotik tedavisi tedavi başarısızlığı açısından önerilmemektedir. Bu açıdan özellikle ortopedi ve travmatoloji kliniğinin de içinde olduğu konseylerle kemik biyopsisinin önemi vurgulanmalıdır.

Diğer İnfeksiyonlar

P-187

Bölgemizdeki Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Olgularının Değerlendirilmesi

Ayşe SAĞMAK TARTAR[1], Affan DENK[1], Ayhan AKBULUT[1], Kudbettin DEMİRDAĞ[1]

[1] Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Soru(n)

Bu çalışmada kliniğimizde Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) tanısıyla takip ettiğimiz olguları epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar parametreleri açısından irdelemeyi amaçladık.

Olay/Olgu

Eylül 2013-Aralık 2015 tarihleri arasında kliniğimizde yatırılarak takip edilen 16 KKKA olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların kesin tanıları, ELISA ve/veya PCR test pozitiflikleriyle konuldu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

On altı KKKA olgusunun 10 (%62.5)'u erkek, 6 (%37.5)'sı kadındı. Olguların 15 (%93.7)'i kırsal alanda yaşamaktaydı. Hastaların 8 (%50)'i Bingöl'den, 3 (%18.75)'ü Tunceli'den, 4 (%25)'ü Elazığ'dan, 1 (%6.25)'i ise Muş'tan kabul edildi. Kene ısırma öyküsü 12 (%75) hastada mevcuttu. En sık klinik belirti ve bulgular sırasıyla ateş (%93.7), halsizlik (%68.7), bulantı (%50), baş ağrısı (%43.7) ve ishal (%31.2)'di. İki (%12.5) olguda başvuruda peteşi/ekimoz saptandı. Başvuruda 14 (%87.5) hastada lökopeni, 16 (%100) hastada trombositopeni, 15 (%93.7) hastada ALT yüksekliği, 16 (%100) hastada AST yüksekliği, 12 (%75) hastada LDH yüksekliği, 15 (%93.7) hastada kreatinin kinaz yüksekliği, 5 (%31.2) hastada PTZ/aPTT'de uzama saptandı. KKKA tanısı 15 (%93.7) olguda PCR, 1 (%6.3) olguda ise ELISA ile konuldu. Bütün olgulara ribavirin tedavisi başlandı ve hastaların hiçbirinde ribavirine bağlı yan etki gelişmedi. Üç (%18.7) olguya TDP, 4 (%75) olguya trombosit süspansiyonu, 3 (%18.7) olguya hem trombosit hem de TDP süspansiyonu beraber verildi. Kan transfüzyonu hiçbir hastaya yapılmadı. On beş (%93.7) hasta şifayla sonuçlanırken, 1 (%6.3) hasta eksitus oldu. Bu olgu kene temasından 12 gün sonra başvurmuştu, yatışının dördüncü günü eksitus oldu.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

KKKA keneler tarafından taşınan ölümcül bir viral infeksiyondur. Korunmada en önemli faktör virüs temasını önlemektir. Endemik bölgede yaşayanlar eğitilmeli, günlük kene kontrolü yapılması anlatılmalıdır. Yüksek ateş, kas ağrısı, baş ağrısı şikayetleriyle başvuran hastalara kene teması sorulmalıdır ve muayene sırasında gözlemlenmelidir. Endemik bölgelerde klinik ve laboratuvar bulguları uyumlu hastalarda kene teması olmasa bile akılda tutulmalı ve numune gönderilmelidir. KKKA olgularının erken tanı ve tedaviyle mortalite ve morbiditelerinin azaltılabileceğine inanmaktayız.

Diğer İnfeksiyonlar

P-188

Debridman Yapmak Bu Kadar Zor Mu?

Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Cemal BULUT[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Şerife ALTUN DEMİRCAN[1], Sami KINIKLI[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Debridman gereken hastalarda yaşadığımız sorunlar.

Olay/Olgu

Seksen yaşında kadın hasta üç gündür sağ bacak ön yüzünde ciltte siyahlaşma ve kötü kokulu akıntı nedeniyle acil servise başvurdu. Beş ay önce her iki bacakta akıntılı yaraları geliştiği, bir ay boyunca hastanede yatarak tedavi gördüğü, tedavi sonrası yaraların iyileştiği öğrenildi. Bilinen diyabet öyküsü yoktu. Fizik muayenede ateşi yoktu. Sağ alt ekstremitede dizin altından başlayıp ayak bileğine kadar uzanan ve her iki yandan arkaya doğru uzanarak bacağı sarmalayan yaygın nekrotik alan, kenarlarda kötü kokulu akıntı, ödem, kızarıklık ve ısı artışı vardı, ciltte krepitasyon saptanmadı. Sol alt ekstremitede tibianın 1/3 distal kısmında yer yer nekrotik akıntılı lezyonlar, kızarıklık ve ısı artışı mevcuttu. Meropenem tedavisi başlanarak nekrotizan selülit, nekrotizan fasiyit, venöz yetmezlik ön tanılarıyla ortopedi, plastik cerrahi ve kardiyovasküler cerrahi kliniklerine konsülte edildi. Bilateral alt ekstremite arteryel ve venöz Doppler USG normal olarak saptandı. Ampütasyon amacıyla ortopedi kliniğine yatırılan hasta, daha sonra ampütasyondan vazgeçildiği için kliniğimize devralındı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Kliniğimizde meropenem tedavisine devam edildi. Yara ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Tedaviyle akıntı, kızarıklık ve ısı artışı azaldı ancak nekrotik alanda düzelme olmadı. Nekrotik alanların debridmanı açısından hasta yatışı boyunca defalarca ortopedi ve plastik cerrahi kliniklerine konsülte edildi. Her iki klinik de debridmanın diğer klinik tarafından yapılması gerektiğini ifade ederek antibiyotik tedavisinin devamını önerdi. İkinci haftanın sonunda yoğun ısrarımız sonucunda ortopedi tarafından debridman yapıldı. Debridman sonrasında yarada hızla düzelme görüldü. Hasta 10 gün sonra greft konulmak üzere plastik cerrahi kliniğine devredildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Nekrotik doku içeren deri ve yumuşak doku infeksiyonlarının tedavisinde geniş spektrumlu antibiyotikler yanında tüm nekrotik dokuların cerrahi debridmanı esastır. Erken debridman bazı ağır olgularda hayat kurtarıcı olabilmektedir. Bu tür hastaların takibinde tüm kliniklerin işbirliği içinde hastayı değerlendirerek gerekli tedavileri üstlenmeleri ve gerekli zamanda hızla uygulamaları hastanın yatış süresini kısaltacak, tedavi maliyetini ve kliniklerin iş yükünü azaltacaktır.

P-189

Diğer İnfeksiyonlar

Serebral Falsiparum Sıtması, Santral Sinir Sistemi İnfeksiyonu, Uygunsuz ADH Salınımı, Pulmoner Tüberküloz

Tarık IRMAK[1]

[1] *Mogadishu Somali-Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Somali*

Soru(n)

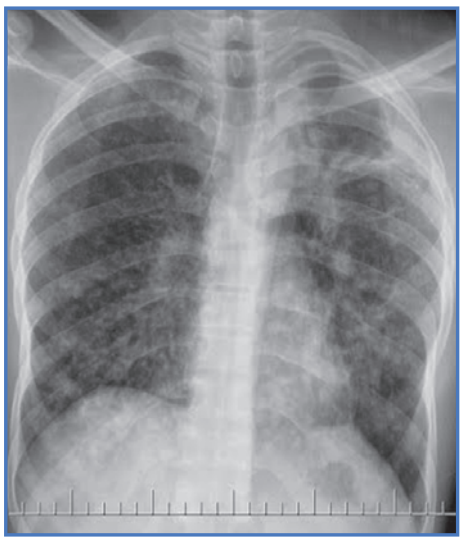
Serebral falsiparum sıtması, santral sinir sistemi (SSS) infeksiyonu, uygunsuz ADH salınımı, pulmoner tüberküloz birlikteliğinde ne yapalım?

Olay/Olgu

Şuur bulanıklığı şikayetiyle hastanemize getirilen 26 yaşında erkek hastanın dış merkezde bir hastanede malarya tanısıyla kinidin tedavisi başlandıktan sonra şuuru kapanmış ve komaya girmiş. Birkaç gün izlenen hasta hastanemize yönlendirilmiş. Genel durumu kötü, şuur kapalı, kooperasyon yoktu. Ateş: 36.8°C, ense sertliği yok, ağrılı uyaranlara yanıt yok, solunum sesleri kaba, ral yok, ronküs yoktu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hasta yoğun bakıma serebral sıtma ve SSS infeksiyonu ön tanılarıyla yatırıldı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS basıncı yüksek, görünüm hafif bulanıktı. BOS proteini yüksek, glukozu (36 mg/dL) düşüktü, eş zamanlı kan şekeri 98.2 mg/dL, BOS Klor: 116, BOS mikroskopisinde 220 hücre/mm^3 sayıldı. Hücre tipi lenfosit ağırlıklıydı. Hastanın periferik yaymasında *Plasmodium falciparum* trofozoidleri görüldü. Hastaya malarya tedavisi için artemeter ve klindamisin, SSS infeksiyonu için de seftriakson ve asiklovir başlandı. Tedavinin 3. günü hasta komadan çıktı, şuuru açıldı. Ajitasyon gelişince nörodol damla başlandı. Tedavinin 6. gününde hastanın genel durumu düzelince servise alındı. Artemetere 7 gün devam edildi ve kesildi. Tedavinin 5. gününde hastanın BOS kültüründe gram-pozitif diplokok üredi. Seftriaksona duyarlı olduğundan seftriaksona devam edildi, 14 güne tamamlandı. Asiklovir kesildi. Taburculuğu planlanırken ateş ve öksürük gelişen hastanın PA akciğer grafisinde retikülonodüler infiltrasyon görüldü. Hastaya dörtlü antitüberküloz tedavi (Tpue-Ripe) başlandı. Tedavi süresince gelişen uygunsuz ADH salınımı sendromu tedavisi için desmopresin verildi. Sonuç alınamayınca tedaviye ibuprofen 1 x 1 tablet eklendi. Bu tedavi ile semptomlar düzeldi. Hastada 5 ateşsiz gün görüldükten sonra Tpue-Ripe tedavisine 2 ay devam etmesi ve sonrasında rifampisin + izoniazid ile toplam tedaviyi 6 aya tamamlaması önerildi.



Resim

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Somali'de özellikle sıtma ve tüberküloz yaygın görülmektedir. Hastamızda olduğu gibi infeksiyon hastalıkları tek olarak değil hastalıklar kompleksi şeklinde görülebilmektedir. Bu nedenle hastalardaki tüm bulgular titizlikle değerlendirilmelidir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-190

Sıtma, Akciğer Tüberkülozu, Tüberküloz Karaciğer Apsesi, Sarılık (Hepatit?) ve HBsAg Pozitifliği

Tarık IRMAK[1]

[1] *Mogaishu Somali-Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Somali*

Soru(n)

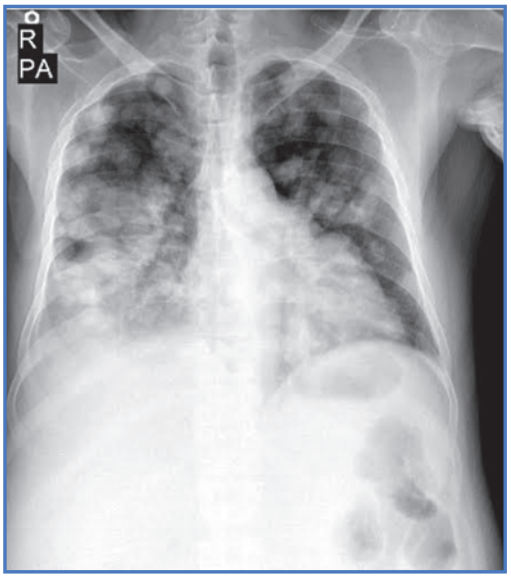
Sıtma, akciğer tüberkülozu, tüberküloz karaciğer apsesi, sarılık (hepatit?) ve HBsAg pozitifliğinde ne yapalım?

Olay/Olgu

İştahsızlık, bulantı, kusma, idrar renginde koyulaşma şikayetiyle hastanemiz infeksiyon hastalıkları polikliniğine gelene 41 yaşında erkek hasta; şikayeti 4 hafta önce başlamış. Genel durumu iyi, şuur açık, koopere, oryanteydi. Ateş: 36°C, ense sertliği yoktu. Orofarinks doğal, sağ göz kanlanmada artış (öksürük sonrasında oluşmuş), solunum sesleri doğal, ek ses duyulmadı. Kalp seslerinde ek ses duyulmadı. Karın normalden bombe, hassasiyet yok, defans yok, rebaund yok, karaciğer ve dalak 4 parmak palpabl, traube kapalıydı. WBC 11.11, hemoglobin 13.6, hematokrit 35.1, PLT 318, HBsAg pozitif, anti-HBs negatif, anti-HCV negatif, anti-HIV negatif, AST: 178.52, ALT: 59.69, ALP: 441.84, GGT: 640.09, direkt bilirubin: 16.43, LDH: 534.48, üre: 13.68, kreatinin: 0.57, idrarda bilirubin 4 mg/dL +++, PA akciğer grafisi: sağ apikalde kavitasyon ve retikülonodüler infiltrasyon, batın USG: karaciğer sağ lobunda kitle, abdomen BT: karaciğer sağ lobunda kitle? apse?, üst batın MR: karaciğer sağ lobda kistik kitle ve karaciğer arkasında kitle.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya dörtlü antitüberküloz tedavi (Tpue Ripe) başlandı ve karaciğer apsesi drenajı için genel cerrahiye konsülte edildi. Bir hafta sonra hasta ateş nedeniyle poliklinik kontrolüne geldi. Bakılan periferik yaymasında *P. falciparum* trofozoidleri görüldü. Servise yatırıldı. Tüberküloz tedavisine devam edildi. Sıtma tedavisi için artemether/lumefantrin ve klindamisin verildi. Tedaviye lamivudin 1 x 100 mg eklendi. Karaciğer apsesinin drenaj açısından değerlendirilmesi için genel cerrahiye konsülte edildi. Konsültan hastanede anestezi uzmanının olmayışı ve teknik yetersizlik nedeniyle opere edilmesinde sıkıntı yaşanabileceğini ve anestezi uzmanı olmadan opere edilemeyeceğini belirtti. Hastada sıtma ve tüberküloz tedavisine devam edildi. Hastada hemogram biyokimya TİT izlemi yapıldı. Klindamisin tedavisi 10 güne tamamlandıktan sonra kesildi. Lökositoz gelişmesi nedeniyle kültürleri alınarak seftriakson tedavisi verildi. Tedavisine metronidazol eklendi. Hasta yatışının 11. günü olası bir ameliyatı kabul etmeyeceğini ve bundan sonra hastaneden kendi isteğiyle ayrılmak istediğini belirtti. Bu isteğine dair yazılı imzası alınan hasta antitüberküloz ve lamivudin tedavisine devam etmesi ve sefiksim 1 x 400 mg + metronidazol 3 x 500 mg PO tedavisine ayaktan devam etmesi önerilerek haliyle taburcu edildi. Takibinde hastanın yakınlarından 1 hafta sonra vefat ettiği öğrenildi.



Resim

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Multidisipliner yaklaşım gerektiren bu hastada maalesef başarılı olamadık. Ne yapmalıydık? Ne yapmalıyız?

Diğer İnfeksiyonlar

P-191

Latent Sifilizli Hasta İzlemi

Nuran SARI[1]

[1] *Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Sifiliz, *Treponema pallidum* adlı spiroketin etken olduğu özellikle gelişmekte olan ülkelerde sık görülen cinsel yolla bulaşan bir infeksiyondur. Primer, sekonder, latent ve tersiyer (geç) evreleri bulunmaktadır.

Olay/Olgu

İnfeksiyon hastalıkları polikliniklerinde özellikle kan verme esnasında tesadüfen saptanan VDRL (Venereal Disease Resarch Laboratory) pozitifliğiyle başvurularda artış görülmektedir. Yalancı pozitiflik açısından tekrarlanan nontreponemal test ikinci pozitifliğinde treponemal testlerle teyit edilmektedir. *T. pallidum* hemaglütinasyon (TPHA) test pozitifliği saptananlarda aile taraması yapılmaktadır. Takip edilen hastalar genellikle sekonder dönem bulguları veya asemptomatik latent dönemde olup, sekonder sifiliz olgularına 2.4 milyon ünite IM benzatin penisilin tek doz, latent sifilizde haftada bir kez 2.4 milyon ünite benzatin penisilin, 3 hafta süreyle başlanmaktadır. Penisilin allerjisi olanlara 4 hafta süreyle doksisiklin 2 x 100 mg/gün tedavisi verilmektedir. Tedavi altında antikor titrelerinde düşüş görülmekle birlikte VDRL ve TPHA pozitifliği devam etmektedir. Hastalara, kalıcı bağışıklık oluşmayacağı, antikor pozitifliğinin ömür boyu devam edebileceği, kan bağışında bulunamayacakları ancak partnerlerine bulaş riski olmayacağı, sifiliz hastalığıyla ilgili bilgi verilmektedir. Tedavi almış olmakla birlikte antikor titre pozitifliği devam etmesi hastalarda endişeye yol açmaktadır.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Sifiliz deri, mukoza ve iç organları tutan, zamanında tedavi edilmediğinde kronikleşen bildirimi zorunlu bir hastalıktır. Hastalık cinsel temasla, kan transfüzyonuyla veya konjenital olarak bulaşmaktadır. Tüm dünyada yaygın olarak görülebilmesi ve bulaşıcı olması nedeniyle bir toplum sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Hastalık oluştuğu döneme göre konjenital ve edinsel, hastalığın evresine göre erken sifiliz (primer ve sekonder evre), latent sifiliz, geç sifiliz (tersiyer evre) olarak sınıflandırılmaktadır. *T. pallidum* ilk giriş yerinde ortalama 14-21 günlük (3-90 gün) inkübasyon dönemini takiben primer evrede ortaya çıkan ülsere lezyon şankır olarak isimlendirilir. Olguların da çoğunda bölgesel lenfadenopati eşlik eder. Şankır iyileşmesinden 6-8 hafta sonra mukokütanöz deri lezyonları, döküntü, alopesi, kondiloma lata, generalize lenfadenopati, üveit, artrit, hepatit gibi bulguların eşlik edebildiği sekonder evre meydana gelir. Sekonder evre lezyonlarının ortadan kaybolup geç sifiliz bulguları ortaya çıkana kadar klinik bulgu görülmeyen dönem latent sifilizdir. Bulaştırıcılık yoktur ancak serolojik testler pozitiftir. Tersiyer evrede kardiyovasküler, kemik, iç organ tutulumu ve nörosifiliz görülür. Tanı klinik bulguların yanında şankır veya kondiloma latadan yapılan mikroskobik, histopatolojik preparatın karanlık saha incelemesi, serolojik testlerle (nontreponemal testler tarama ve takip, treponemal testler teyit) konulur. Tedavide benzatin penisilin, allerji durumlarında doksisiklin, tetrasiklin alternatif ajanlardır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Genellikle latent evrede başvuran, asemptomatik hastalarda, partner-eşlerin taranması, bulaş riskini azaltmak ve tersiyer evreye gidişi engellemek açısından tedavi başlanması ve izlem önemlidir. Ancak tedavi süreci ve sonrasında endişeleri gidermek açısından serolojik test pozitifliğinin devam edeceği konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-192

Brusella Profilaksisi Ne Zaman ve Hangi Sürede Yapılır?

Zerrin AŞCI[1]

[1] *Afyon Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Afyonkarahisar*

Soru(n)

Bir veteriner hekimde canlı brusella aşısına maruziyet.

Olay/Olgu

Otuz beş yaşında erkek, veteriner hekim *Brucella abortus* S19 aşısına maruziyet sonrası 24 saat içinde polikliniğe başvurdu. Hastanın herhangi bir yakınması ya da iğnenin battığı yerde lokal bulgu yoktu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Literatür tarandığında canlı aşı ile maruziyet sonrasında akut bruselloz gelişen olgulara rastlanmıştır. Hastanın takibi açısından rutin hemogram, biyokimya ve brusella aglütinasyon tetkikleri istenmiştir. Hastaya 2 x 100 mg PO doksisiklin tedavisi başlanmıştır.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Bruselloz esas olarak insanlara infekte hayvanlarla temas, kontamine et ve süt ile süt ürünlerinin tüketilmesiyle bulaşsa da, cinsel ilişki, solid organ nakli, kemik iliği nakli, inhalasyon ve canlı brusella aşılarıyla temas sonucu gelişen olgular da bildirilmiştir. Aşıların kazayla insanlara yapılması, şırınganın insanlara değmesi gibi olaylar nadiren görülmüştür. Bu yönde dikkatli olunmalı, eldiven, gözlük gibi koruyucular kullanılmalıdır. Temas sonrası profilaksiye rağmen gelişen bruselloz olgularına rastlanmıştır. Brusella profilaksisi hangi durumlarda yapılmalıdır, profilaksi süresi kaç haftadır, aşının cilde inokülasyonu durumunda lokal yara bakımı, tetanoz proflaksisi ve doksisiklin verilmesi yeterli midir?

Diğer İnfeksiyonlar

P-193

Andazol Kullanmak İstemeyen Bir Çölyak Hastası

Taliha KARAKÖK[1], Esra KAYA KILIÇ[1], Cemal BULUT[1], Sami KINIKLI[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Ali Pekcan DEMİRÖZ[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Çölyak tanısı olan hastalarda yardımcı madde olarak nişasta içeren ilaç kullanılması gerektiğinde ne yapılmalı?

Olay/Olgu

Otuz beş yaşında kadın hasta dışkıda şerit görme şikayetiyle infeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurmuştu. Yapılan gaitanın parazitolojik incelemesinde parazit ve yumurtaları saptanmamakla birlikte hastaya klinik öyküsü üzerine andazol tablet reçete edilmişti. Çölyak tanısı olan hasta ilaç prospektüsünde ilacın yardımcı madde olarak nişasta içerdiğini okumuştu. Kendi doktorunun daha önceki nişasta içeren besin ve ilaçları kullanmaması önerisi üzerine ilacı içmeyerek alternatif tedavi için tekrar polikliniğimize başvurdu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Reçete edilen ilacın prospektüsü kontrol edildi. Yardımcı madde olarak "sodyum nişasta glikolat" içerdiği görüldü ve bunun üzerine çölyak hastalarında kullanımı olan gluten içermeyen ilaç listeleri tarandı. Listelerde mevcut ilaç isminin olmaması üzerine ilacın gluten içerdiği varsayılarak andazol tedavisi kesildi. Alternatif ilaçlardan niklozamid preparatında yardımcı madde olarak mısır nişastası kullanıldığı görüldü ve niklozamid başlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Sık kullanılan birçok ilacın yardımcı madde olarak nişasta içermesi çölyak hastaları için sorun oluşturabilir. Nişasta buğdayın glutenden arındırılmış kısmı olarak bilinse de eser miktarda gluten içerebildiğinden bazı çölyak hastalarında alevlenmelere sebep olmaktadır. İlaç sektöründe yardımcı madde olarak nişasta sıklıkla kullanılmakta ve ilaç prospektüsünde nişasta kullanıldığı belirtilmekle birlikte her zaman nişastanın buğday, mısır ya da patates gibi hangi kaynaktan elde edildiği bilgisi yer almamaktadır. "Sodyum nişasta glikolat"ın sıklıkla patates kaynaklı bir nişasta türevi olduğu ve çölyak hastalarında probleme sebep olmadığı varsayılmakla birlikte nadiren de olsa buğdaydan elde edilmesi ve bu detayın ilaç prospektüsünde yer almaması dikkatli ilaç seçimini gerektirmektedir. Çölyak hastalarında özellikle antimikrobiyal ajan kullanımında dikkat edilecek noktaların tartışılması istenmektedir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-194

Bir Kutanöz Larva Migrans Olgusu

Meliha Çağla SÖNMEZER[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Necla TÜLEK[1], Ayşe BÜYÜKDEMİRCİ[1], Tuğba İLGAR[1], Günay TUNCER ERTEM[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Kütanöz larva migrans tropik bölgelerde sıklıkla görülen paraziter bir infeksiyondur. Hastalık larvanın perkütan yolla deriden bulaşması sonucu başlar. Seyahat sonrası gelişen deri lezyonları olan bir hastada ne düşünmeliyiz?

Olay/Olgu

Otuz altı yaşında erkek hasta sağ ayakta fazla olmak üzere her iki ayakta olan kızarıklık, akıntılı, kaşıntılı ve ağrılı lezyonlarıyla birlikte deriden kabarık kırmızı lezyonları olması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yakınmaları 1 hafta önce sağ ayak başparmağında kızarıklık ve şişlik şeklinde başlamış. Öyküsünde 3 ay önce amazon gezisi için Brezilya'ya gittiğini ve 1 hafta önce döndüğünü belirtti. Lezyonları da döndükten sonra başlamış. Gezi sırasında çıplak ayakla kumsallarda dolaştığını ve tracking sırasında da ayaklarının çıplak olduğunu tarifledi. Deri muayenesinde sağ ayak tabanı ve üst kısmı, sol ayak tabanı, yüzde ve sağ ön kol lateral yüzde yaklaşık 4-5 cm uzunluklarında deriden kabarık papülonodüler özellikte ve kırmızımsı serpijinöz karakterde lezyonları mevcuttu (Resim 1-4).

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın tropikal bölgeye seyahat öyküsünün olması ve lezyonlarının tipik görünüm ve klinik özelliklere sahip olmasından dolayı kütanöz larva migrans tanısıyla ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğimize yatırıldı. Hastanın laboratuvar bulgularında WBC: 13.000/mm^3 (%68 nötrofil, %17 lenfosit, %5 monosit, %10 eozinofil), Hb: 16 g/dL, trombosit: 440.000/mm^3, sedimentasyon: 8 mm/saat, CRP: 0.48 g/dL, AST: 53 IU/mL, ALT: 103 IU/mL olarak ölçüldü. Periferik yaymasında eozinofilleri %18 idi. Hastanın tedavisi 2 x 400 mg/gün PO albendazolle birlikte akıntısı olmasından dolayı sekonder bakteriyel infeksiyona yönelik ampirik amoksisilin-klavulanik asit 3 x 1 g/gün PO şeklinde düzenlendi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kütanöz larva migrans Afrika, Orta ve Güney Amerika ve Güney Asya ülkeleri gibi tropikal ve subtropikal bölgelerde sıklıkla görülen paraziter bir hastalık olmakla birlikte son zamanlarda artan yurt dışı seyahatleri nedeniyle tüm dünyada görülme sıklığı artmıştır. Bu yüzden özellikle bu ülkelere seyahat öyküsü olan ve kaşıntılı, kızarık ve serpijinöz deri lezyonları olan olgularda kütanöz larva migrans akılda tutulmalıdır.



Resim 1. Sağ ayak dorsal yüz.



Resim 2. Sağ ayak plantar yüz.



Resim 3. Sol ayak plantar yüz.



Resim 4. Sağ ön kol lateral yüz.

Diğer İnfeksiyonlar

P-195

Sıtma Profilaksisinin Doğru Alınmaması

Taliha KARAKÖK[1], Cemal BULUT[1], Şerife ALTUN DEMİRCAN[1], Salih CESUR[1], Sami KINIKLI[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Sıtma açısından endemik bölgeye seyahatlerde profilaksinin doğru alınmaması.

Olay/Olgu

Yirmi dört yaşında erkek hasta çalışma amaçlı olarak gittiği Liberya'dan döndükten yaklaşık bir ay sonra başlayan ateş, üşüme, titreme şikayeti nedeniyle kendisinin yurt dışından temin etmiş olduğu "Malarya Hızlı Testi"ni yapmış ve testin pozitif olduğunu görmüştü. Hasta yine yurt dışından kendisinin temin etmiş olduğu artemeter/lumefantrin tabletini prospektüste anlatıldığı gibi içmeye başlamıştı. Ertesi gün ateşi tekrarlayan hasta dış merkezden sıtma ön tanısıyla kliniğimize sevk edildi. Hastanın anamnezinde Liberya'dan bir ay önce döndüğü, orada yaklaşık 45 gün kaldığı, profilaktik olarak gittikten sonra doksisiklin 100 mg/gün aldığı ve dönünce de bir hafta devam ettiği öğrenildi. Bir yıl önce yine Liberya ziyareti olan hasta geçen yılki ziyaretinde de profilaksi almaya gitmeden önce başlamış fakat gelmeden bir gün önce ilacı içmeyi bırakmış ve döndükten bir hafta sonra sıtma tanısı alarak tedavi görmüş. Bilinen başka hastalığı olmayan hastanın kabul anında ateşi 38.8°C idi ve diğer vital bulguları normaldi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın yapılan ince yaymasında trofozoidler görüldü. Artemeter/lumefantrin tedavisine devam edildi. Tedavi sonunda ateşi olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İki ziyaretinde de profilaktik tedavisini doğru zamanda kullanmayan ve sıtma tanısı alan hasta profilaksinin önemi, hastalığın seyri ve komplikasyonları hakkında bilgilendirildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Globalleşen dünyamızda gerek seyahat gerek çalışma amaçlı yurt dışı ziyaretleri ülkemizde de artmaktadır. Özellikle sıtma açısından endemik bölgeler olan sahra-altı bölgelere iş amaçlı uzun süreli ziyaretler yapılmaktadır. Bu durum seyahat eden kişileri o bölgede sık görülen hastalıklar açısından risk altına sokmakla birlikte ülkeye döndüklerinde bu kişilerin olası hastalık durumunda biz hekimleri de yakından ilgilendirmektedir. Gidilen bölgenin endemik hastalıkları ve özellikle sıtma açısından tür ve ilaç direnci hakkında uyanık olunmalıdır. Sunmuş olduğumuz olgu iki seyahatinin ikisinde de profilaksisini olması gerektiği gibi kullanmayarak sıtma olmuştur. Burada özellikle yurt dışı bağlantıları olan şirketlerde çalışan kişiler için uygun danışmanlık hizmetlerinin verileceği merkezlerin oluşturulmasının yararlarının ve bu şirketlerde görev alan iş yeri hekimlerine düşen sorumlulukların tartışılması istenmektedir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-196

Ülseratif Kolit Olgularında Sitomegalovirüs İnfeksiyonları

Fatma SIRMATEL[1], Yusuf YÜCE[1], Uğur KORKMAZ[2], Abdulkadir KÜÇÜKBAYRAK[1]

[1] *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bolu*
[2] *Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu*

Soru(n)

Tedaviye cevap vermeyen ülseratif kolit olgularında sitomegalovirüs (CMV) infeksiyonları.

Olay/Olgu

Yetmiş yaşında iki yıldan bu yana düzenli mesalazin ve steroid tedavisi alan ülseratif kolit tanısıyla izlenen erkek hasta. Son bir ayda günde 20-30 defa sarı, sulu karın ağrısıyla karakterize ishali olan hastanın yapılan kolonoskopisinde yama tarzında ülserler saptanıyor. Alınan doku biyopsisinde CMV histolojisi ve viral yük (> 10^9 kopya/mL) saptanınca antiviral tedaviye alınıyor. Hastaya daha önceden seftriakson, klaritromisin, moksifloksasin, metronidazol ve paromomisin tedavisi uygulanıyor. Gansiklovir tedavisine rağmen ishali tam düzelmeyen hastanın düşme sonucu çekilen akciğer grafisinde nodüler lezyonlar saptanıyor.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın nonspesifik antibiyotikleri kesilerek gansiklovir ve kotrimoksazol tedavisi başlandı. Hastanın ishal sayısı günde 5-6 kez ve geceleri olmaya başladı. Karın ağrısı azaldı, gaitada gizli kan kayboldu. Hastanın akciğerindeki nodüller fungal infeksiyon açısından izlenmektedir.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Tedaviye cevap vermeyen ülseratif kolit olgularında CMV infeksiyonlarının düşünülmesi ve olabilecek başka gastrointestinal infeksiyonların değerlendirilmesi gerekir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-197

Kemirgen Temas Öyküsü Olmayan Bir Olguda Hantavirüs Renal Sendrom

Taliha KARAKÖK[1], Neşe DEMİRCİ[2], Salih CESUR[1], Cemal BULUT[1], Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU[1], Sami KINIKLI[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2] Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kastamonu

Soru(n)

Hafif klinik seyirli hantavirüs infeksiyonunun tanınması.

Olay/Olgu

Kastamonu'nun bir köyünde yaşayan, 33 yaşında erkek hasta ateş, baş ağrısı, mide bulantısı ve bulanık görme şikayetiyle hastaneye başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde trombositopeni, kreatinin yüksekiği, karaciğer enzim bozukluğu ve proteinüri saptanmış. Hasta ateş etyolojisi araştırılmak üzere servise yatırılmış ve ultrasonografide nefritle uyumlu bulgu saptanan hastaya 2 g/gün seftriakson tedavisi başlanmış. KKKA PCR gönderilmiş ve negatif olarak sonuçlanmış. Takiplerinde kreatinini 2.7 mg/dL'ye yükselen hasta hantavirüs infeksiyonu ön tanısıyla kliniğimize sevk edildi. Hastanın anamnezinde bilinen bir hastalığı, seyahat öyküsü ve etrafında benzer semptomları olan kimse olmadığı öğrenildi. Hastanın ormancılıkla uğraştığı ve büyük baş hayvan beslediği öğrenildi. Herhangi kemirici bir hayvanla temas öyküsü yoktu. Sistemik sorgulamada, bir defa burun kanaması ve koyu renkli idrar yapma şikayeti olan hastanın bu semptomlarının geçtiği, şu an ateş, baş ağrısı, halsizlik, sık idrara çıkma şikayeti olduğu öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık ve oryante idi. Ateşi 38.8°C, TA: 110/80 mm/Hg, nabız: 92/dakika idi. Sistemik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar testlerinde; Hb: 12.8 g/dL, WBC: 8300.106/L, Platelet: 239.000.106/L, AST: 155 U/L, ALT: 164 U/L, LDH: 519 IU/L, CK: 149 U/L, Cre: 2.1 mg/dL, TBİL: 0.3 mg/dL, DBİL: 0.1 mg/dL ve hemostaz testleri normal olarak saptandı. İdrar tetkikinde hücre görülmedi ve proteinüri saptanmadı. Hastanın başvuru anındaki tetkikleriyle kıyaslandığında karaciğer enzimlerinde artış ve trombosit değerlerinde düzelme olduğu görüldü. Proteinürisi ise negatifleşmişti. Hastadan alınan kan örneğinde ELISA testi ile Hantavirüs IgM ve IgG pozitif olarak saptandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Testi pozitif sonuçlanan hasta diğer ayırıcı tanılara yönelik başlanmış seftriakson tedavisi kesilerek semptomatik tedaviyle izlendi. Hastalığın bildirimi yapıldı. Hemorajik komplikasyonu gelişmeyen, takiplerinde ateşi olmayan, şikayetleri gerileyen ve laboratuvar değerleri normale dönen hasta taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Renal sendromlu kanamalı ateş ve hantaviral pulmoner sendrom olmak üzere iki tür sendromla seyredebilen hastalık mortal seyredebildiği gibi sadece ateş, baş ağrısı, halsizlik gibi hafif bir klinik tabloya ek olarak laboratuvar bulgularında böbrek fonksiyon testleri, transaminaz değerlerinde bozuklukla seyredebilir. Başlangıçta klinik bulguların ağır seyretmemesi bu hastaların üst solunum yolu infeksiyonu gibi tanılarla gözden kaçmasına neden olabilir. Hastalık ağır kanama ve nefrite yol açarak mortal seyredebildiğinden özellikle endemik bölgelerde hastalarda kemirgen temas öyküsü olmasa bile ateş, böbrek fonksiyon testleri ve transaminaz değerlerinde yükseklik saptanan olgularda tanıya yönelik ileri testler istenmelidir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-198

Altta Yatan Hastalığı Tedavi Edilmeyen Hastalarda Çözüm Antibiyotik Tedavisi mi?

Şerife Şule ÇINAR[1], Ayşe BÜYÜKDEMİRCİ[1], Günay TUNCER ERTEM[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Necla TÜLEK[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Cerrahi olarak tedavisi yapılamayan zenker divertiküllü hastada aspirasyon pnömonisinin tekrarlaması nedeniyle uzun süre geniş spektrumlu antibiyotik kullanılması ve takip eden kliniklerin profilaktik antibiyotik kullanımı açısından infeksiyon hastalıklarından konsültasyon talebi.

Olay/Olgu

Nöroloji YBÜ'de epileptik kriz nedeniyle takip edilen 80 yaşındaki erkek hasta YBÜ'ye yatışında subfebril ateşi olması üzerine aspirasyon pnömonisi ön tanısıyla tarafımıza danışıldı. Ateşi 37.8°C ve lökositoz, CRP yüksekliği vardı. Hastanın solunum sesleri doğaldı, akciğer grafisinde infiltrasyonu yoktu. Nazogastrik sonda ile enteral olarak beslenen hastanın yatışının 4. gününde oksijen satürasyonunda düşme ve PA-AG sağ orta ve bazal zonda infiltrasyonu, beyaz küre ve CRP değerlerinde artış görüldü. Nozokomiyal aspirasyon pnömonisi tanısıyla meropenem tedavisi 10 gün süreyle verildi. Antibiyotiksiz ve ateşsiz olarak 3 gün takip edildikten sonra, hastanın sekresyonlarında artış, ateş yüksekliği ve akciğer grafisinde yeni infiltrasyonlar görüldü. Hastaya piperasilin-tazobaktam tedavisi 10 gün verildi ve kesildi. Antibiyotiksiz olarak izlendiği 3. gününde benzer klinik ve radyolojik bulgularla tekrar aspirasyon pnömonisi tanısıyla meropenem tedavisi başlandı ve anestezi yoğun bakıma devredildi. Hastanın kültürlerinde üreme olmadı. Tekrarlayan pnömonisine neden olan faktörü araştırmak üzere çekilen akciğer tomografisinde özefagus proksimalinde zenker divertikülü görüldü. Genel cerrahiye konsülte edildi ancak anestezi açısından yüksek riskli olduğu için cerrahi tedavi uygulanamadı. Takip eden yoğun bakım doktorları tarafından hasta, aspirasyon pnömonisi gelişmemesi için profilaktik antibiyotik tedavisi veya antibiyotik tedavisinin süresinin uzatılması için tarafımıza konsülte edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın aspirasyon pnömonisi olduğu dönemlerde, ünitenin kolonizasyon ve direnç durumu da göz önünde bulundurularak uygun süre ve dozda geniş spektrumlu beta-laktam grubu antibiyotikler tedavide kullanıldı. Cerrahi olarak tedavisi sağlanamayan hastanın aspirasyon sıklığını azaltabilmek amacıyla perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) açılması önerildi. PEG'den beslenerek antibiyotiksiz ve pnömoni gelişmeden bir süre takip edilen hasta taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Zenker divertikülü üst özefagus sfinkteri yukarısında arkaya doğru bir poş olup özefagusun en sık rastlanan divertikülüdür. En sık yaşlı erkekleri etkiler ve tipik semptomlar, disfaji, kronik öksürük, regürjitasyon, ağız kokusu ve kilo kaybıdır. Zenker divertiküllü olup yatan ve uyuyan hastalarda aspirasyon riski yüksektir, çünkü divertikül ağzı üst özefageal sfinkter üstünde yerleştiği için spontan faringeal reflüyü ve aspirasyonu engelleyemez. Bu olguda olduğu gibi altta yatan sorunu olan hastalarda çoğu kez öncelik antibiyotik tedavilerine yönelim olmaktadır. Profilaktik antibiyotik kullanımı ya da uzun süreli antibiyotik kullanımı tek başına çözüm olmayıp beraberinde daha dirençli mikroorganizmalarla meydana gelen infeksiyon hastalıklarına neden olmaktadır.

Diğer İnfeksiyonlar

P-199

Gebelik ve Grip

Ayşe Şadiye SERT[1]

[1] *Beypazarı Devlet Hastanesi, Beypazarı/Ankara*

Soru(n)

Gebelerde akciğer infeksiyonu, grip tanı ve tedavisi.

Olay/Olgu

Gebelikte öksürük, ateş gibi akciğer infeksiyonu veya grip şüphesi olan hastalarda akciğer grafisi çekilmesini hasta kabul etmiyor, grip tanısı için örnek gönderemiyoruz ve/veya sonuç geç geliyor.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İleri merkeze sevk veya antibiyotik tedavisiyle takip ediyoruz.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Gebelerde grip infeksiyonu şüphesinde oseltamivir kullanımı önerilmekte ama ilaç gebelerde C grubu kategorisindedir. Bu nedenle yeterli tanı yöntemlerini kullanamadığımızdan grip teşhisini kesin koymadan C grubu ilacı vermek doğru gelmiyor ama gebelikte grip ağır seyredebileceğinden vermemek de bir risk oluyor. Akciğer grafisi de çektirmediklerinden pnömoni ayırıcı tanısı da zor. Öksürük, ateş yüksekliği olan gebe hastalarda yaklaşımımız nasıl olmalı? Bu konunun tartışılması istenmektedir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-200

Toplum Kökenli Metisiline Duyarlı *Staphylococcus aureus* Menenjiti

Hatice KÖSE[1], Fatih TEMOÇİN[1], Tuğba SARI[2]

[1] *Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat*
[2] *Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Buldan/Denizli*

Soru(n)

Toplum kökenli bakteriyel menenjitte "beklenmedik" etkenler neler olabilir? *Staphylococcus aureus* menenjiti tedavisi ve takibi nasıl olmalıdır?

Olay/Olgu

Yetmiş beş yaşında erkek hasta acil servise ateş, bilinç kaybı nedeniyle getirildi. Hastanın bir gün önce ateşinin yükseldiği, daha sonra ise bilincinin kapandığı öğrenildi. Öyküsünden 2 yıl önce prostat kanseri nedeniyle opere olduğu ve radyoterapi aldığı, astım nedeniyle inhaler bronkodilatör tedavi kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş 39°C, TA: 110/70 mmHg, SS: 16/dakika, O_2 saturasyonu: 93, bilinci kapalı, ense sertliği vardı, kernig brudzinski pozitifti. Laboratuvar değerlerinde WBC: 24.500 K/mm^3 (%92.7 PNL), CRP: 219 mg/L, kreatinin: 2.15 mg/dL saptandı. Hastada santral sinir sistemi infeksiyonu düşünülerek lomber ponksiyon yapıldı. BOS glukozu: 57 mg/dL, protein: 43.3 mg/dL, eş zamanlı kan glukozu: 84 mg/dL, 180 lökosit/mm^3, 1000 eritrosit/mm^3 saptandı. Gram boyamada mikroorganizma görülmedi. BOS ve kan kültürleri gönderildi. BOS bulguları akut pürülan menenjitle uyumlu olmayan hastaya ampirik olarak uygun dozda seftriakson, ampisilin ve asiklovir başlandı. Hastanın BOS ve kan kültürlerinde metisiline duyarlı *S. aureus* (MSSA) üremesi oldu. MSSA için odak açısından hastaya yaptırılan batın ultrasonografisi normal saptandı, ekokardiyografide vejetasyon görülmedi. Burun kültüründe *S. aureus* üremedi. Tedaviye cevapsız hastaya yedinci gününde lomber ponksiyon yapıldı. BOS glukozu 77 mg/dL, BOS proteini: 23.3 mg/dL, eş zamanlı kan glukozu 94 mg/dL saptandı. BOS'da 90 eritrosit/mm^3'de görüldü, lökosit görülmedi. BOS kültüründe ve tekrarlanan kan kültürlerinde üreme olmadı. Tedavisi meropenem ve vankomisin olarak değiştirildi. Hasta yatışının 13. gününe hayatını kaybetti.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Toplum kökenli menenjit olan fakat BOS bulguları akut pürülan menenjit için atipik olan hastaya ampirik olarak seftriakson, ampisilin ve asiklovir başlandı. Ön planda pnömokok menenjiti düşünülmediği için ampirik tedaviye vankomisin eklenmedi. İzlemde solunum sıkıntısı olması akut fazlarda artış olması nedeniyle hastanın tedavisi kesilerek meropenem ve vankomisin uygun dozda başlandı. Hastaya deksametazon başlanmadı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

S. aureus menenjitinin çoğunlukla hastane kökenli, cerrahi ve travma sonrası geliştiği bilinmesine rağmen, toplum kökenli hematojen yayılımla da görülebileceği aklımızda olmalıdır. Bu hastalarda öncelikle odak aranmalı (infektif endokardit? spinal apse? osteomiyelit?) ve odak kontrol altına alınmalıdır. Toplum kökenli bakteriyel menenjitte ampirik tedavinin nasıl olması gerektiği ve diğer "beklenmedik" etkenleri hatırlamak amaçlanmaktadır.

Diğer İnfeksiyonlar

P-201

Lenfadenopati: Tularemi Aklımıza Geliyor mu?

Hatice KÖSE[1], Fatih TEMOÇİN[1], Tuğba SARI[2]

[1] Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat
[2] Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Buldan/Denizli

Soru(n)

Lenfadenopati etyolojisinde endemik bölgede bile tulareminin hatırlanmaması.

Olay/Olgu

Kırk beş yaşında erkek hastaya 15 gün önce başlayan, ateş, boğaz ağrısı, halsizlik ve boyunda şişlik nedeniyle dış merkezde başvurduğu hekim tarafından amoksisilin-klavulanik asit tedavisi başlanmış. Bir hafta 2 x 1 g PO kullanmasına rağmen hastanın şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle başka bir hekime başvurmuş. Hastanın boyun USG'de sol submandibuler bölgede 37 x 21 mm boyutlara ulaşan yoğun içerikli koleksiyon alanı olan konglomere lenfadenopati görülmesi nedeniyle ponksiyon yapılarak kültüre gönderilmiş ve hastaya ampisilin-sulbaktam 2 x 1 g IM 5 günlük tedavi planlanmış. Hastaya infeksiyon hastalıkları hekimine de gitmesi söylendiği için polikliniğimize başvurdu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın anamnezinde ateş yüksekliğinin, boğaz ağrısının olduğu, halsizlik ve kas eklem ağrılarının olduğu öğrenildi. Köyde ikamet ettiği, köy pınarından su içtiği, köyünde yakın zamanda benzer şikayetleri olan bir kişinin olduğu, ev çevresinde fare gördüğü öğrenildi. Ön planda tularemi olabileceği düşünülerek mikroaglütinasyon testi istendi ve ampirik olarak moksifloksasin PO tedavi başlandı. Hastanın daha sonra kontrolde mikroaglütinasyon testi titresinin 1/160 olduğu görüldü.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Tularemi asemptomatik olgulardan bakteremiyle seyredebilen olgulara kadar geniş bir yelpazede görülebilmektedir. Birçok klinik formu ve ciddi komplikasyonları olabilen bir hastalıktır. Hastalar farklı branşlardan hekimlere başvurmakta ve bu hekimler tarafından yönlendirilmediklerinde infeksiyon hastalıkları hekimlerine çoğunlukla başvurmamaktadır. En önemli komplikasyon olan lenf nodu süpürasyonunun önlenmesi için uygun tedavi en kısa zamanda başlanmalıdır. Hastaların öncelikle başvurabileceği hekimlere tularemiyi hatırlatabilmek ve ampirik tedavide etkin olan antibiyoterapi başlanmasını sağlamak amacıyla neler yapılabileceği tartışılmak istenmiştir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-202

Üç Aydan Uzun Süren Rubella IgM Pozitifliği Saptanan ve Gebelik Planlanan Hastalara Yaklaşım

Fazilet AYAN[1], Elif Nur HALİLOĞLU[1], Aysun YALÇI[1], İsmail BALIK[1]

[1] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Rubella IgM pozitifliği saptanan ve gebelik planı olan hastalarda 3 aydan uzun süren IgM pozitifliği saptanması durumunda gebelik önerilmeli mi?

Olay/Olgu

İnfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran 18 yaşında kadın hasta. Bir buçuk ay önce rubella IgM pozitifliği saptanması üzerine gebeliğinin beşinci haftasında terapötik küretaj yapılmış. Gebelik planı bulunan hasta rubella IgM titre takibi için başvurdu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya rubella IgM pozitifliği saptandıktan 3 ay sonra yeni titre bakıldı. Hala IgM pozitifliği (4.36) saptanan hastaya gebelik planlayabileceği önerildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Gebelikte rubella infeksiyonu konjenital anomalilere yol açmaktadır. Bu yüzden gebeliğin ilk 12 haftasında rubella infeksiyonu geçiren gebelerde, gebeliği sonlandırma endikasyonu vardır. Gebeliğin ilk 12 haftasında %90 fetüs infekte ve %85 multisistem tutulumu gözlenmektedir. Aşılanma sonrasında en az 28 gün ve hastalık durumunda 3 ay gebelik önerilmemektedir. Bu hastamızda 3 ay sonra bakılan rubella IgM pozitifliği devam etmesine rağmen gebelik planlanabileceği önerilmiştir. Bu hastada gebelik önerilmeli midir? Bu konu tartışılmak istenmektedir.

Diğer İnfeksiyonlar

P-203

Metisiline Duyarlı *Staphylococcus aureus* Üremesi Olan Karbonkül Olgusunda Tedavi ve İzlem Esnasında Yaşanılan Zorluklar

Nagihan SÖZEN GENCER[1], Çiğdem KADER[2], Hasan BÖREKÇİ[3], Uğur ERCAN[3], Ayşe ERBAY[2]

[1] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat*
[2] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*
[3] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yozgat*

Soru(n)

Metisiline duyarlı *Staphylococcus aureus* üremesi olan karbonkül olgusunda tedavi ve izlem esnasında yaşanılan zorluklar.

Olay/Olgu

Elli üç yaşında kadın hasta, DM + HT + karbonkül + deri ve deri altı dokunun infeksiyonu tanılarıyla izlenmekte. Saçlı deriden ensesine doğru yayılan 4.5 x 6 x 5 cm boyutlarında apse ile uyumlu lezyonla polikliniğimize başvurdu (Resim 1). Hikayesinde yaklaşık 15 gün önce ensesinde küçük bir kızarıklık ve şişlikle başlayan şikayetinin geçmemesi üzerine, halk arasında kızılyörük tedavisi olarak ifade edilen bir yönteme başvurduğu öğrenildi. Anadolu'da adet olarak uygulanan bu girişimde hastanın ensesindeki küçük şişlik hekim olmayan birisi tarafından ovularak dağıtılmaya çalışılmış. Hasta, şikayetlerinin geçmemesi ve ensesindeki kızarıklık ve şişliğin artması üzerine dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Topikal antibiyotik ve oral antibiyotik tedavisi reçete edilmiş. Bu tedavileri kullanan hastanın ensesinde olan lezyonu iyileşmemiş, boyutları büyümüş ve süpüre olmuş. Polikliniğimize başvuran hastanın karbonkül, deri ve deri altı dokunun infeksiyonu/apse ön tanılarıyla ileri tetkik ve tedavisi yapılmak üzere infeksiyon hastalıkları servisine yatışı yapıldı. Yatışı esnasındaki laboratuvar değerleri; WBC: 17.930/mm^3, %79 PMNL, CRP: 153 mg/L, sedim: 44 mm/saat, kan şekeri 435 mg/dL, BFT ve KCFT normal, albumin: 3.9 g/dL olarak tespit edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaya deri ve deri altı dokunun infeksiyonu/apse ön tanısıyla ampirik olarak ampisilin-sulbaktam 4 x 1 g IV + siprofloksasin 2 x 200 mg IV infüzyon tedavisi başlandı. Apse drenajı genel cerrahi bölümü tarafından ameliyathane ortamında gerçekleştirildi. Apse materyalinden kültür örneği alındı. Kültür sonucunda metisiline duyarlı *S. aureus* üremesi tespit edildi. Antibiyogram duyarlılık sonucunda; sefoksitin, oksasilin, siprofloksasin duyarlı görünmekteydi. Gram boyama sonucunda bol miktarda polimorfonükleer lökosit ve gram-pozitif kok görüldü. Antibiyotik tedavilerine devam edildi. DM tanısı olan hastanın yatışı esnasında kan glukoz düzeyleri oldukça yüksekti. Endokrinoloji bölümünün önerileri doğrultusunda kan glukoz regülasyonu sağlandı. Antibiyotik tedavisinin 10. gününde hastanın taburculuğu yapıldı.



Resim 1.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Olgumuz deri ve deri altı dokunun infeksiyonu/apse ve karbonkül tanılarıyla izlenmekteydi. Özelliği Anadolu'da yaygın olarak uygu-

lanmakta olan kızılyörük tedavisi olarak adlandırılan bir uygulama sonrasında DM tanısı olması dolayısıyla da ilerleyici bir infeksiyon geliştirmiş olmasıydı. Anadolu'da halk arasında mesleği tıp doktoru olmayan ancak halk hekimi olarak adlandırılan kişiler tarafından uygulanan bilimsel yanı olmayan geleneksel uygulamalar günümüzde tarih ve edebiyat alanında yapılan yayınlarda literatüre girmiştir.

Bizim olgumuz da şikayetlerinin başlaması esnasında tıp doktoruna başvurmak yerine böyle bir Anadolu geleneğini uygulamıştır. Altta yatan hastalık olarak DM tanısı olması ve kan glukoz düzeylerinin regüle olmaması nedeniyle deri ve deri altı dokuda apse gelişmiştir. Hastaya infeksiyon hastalıkları kliniğinde yatırılarak uygun antibiyotik tedavisi ve cerrahi drenaj işlemi uygulanmıştır. Ancak cerrahi drenaj işlemine bile kendi ifadesi ile "bıçak değerse iyi olmaz" inanışıyla reaksiyon veren hastamızdan bilgilendirilmiş hasta onam formu alınmış apseye cerrahi drenaj yapılmazsa doğabilecek olumsuz olaylar ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Tıbbi bir cerrahi işlemden kaçınan ancak Anadolu'da geleneksel adet haline gelmiş sağlıksız ortamlarda gerçekleştirilen bilimsellikten uzak girişimlere izin veren hastamızın bu tutumundan yola çıkarak, toplumumuzun bilinçlendirilmesi için halk eğitimleri düzenlenmesi düşüncesindeyiz. Bu konuda sağlık otoriteleriyle işbirliği içerisinde bulunmak gerektiğine inanmaktayız. Bu konuda neler yapılabilir tartışmaya açmak istiyoruz.

Diğer İnfeksiyonlar

P-204

Tekrarlayan Menenjit Ataklarında Profilaksi

Nuran SARI[1]

[1] *Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Kafa travması, şant operasyonları, splenektomi, kafa kaidesi kırıkları, rinore, otore durumlarında tekrarlayan menenjit atakları görülebilmektedir. Morbidite ve mortaliteyi azaltmak için bu olgular uygun aşılamayla profilaksiye alınmalıdır.

Olay/Olgu

Otuz altı yaşında erkek hasta epileptik nöbet, baş ağrısı, bulantı ve kusma yakınmasıyla acil servise başvurdu. Nöroloji bölümü tarafından değerlendirilen hastada kraniyal manyetik rezonans incelemede subaraknoid kanama şüphesi nedeniyle çekilen kraniyal tomografide sol sfenoid ve frontalde fissür hattı saptandı. Şüpheli ense sertliği nedeniyle infeksiyon hastalıkları bölümüne konsülte edildi. Acil serviste değerlendirilen hastanın bilinci kapalı, ateş 37.1°C, boğazda hiperemi, şüpheli ense sertliği dışında patolojik muayene bulgusu saptanmadı. İki yıl önce yüksekten düşme sonrası kafa kaidesinde kırık olduğu, opere edilemediği, 1 yıl önce menenjit tedavisi aldığı, üveit nedeniyle sandimum ve kolşisin kullandığı, servikal herni nedeniyle protezi olduğu bilgisi hasta yakınlarından alındı. Acile başvurmadan önce bir hafta boyunca üst solunum yolu infeksiyonu nedeniyle antibiyotik kullanımı olduğu, bir aydır burnundan şeffaf akıntı olduğu bildirildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Tetkiklerinde beyaz küre: 30.160/µL, sedimentasyon: 71 mm/saat, C-reaktif protein: 13 mg/dL, lomber ponksiyon incelemesinde BOS thoma: 1500 lökosit (%90 parçalı), 200 taze eritrosit, BOS Gram incelemesinde bol parçalı mevcutttu, bakteri görülmedi. BOS biyokimyasında protein 515 mg/dL, glukoz < 1 mg/dL (eşlik kan şekeri 80 mg/dL). Tekrarlayan atak olması nedeniyle hastaya kültürleri alındıktan sonra meropenem 3 x 2 g IV ve vankomisin 2 x 1 g IV başlanarak yoğun bakım ünitesine yatırılıyor. Kültürlerinde üreme saptanmayan hastanın tedavinin 5. gününde bilinci açılıyor, beyin cerrahisi, kulak burun boğaz bölümü tarafından sinüs cerrahisi planlanıyor. Romatoloji bölümü tarafından değerlendirilerek üveit düşünülmüyor, sandimum ve kolşisin tedavisi kesiliyor.

Tedavi süresi 14 güne tamamlanan hastanın yakınmaları geriliyor. Takiplerinde ateş ve epileptik nöbeti olmuyor. Laboratuvar değerleri düzelen hastanın pnömokok, meningokok, *Haemophilus influenzae*, mevsimsel influenza, tetanoz aşıları tamamlanıyor. Profilaksi ile ilgili bilgi verilip taburcu edilip, fraktür operasyonu için beyin cerrahi bölümünde takibe alınıyor.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Çeşitli nedenlerle tekrarlayan menenjit atakları olan hastalarda aşılamayla primer immünizasyon sağlanmakla birlikte, risk faktörü ortadan kalkana kadar antibiyotik profilaksisi verilmesi gerekir mi? Genellikle direnç nedeniyle önerilmemekle birlikte faydalı bulan yayınlar da bulunmaktadır. Çalıştayda bu konunun netleşeceğini düşünüyorum.

Diğer İnfeksiyonlar

P-205

Erişkinde El-Ayak-Ağız Hastalığı

Nuran SARI[1]

[1] *Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Soru(n)

Enterovirüslerin Echovirüs, Poliovirüs, Coxsackievirüs A-B, Enterovirüs 68-71 serotipleri sıklıkla infeksiyona neden olan tiplerdir. Sağlıklı erişkinde nadir görülen Coxsackievirüs A' nın etken olduğu el-ayak-ağız hastalığı olgusu paylaşılmıştır.

Olay/Olgu

Daha önce bilinen bir rahatsızlığı olmayan 48 yaşındaki erkek hasta, ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı, avuç içi, ayak tabanı, ağız içi de olmak üzere vücudunda döküntü yakınması nedeniyle infeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Çevresinde benzer bulgular bulunan hasta yoktu. Yapılan sistemik muayenesinde ateş: 37.4°C, orofarinks hiperemik, yumuşak damak ve ağız içinde etrafı hiperemik veziküler lezyonlar, dudak çevresinde maküler lezyonlar mevcuttu. Ayrıca avuç içi ve ayak tabanında makülopapüler, tek tük veziküler lezyonlar mevcuttu. Yapılan laboratuvar incelemesinde beyaz küre: 4300/μL, (lenfosit %65), sedimentasyon: 22 mm/saat, C-reaktif protein: 1.2 mg/dL, ALT: 35 U/L, AST: 48 U/L tespit edildi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastada mevcut bulgularla el-ayak-ağız hastalığı olabileceği düşünüldü. Enterovirüs ve Coxackievirus A-B serolojisi gönderilerek, diğer olası etkenler açısından viral markır, herpes virüs, sitomegalovirüs IgM ve IgG serolojileri bakıldı. Coxackievirus A IgM pozitif ve IgG negatif sonuçlandı. Ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı yakınmalarına yönelik olarak semptomatik tedaviler başlandı. Ayaktan takip edilen hastanın 5. günden sonra döküntü ve yakınmalarında gerileme saptandı.



Resim 1. Ağız içi ve çevresinde lezyonlar.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

El-ayak-ağız hastalığı enterovirüslerden sıklıkla Coxsackievirüs A-B, Enterovirüs 72'nin sebep olduğu bulaşıcı bir infeksiyon hastalığıdır. Genellikle Mayıs ve Ekim ayları arasında küçük salgınlar şeklinde görülür. Özellikle küçük çocuklar ve okul çocukları duyarlıdır, okullarda ve kreşlerde salgınlar yapabilir. İmmünsüpresif hasta grubu dışında erişkin yaşta görülmesi çok nadirdir. Klinik olarak ellerde ve ayaklarda ve ağız boşluğunda veziküler döküntülerle karakterizedir. Ağızdaki veziküller genelde yanak mukozası ve dildedir, hafif ağrılıdır. Eritemli halka ile çevrilidir ve ülserleşebilir. Ekzantem avuç içi, ayak tabanı ve parmak aralarındadır. Ateş 38-39°C arasındadır. Hastalar genellikle 1 haftada iyileşmektedir.

Çocukluk çağı hastalığı olmakla birlikte nadir de olsa erişkinde de görülebileceğinden el, ayak, ağız içi veziküler lezyon varlığında el-ayak-ağız hastalığı ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.



Resim 2. Ayak tabanında lezyonlar.



Resim 3. Avuç içinde lezyonlar.

Diğer İnfeksiyonlar

P-206

Kardiyak Enzim Yüksekliği Etyolojisinde Akut Koroner Sendrom ve İnfeksiyon Ayrımındaki Zorluklar

Tuba İLGAR[1], Meliha Çağla SÖNMEZER[1], Necla TÜLEK[1], Metin ÖZSOY[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Günay TUNCER ERTEM[1]

[1] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Kardiyak enzimlerden olan miyoglobin, troponin ve kreatin kinaz-MB (CKMB) değerleri, akut koroner sendrom dışında inflamasyon durumlarında da yükselmektedir. Bu hastalara acil serviste yaklaşımda etyoloji ayrımının yapılmasında güçlüklerle karşılaşılmaktadır.

Olay/Olgu

Olgu 1: Yetmiş yedi yaşında kadın hasta, ateş ve karın ağrısı yakınmalarıyla hastanemiz acil servisine başvurdu. Kardiyak enzim değerlerinde yükseklik saptanan, akut koroner sendroma spesifik anjina semptomları olmayan ve kardiyoloji kliniği tarafından EKG ve EKO ile değerlendirilmesi sonrası akut koroner sendrom düşünülmeyen hasta üriner sistem infeksiyonu ön tanısıyla infeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı.

Olgu 2: Yetmiş iki yaşında erkek hasta, nefes darlığı, öksürük ve balgam yakınmalarıyla hastanemiz acil servisine başvurdu. Kreatinin ve kardiyak enzim değerlerinde yükseklik saptanan hasta kardiyoloji kliniği tarafından EKG ve EKO ile değerlendirildi. Hastanın kardiyak enzim değerlerindeki yüksekliğin pnömoni ve pnömoniye sekonder akut böbrek yetmezliğine bağlı olabileceği düşünüldü ve bu nedenle hasta pnömoni ön tanısıyla kliniğimize yatırıldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Her iki olgunun da kardiyak enzim değerleri kliniğimize yatırıldıktan sonra tekrarlandı ve saptanan yükseklikler akut koroner sendrom olarak değerlendirildi (Tablo 1). Hastalar kardiyoloji yoğun bakım ünitesine akut koroner sendrom tanısıyla devredildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

İnfeksiyonla birlikte nonspesifik şikayetlerle acil servise başvuran yaşlı hastalarda kardiyak enzim değerlerinde hafif yükseklikler saptanabilmektedir. Bu yüksekliklerin tek başına infeksiyona bağlı olamayacağı akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda akut koroner sendrom tanısını atlamamak için yakın takip önemlidir.

Tablo 1. Olgu 1 ve Olgu 2'ye ait laboratuvar bulguları

Kardiyak enzim (normal aralık)	Olgu 1		Olgu 2	
	İlk değer	Kontrol	İlk değer	Kontrol
Hs Troponin-I (0-40 ng/L)	152	15124	152	36557
Miyoglobin (14.3-65.8 ug/L)	279	618	260	602
Kütle-CKMB (0-6.22 ng/mL)	5.2	56.9	4	181

Diğer İnfeksiyonlar

P-207

Gebelikte Toksoplazmoz Yönetimi: Hekimlerin Bilgi ve Tutumu

Gül Ruhsar YILMAZ[1], Meltem TAŞBAKAN[2], Behice KURTARAN[3], Esra KAYA KILIÇ[4], Oğuz Reşat SİPAHİ[2], Hüsnü PULLUKÇU[2]

[1] Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[3] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana
[4] Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Gebelikte toksoplazmoza yaklaşımla ilgili bilgi düzeyi.

Olay/Olgu

Bebek ve gebenin komplikasyonlardan korunması için gebelikte toksoplazmozun yönetimi kritik önem taşımaktadır. Genellikle geçirilmiş ve yeni infeksiyonun ayrımıyla gebenin tedavi edilmesi ya da gebeliğin sonlandırılması kararlarını vermek güç olmaktadır. Bu çalışmada infeksiyon hastalıkları ve kadın hastalıkları ve doğum alanında çalışan hekimlerin gebelikte toksoplazmozla ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde çalışan hekimlere uygulanmak üzere gebelikte toksoplazmoza yaklaşımla ilgili 10 soru içeren bir anket hazırlandı. Yüz yüze görüşme yöntemiyle kadın doğum ve infeksiyon hastalıkları uzmanlarının anketteki soruları yanıtlamaları sağlandı. Yanıtlar SPSS 16.0 programına kaydedildi ve doğru yanıtların oranı hesaplandı. Toplam 115 hekim (72 kadın, 43 erkek) tarafından anket soruları yanıtlandı. Ortalama yaş 36.2 ± 8.8 yıl olarak bulundu. Hekimlerin 67'si infeksiyon hastalıkları, 48'i kadın doğum bölümlerindendi. Konjenital anomali olasılığının birinci trimestırda, bebeğe bulaşın üçüncü trimestırda en fazla olduğu katılımcıların sırasıyla %85.2 ve %80'i tarafından bilinmekteydi. Katılımcıların %39'u gebelik başlangıcında seronegatif ise toksoplazma serolojisinin tekrarlanmasının gerekmediğini söyledi. Toksoplazma IgM pozitif, IgG negatif olması durumunda 64 katılımcı spiramisin tedavisi başlayacağını ve testi 1-3 hafta sonra tekrarlayacağını ifade etti. Yüksek aviditenin anlamı katılımcıların %88'i tarafından biliniyordu. İnfeksiyon hastalıkları uzmanlarının belli konulardaki bilgi düzeyi kadın doğum uzmanlarından daha iyi bulundu. Sırasıyla seronegatif olgularda testin tekrarlanması gerektiği ile ilgili %46.2'ye karşı %8.3 ($p< 0.001$), IgM pozitif IgG negatif gebeye yaklaşımla ilgili doğru yanıtlar %74.6'ya karşı %37.5 ($p< 0.001$) ve avidite ile ilgili doğru yanıtlar %88.1'e karşı %60.4 ($p< 0.001$) şeklindeydi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Çalışmamızın sonuçlarına göre özellikle kadın hastalıkları ve doğum uzmanları için eğitim programları organize edilmeli ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

Diğer İnfeksiyonlar

P-208

Kızamık Salgını: Erişkin 19 Olgunun İrdelenmesi

Ayşe SAĞMAK TARTAR[1], Şafak Özer BALİN[2], Ayhan AKBULUT[1], Affan DENK[1], Kudbettin DEMİRDAĞ[1], Yasemin KIRIK[3]

[1] Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ
[2] Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ
[3] Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kahramanmaraş

Soru(n)

Kızamık, bulaşıcılığı oldukça yüksek olup, aşıyla önlenebilen önemli bir viral hastalıktır. Yetişkinlerde hastaneye yatışı gerektiren daha ciddi komplikasyonlarla seyretmektedir. Erişkin hastada kızamıktan şüphelenilmesi durumunda hastaneye yatırmak gerekli midir?

Olay/Olgu

5 Mart-23 Mayıs 2013 tarihleri arasında, kızamık tanısı alan 19 erişkin hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, laboratuvar ve klinik bulgular ve komplikasyon oranlarına bakıldı. Kızamık tanısı klinik ve ELISA yöntemiyle kızamık IgM pozitifliğiyle konuldu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastaların 16 (%84.2)'sı kadın, 3 (%15.7)'ü erkekti. Yaş aralıkları 18-42 yaş arasında değişmekteydi. Hastaneye başvurduklarında semptomların ortalama başlangıç günü 4.89 ± 1.32 gün idi. Hastaların 18 (%94.7)'inin yüzünde ve gövdesinde, 1 (%5.2) hastanın gövdesinde olmak üzere tüm hastalarda makülopapüler tipte döküntü mevcuttu (Resim 1). Hastaların semptom ve bulguları Tablo 1'de verilmiştir

Hastalığın bulaş yolları sorgulandığında, 5 (%26.3) hastada kızamık tanısı almış kişilerle önceden temas öyküsü vardı. Hastaların 18'i daha önce kızamık aşısı yapılıp yapılmadığını bilmezken, 1'i hiç kızamık aşısı olmadığını belirtti. Laboratuvar bulguları değerlendirildiğinde; kan sayımında, hastaların 13 (%68.4)'ünde lökopeni, 3 (%15.7)'ünde trombositopeni tespit edildi. Biyokimyasal testlerde, 11 (%57.8) hastada AST, 10 (%52.6) hastada ALT, 2 (%10.5) hastada ALP, 11 (%57.8) hastada GGT, 17 (%89.4) hastada LDH, 2 (%10.5) hastada total bilirubin ve direkt bilirubin, 2 (%10.5) hastada CRP ve 13 (%68.4) hastada sedimentasyon yüksekliği vardı. Hastaların hepsinde kızamık IgM pozitifliği saptanırken, 2 hastada IgG pozitifliği de vardı.

Tüm hastalar kliniğe yatırılarak 7.63 ± 2.49 gün takip edildi. Bu hastaların ikisinde pnömoni, altısında ishal, bir hastada ise hem pnömoni hem de ishal komplikasyonu gelişti. Olguların 14'üne aynı zamanda eşlik eden bakteriyel infeksiyonlara yönelik 8.35 ± 2.02 gün süreyle antibiyotik tedavisi verildi. Hastaların tamamı şifa ile taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Avrupa'da 2013 salgınında hastaların %62'si hastaneye yatırılarak takip edilmiştir. Ülkemizde erişkin hastalarda %57 ve %85 oranında yatırarak takip eden klinikler olduğu gibi hastaların tümünü yatırarak takip eden klinikler de vardır. Bizim hastalarımızın tümü yatırılarak takip edildi. Yeni bir salgın durumunda hastaneye yatış açısından hastalar nasıl değerlendirilmeli?



Resim 1. Kızamıklı hastanın gövdesinde bulunan makülopapüler döküntü.

Tablo 1. Hastaların semptom ve bulguları

Semptom ve bulgular	Hasta sayısı (n= 19) (%)
Halsizlik	12 (%63.1)
İştahsızlık	7 (%36.8)
Bulantı-kusma	11 (%57.8)
Eklem-kas ağrısı	3 (%15.7)
Ateş	18 (%94.7)
Baş ağrısı	6 (%31.5)
İshal	7 (%36.8)
Karın ağrısı	6 (%31.5)
Öksürük	15 (%78.9)
Boğaz ağrısı	13 (%68.4)
Fotofobi	8 (%42.1)
Makülopapüler döküntü	19 (%100)
Koplik lekeleri	11 (%57.8)
Konjunktivit	7 (%36.8)
Lenfadenopati	1 (%5.2)
Kataral semptomlar	3 (%15.7)

Diğer İnfeksiyonlar

P-209

Beta-Laktam Grubu Antibiyotik Uygulaması Sonrasında Anafilaksi Gelişen Bir Olgu Sunumu

Münire IŞLAK DEMİR[1], Vahit DEMİR[2], Çiğdem KADER[1], Ayşe ERBAY[1]

[1] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*
[2] *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*

Soru(n)

Acil servis ünitelerinde antibiyotik tercihi, veriliş şekli ve anafilaksi durumunda izlenecek yol nasıl olmalı?

Olay/Olgu

Yirmi altı yaşında kadın hasta acil servise öksürük ve ateş yüksekliği şikayetiyle başvurdu. Alt solunum yolu infeksiyonu tanısıyla sefuroksim 750 mg IM olarak uygulandı. Enjeksiyondan kısa bir süre sonra kendini kötü hisseden hastada hırıltılı solunum, morarma ve solunum sıkıntısı gelişti. Hipotansiyon, taşikardi, akciğerde dinleme bulgusu olarak yaygın ronküs, nazofarenks ödemi gözlendi. Antibiyotiğe bağlı anafilaksi tanısı düşünülen hastanın tıbbi müdahalesi yapıldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Beta-laktam grubu antibiyotiğe bağlı anafilaksi tanısı düşünülen hastada damar yolu açılarak, 1/1000'lik adrenalin (Epinefrin) 0.4 mg IM 15 dakika arayla iki kez yapıldı. IV sıvı replasmanı uygulandı. Nazal oksijen maske ile yüksek akımlı oksijen verildi. Üst solunum yollarındaki ödem geriledi fakat hırıltılı solunum devam ettiği için antihistaminik feniramin maleat IV ve selektif beta-2 adrenerjik agonist olan salbutamol inhaler verildi. Anafilaksi kliniği gerileyen hasta 24 saat takip ve tedavi amacıyla yoğun bakım ünitesine alındı. Takiplerinde ateş yüksekliği ve infeksiyon bulgusu olmayan hastaya tekrar antibiyotik tedavisi başlanmadı. Hasta sekelsiz iyileşti ve taburcu edildi. Taburculuk sonrası allerji kliniğine yönlendirildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Anafilaksi allerjenlere karşı ani gelişen sistemik aşırı duyarlılık beta-laktam grubu antibiyotiklerin uygulanmasının ardından antibiyotiklerin antijenik ürünlerine karşı gelişen IgE yapısındaki antikorların tip 1 aşırı duyarlılık reaksiyonlarına yol açması sonucunda anafilaksi ortaya çıkmaktadır. İlacın alımından sonra dakikalar içinde hipotansiyon, bronkospazm, ürtiker, difüz eritem ve larinks ödemiyle belirir. Görülme sıklığı %0.01-0.04, geliştiğinde mortalitesi ise %10 kadardır. Sefalosporinler antibiyotikler içerisinde güvenlik profilleri iyi olan bir grup olmasına karşın, diğer antibiyotiklerle çapraz reaksiyon oranı çok yüksek olmasa da penisilinlere allerjik olan hastaların %3-7'sinde sefalosporin hassasiyeti olabileceği bilinmektedir. Acil serviste hastalara parenteral antibiyotik tedavi uygulamaları öncesinde allerji öykülerinin sorgulanması bu açıdan önemlidir. Özellikle acil serviste görevli hekimlerin antibiyotiklerin doğru endikasyonda kullanılması, uygulama yolları ve uygulama sonrası gelişecek komplikasyonlar esnasında izleyecekleri klinik yaklaşım konusunda bilinçlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu konunun tartışmaya açılması gerektiğini düşünüyoruz.

Diğer İnfeksiyonlar

P-210

Bakteremi ile Seyreden Penisilin Duyarlı Pnömokok Menenjiti

Pınar GÜRKAYNAK[1], Şule ÇINAR[1], Meliha Çağla SÖNMEZER[1], Metin ÖZSOY[1], Günay TUNCER ERTEM[1], F. Şebnem ERDİNÇ[1], Necla TÜLEK[1]

[1] *Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara*

Soru(n)

Pnömokok menenjiti olgusu, penisilin duyarlılığı ve klinik bulguları sunulmuştur.

Olay/Olgu

Elli sekiz yaşında erkek hasta bir kafede otururken ani bilinç kaybı gelişmesi sonucu 112 tarafından hastanemiz acil servisine getirilmiş. Acil serviste bilinç bulanıklığıyla birlikte 40°C ateşi olması nedeniyle santral sinir sistemi infeksiyonu ön tanısıyla tarafımıza danışıldı. Yanında herhangi bir tanıdığı olmayan hastanın öyküsü alınamadı. Fizik muayenesinde kooperasyon kurulamıyordu ve ajiteydi. Ateş: 40°C, N: 102/dakika, TA: 130/80 mmHg, SS: 18/dakika ölçüldü. Akciğer dinleme sesleri solda bazalde raller şeklindeydi.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Acil beyin tomografisinde herhangi bir patoloji saptanmayan hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS makroskopisi hafif bulanıktı, mikroskopisinde 100 lökosit/mm^3, Gram boyasında gram-pozitif diplokoklar görüldü. BOS glukozu 24 mg/dL, eş zamanlı kan glukozu 102 mg/dL, BOS proteni: 2125 mg/dL saptandı. BOS ve kan kültürü alındıktan sonra acil serviste seftriakson 2 x 2 g, ampisilin 4 x 3 g, deksametazon 4 x 10 mg IV başlanan hasta servisimize yatırıldı. Yapılan ilk tetkiklerinde periferik kanda lökosit: 13.600/mm^3, CRP: 22 mg/dL, ESR: 55 mm/saat saptandı. Akciğer grafisinde dinleme bulgularıyla uyumlu bölgede infiltratif görünümü mevcuttu. BOS ve kan kültüründe *Streptococcus pneumoniae* üredi. Etkenin penisilin MİK değeri < 0.016 µg/mL olarak raporlandı. Ampisilin tedavisi kesildi. Yatışının 2. gününde hastanın bilinci açıldı, ismi öğrenildi, yakınlarına ulaşıldı, anemnezi alındı. Daha önce bilinen bir hastalığının olmadığı, bir kafede otururken aniden ateşinin çıktığı ve bilincini kaybettiği öğrenildi. Takiplerinde ek sıkıntısı olmayan hastanın deksametazon tedavisi 4. gününde, seftriakson tedavisi 12. gününde kesildi. Grip ve pnömokok aşıları yapılarak hasta taburcu edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Penisilin duyarlı pnömokok etkenli bakteremiyle seyreden pnömoni ve menenjit olgusu sunulmuştur. Bilinç kapalılığı ve ateşle seyreden hastada, bakteriyel menenjit ampirik tedavisinin uygun olduğu ve bakteremiyle seyretmesine rağmen tedaviye hızlı yanıt verdiği görülmüştür. Bu pnömokok menenjiti olgusu, tanı kriterleri tamamlanabilmiş ve tedavisi olumlu sonuçlanmış bir olgu olarak paylaşılmak istenmiştir.

İNDEKS

A
Acar Kaya İ 152
Acar M 73, 74
Acar Ö 110
Açıkgöz ZC 251
Adiloğlu AK 8
Akalın H 156
Akalın Ş 94
Akbayır B 96
Akbulut A 96, 255, 279
Akçimen S 199
Akçoray D 149
Akdağ D 120
Akdeniz H 84, 153
Akkoçlu G 197
Aksu HSZ 10, 64, 65
Aktaş F 182, 225
Aktuğ Demir N 92
Aktürk H 73, 74
Alagüney ME 133
Albayrak A 106
Alp Ş 118
Alpay AS 19, 62, 189
Altay FA 67, 68, 112
Altın N 67, 68, 112
Altınok S 32
Altun B 23
Altun Demircan Ş 138, 215, 232, 239, 256, 264
Altunçekiç Yıldırım A 19, 62, 189
Altunışık N 246, 248
Altunışık Toplu S 195, 246, 249, 250
Anıl AB 197
Arslan M 13
Asan A 176
Asiltürk D 61, 70
Aşçı Z 13, 181, 204, 205, 230, 260
Ata N 50, 138, 232, 239
Atalay S 100
Ataman Hatipoğlu Ç 15, 50, 51, 52, 53, 66, 116, 138, 179, 194, 232, 239, 256, 261, 266
Atilla A 80
Avkan Oğuz V 155
Ayan F 271
Aydemir S 110, 149
Aydın G 186, 187, 188
Aydın Ö 167
Aydın Teke T 86
Aydoğdu Ö 142
Aygar İS 35
Aykaş F 147
Aynıoğlu A 240
Aysert Yıldız P 182, 183
Aytekin FY 227
Azap A 139, 211, 212

B
Balcı D 139
Balık İ 271
Balin ŞÖ 173, 193, 224, 279
Baran Aksakal FN 23, 221
Bardak Özcem S 209
Barut Ş 206, 227
Başkıran A 163
Bayar MA 179
Bayındır Y 75, 130, 163
Baykam N 88
Bayraktar N 209
Bekgöz AG 151, 202
Berberoğlu U 32
Berk Cam H 147
Berkem R 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 247, 248
Beşirbellioğlu BA 78, 154
Bilgiç Atlı S 3, 31, 134, 229
Bilgin S 155
Bilmez R 61, 70, 245
Biray UD 90
Birengel S 48, 126
Bitirgen M 114
Borulu B 153
Bozdağ H 4
Bölükbaşı H 46, 47
Börekçi H 272
Budak ET 170
Budak S 170
Bulut C, 169
Bulut C 15, 50, 51, 52, 53, 66, 116, 138, 179, 194, 215, 232, 239, 256, 261, 264, 266
Bulut R 114
Buzgan T 82, 202, 245
Bülbül Maraş G 197
Büyükdemirci A 191, 262, 267
Büyükdemirci E 23

C
Candevir Ulu A 10, 64, 65
Canpolat G 136
Cengiz M 199
Cesur S 264, 266
Ceylan Ö 210
Civriz Bozdağ S 17

Ç
Çağ Y 161
Çağla Sönmezer M 5, 15, 66, 69, 71, 128,213, 214, 217, 254, 262, 277, 282
Çalgın K 62
Çalık Başaran N 118
Çalış S 211, 212
Çaşkurlu H 161
Çeken S 143, 200
Çelen MK 124
Çelik Ekinci S 12, 233
Çelik M 26
Çetinkol Y 19, 189
Çetintepe SP 133
Çınar ŞŞ 191, 213, 214, 267, 282

Çınar Yavdır H 212
Çiftçi E 184
Çiftçi İH 34
Çiftçioğlu G 152
Çiftdoğan D 197

D
Dai Özışık A 8
Daşpınar A 186, 187, 188
Dede G 231
Delibalta G 161
Demir V 281
Demiraslan H 108, 159, 244
Demirbaş Z 68
Demirci N 266
Demirdağ K 255, 279
Demirelli M 143, 200
Demiröz AP 15, 50, 51, 52, 53, 66, 116, 138, 179, 215, 239, 256, 261
Deniz S 180, 203
Denk A 96, 173, 193, 224, 255, 279
Dikici N 176
Dinçer C 4
Dizbay M 14, 165, 182, 183, 225
Doğan M 132, 210
Doğanay M 108
Doğru A 63, 167, 196
Dokuzoğuz B 88
Duman GG 9
Durak H 38, 43
Dursun E 198
Duygu F 143, 227
Dülger M 12, 233

E-F
Elmas F 198
Erayman İ 114
Erbay A 29, 253, 272, 281
Ercan U 272
Erdinç FŞ 5, 8, 15, 66, 69, 71, 128, 179, 191, 194, 214, 217, 254, 262, 267, 277, 282
Erdoğan F 34
Erdoğmuş Z 209
Eren Gök Ş 88
Ergen P 63, 161
Ergüt Sezer B 25, 132, 170, 210
Ersan V 163
Ersoy Y 75, 130
Ersöz G 57, 58, 59
Ertek M 143, 200
Ertürk A 33
Ertürk Şengel B 104
Esen Yıldız İ 33
Eyigün C 238
Fincancı M 90

G
Gayretli Aydın ZG 86
Gemici Ü 206
Gök S 204, 230
Gökengin D 120
Gözükara MG 138
Gül G 216
Güleşen R 251
Gülpamuk Karaoğlan G 221
Gültekin G 57
Gültekin O 58, 59, 180
Günal Ö 80, 227, 238
Gündüzöz M 133
Güner R 61, 82, 151, 202, 245, 251
Güneş F 206
Güngör H 4
Gürbüz Y 67, 68, 112, 231
Gürkaynak P 69, 71, 217, 282
Gürman G 212
Güven EA 221
Güven G 70
Güven T 61, 70, 82, 245, 202
Güzel Tunçcan Ö 165, 182, 183

H
Haliloğlu EN 271
Hançerli Törün S 73, 74
Harman R 238
Hasanoğlu İ 168, 202
Haykır Solay A 112, 231

I-İ
Irmak T 257, 258
Işık B 163
Işlak Demir M 29, 281
İlgar T 213, 217, 254, 262, 277
İnal AS 10, 64, 65
İnan D 122, 199
İnce E 184
İnkaya AÇ 118
İskender G 143, 200

K
Kacar F 54, 76, 137
Kaçar Ö 216
Kader Ç 29, 145, 253, 272, 281
Kahraman EP 34
Kalın Ünüvar G 12, 233
Kalkan HK 175
Kalkancı A 9, 165, 183
Kaman A 86
Kandemir B 114
Kantürk A 110
Kaplan E 48, 126, 184, 211
Kara A 29
Kara E 118
Karaçorlu S 180
Karakadıoğlu S 56, 140, 141, 208
Karakaş A 157
Karakeçe E 34
Karakoç AE 8, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 247, 248
Karakök T 215, 261, 264, 266

Karamanlıoğlu D 165, 182, 183
Karaoğlan İ 98
Karaşahin Ö 7, 30
Karataş H 76, 137
Kartal A 226
Kaya A 57, 58, 59
Kaya Kalem A 202
Kaya Kılıç E 5, 15, 50, 51, 52, 53, 66, 69, 71, 116, 138, 232, 239, 254, 256, 261, 278
Kaya MG 244
Kaya Z 180
Kayaaslan B 61, 70, 82, 151, 166, 168, 202, 245
Kayabaş Ü 75, 130, 163
Kazak E 156
Keçik Boşnak V 98
Kılıç S 32, 80
Kınıklı S 15, 50, 51, 52, 53, 66, 116, 138, 194, 215, 232, 239, 254, 256, 261, 264, 266
Kırık Y 279
Kırımker EO 139
Kızılateş F 147, 198
Kocagül Çelikbaş A 88
Kocalar E 231
Koçak C 23
Koçak Tufan Z 82, 151, 202, 245
Kolak ÇÇ 122
Korkmaz Dişli Z 195
Korkmaz F 54, 76, 137
Korkmaz N 67
Korkmaz U 265
Korten V 55, 56, 104
Koslakoğlu U 33
Köksal E 80
Kömür S 10, 64, 65
Kömürcü B 5, 56, 140, 141, 208
Köroğlu M 34
Köse A 75, 130, 163
Köse H 20, 49, 178, 234, 236, 237, 242, 269, 270
Köse Ş 100, 197
Köseoğlu Ö 22, 243
Kul G 67
Kuralay H 221
Kurt F 219, 220
Kurtaran B 10, 64, 65, 278
Kurtoğlu E 147
Kuşçu F 10, 64, 65, 231
Kuşçu Kaçmaz A 75, 130, 163
Kutlu M 94
Kuyugöz S 180
Kuzi S 68
Küçükbayrak A 84, 265
Küçüker ŞA 251
Kürklü Bozkır F 49

M-N
Mamıkoğlu L 199
Memikoğlu KO 184, 185, 207
Mermer S 252
Mert G 78, 154, 157, 190, 192
Mızrakçı S 18, 171
Mumcu N 244
Müderris T 251
Namıduru M 98
Narlı Z 17

O
Oğan MC 143
Okur N 54
Olgundan P 181, 205
Oltulu G 4
Onuk N 221
Osmanoğlu Ezen F 223
Otlu B 75, 130, 163

Ö
Öğünç D 199
Önde U 42
Özbay Çaylı B 186, 187, 188
Özbay Haliloğlu EN 139, 207
Özbek G 190
Özboz A 238
Özcan M 76, 137
Özdemir K 6, 94, 226
Özdemir Kepek B 233, 240
Özden K 106
Özden M 75, 130
Özdil T 183
Özer Ö 239
Özgen Ö 183
Özger HS 16
Özkan A 100
Özkurt Z 106
Özkurt ZN 165
Özsoy M 5, 217, 277, 282
Öztoprak Çuvalcı N 147, 198
Öztürk K 253
Öztürk N 13

P-R
Parlak E 72, 106, 150, 218
Parlak M 72, 106, 150, 218
Pehlivan A 35
Polat A 57
Pullukçu H 169, 241, 278
Refik Rogers J 209
Rüstemoğlu A 227

S
Saba Çopur Ş 146
Sağlam MF 251
Sağmak Tartar A 96, 255, 279
Salman N 73, 74
Sargın F 102
Sarı N 22, 60, 243, 259, 274, 275
Sarı T 20, 49, 178, 234, 236, 237, 242, 269, 270
Sarıcaoğlu EM 184, 185, 212

Savcı Ü 253
Sayın Kutlu S 94
Sayıner A 155
Sert AŞ 268
Seven B 86
Seyman D 147
Sırmatel F 84, 153, 265
Sipahi OR 241, 252, 278
Somer A 73, 74
Sökülmez Yıldırım S 146
Sönmez E 33
Sönmez U 100
Sözen Gencer N 272
Su HR 122
Sümer Ş 92
Sütçü M 73, 74
Süzük S 32

Ş
Şahin A 98
Şahin F 219, 220
Şahin Horasan E 58, 59
Şahiner M 122
Şanal F 184
Şayli A 211
Şencan İ 68, 112
Şener D 234
Şentürk GÇ 67, 68, 112
Şimşek F 110, 149
Şimşek H 45

T
Tanır G 86
Tarakçı A 54, 76, 137
Taşbakan M 169, 241, 278
Taşdemir K 152
Taşova Y 10, 64, 65
Taşyaran MA 61, 82, 151, 168, 202, 245
Tatar B 197
Tekin Şahin S 98
Tekiner A 179
Telli Dizman G 12, 233
Telli G 240
Temoçin F 20, 49, 178, 234, 236, 237, 242, 269, 270
Tok D 154, 192
Tok T 108, 159
Tunalı B 132
Tunca B 152
Tuncer Ertem G 5, 69, 71, 128, 179, 191, 194, 217, 262, 267, 277, 282
Tunç G 152
Tungır Kuzu A 176
Turğal M 86
Tutkun E 133
Tükenmez Tigen E 104, 140, 141, 208
Tülek N 5, 15, 66, 69, 71, 128, 191, 194, 213, 214, 217, 254, 262, 267, 277, 282
Tümer A 118
Türken M 100
Türkoğlu G 38, 247, 248
Tütüncü EE 67, 68, 112, 231

U-Ü
Uğraş Dikmen A 221
Ultav C 221
Ulusoy S 169, 241
Uluyurt H 34
Ural O 92
Uslu H 106
Uslu M 231
Uyanık MH 106
Uysal S 4, 241
Üçışık AC 63, 167, 196
Üdürgücü H 96
Ülküden B 165
Ünal S 118
Ünalan D 172
Ürkmez Korkmaz Y 168

V-Y
Varlı C 110
Vudalı EY 209
Yağcı Çağlayık D 55, 56, 140, 141, 208
Yakkan G 207
Yalçı A 48, 126, 139, 211, 271
Yalçın Çolak N 253
Yalçınkaya S 4
Yalçınkaya T 70
Yamazhan T 169, 241
Yapıcı H 122
Yavuz S 152
Yekta Ürkmez F 251
Yeniçeri EN 219, 220
Yeşil C 122
Yetkin F 75, 130
Yıldırım E 238
Yıldırım Y 186, 187, 188
Yıldırmak MT 110, 149
Yıldız S 155
Yılmaz A 106
Yılmaz E 156
Yılmaz G 184, 185, 207, 212
Yılmaz GR 61, 70, 82, 151, 168, 202, 245, 251, 278
Yılmaz Karadağ F 135, 196
Yılmaz N 145, 155
Yılmaz Ö 75, 130
Yılmaz S 163
Yılmaz SE 8
Yurtsever Keçeli S 59
Yüce Y 265
Yücel Demir N 59