E-ISSN: 2147-673X

MEDITERRANEAN JOURNAL OF INFECTION, MICROBES AND ANTIMICROBIALS

Year: 2020
Volume: 9
Supplement 1

8. TÜRKİYE EKMUD BİLİMSEL KONGRESİ
"ON-LINE KONGRE" ÖZEL SAYISI



www.mjima.org

KURULLAR

Düzenleme Kurulu

Kongre Başkanı
Prof. Dr. Canan Ağalar

Kongre Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. İrfan Şencan

Kongre Sekreteri
Prof. Dr. İsmail Yaşar Avcı

Sayman
Uzm. Dr. Süha Şen

Önceki Başkan
Prof. Dr. Hürrem Bodur

Üyeler
Prof. Dr. Behice Kurtaran
Prof. Dr. Nurettin Erben
Prof. Dr. Meltem Arzu Yetkin
Prof. Dr. Meltem Taşbakan
Doç. Dr. Yasemin Çağ

Bilimsel Kurul

Öznur Ak Erdal Akalın
Filiz Akata
Ayhan Akbulut
Hayrettin Akdeniz
Esragül Akıncı
Murat Akova
Arash Alaei
Emine Alp
Mustafa Altındiş
Özlem Altıntaş Aydın
Fatma Amer
Bilgin Arda
Alpay Arı
Sevtap Arıkan
Dilek Arman
Hande Arslan
Ferhat Aslan
Turan Aslan
Sibel Aşçıoğlu
Deniz Atakent
Çiğdem Ataman Hatipoğlu
Meltem Avcı
Vildan Avkan Oğuz
Ergin Ayaşlıoğlu
Fatma Aybala Altay
Kemalettin Aydın
Özlem Aydın Altuntaş
Adalalet Aypak
Mehmet Bakır
İsmail Balık
İlker İnanç Balkan
Şener Barut
Aliye Baştuğ
Ayşe Batırel
Yaşar Bayındır
Nurcan Baykam
Serhat Birengel
Mehmet Bitirgen
Cemal Bulut
Turan Buzgan
Hanefi Cem Gül
Iva Christova
Kayhan Çağlar
Nedim Çakır
Güven Çelebi
Mustafa Kemal Çelen
İlhami Çelik
Rıza Aytaç Çetinkaya
Kutbeddin Demirdağ
Tuna Demirdal
Kutay Demirkan
Ziya Demiroğlu
Neşe Demirtürk
Murat Dizbay
Mehmet Doğanay
Başak Dokuzoğuz
Elif Doyuk Kartal
İlyas Dökmetaş
Birsen Durmaz Çetin
Fazilet Duygu
Nazif Elaldı
İbrahim Erayman
İlknur Erdem
Haluk Erdoğan
Fatma Nur Eriş
Serpil Erol
Yasemin Ersoy
Gülden Ersöz
Mustafa Ertek
Şaban Esen
Can Polat Eyigün
Touraj Aligholipour Farzani
Tristan Ferry
Tom E. Fletcher
Serap Gencer
Sedef Göçmen
Serhan Gökkaya
Levent Görenek
Ertuğrul Güçlü
Zeynep Gülay
Selma Güler
Sibel Gündeş
Rahmet Güner
Filiz Günseren
Deniz Gür
Gülşen Hasçelik
Kenan Hızel
Dilara İnan
Ayten Kadanalı
Ahmet Kalkan
Ayşe Kalkancı
Özlem Kandemir
Figen Kaptan
Oğuz Karabay
Aynur Karadenizli
Zeynep Ceren Karahan
Mustafa Karahocagil
Faruk Karakeçili
İlkay Karaoğlan
Hasan Karsen
Kadriye Kart Yaşar
Ali Kaya
Şafak Kaya
Selçuk Kaya
Bircan Kayaaslan
Üner Kayabaş
Sedat Kaygusuz
Sırrı Kılıç
Sami Kınıklı
Sesin Kocagöz
Meliha Meriç Koç
Zeliha Koçak Tufan
Volkan Korten
Gülay Korukluoğlu
İftihar Köksal
Servet Kölgeliler
Süheyla Kömür
Şükran Köse
Figen Kuloğlu
Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu
Halil Kurt
Latife Mamıkoğlu
Osman Memikoğlu
Ali Mert
Gökhan Metan
Birgül Mete
Ali Mirazimi
İpek Mumcuoğlu
Patricia Muñoz
Birsen Mutlu
Mustafa Namıduru
Sabahattin Ocak
Zekaver Odabaşı
Aziz Öğütlü
Serkan Öncü
Pınar Öngürü
Yusuf Önlen
Kemalettin Özden
Serdar Özer
Şükrü Volkan Özgüven
İlhan Özgüneş
Nail Özgüneş
Zülal Özkurt
Nefise Öztoprak
Recep Öztürk
Derya Öztürk Engin
Pasquale Pagliano
Anna Papa
Mehmet Parlak
Emine Parlak
Filiz Pehlivanoğlu
Ali Pekcan Demiröz
Duygu Perçin
Nihal Pişkin
Hüsnü Pullukçu
Engin Seber
Süheyla Serin Senger
Dilek Yıldız Sevgi
Fatma Sırmatel
Oğuz Reşat Sipahi
Emine Sönmez
Jean Poul Stahl
Marina Stoycheva
Hüseyin Kaya Süer
Mahmut Sünnetçioğlu
Seniha Şenbayrak
Alper Şener
Gönül Şengöz
Güneş Şenol
Kıvanç Şerefhanoğlu
Fehmi Tabak
Yeşim Taşova
Mehmet Akan Taşyaran
Emin Tekeli
Farida Tiskova
Selma Tosun
Nazan Tuna
Semra Tunçbilek
Hüseyin Turgut
Tuba Turunç
Elif Tigen Tükenmez
Özlem Tünger
Ediz Tütüncü
İlker Uçkay
Aslıhan Ulu
Ayşegül Ulu Kılıç
Sercan Ulusoy
Gaye Usluer
Ömrüm Uzun
Serhat Ünal
Haluk Vahaboğlu
Tansu Yamazhan
Rüçhan Yazan Sertöz
Funda Yetkin
Mustafa Yıldırım
Mesut Yılmaz
Neziha Yılmaz
Gürdal Yılmaz
Zerrin Yuluğkural
Pınar Zarakolu

** Bilimsel Kurul soyadına göre alfabetik olarak listelenmiştir.*

1. GÜN 24 Kasım 2020, Salı

	TUNCAY HASİP SÖZEN SALONU	DİLEK KILIÇ SALONU
18:30-18:45	**AÇILIŞ TÖRENİ** **Canan Ağalar, İsmail Yaşar Avcı**	
18:45-20:00	**OTURUM-1: COVID** Oturum Başkanları: **Emine Alp Meşe, Recep Öztürk** Pandeminin gölgesinde yüksek öğretim ***Zeliha Koçak Tufan*** Patogenezde yenilikler ***İlhami Çelik*** Tedavide yenilikler ***Yeşim Taşova*** Aşılama ***Murat Akova***	
20:00-21:00	**UYDU SEMPOZYUMU-1** MSD Oturum Başkanı: **İftihar Köksal** Antimikrobiyal Yönetişim İlkeleri ve Hedefleri ***Vildan Avkan Oğuz***	

2. GÜN 25 Kasım 2020, Çarşamba

	TUNCAY HASİP SÖZEN SALONU	DİLEK KILIÇ SALONU
12:00-13:00	**SÖZLÜ SUNUMLAR-1** Oturum Başkanları: **Ayşe Ertürk, Şener Barut** S-001, S-002, S-003, S-004, S-005	**SÖZLÜ SUNUMLAR-2** Oturum Başkanları: **Selma Tosun, Hüseyin Turgut** S-006, S-007, S-008, S-009, S-010
13:00-14:00	**SÖZLÜ SUNUMLAR-3** Oturum Başkanları: **Mustafa Ertek, İlknur Erdem** S-011, S-012, S-013, S-014, S-015	**SÖZLÜ SUNUMLAR-4** Oturum Başkanları: **Mustafa Kasım Karahocagil, Tansu Yamazhan** S-016, S-017, S-018, S-019, S-020
18:45-20:00	**OTURUM-2: Kemik-Eklem ve Deri-Yumuşak Doku Enfeksiyonları** Oturum Başkanları: **Zülal Özkurt, Ali Kaya** Septik artrit ***Aysun Yalçı*** Protez enfeksiyonları ***Murat Bozkurt*** Spondilodiskitler ***Fatma Aybala Altay***	**OTURUM-3: Hastanede Yatıyorum, Risk Altında Mıyım?** Oturum Başkanları: **Dilek Arman, Figen Kuloğlu** Ventilatör ilişkili pnömoni zor olguların yönetimi ***Gülden Ersöz*** Kateter ilişkili KDE de tanı ve izlem ***Gürdal Yılmaz*** Cerrahi alan enfeksiyonlarında neler değişti? ***Aliye Baştuğ***
20:00-21:00	**UYDU SEMPOZYUMU-2** Pfizer Komplike Deri Yumuşak Doku Enfeksiyonlarında Ayaktan Tedavide Hastanızın Sınırlarını Genişletin ***Ali Mert, Sibel Gündeş***	

3. GÜN 26 Kasım 2020, Perşembe		
	TUNCAY HASİP SÖZEN SALONU	**DİLEK KILIÇ SALONU**
12:00-13:00	**SÖZLÜ SUNUMLAR-5** Oturum Başkanları: **Levent Görenek, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu** S-021, S-022, S-023, S-024, S-025	**SÖZLÜ SUNUMLAR-6** Oturum Başkanları: **Sırrı Kılıç, Mahmut Sünnetçioğlu** S-026, S-027, S-028, S-029, S-030
13:00-14:00	**SÖZLÜ SUNUMLAR-7** Oturum Başkanları: **Fatma Sırmatel, Mustafa Yıldırım** S-031, S-032, S-033, S-034, S-035	**SÖZLÜ SUNUMLAR-8** Oturum Başkanları: **Saim Dayan, Ayşe Batırel** S-036, S-037, S-038, S-040, S-085
18:45-20:15	**OTURUM-4: İnteraktif Oturum** **HIV : En Zor Olgularımız** Oturum Başkanı: **Deniz Gökengin** Tartışmacılar: ***Fehmi Tabak*** ***Dilara İnan*** ***Serhat Ünal*** ***Selçuk Kaya*** Olgu Sunanlar: ***Esra Zerdali*** ***Damla Ertürk*** ***Deniz Akyol***	
20:15-21:15	**UYDU SEMPOZYUMU-3** GILEAD KHB Tedavisinde Azıyla Yetinmeyin: Vemlidy Deneyimi ***İftihar Köksal, Rahmet Güner***	

4. GÜN 27 Kasım 2020, Cuma		
	TUNCAY HASİP SÖZEN SALONU	**DİLEK KILIÇ SALONU**
12:00-13:00	**SÖZLÜ SUNUMLAR-9** Oturum Başkanları: **Özlem Kandemir, Kenan Hızel** S-041, S-042, S-043, S-044, S-045	**SÖZLÜ SUNUMLAR-10** Oturum Başkanları: **Öznur Ak, Seniha Şenbayrak** S-047, S-048, S-049, S-050, S-051
13:00-14:00	**SÖZLÜ SUNUMLAR-11** Oturum Başkanları: **Esra Gül Akıncı, Hüsnü Pullukçu** S-052, S-053, S-054, S-055, S-056	**SÖZLÜ SUNUMLAR-12** Oturum Başkanları: **Nefise Öztoprak Çuvalcı, Murat Dizbay** S-057, S-058, S-059, S-060, S-061
18:45-20:15	**OTURUM-5: Hocama Danışıyorum** Oturum Başkanı: **Haluk Vahaboğlu** Tartışmacılar: ***İftihar Köksal*** ***Nedim Çakır*** ***Mehmet Parlak*** ***Serpil Erol*** Olgu Sunanlar: ***S-083 Selda Aydın*** ***S-084 Ece Selvi***	
20:15-21:15	**UYDU SEMPOZYUMU-4** abbvie Pandemi Döneminde HCV Eliminasyonu ***Rahmet Güner, Mustafa Kemal Çelen***	

5. GÜN 28 Kasım 2020, Cumartesi

	TUNCAY HASİP SÖZEN SALONU	DİLEK KILIÇ SALONU
10:00-11:30	**OTURUM-6: Dirençli Gram Negatif Bakteri Enfeksiyonlarında Tanı ve Tedavi** Oturum Başkanları: **Kemalettin Aydın, Nazif Elaldı** Acinetobacter ***Emine Parlak*** Enterobactericeae ***Derya Öztürk Engin*** Pseudomonas ***Alper Şener***	**OTURUM-7: Akıl Merkezi Hasta Olursa - SSS Enfeksiyonları** Oturum Başkanları: **Gaye Usluer, Sercan Ulusoy** Toplum kökenli bakteriyel menenjitler ***Oğuz Karabay*** Enfeksiyoz ve non-enfeksiyoz ensefalit ayırımları ***Güven Çelebi*** Nozokomiyal menenjitler ***Oğuz Reşat Sipahi***
11:30-12:30	**UYDU SEMPOZYUMU-5** GILEAD Oturum Başkanı: **Hüsnü Pullukçu** 2020 HIV Kongrelerinde Biktarvy Verileri ***Özlem Kandemir*** Olgu Sunumu ve Panel Tartışması ***Hayat Kumbasar***	
12:30-13:00	**ARA**	
13:00-14:00	**UYDU SEMPOZYUMU-6** gsk Oturum Başkanı: **Elif Coşkunçay** HIV Tedavisinde Güçlü Başlangıç: Dolutegravir+Lamivudin ***Sabri Atalay***	
14:00-15:00	**OTURUM-8: Viral Hepatitlerde Güncel Tedavi Yaklaşımları** Oturum Başkanları: **Rahmet Güner, Kadriye Kart Yaşar** Hepatit B ***Ediz Tütüncü*** Hepatit C ***Hande Aydemir***	**SÖZLÜ SUNUMLAR-13** Oturum Başkanları: **Tuğba Turunç, Yusuf Önlen** S-062, S-063, S-064, S-065, S-066
15:00-16:00	**SÖZLÜ SUNUMLAR-14** Oturum Başkanları: **Halil Kurt, Sedat Kaygusuz** S-067, S-068, S-069, S-070, S-071	**SÖZLÜ SUNUMLAR-15** Oturum Başkanları: **İlkay Karaoğlan, Serhat Birengel** S-072, S-073, S-074, S-075

6. GÜN 29 Kasım 2020, Pazar		
	TUNCAY HASİP SÖZEN SALONU	**DİLEK KILIÇ SALONU**
10:00-11:00	**SÖZLÜ SUNUMLAR-16** Oturum Başkanları: **Recep Tekin, Ferit Kuşçu** S-077, S-078, S-079, S-080, S-081, S-082	
11:00-12:30	**OTURUM-9: Yaşlı Dünya Yaşlanan Nüfüs** Oturum Başkanları: **Cemal Bulut, Şükran Köse** Yaşlı hastaya nasıl yaklaşılmalı? Destek, Bakım ***Sevnaz Şahin*** Yaşlılarda gelişen üriner sistem enfeksiyonları ***Ayhan Akbulut*** Yaşlılarda gelişen Pnömoniler ***Mustafa Kemal Çelen***	
12:30-13:30	**UYDU SEMPOZYUMU-7** KOÇAK FARMA Oturum Başkanı : **Serhat Ünal** Polimiksin B : İnfeksiyon Teavisinde Yeni Güç ***Ali Mert, İftihar Köksal***	
13:30-14:30	**OTURUM-10: Fungal Enfeksiyonlar** Oturum Başkanları: **İlyas Dökmetaş , Nurcan Baykam** Küf enfeksiyonları ***Aslıhan Ulu Candevir*** Maya enfeksiyonları ***Tuna Demirdal***	
14:30-15:30	**OTURUM-11: Pandemi Dünyasında Bağışıklama** Oturum Başkanları: **Hande Arslan, Yaşar Bayındır** Pnömokok aşılaması ***Serap Gençer*** İnfluenza aşılaması ***Faruk Karakeçili***	
15:30-15:45	**KAPANIŞ TÖRENİ - *İrfan Şencan***	

8. TÜRKİYE EKMUD BİLİMSEL KONGRESİ “ON-LINE KONGRE” 24-29 KASIM 2020

2020 EKMUD KONUŞMA ÖZETLERİ

Pandeminin Gölgesinde Yükseköğretim

Prof. Dr. Zeliha Koçak Tufan

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, YÖK Yürütme Kurulu Üyesi, Ankara

Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) yükseköğretim ekosistemini çok farklı yönlerde etkiledi. Geleceğin dijital kampüsleri, pandemi sürecinde hız kazandı ve herkesin tahmininin dışında, tüm dünyada yaygınlaşması ilk olarak 'evlerde' başladı.

Pandemide Yükseköğretimin Sürdürülmesinin Üzerinde Durulan Ana Başlıklar:

1. Teorik Eğitimler

Moodle, Google Classroom, Class Dojo, Edraek, Schoology gibi **Uzaktan Öğretim Sistemleri** 'DLS' ile *Edx, Coursera, Udemy, Future Learn, Icourses, Ted-Ed Earth School, Canvas Network* gibi **Kitlesel Açık Çevrimiçi Ders Platformları** 'MOOCs' hem örgün eğitimin idamesinde hem de kişisel gelişim ve hayat boyu öğrenme kapsamında farklı ülkelerde yoğun olarak kullanıldı. İnternet alt yapısı iyi olmayan ülkeler için ise *Kolibri, Ustad Mobile, Rumie* gibi **çevrimdışı imkanlar** sunan programlar alternatif olarak yer aldı. *Dingtalk, Lark, Teams, Zoom, Skype, Jitsi Meet* ve *Hangouts Meet* gibi programlar ise **evden, uzaktan akademik ve idari toplantı katılımları** için yaygın olarak kullanıldı. Dijital ortamlarda eğitim deneyimi olmayan akademisyenler ve öğretmenler için ders içeriği hazırlama bir sorun teşkil etmekteydi. *Thinglink, Squigl, Buncee, EdPuzzle, Pear Deck, Kaltura* ve *Nearpod* gibi programlar da **içerik hazırlama, zenginleştirme ve çevrimiçi hayatı daha interaktif hale getirmek** için kullanıldı.

2. Uygulamalı Eğitimler

Eğitimde dijitalleşme beklenenden çok daha hızlı oldu. Uygulamalı derslerin bir kısmında uzaktan eğitim kullanılabildi. Ancak sağlık programlarında hasta başı pratikler yapılamadı, mühendisliklerde stajlar yapılamadı. **Farklı ülkelerde**, staj ve klinik uygulamalı eğitimlerin askıya alınmasının nedenleri arasında **öğrenci sağlığı için duyulan endişenin yanı sıra, maske ve eldiven gibi kişisel koruyucu ekipman gereksinimi** de vardı.

3. Stajlar, İş Yerinde Mesleki Eğitimler

Pilotaj, turizm, hemşirelik, sivil havacılık, otelcilik gibi onlarca programın uygulamalardaki çeşitliliği düşünüldüğünde ilgili programın yeterlik ve kazanımlarından ödün vermeden yürütülmesi için tek bir yöntemin işe yaramayacağı aşikardır. **Yükseköğretim Kurulu - Küresel Salgında Yeni Normalleşme Süreci Rehberi**, *salgının bölgesel ve yerel dinamiklerine* göre farklı önlemlerin alınabileceği, alternatif uygulamalara geçilebileceği esnek ve çerçeve kararları içerecek şekilde hazırlanmıştır. Saha uygulamalarında da öğrencilerin kişisel koruyucu ekipmanların sağlanması ve işyerinde mesleki eğitimler ve stajların devam etmesi için ilgili Bakanlıkların (öğretmenlik için Milli Eğitim Bakanlığı, turizm ve otelcilik için Kültür ve Turizm Bakanlığı, hastaneler için Sağlık Bakanlığı gibi) bu konuda önlemlerin alınmasını sağlaması beklenmektedir.

Bu başlıkların yanı sıra Araştırma-Geliştirme faaliyetleri; öğrenci ve akademisyen değişim programları, sosyal ve kültürel faaliyetler, kongreler, toplantılar, kurslar, kampüs yaşamı ve yurtlar konuları ayrıca ele alınabilecek başlıklardır.







Cerrahi Alan Enfeksiyonlarında Neler Değişti?

Aliye Baştuğ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE); insidansı %2-5 olarak bildirilmektedir. Son yıllarda en sık görülen hastane enfeksiyonları (%36,4) arasında yer almaktadır. CAE mortalite riskinde 2-11 kat artışa yol açmaktadır. CAE en sık (%50) abdominal cerrahiler sonrası gelişmektedir. Kolorektal cerrahiler en sık CAE riski (%15-30) taşıyan prosedürler arasındadır.

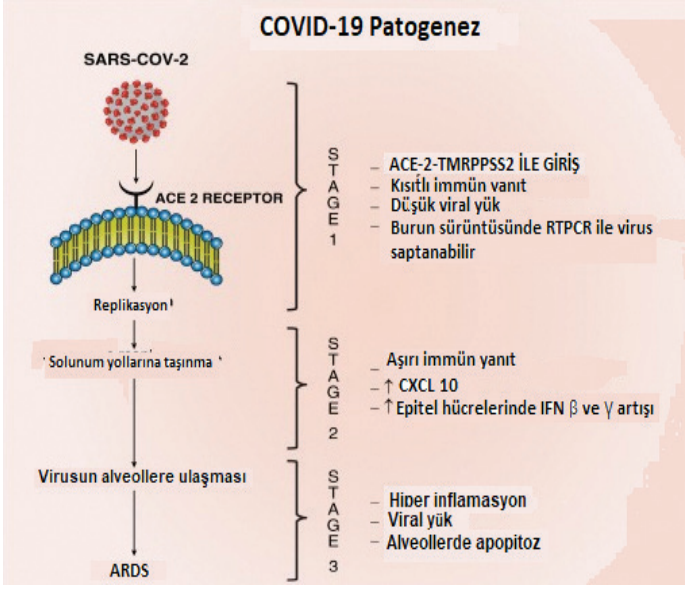
Kanıta dayalı CAE önlem stratejilerinin uygulanması ile CAE'lerin %60'ının önlenebileceği bildirilmektedir. 1999'da Hastane Enfeksiyon Kontrol Uygulamaları Danışma Kurulu, CAE oranlarını düşürmek için Hastane Enfeksiyonları Sürveyansı ve Önlenmesi Kılavuzu'nu yayınlamıştır. 2001'de bundle uygulamalarının kullanılması önerilmiş, 2003'te CAE'leri azaltmak amacıyla Cerrahi Bakımı İyileştirme Projesi (SCIP) geliştirilmiştir. Bu Bundle içerisinde; insizyondan önceki bir saat içerisinde rehbere uygun ajanla antimikrobiyal profilaksisi uygulanması ve maksimum cerrahiden sonraki 24 saatte kesilmesi, cerrahi bölgesindeki kılların uzaklaştırılması için tıraş makinelerinin kullanılması, normoterminin ve kardiyak post-op hastalarda kan şekeri regülasyonunun sağlanması bulunmaktadır. SCIP önlemlerinin uygulanmasıyla CAE riskinin %18 azaltılabildiği bildirilmiştir. 2017 yılında daha etkin önlemlerin kullanılması gerektiği düşünülerek, Amerikan Cerrahi Topluluğu yeni CAE rehberi yayınlamıştır. Önceki önlemlere ek olarak; hastane öncesi uygulamalar içerisinde, cerrahiden 4-6 hafta öncesinde sigaranın kesilmesi, elektif kolektomilerden önce oral antibiyotiklerin kullanımı ve mekanik barsak temizliği önerilmektedir. Diyabet durumuna bakılmaksızın tüm hastalarda kan şekeri regülasyonunun sağlanması (kan şekeri hedefi 110-150 mg/dl, kardiyak cerrahi hastalarında <180 mg/dl), deri hazırlığında alkol içeren preparatların kullanılması, çift eldiven kullanılması, kolorektal cerrahilerde yara kapatılmasından önce eldivenin değiştirilmesi, yeni ve temiz enstrüman ile yara kapatılmasının sağlanması, triklosan-antibiyotikli sütürlerin kullanılması, genel anestezi uygulanan cerrahiler sonrasında erken post-operatif dönemde %80 FiO_2 içerecek şekilde oksijen desteği önerilmektedir. Rehberdeki en dikkat çekici değişiklik, hastanın diyabet durumuna bakılmaksızın, peri-operatif dönemdeki kısa süreli kan şekeri regülasyonunun çok önemli olduğunun vurgulanmasıdır. Önceki rehberlerdeki antibiyotik profilaksisinin post-operatif 24 saat içerisinde kesilmesi önerisi, insizyonun kapatılması sonrası profilaksinin uzatılmaması şeklinde değiştirilmiştir. Bundle uygulamalarıyla CAE riskinde ortalama %40 azalma sağlanabildiği bildirilmiş olup (yüzeyel CAE riskinde %44, organ boşluk CAE riskinde %34 azalma) uyumun yüksek olması CAE riskini azaltmada oldukça önemlidir.

COVID-19 Patogenezde Yenilikler

İlhami Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

SARS-CoV-2, bulaştan sonra, oral kavitenin epitelyal memranlarının yüzeyine, konjonktival mukozaya ve kulak kanalına tutunmaktadır. Virüs başta tip 2 alveolar hücreler (AT2) olmak üzere oral, özefageal, ileal epitelyal hücreler, miyokardiyal hücreler, böbreğin proksimal tübül hücrelerine ilaveten mesanenin üroepitelyal hücreleri gibi birden fazla insan hücresinde yüksek oranda eksprese edilen ACE 2 proteinine tutunarak hücre içine girer. SARS-CoV-2'nin dikensi (S) proteini, S1/S2 bölgesinde furin adlı bir hücresel enzim tarafından parçalanır. Bu bölünme, virüsün akciğer hücrelerine girişi için gereklidir. Aktive edilmiş S proteini, TMPRSS2 tarafından hazırlanır ve son olarak, konak hücrelere girmek için ACE 2 reseptörlerine bağlanır. SARS-CoV-2'nin genetik dizisi SARS-CoV ile homologdur ve bu virüslerin (S) proteini yapısı da birbirine oldukça benzerdir. Her ikisi de konak hücresine girmek için aynı reseptörü kullanmakla birlikte SARS-CoV-2, ACE 2 reseptörlerine bağlanma affinitesi on kat daha yüksektir. SARS-CoV-2, öncelikle akciğerlerdeki ACE 2 reseptörlerine bağlanır, ardından proenflamatuvar sitokinlerin yaygın salınımı ile sitokin fırtınaları ortaya çıkar ve bu da çoklu organ hasarı ile sistemik enflamasyona neden olur.



Şekil 1. SARS-CoV-2, evre 1'de ACE-2 reseptörleri aracılığı ile tip 2 pnömositleri (solunum sisteminin epitel hücreleri) işgal eder ve TMPRSS2 yardımıyla çoğalır. Evre 2'de, replike olan SARS-CoV-2 virüsü solunum yollarına ulaşır ve yüksek miktarlarda enflamatuvar kemokin (CXCL10), IFN beta ve gamma aracılığı ile epitel hücrelerinin bağışıklık tepkisini artırır. Evre 3'te SARS-CoV-2 viral yükünde daha fazla artış olur, hiperenflamasyon ile alveolar apoptoza katkıda bulunur ve sonuçta Akut Solunum Sıkıntısı sendromuna yol açar

Spondilodiskitler

Fatma Aybala Altay

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Ankara

İntervertebral disk ve komşu vertebranın enfeksiyonuna spondilodiskit denmektedir. Bazen epidural apse ya da psoas apseleri de eşlik edebilir. Çoğu olgu hematojen yayılımla, bir kısmı da bölgeye operasyon sonrası gelişir.

Lokalize ağrı ve hassasiyet en sık görülen semptomlardır. Ateş daha nadirdir. Bazı hastalarda basıya bağlı motor ve duyusal kusur da gelişebilir.

Stafilokoklar genelde en sık etken olmakla birlikte, endemik ülkelerde *Brucella* ve *M. tuberculosis*, i.v. ilaç kullanıcıları, immünosüprese bireyler ya da postoperatif hasta grubunda ise Gram-olumsuz bakteriler ve mantarlar daha sıktır.

Klinik bulgular yanında eritrosit sedimentasyon oranı (ESR) yüksekliği hastalığı kuvvetle düşündürür. Tanıda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve Ga-67 sitrat görüntüleme en faydalı yöntemlerdir. Etken mikroorganizmayı saptamak için kan kültürleri alınması, görüntüleme eşliğinde yapılan biyopsi ve aspirasyon materyalinin kültürü, son aşama olarak da açık ya da perkütan endoskopik yöntemle örnek alma yoluna gidilir.

Spondilodiskitli hastada, olası primer odak olarak enfektif endokardit varlığı araştırılmalı ve ekarte edilmelidir.

Tedavinin amacı etkeni eradike etmek, ağrıyı geçirmek, nörolojik fonksiyon kaybını önlemek ya da geriye döndürmek, omurganın stabilitesini sağlamaktır.

Tedavi süresi optimal altı hafta olmakla birlikte, zor yanıt alınmış ya da apse henüz tam gerilememiş olgularda daha uzun süre verilebilir.

Cerrahi debridman, büyük paravertebral apseler ya da epidural apse varlığında, medikal tedavi başarılı olmaz ise ya da omurga mekanik olarak stabil değilse düşünülmelidir. Nörolojik defisit gelişimi tedavi sırasında dikkatle takip edilmeli ve böyle bir durumda acilen cerrahi konsültasyon alınmalıdır. Hastaların tedavi yanıtı klinik durum, ESR ve MRG ile izlenmelidir.

Postoperatif erken dönemde gelişen implant ilişkili enfeksiyonlarda tedavi cerrahi debridman ve ardından parenteral antibiyotik tedavisidir. Erken enfeksiyonlarda, omurganın stabilizasyonunun bozulmaması esas göz önünde tutulması gereken amaçtır. Kişide sepsise gidiş gözlenmedikçe implantın çıkarılması geri plana bırakılır. Bazı yazarlar, parenteral antibiyotik tedavisinin ardından, kemik onarımı ve omurga füzyonunun gözlendiği iki yıla dek oral süpresyon tedavisi verilmesini önermektedirler. Geç enfeksiyonlarda ise omurga stabilizasyonu sağlandığı için cerrahi debridman yanında implantın çıkarılması ve ardından antibiyotik tedavisi daha uygundur.

Kriptokoksemi Sonrası Kriptokok Menenjiti Tanısı Alan HIV/AIDS Olgusu Eşliğinde Kriptokok Enfeksiyonlarına Bakış

Esra Zerdali

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Cryptococcus neoformans, özellikle immünsüprese kişilerde fırsatçı bir patojen olarak görülen kapsüllü bir mayadır. Solunum yoluyla alınır, akciğerlerden hematojen yolla vücuda yayılıp organ tutulumu yapmaktadır. Genellikle menenjit/ensefalit etkeniyken tedavisiz HIV/AIDS hastalarında dissemine enfeksiyon görülebilmektedir. Kriptokoksemi, kriptokokal hastalığı olanların sadece %10-30'unda saptanmaktadır ve mortalitesinin kriptokok menenjitine göre yüksek olduğu bildirilmektedir. Erken ve uygun tedavi ile mortalite azaltılabilmektedir.

Aşağıda meningoensefalit semptomları olmadan kriptokoksemi sonrası meningoensefalit tanısı alan bir HIV/AIDS olgusu sunulmuştur.

Bir aydır olan ateş, kilo kaybı yakınmasıyla polikliniğe başvuran 38 yaşındaki erkek hasta anti-HIV pozitifliği saptanması üzerine yatırıldı. Fizik muayenesinde (FM) bilinci açık, koopere, oryante, vücut sıcaklığı 39 °C; sistem muayenesinde oral kandidiyazis ile uyumlu beyaz plaklar dışında özellik yoktu. Tetiklerinde pansitopenisi mevcuttu, C-reaktif protein: 142 mg/l saptandı. Meropenem 3*1 gr, flukanazol 1*400 mg başlandı. FM'de ve ultrasonografide lenfadenomegali saptanmadı. Toraks/batın tomografisinde bir patoloji saptanmadı. Transtorasik ekokardiyografide kitle-vejetasyon görülmedi. Yatışının üçüncü günü hasta kelime bulmada zorlandığını ifade etti. Nöroloji konsültasyonunda konuşma akıcılığının azaldığı, tekrarlamanın bozulduğu belirtildi. İskemiden şüphelenildi, kraniyal manyetik rezonans görüntülemede özellik saptanmadı. HIV-RNA: 4044584 IU/ml, CD4: 0,39/mm³ saptandı. Yatışı sırasında alınan hemokültürlerin 7. gününde maya üredi, *Cryptococcus neoformans* olarak tanımlandı. Tedavisi lipozomal amfoterisin B 3 mg/kg olarak düzenlendi. Lomber ponksiyon yapıldı, beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncı artmıştı, BOS'ta lökosit: 1/mm³, eritrosit: 11/mm³, protein: 66 mg/dl, glikoz: 43 mg/dl eş zamanlı kan glikozu: 150 mg/dl olarak saptandı. BOS kriptokok antijeni pozitif sonuçlandı ancak kültüründe üreme olmadı. İki haftalık indüksiyon tedavisinden sonra antiretroviral tedavisi başlandı. İndüksiyon tedavisi bir aya tamamlanarak flukonazol 1*800 mg tablet şeklinde konsolidasyon tedavisiyle taburcu edildi. Hasta 3 yıldır polikliniğimizden takip edilmekte ve son bakılan HIV-RNA: negatif, CD4: 193/mm³ saptandı.

Kriptokokkoz sporadik bir enfeksiyondur. Kriptokoklara karşı konak savunması T-hücrelerine bağlıdır. İmmünsüpresyonun söz konusu olduğu durumlarda kriptokokkoz daha sık görülmektedir. BOS'ta kriptokoka karşı belirgin bir kompleman yanıtının olmaması ve BOS'un iyi bir besleyici ortam oluşturması nedeniyle kriptokoklar en sık santral sinir sistemine yerleşmektedirler. Genellikle subakut veya kronik meningoensefalite yol açarken immünsüprese kişilerde akut seyirli olabilmektedir. Meningoensefalit kriptokokkozun en sık izlenen ve en sık ölüme neden olan formudur. Tüberküloz menenjitten ayırt etmek zordur. Olgumuzdaki gibi kliniği silik seyredebilmektedir. Tanıda en önemli nokta ön tanı olarak düşünülmektir. Klinik örneklerin çini mürekkebi ile direkt incelemesi, kültür, antijen testi tanıda kullanılır. Standart tedavisi amfoterisin B ve flusitozindir. Tedavi edilmezse fatal seyreder.

İleri evre HIV enfeksiyonlarında sistemik fırsatçı enfeksiyonlar sık görüldüğünden alınan kan kültürlerinin inkübasyonu uzatılmalı, maya hücreleri ürediğinde bunların kriptokok olabileceği, kriptokok enfeksiyonlarının nörolojik bulgular olmadan da seyredebildiği akılda tutulmalıdır.

Enterobactericeae Enfeksiyonlarının Tanı ve Tedavisi

Derya Öztürk Engin

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Enterobacteriaceae ailesinde yer alan bakteriler, sıklıkla enfeksiyon etkeni olarak insanlarda izole edilmektedir. Bu bakteriler, hem toplum kaynaklı hem de hastane kaynaklı enfeksiyonlar oluşturmakta, morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Toplum veya hastane kaynaklı pnömoniler, akciğer apsesi, ampiyem, bakteriyemi, endokardit, idrar yolu enfeksiyonları, intraabdominal enfeksiyonlar, menenjit ve beyin apsesi gibi pek çok enfeksiyonlarda etken olarak izole edilebilmeleri mümkündür. Bu bakterilerin tanısı için kan, idrar ve balgam kültürlerinin yanı sıra apse, beyin omurilik sıvısı, perikardiyal-plevral sıvı örneklerinden alınan kültürler kullanılmaktadır. Matrix-assisted desorption ionizatione time of flight mass spectrometry (MALDI-TOF MS), immünokromatografik yöntemler ve moleküler yöntemler ile patojenlerin hızlı identifikasyonu ve antibiyotik duyarlılığı çalışılabilmektedir.

Şiddetli enfeksiyonların tedavisi, antibiyotik duyarlılık sonuçlarına göre yapılmalıdır. Antibiyotiklerin yaygın olarak kullanımı, bu bakterilerde ESBL ve karbapenemaz üretimine neden olmakta, tedavi seçeneklerini kısıtlamaktadır. Karbapenemaz üreten *K. pneumoniae*'dan kaynaklanan şiddetli enfeksiyonların tedavisinde, monoterapi uygulanması daha yüksek mortaliteye neden olabilmektedir. Kombinasyon tedavisinde meropenem MİK değeri <8 mg/l ise, uzun süreli yüksek doz verilmesi, tedavi seçenekleri arasında düşünülebilir. Seftazidim-avibaktam, meropenem-vaborbaktam, imipenem-relebaktam antibiyotik seçenekleri arasında yer almaktadır. Beta-laktam kullanılamayan hastalarda, bakteri duyarlı ise, polimiksin içeren kombinasyon tedavisi uygulanabilir. Tigesiklin gastrointestinal ve akciğer enfeksiyonlarında kullanılabilecek seçenekler arasında yer almaktadır. Parenteral fosfomisin, eğer bakteri duyarlı ise, duyarlı olduğu bilinen diğer bir antibiyotik ile kombinasyon tedavisi olarak verilebilir.

Antibiyotiklerin kısıtlı kullanılması, invaziv girişimlerin sınırlandırılması, dirençli bakteriler ile enfekte veya kolonize hastalar için enfeksiyon kontrol önlemlerinin eksiksiz uygulanması, bu bakterilerin yayılımını azaltacaktır.

Hastanede Yatıyorum, Risk Altında mıyım? Ventilatör İlişkili Pnömoni Zor Olguların Yönetimi

Gülden Ersöz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP), 48 saatten fazla mekanik ventilasyonda kalan hastalarda gelişen hastane kökenli pnömoni olarak tanımlanabilir. VİP, yoğun bakım ünitesinde kalış süresini uzatan ve mortalite riskini artıran ciddi bir sorundur. Fakat tanı ve etkenin belirlenmesinde yaşanan problemlerin yanı sıra hayatı tehdit eden bir durum olduğu için ampirik antibiyotik tedavisi aynı zamanda aşırı antibiyotik kullanımı ve dolayısıyla antibiyotik direnci gelişimi açısından da risk oluşturmaktadır.

VİP tanısı klinik, ventilatör mekaniğinde değişiklik (azaltılmış tidal volüm, artan inspiratuvar basınçlar), kötüleşen hipoksemi, lökositoz, C-reaktif protein ve prokalsitonin artışı ve akciğer grafisinde yeni veya daha öncekine göre artış gösteren infiltrasyon ile konulur.

Solunum sisteminden alınan örneklerin önemi:

VİP şüphesi olan hastalarda alt solunum yolu örneği ve periferik kan kültürü alınması önerilir. Fakat solunum örneğinin nasıl elde edilmesi konusunda kesin bir görüş birliği yoktur.

Mikroskobik değerlendirme ve kantitatif kültür;

Mikroskobik olarak her alanda polimorfonükleer lökositlerin sayısı ve Gram-boyamada baskın mikroorganizmanın görülmesi yarı kantitatif bir değerlendirme sağlar (100x büyütmede ≥25 nötrofil ve ≤10 epitel görülmesi).

Kantitatif kültürlerinin yapılması öncelikle tercih edilmelidir. Anlamlı değerler;

Endotrakeal aspiratlar ≥100.000 kob/ml

BAL 10.000 kob/ml

PSB 1000 kob/ml

Ayırıcı tanı; aspirasyon pnömonisi, pulmoner emboli, ARSD nedeni olan herhangi bir durum, pulmoner hemoraji, akciğer kontüzyonu, infiltratif tümörler, vaskülitler.

Tedaviye yaklaşım; yoğun bakım hastalarında klinik olarak VİP şüphelenildiğinde, mümkün olan en kısa sürede tanısal örnekler alınmalı ve antimikrobiyal tedavi başlatılmalıdır. Yoğun bakımda ampirik tedavide, *Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa* karşı etkinliği olan ajanlar tercih edilmelidir.

Çok ilaca direnç (ÇİD) önemli bir problemdir. Karbapenemler önemli bir tercihken son yıllarda *Acinetobacter baumannii* ve diğer karbapenem dirençli mikroorganizmların yaygınlaşması tedavi seçeneklerinin daha kısıtlı hale gelmesine neden olmuştur.

ÇİD olduğunu düşündürecek risk faktörleri:

- Son 90 gün içinde i.v. antibiyotik kullanımı,
- VİP sırasında septik şok,
- VİP'den önce gelen ARDS,
- ≥5 gün öncesinden beri hastanede yatıyor olmak,
- Öncesinde akut renal replasman tedavisi almaktır.

Polimiksinler (kolistin veya polimiksin B); alternatif bir ajanın eklenmesi ÇİD ihtimalinde düşünülmelidir (karbapenem dirençli *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp., diğer Gram-olumsuzlar). Bu ajanların kullanımında doz ayarlaması önemlidir.

Tedavide laboratuvar sonuçlara göre revizyon yapılması (de-eskalasyon) antibiyotiklerin aşırı kullanımını ve potansiyel yan etkilerini azaltmak için kritiktir.

Hastanede Yatıyorum, Risk Altında mıyım? Kateter İlişkili KDE'de Tanı ve İzlem

Gürdal Yılmaz

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

İntravasküler kateterler modern tıp uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır ve kritik hastalarda sıvılar, kan ürünleri, ilaçlar, beslenme solüsyonları ve hemodinamik izleme için yerleştirilir. Kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (KİKDE), intravasküler kateterden kaynaklanan bakteriyeminin varlığı olarak tanımlanır ve nozokomiyal bakteriyeminin en yaygın nedenidir. KİKDE, santral venöz kateterizasyonun en sık görülen, ölümcül ve maliyetli komplikasyonlarından biridir. İntravasküler kateterler genellikle hastanede edinilen kan dolaşımı enfeksiyonları ile ilişkilidir ve hem yoğun bakım ünitesinde kalış süresinin hem de ölüm oranının artmasına neden olur. Erken teşhis ve tedavi, ilgili morbidite ve mortaliteyi azaltmak için hayati önem taşır. KİKDE tanısından klinik olarak sıklıkla ateş veya titreme, açıklanamayan hipotansiyon ve başka lokalizasyon belirtisi olmayan intravasküler kateter kullanan bir hastada şüphelenilir. Fizik muayenede kateter çıkış yeri değişiklikleri (eritem, şişme, hassasiyet ve pürülan drenajın varlığı), hipotansiyon, kusma ve mental durum değişiklikleri dikkatle izlenmelidir. KİKDE tanısı, intravasküler kateterden gelen kan ve periferik bir damardan eş zamanlı olarak alınan kandaki üremenin en az iki saat önce olması durumunda konulur. KİKDE'nin önlenmesine ilişkin ulusal kılavuzlar mevcuttur, bunlar takip edilmeli ve santral venöz kateter günlük olarak gözden geçirilmelidir. KİKDE riskini azaltmak için maksimum bariyer kullanımı, kateter yerleştirme sırasında önlemler, etkili kutanöz anti-sepsi ve deriden veya kateterden kaynaklanan mikroorganizmaların katetere yapışmasını engellemeye dayalı önleyici stratejiler dahil olmak üzere farklı önlemler uygulanmıştır. Kateterle ilişkili enfeksiyon için antibiyotik tedavisi genellikle ampirik olarak başlatılır. İlk antibiyotik seçimi, hastanın klinik hastalığının ciddiyetine, enfeksiyon risk faktörlerine ve spesifik intravasküler cihazla ilişkili olası patojenlere bağlı olacaktır. Kateter kurtarma için antibiyotik kilit tedavisi kullanılmalıdır; ancak bu durumda antibiyotik kilit tedavisi kullanılamazsa kolonize kateterden sistemik antibiyotik verilmelidir. Sürekli kalite iyileştirme programları, sağlık çalışanlarının eğitimi ve intravasküler kateterlerin yerleştirilmesi ve bakımı için standartlaştırılmış protokollere uyulması, kateterle ilişkili enfeksiyonların insidansını önemli ölçüde azaltmıştır. Antiseptikler veya antibiyotiklerle kaplanmış kateterler ve sargılar, yeni hub modelleri ve antibiyotik kilit çözümleri dahil olmak üzere KİKDE riskini azalttığı gösterilen, intravasküler enfeksiyonların önlenmesine yönelik yeni teknolojiler kullanılmaktadır.

Acinetobacter

Emine Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Acinetobacter, Gram-olumsuz bir kokobasildir. Çevrede, sularda ve toprakta yaygın olarak bulunan fırsatçı bir patojendir. *Acinetobacter* spp. ciddi nozokomiyal enfeksiyonlardan sorumlu hale gelebilmektedir. Sağlıklı kişilerde enfeksiyon oluşturma potansiyeli düşüktür. İmmünsüprese kişilerde fırsatçı enfeksiyonlara ve hastane kaynaklı enfeksiyonlara neden olmaktadır. Özellikle yoğun bakımlarda ventilatör ilişkili pnömoni, üriner sistem enfeksiyonu, endokardit, sepsis ve menenjit gibi ciddi enfeksiyonlar oluşturmaktadır. *Acinetobacter baumannii* (*A. baumanii*), ESCAPE patojenlerden biridir. Çok sayıda antibiyotiğe dirençli veya direnç geliştirme yeteneğine sahiptir. Tedavide elimizde kullanılacak çok az sayıda antibiyotik vardır. Hastane ortamında uzun süre yaşayabilmektedirler. Artan direnç tedavi güçlüğüne morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Direnç durumları takip edilmelidir. Karbapenemler *Acinetobacter* enfeksiyonlarının tedavisinde tercih edilen ajanlardır. Ancak izolatlar arasında karbapenem ve kolistin direnci giderek artmaktadır. Pandrug-resistant etkenler için tedavi seçenekleri çok kısıtlıdır. Karbapeneme dirençli *A. baumannii* Dünya Sağlık Örgütü'nün etkili ilaç geliştirme için antibiyotiğe dirençli bakterilerin öncelik listesindeki kritik öncelikli patojenlerden biridir. Dirençli suşlara bağlı enfeksiyonu olan hastalar, duyarlı suşlara bağlı olanlara göre daha yüksek mortaliteye sahiptir. Pnömoni, kan dolaşımı enfeksiyonu, menenjit, idrar yolu enfeksiyonu, deri, yumuşak doku ve kemik enfeksiyonlarına neden olabilir. Dirençli izolatlarla ciddi enfeksiyonlarda (örneğin; bakteriyemi, pnömoni, kritik hastalık) polimiksinlere ek olarak karbapenem, minosiklin, tigesiklin veya rifampisin gibi ikinci bir ajanın kullanılması önerilir.

Acinetobacter cansız yüzeylerde uzun süre yaşayabilir. Temas eden diğer yüzeyleri kontamine edebilir. Dezenfeksiyon çok önemlidir. *Acinetobacter* dezenfektanlara ve antiseptiklere genelde duyarlıdır. Başarısızlık dezenfektan direncinden ziyade personelin temizlik prosedürlerini takip etmemesinden kaynaklanmaktadır. Enfeksiyon kontrolünün genel ilkeleri çok önemlidir. Çoklu ilaca dirençli *Acinetobacter*'in kontrolünde erken tanı, yayılmanın kontrolü için sıkı temas izolasyonu çok önemlidir. Akılcı antibiyotik kullanımı, enfeksiyon kontrol önlemleri, yerel prevalans ve direnç durumu izlenmelidir. Kaynak tespit edildiğinde ortadan kaldırılması en başarılı kontrol yöntemidir. Kaynak tespit edilemediğinde gözetim, sıkı temas izolasyonu, el hijyeni, vasküler kateterlerin ve endotrakeal tüplerin aseptik bakımına bağlıdır.

Pandemi Dünyasında Bağışıklama İnfluenza Aşılaması

Faruk Karakeçili

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

Günümüzde yaşanan pandemi sürecinde virüsün yayılmasını azaltmak ve sağlık sistemleri üzerindeki etkisini hafifletmek oldukça önem arz etmektedir. Bu doğrultuda önlemler alınırken bağışıklama hizmetlerinde aksamalar olmaması, aşı ile önlenebilir hastalıklara bağlı morbidite ve mortalite riskinin asgari düzeye indirilmesine özen gösterilmelidir.

İnfluenza salgınları dünya genelinde sürekli tekrarlanmakta, her yıl dünya nüfusunun %5-20'sini etkileyerek yüksek morbidite ve risk gruplarında mortalite ile kendini göstermektedir. İnfluenza enfeksiyonlarından korunmada aşılama en önemli korunma aracıdır. İnaktive, rekombinant ve canlı atenüe grip aşıları mevcuttur. Grip aşısı tüm yetişkinlere yılda bir kez önerilmektedir. Gribe bağlı komplikasyonların önlenmesi, hastalığın hafif geçirilmesi ve hastaneye yatışların azaltılmasında en etkili yol aşı ile korunmaktır.

Aşı, Eylül ayı sonundan başlayarak grip sezonu içinde herhangi bir tarihte uygulanabilir (Ekim-Nisan). Grip aşıları bir önceki yıl dolaşan suşlardan üretilir. Ülkemizde 2014 yılına kadar inaktive trivalan aşı kullanılmıştır. Daha sonra 2014 yılından itibaren kuadrivalan aşı kullanıma girmiş ve B tipine karşı aşı uyumsuzluğu ortadan kalkmıştır. Herhangi bir engel durumu olmayan altı aylıktan büyük tüm kişiler için rutin yıllık grip aşısı Hastalık Kontrol ve Önleme (CDC) ve CDC'nin Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi tarafından 2010 yılından bu yana önerilmektedir. Aşının koruyuculuğu yaklaşık bir yıl kadar olup koruyucu etkisi aşı uygulamasından 1-2 hafta sonra başlar. Yaşlılarda ve immünosüprese bireylerde koruyucu etki süresi daha kısa olabilir. Genel olarak sağlıklı kişilerde aşının koruyuculuğu %70-90 civarında olup yaş ilerledikçe azalmaktadır. Buna karşın yaşlılarda hastane yatış hızında ve mortalitede ciddi azalma sağlamaktadır. Aşılama ile ayrıca gereksiz antibiyotik kullanımı, sağlık kuruluşlarının iş yükü ve ekonomik kayıpları azalmaktadır.

Sonuç olarak aşılar kişiyi sadece hastalıktan korumakla kalmaz, toplumda yayılmasını da engeller. Toplumun önemli bir kısmı herhangi bir hastalık için immün hale gelirse, bulaş da engellenmiş hale gelecektir.

2020 EKMUD SÖZLÜ SUNUMLAR

[SS-001]

Beyin Omurilik Sıvısında Prokalsitonin, C-reaktif Protein ve Diğer Biyobelirteçlerin Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonu Tanısındaki Karşılaştırmalı Yeri

İlkay Akbulut[1], Başak Göl Serin[2], Şükran Köse[1], Figen Tokuçoğlu[3]

[1]İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

[2]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Balıkesir

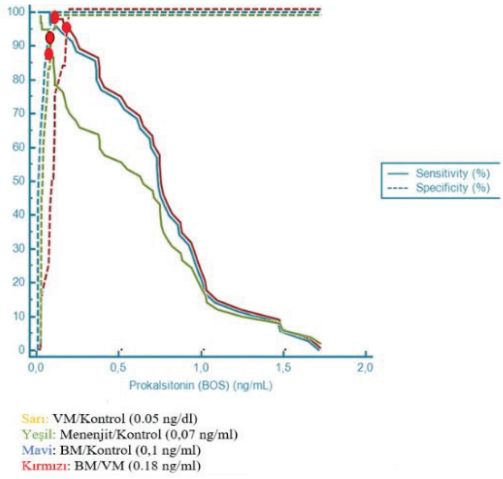
[3]İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

Giriş: Santral sinir sistemi enfeksiyonları farklı birçok klinik tabloyu içererek tüm dünyada önemli bir sağlık problemi oluşturur. Menenjit de bu klinik tablolar arasında en sık ve en mortal olanlardan biridir. Bu nedenle acil tanı ve tedavi gereklidir. Menenjit tanısı, alınan beyin omurilik sıvısının (BOS) incelenmesi ile konulur. Kanda bakılan akut faz reaktanları enfeksiyon acillerinde rutinde kullanılan bir durum olmasına karşın, BOS'de bakılan belirteçlerin rutin tanıdaki yeri ve kesim değerleri halen tartışmalı durumdadır. BOS'de prokalsitonin ve C-reaktif protein (CRP) ölçümünün tanı ve ayırıcı tanıda yararlı olabileceğini gösteren işaretler mevcuttur. Çalışmamızda menenjit hastalarında BOS'deki bu yeni biyobelirteçlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaya 2015 Ocak - 2018 Eylül tarihleri arasında aseptik koşullara uygun BOS örneği alınan hastalar dahil edilmiştir. Hastalar önce menenjit ve kontrol grubu olarak iki gruba, menenjit hastaları da viral ve bakteriyel olarak iki alt gruba ayrıldı. Alınan BOS'den rutin bakılan biyokimya değerleri, hücre sayımı, Gram-boyaması, viral panel ve bakteriyel kültürü lomber ponksiyonla alındığı anda bakıldı. BOS CRP ve BOS prokalsitonin ise ya üç saat içinde bakıldı ya da bakılamıyorsa örnek ayrılarak -80 °C'de muhafaza edildi. Verilerin analizinde SPSS® 18.0 programı kullanıldı ve p değeri 0,05'ten küçük ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular-Sonuç: Çalışmamıza kriterlere uygun alınan toplam 96 hastanın analizinde; BOS prokalsitonin değerinin hem kontrol ile menenjit grubu arasında hem de menenjit grubunun alt grup ayırıcı tanısında anlamlı farklılıkta olduğu, yüksek duyarlılık ve özgüllükte eşik değeri oluşturulabildiği sonucuna varıldı. Ayrıca çalışmamızda BOS CRP değeri için kontrol grubuyla karşılaştırma yapılamasa da menenjit alt grup ayırıcı tanısında eşik değeri oluşturulabileceği fakat prokalsitonin kadar yüksek duyarlılık ve özgüllükte olmadığı sonucuna ulaşıldı. Bu yeni biyobelirteçlerin rutinde kullanılan BOS belirteçleri ve kendi serum düzeyleri ile korelasyon içinde olduğu gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Ayırıcı tanı, beyin omurilik sıvısı, biyobelirteç



Şekil 1. VM/Kontrol, Menenjit/Kontrol, BM/Kontrol, BM/VM karşılaştırmalarında ayırıcı tanıda BOS prokalsitonin için Youden indeksi ile eşik değerleri

Tablo 1. Çalışmanın temel verileri

Parametreler	Kontrol grubu (49)	Bakteriyel menenjit grubu (35)	Viral menenjit grubu (12)	p
Demografik veriler				
Erkek n (%)	30 (61,2)	16 (45,7)	8 (66,7)	0,272
Yaş[1]	45 (21-67)	40 (19-73)	37 (25-65)	0,163
DM n (%)	8 (16,3)	6 (17,1)	3 (25)	0,775
HT n (%)	9 (18,4)	6 (17,1)	3 (25)	0,83
Klinik bulgular				
Vücut sıcaklığı[2] (°C)	36,87 (±0,53)	38,6 (±0,73)	37,9 (±0,56)	<0,001[3]
Baş ağrısı n (%)	0 (0)	24 (68,6)	9 (75)	<0,001[3]
Bilinç bulanıklığı n (%)	0 (0)	18 (51,4)	5 (41,7)	<0,001[3]
Ense sertliği n (%)	0 (0)	25 (71,4)	7 (58,3)	<0,001[3]
Tam kan bulguları				
Lökosit sayı[1] (/mm[3])	7.600 (4.400-14.500)	11.924 (1.834-20.833)	10.734 (4.141-21.024)	<0,001[3]
Nötrofil sayı[1] (/mm[3])	4.200 (2.100-7.100)	11.000 (1.700-19.100)	7.050 (2.800-15.600)	<0,001[3]
Nötrofil yüzde[1]	54,62 (33,8-84)	88,9 (75,5-96,7)	68,1 (50-82,1)	<0,001[3]
Trombosit[1] (*103/mm[3])	268 (155-492)	230 (97-248)	242 (168-327)	0,193
CRP[1] (mg/l)	0,8 (0,01-4,1)	9,59 (0,19-24,68)	2,02 (0,23-4,61)	<0,001[3]
Prokalsitonin[1] (ng/ml)	0,04 (0,01-0,47)	11,13 (1,54-34,65)	0,07 (0,02-0,31)	<0,001[3]

Tablo 1. devamı

BOS bulguları				
Lökosit sayı[1] (/mm^3)	0	3.354 (358-6.057)	253 (27-479)	<0,001[3]
Nötrofil sayı[1] (/mm^3)	0	2.775 (332-5.356)	72 (4-195)	<0,001[3]
Nötrofil yüzde[1]	0	82 (±7,85)	22,2 (±9,96)	<0,001[3]
Lenfosit sayı[1] (/mm^3)	0	418 (16-1.933)	157 (21-366)	<0,001[3]
Lenfosit yüzde[1]	0	14,1 (1,9-34,1)	72,7 (53,9-89)	<0,001[3]
Laktat[1] (mmol/l)	0,75 (0,07-1,35)	3,73 (1,12-6,97)	1,5 (0,07-2,67)	<0,001[3]
CRP[1] (mg/l)	0	4,32 (0-10,88)	0,07 (0-0,87)	<0,001[3]
Prokalsitonin[1] (ng/ml)	0,02 (0,01-0,1)	0,74 (0,08-1,72)	0,08 (0,01-0,18)	<0,001[3]
Protein[1] (mg/dl)	31 (20-43)	261,1 (60,8-380,6)	69,2 (20,1-115,3)	<0,001[3]
BOS/Serum glikoz[2]	0,99 (0,63-1,9)	0,3 (0,1-0,57)	0,77 (0,6-0,9)	<0,001[3]

DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, CRP: C-reaktif protein, BOS: Beyin omurilik sıvısı.
[1]Ortanca değeri, en düşük ve en büyük değeri ile birlikte verilmiştir.
[2]Ortalama değeri standart sapma değeri ile birlikte verilmiştir.
[3]p<0,05 değeri anlamı kabul edilmiş olup, bu 3 grup içinde en az ikisinde anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Anlamlı çıkan değerler ikili grup karşılaştırması yapılarak açıklık getirilmiştir

[SS-002]

Kronik Hepatit B Hastalarında Karaciğer Fibrozisini Öngörmede Biyokimyasal Belirteçlerin Değerlendirilmesi

Gülden Eser Karlıdağ, Ümran Şumeyse Ertürk

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ

Giriş: Kronik hepatit B (KHB) hastalarında, son yıllarda karaciğer histolojisini öngörmek için karaciğer biyopsisine alternatif olabileceği düşünülen non-invazif testler ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada, HBeAg negatif KHB hastalarının karaciğer biyopsisindeki fibrozisin derecesi ile temel serum biyokimyasal parametreleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, KHB tanısı ile hastanemiz enfeksiyon hastalıkları kliniğinde 01 Ağustos 2012 ile 31 Ağustos 2019 tarihleri arasında takip edilen 18 yaş üzeri, HBeAg negatif ve HBV-DNA düzeyi >2000 IU/ml olup karaciğer biyopsisi yapılmış hastalar dahil edildi. Hasta dosyaları taranarak bireylerin demografik özellikleri, laboratuvar sonuçları kaydedildi ve tekrarlayan hastalar değerlendirmeye alınmadı. Hastalar İshak fibrozis skoruna göre gruplandı. Fibrozis skoru 5-6 olanlar sayı azlığı nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya 154'ü erkek (%63,6) ve 88'i kadın (%36,4) olmak üzere toplam 242 hasta alındı ve yaş ortalaması 40,84±11,06 idi. Karaciğer biyopsisi sonuçlarına göre 72 hastada (%29,8) fibrozis skoru 1, 74 hastada (%30,6) fibrozis skoru 2, 53 hastada (%21,9) fibrozis skoru 3, 43 hastada (%17,8) fibrozis skoru 4 olarak tespit edildi. Fibroz skoru, erkek cinsiyette ve ileri yaşta daha yüksekti. Beyaz küre ve albümin değeri ile fibrozis skorları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. AST, ALT, PTZ, AFP, GGT değerleri ile fibrozis skoru 1 ve 2 arasında ve ayrıca fibrozis skoru 3 ve 4 arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Fakat diğer gruplar arasında, bu parametreler ile fibrozis skoru arasında yükselen şekilde doğru ilişki vardı ve gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi. PLT değerlerinde; fibrozis skoru 1 ve 2 arasında ve ayrıca fibrozis skoru 3 ve 4 arasında anlamlı farklılık saptanmazken, diğer gruplar arasında fibrozis skoru ileri olan grupta platelet sayısı düşük olacak şekilde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. HBV-DNA değerlerinde ise fibrozis skoru 1 ve 2 arasında anlamlı farklılık saptanmazken diğer skor grupları arasında skor arttıkça HBV-DNA'da anlamlı yükseklik saptandı. Hastaların fibrozis skorlarına göre demografik ve biyokimyasal özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Sonuç: Günümüzde karaciğer fibrozisini gösterdiği düşünülen ve kolay tekrarlanabilen biyokimyasal testlerin gerekliliği artmaktadır. Çalışmamıza göre, ileri yaş, erkek cinsiyet, yüksek AST, ALT, PTZ, AFP, HBV-DNA düzeyleri, düşük PLT sayısı KHB'li hastalarda ileri fibrozis ile ilişkilidir. Bu parametreler KHB'li hastalarda ileri evre fibrozisi öngörebilir. İnvaziv olmayan testler karaciğer biyopsisine olan ihtiyacı azaltır, ancak ortadan kaldırmaz.

Anahtar Kelimeler: Kronik hepatit B, karaciğer biyopsisi, fibrozis

Tablo 1. Değişkenlerin fibrozis skor grupları arasında karşılaştırması

Değişken	Fibrozis 1 (n=72)	Fibrozis 2 (n=74)	Fibrozis 3 (n=53)	Fibrozis 4 (n=43)	p*	p**
Yaş (Ort. ± SS.)	36,43±9,82	40,10±9,76	44,16±12,01	45,41±11,17	<0,001	1-2: 0,037 1-3: <0,001 1-4: <0,001 2-3: 0,034 2-4: 0,009 3-4: 0,565
Erkek n (%)	40 (%55,6)	42 (%56,8)	40 (%75,5)	32 (%74,4)	0,030	1-2: 0,884 1-3: 0,022 1-4: 0,043 2-3: 0,030 2-4: 0,056 3-4: 0,906
Kadın n (%)	32 (%44,4)	25 (%43,2)	13 (%24,5)	11 (%25,6)	0,030	1-2: 0,884 1-3: 0,022 1-4: 0,043 2-3: 0,030 2-4: 0,056 3-4: 0,906
AST (U/l) [Medyan (Min-Maks)]	23,5 (14,00-53,00)	24 (16,00-77,00)	40 (17,00-130)	42 (14-120)	<0,001	1-2: 0,717 1-3: <0,001 1-4: <0,001 2-3: <0,001 2-4: <0,001 3-4: 0,524
ALT (U/l) [Medyan (Min-Maks)]	30 (12-65)	25 (7-129)	60 (17-256)	63 (14-159)	<0,001	1-2: 0,510 1-3: <0,001 1-4: <0,001 2-3: <0,001 2-4: <0,001 3-4: 0,340
Albümin (g/l) [Medyan (Min-Maks)]	42 (38-50)	43 (37-47)	42 (35-47)	41 (34-48)	-	-
GGT (U/l) [Medyan (Min-Maks)]	18 (10-60)	20 (9-81)	26 (10-43)	27 (11-64)	<0,001	1-2: 0,411 1-3: <0,001 1-4: <0,001 2-3: <0,001 2-4: <0,001 3-4: 0,784
PTZ (sn) [Medyan (Min-Maks)]	12,1 (10,7-13,1)	12 (10,3-14,7)	13,2 (12-14,30)	13,1 (11,8-14)	<0,001	1-2: 0,758 1-3: <0,001 1-4: <0,001 2-3: <0,001 2-4: <0,001 3-4: 0,662
AFP (µg/l) [Medyan (Min-Maks)]	2,3 (1,2-6,89)	2,4 (0,64-8,13)	3,89 (1,52-13,21)	3,7 (1,49-14,1)	<0,001	1-2: 0,978 1-3: <0,001 1-4: <0,001 2-3: <0,001 2-4: <0,001 3-4: 0,863
HBV-DNA (IU/ml) Medyan (Min-Maks)	1,05x104 (2,60x10³-1,69x106)	9,11x103 (2,05x103-1,14x107)	2,41x104 (2,53x103-3,58x106)	8,17x104 (2,58x103-1,45x107)	<0,001	1-2: 0,545 1-3: 0,006 1-4: <0,001 2-3: <0,001 2-4: <0,001 3-4: 0,006
Beyaz küre (µl) [Medyan (Min-Maks)]	7.000 (3.500-16.600)	6.700 (4.570-14.400)	6.610 (5.260-11.000)	6.800 (4.980-13.100)	-	-
PLT (x103µl) (Ort. ± SS.)	246,63±55,86	231,08±70,33	201,71±45,51	188,39±47,55	<0,001	1-2: 0,103 1-3: <0,001 1-4: <0,001 2-3: 0,005 2-4: <0,001 3-4: 0,260

p*: İkili değişkenlerin karşılaştırılması, p**: çoklu değişkenlerin karşılaştırılması

[SS-003]

Tularemi Olgularında Lenf Nodu Süpürasyonu Üzerine Etkili Faktörlerin İncelenmesi

Nevin İnce[1], Hasan Tahsin Gözdaş[2]

[1]*Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce*

[2]*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu*

Giriş: Tularemi, Gram-olumsuz bir bakteri olan *Francisella tularensis* tarafından oluşturulan zoonotik bir hastalıktır. Türkiye'deki hemen hemen tüm olgular, klinik olarak boğaz ağrısı, ağız ülseri, tonsillofarenjit ve lenfadenopati ile seyreden su kaynaklı orofaringeal tularemidir. Bu çalışmanın amacı tularemi olgularında demografik ve laboratuvar özellikleri, klinik şikayetler, hastaneye yatış ve lenf nodu süpürasyonu gelişimi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Klinik tanı, mikro aglütinasyon testi (≥1/160 titre) ile doğrulandı. Tularemi olguları, lenf nodlarının süpürasyon gelişimine göre tamamen iyileşen ve süpürasyon gelişen grup olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grup, gruplar arasında fark olup olmadığını araştırmak için karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmada 88 tularemi olgusu vardı. Bu olguların 41'i (%46,6) erkek, 47'si (%53,4) kadındı. Hastaların ortalama yaşı 50,34±16,46 yıl idi. Tamamen iyileşen 60 olgu (%68), süpürasyon gelişen 28 olgu (%32) vardı. Hastaneye yatış süresi ve tonsillofarenjit semptomu gruplar arasında istatistiksel olarak farklı bulundu.

Tonsillofarenjit, tamamen iyileşmiş gruba göre, lenf nodu süpürasyonu gelişen grupta istatistiksel olarak daha düşük bulundu (p=0,016). Bununla birlikte, geç başvuru (>14 gün), tamamen iyileşmiş gruba kıyasla süpürasyon gelişen grupta istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (p=0,033).

Sonuç: Orofaringeal tularemi, endemiktir ve ülkemizin çeşitli bölgelerinde sporadik veya salgın hastalığa neden olabilir. Bu olgularda antimikrobiyal başlama zamanı çok önemlidir, çünkü uygun tedavide herhangi bir gecikme olması durumunda lenf nodlarında süpürasyon gelişebilir.

Anahtar Kelimeler: Orofarengeal tularemi, lenf nodu süpürasyonu, geç başvuru

Tablo 1. Çalışma gruplarının klinik ve laboratuvar verileri

	Tamamen iyileşmiş grup (n=60)	Süpürasyon ve lenf nodu direne olan grup (n=28)	p
Yaş (yıl)	53,5±17,15	48,86±16,06	0,220
Cinsiyet, n (%)			
Erkek	25 (28,4)	16 (18,2)	
Kadın	35 (39,8)	12 (13,6)	0,177
Komorbidite, n (%)			
Var	31 (35,2)	12 (13,6)	
Yok	29 (33)	16 (18,2)	0,443
Hastane başvuru zamanı, n (%)			
Erken (≤14 gün)	34 (38,6)	9 (10,2)	
Geç (>14 gün)	26 (29,5)	19 (21,6)	0,033*
Ateş, n (%)			
Var	29 (33)	9 (10,2)	
Yok	31 (35,2)	19 (21,6)	0,155
Boğaz ağrısı, n (%)			
Var	38 (43,2)	13 (17)	
Yok	22 (25)	15 (14,8)	0,136
Boyunda şişlik, n (%)			
Var	56 (63,6)	28 (31,8)	
Yok	4 (4,5)	0 (0)	0,164
Tonsillofarenjit n (%)			
Var	40 (45,5)	11 (12,5)	
Yok	20 (22,7)	17 (19,3)	0,016
Konjonktivit, n (%)			
Var	5 (5,7)	3 (3,4)	
Yok	55 (62,5)	25 (28,4)	0,719
Rash, n (%)			
Var	7 (8)	3 (3,4)	
Yok	53 (60,2)	25 (28,4)	0,896
Beyaz küre ($x10^9$/l)	8,93±2,77	9,61±2,67	0,278
CRP (mg/l)	3,3 (1,03-5,57)	4,15 (1,11-16)	0,306
Sedimentasyon oranı (mm/h)	42 (28,5-71)	69 (36,75-80)	0,076

[SS-004]

Tularemi: IFN γ 874 T/A, *NRAMP1 INT4* Gen Polimorfizmlerinin Araştırılması

Hatice Üdürgücü[1], Ayşe Sağmak Tartar[1], Aşkın Şen[2], Ayhan Akbulut[1], Şafak Özer Balin[1]

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

[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş: Tulareminin oluşumunda çevre faktörlerinin yanı sıra konak savunmasındaki pek çok genetik faktörün hastalığa yatkınlıkta rolü olduğu düşünülmektedir. IFN-γ bilinen en güçlü makrofaj aktivatörüdür. IFN-γ +874 A/T polimorfizmi yüksek IFN üretimi ile ilişkilendirilmiştir. Natural resistance-associated macrophage protein-1 (NRAMP-1) enfekte makrofajların fagolizozomlarından demiri sitoplazmaya pompalayarak, fagolizozomlardaki bakterilerin gelişimi için esas olan demiri ortamdan uzaklaştırır, hücre içi patojenlerin replikasyonlarını önler. Bu çalışmanın amacı; tularemi tanısı almış hastalarda IFN-γ +874 A/T polimorfizmi ve NRAMP1 INT4 (469+14G/C) varlığının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada, Ocak 2011 - Mayıs 2017 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ulusal referans laboratuvarında tularemi tanısı almış hastalara ulaşıldı. Genetik çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Kontrol grubu sağlıklı bireylerden seçildi. Çalışmada, 25 hasta ve sağlıklı bireylerden (100 kişi) örnek alınarak genetik analiz yapıldı. IFN-γ +874 A/T genotiplerinden; AA normal, TT polimorfizm açısından homozigot ve AT heterozigot olarak ifade edildi. NRAMP1 INT4 polimorfizmlerinin analizinde, NRAMP-1 Int4 G/G alleli normal, G/C polimorfizm açısından homozigot, C/C alleli ise heterozigot olarak ifade edildi. İstatistiksel analiz için p<0,05 değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hasta grubunda IFN-γ genotipleri; AA %48, AT %40, TT %12 olarak bulundu. Kontrol grubunda ise AA genotipi %30, TT genotipi %24, AT genotipi %46 oranında saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında IFN-γ 874 A/T varyant allel (AT/TT) görülme sıklığı açısından istatistiksel anlamlı fark saptandı (p=0,038). Hasta grubunda NRAMP-1 Int4 genotipleri; G/G %52, G/C %40, C/C %8 bulundu. Kontrol grubunda allel dağılımları, G/G %63, G/C %35, C/C %2 idi. Hasta ve kontrol grubu arasında NRAMP-1 Int4 polimorfizmi görülme sıklığı farklıydı ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,248).

Sonuç: Sitokin yanıtlarına yol açan yolaktaki genlerin polimorfizmleri, hastalık patogenezinde ve klinik tablonun çeşitliliğinde önemlidir. Çalışmamızda *INF-γ 874 T/A* gen polimorfizmi ile tularemiye yatkınlık arasında anlamlı ilişki saptanırken, *NRAMP1 INT4* gen polimorfizmi ile tularemiye yatkınlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Olgu sayımızın azlığı bu sonucun sebeplerinden biri olabilmekle birlikte, sonuçlarımız hastalık oluşumunda, her üç genotipi gösteren INF-γ ve NRAMP1 ile birlikte diğer sitokinlerin de rol aldığı kompleks bir konak hücre yanıtının olması ile de ilişkilendirilebilinir. Bu konuda daha fazla hastayla yapılacak çok merkezli klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Genetik polimorfizm, interferon-gama, tularemi

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarındaki IFNG +874 A/T, NRAMP-1 Int4 genotip sıklıklarının karşılaştırılması

Genotip	Hasta n=25 (%)	Kontrol n=100 (%)	p
IFNG +874 AA	12 (48)	30 (30)	0,038
IFNG +874 AT/TT	13 (52)	70 (70)	-
NRAMP-1 Int4 GG	13 (52)	63 (63)	0,248
NRAMP-1 Int4 GC/CC	12 (48)	37 (37)	-

[SS-005]

Abdominal Cerrahi ile İlişkili Cerrahi Alan Enfeksiyonlarında Risk Faktörlerinin Araştırılması

Ümmü Sena Sarı[1], Salih Atakan Nemli[2], Tuna Demirdal[2]

[1]29 Mayıs Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) abdominal cerrahi girişimlerde sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Son yıllarda enfeksiyon kontrol önlemlerine ilişkin çalışmaların artmasına rağmen, CAE halen tüm sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonların üçte birini oluşturmaktadır. Hasta ve cerrahi ilişkili birçok faktör CAE gelişiminde rol oynamaktadır. Bu çalışmada, açık abdominal cerrahi girişim sonrası gelişen CAE ilişkili risk faktörlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Aralık 2016 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde abdominal cerrahi uygulanan 349 hasta çalışmaya alındı. CAE olanlar hasta (n=176), CAE olmayan hastalar kontrol (n=173) grubunu oluşturdu. Her iki grupta yer alan hastaların yaş, cinsiyet, hastanede yatma süreleri, operasyonla ilgili bilgileri (operasyonun tipi, operasyon süresi, acil ya da elektif oluşu, dren kullanımı), cerrahi yara sınıflaması, American Society of Anesthesiologists (ASA) skoru, yandaş hastalıkları, eş zamanlı başka bir bölgede enfeksiyon varlığı, immünsüpresif tedavi kullanımı, cerrahi girişim öncesi kemoterapi ve radyoterapi uygulaması, mortalite oranları, preoperatif hemoglobin düzeyleri, preoperatif ve postoperatif nötrofil/lenfosit oranı (NLO) retrospektif incelendi ve kaydedildi. Çalışma verileri "SPSS 24.0" paket programıyla analiz edildi.

Bulgular: Toplamda saptanan 176 CAE atağının %13,1'i yüzeyel insizyonel, %19,9'u derin insizyonel, %67'si organ/boşluk olarak tanımlandı. CAE'nin hastanede yatış süresini 15,5 gün uzattığı ve mortaliteyi 9,1 kat arttırdığı saptandı. En sık izole edilen patojenler sırasıyla *Escherichia coli* (%51,6), *Klebsiella* spp. (%17,5), *Enterococcus* spp. (%12,6) idi. Tek değişkenli analizlerde yaş, yatış süresi, ameliyat süresi, diyabet, malignite, preoperatif kemoterapi, preoperatif radyoterapi, immünsüpresif tedavi, eş zamanlı farklı bir bölgede enfeksiyon varlığı, dren kullanımı, yaranın kontaminasyon derecesi, ASA skoru, preoperatif anemi, preoperatif ve postoperatif NLO, CAE ile anlamlı olarak ilişkili bulundu. Çok değişkenli analizde ise ASA skorunun >2 olması, hastanede yatış süresinin 30 günden fazla olması, ameliyat süresinin uzun olması, kontamine veya kirli yara sınıfı ve postoperatif NLO >4 olması CAE gelişmesinde bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi (Tablo 1).

Sonuç: Abdominal cerrahi girişimler sonrası gelişen CAE oranlarını azaltmak için belirlenen risk faktörleri doğrultusunda gerekli tedbirler

alınmalıdır. Özellikle ek hastalığı olan, ameliyat süresi uzun, kontamine/kirli operasyonlarda enfeksiyon riskinin daha yüksek olduğu bilinmeli, bu hastalar postoperatif dönemde yakından izlenmelidir. Ayrıca yine bizim sonuçlarımıza göre; geleneksel yara sınıflaması, ASA skoru ve NLO CAE'nin öngörülmesinde yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi alan enfeksiyonu (CAE), abdominal cerrahi, risk faktörü

Tablo 1. Çok değişkenli analizde CAE bağımsız risk faktörleri

Risk faktörü	p	Odds oranı (OR)	%95 Güven aralığı (CI)
Yatış süresi			
<7 gün	-	-	Referans
7-30 gün	0,09	1,958	0,889-4,311
>30 gün	<0,001	18,869	5,463-65,173
Ameliyat süresi	<0,001	3,775	2,064-6,904
ASA skoru >2	<0,001	3,304	1,702-6,417
Kirli/kontamine yara	<0,001	7,203	3,713-13,974
Postoperatif NLO	0,001	8,305	2,402-28,713

[SS-006]

Hematolojik Maligniteli Hastalarda İnvaziv Fungal Enfeksiyonlar

Aynur Atilla, Merve Çelik, Tuba Kuruoğlu, Fatih Temuçin

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: İnvaziv fungal enfeksiyonlar (IFI) hematolojik malignitesi olan hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olmaya devam etmektedir. Bu hastalardaki IFI'nin çoğunu *Candida* ve *Aspergillus* türleri teşkil etmektedir. *Aspergillus*'un görüldüğü iki ana bölge akciğerler ve paranazal sinüslerdir. İnvaziv *Aspergillus* epidemilerinin çoğunun hastanedeki inşaat çalışmaları ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada hematolojik maligniteli hastalarda eski hastane binasında ve taşınma sonrası yeni hastanedeki IFI sıklığını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Kliniği'nde Ocak 2015-Eylül 2019 tarihleri arasında yatarak takip edilen 8.042 hastadan antifungal tedavi başlanan 412 hasta çalışmaya dahil edildi. Hematoloji kliniği Ocak 2018 tarihinde yeni onkoloji hastane binasına taşındı. Önceki servis eski hastane binasının 9. katında, iki kişilik odaları olan 40 yataklı servisti, yeni 4 katlı onkoloji hastanesinde ise hematoloji servisi 3 ve 4. katlarda tek ve iki kişilik odaların olduğu 60 yatağa sahiptir. Hastaların taşınma öncesi ve taşınma sonrası olarak demografik verileri, mortalite, IFI açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaşı medyan 58 yıl (18-93 yıl), %55'i erkekti. Hematolojik hastalık en sık %50 ile akut miyeloid lösemi (AML) idi. Hastaların %73'ünde indüksiyon kemoterapisi (%42, 1. indüksiyon, %31 reindüksiyon), %13,4'ü konsolidasyon tedavisi aldı. IFI tanısı %49 olası (possible), %45 kuvvetle olası (probable), %6 kanıtlanmış (proven) idi. Hastaların taşınma öncesi ve sonrası yaş, cinsiyet, hematolojik hastalık, antifungal profilaksi alımı gibi özellikleri (Tablo 1) benzer iken invaziv küf enfeksiyonu gelişme oranı istatistiksel olarak anlamlı taşınma sonrası daha azdı (p=0,007). Fungal enfeksiyon ilişkili odak hastaların %36'sında tespit edilmedi, enfeksiyon odağı tespit edilen hastalarda en sık pnömoni (%51), daha sonra sırasıyla ösefajit (%28), kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (%5), fungemi (%4), sinüzit (%3) ve diğer enfeksiyon odakları (%9) görüldü. Hastalara antifungal tedavi %50 ampirik, %41 preemptif, %9 hedefe yönelik olarak başlandı. Antifungal başlanan nötropeni günü medyan 12 gündü (1-116). Galaktomannan antijeni medyan 0,17 (0,02-5,9) tespit edildi. Kan kültüründe fungal üreme oranı %8, en sık üreme ise %54,8 ile *Candida albicans* olarak belirlendi.

Sonuç: Eski hastane binalarında yenileme, genişletme ve yıkım işleri gibi büyük çaplı inşaat çalışmaları değişik ünitelerde sürekli devam etmektedir. İmmünsüpresif hastaların inşaat alanlarına yakın olduğu durumlarda, fırsatçı mantarlara bağlı enfeksiyonların görülebileceği, hatta epidemilere neden olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: İnvaziv fungal enfeksiyonlar, hematoloji malignite

Tablo 1. Taşınma öncesi ve sonrası invaziv fungal enfeksiyonlar

	Total (n,%)	Taşınma öncesi (n,%)	Taşınma sonrası (n,%)	p
Yaş, medyan (min-maks)	58 yıl (18-93)	60 yıl (19-93)	56 yıl (18-85)	>0,05
Cinsiyet, kadın/erkek	183/229	107/137	76/92	>0,05
AML	206 (%50)	124 (%50,8)	82 (%48,8)	>0,05
Lenfoma	86 (%21)	48 (%19,7)	38 (%22,9)	>0,05
ALL	49 (%12)	31 (%12,7)	18 (%10,8)	>0,05
MDS	16 (%3,9)	9 (%3,7)	7 (%4,2)	>0,05
Multipl miyelom	32 (%7,8)	19 (%7,8)	13 (%7.8)	>0,05
Diğer (KLL, Aplastik anemi vb.)	23 (%5,3)	13 (%5,3)	10 (%5,5)	>0,05
Antifungal profilaksi	243 (%48,8)	100 (%46,3)	143 (%47,7)	>0,05
28. gün mortalite	136 (%33)	80 (%32,8)	56 (%33,3)	>0,05
Toplam nötropeni süresi, medyan (min-maks)	23 gün (5-150)	22 gün (5-142)	26 gün (5-150)	>0,05
İnvaziv küf enfeksiyonu	145	95 (%65,5)	50 (%34,5)	0,035
İnvaziv fungal enfeksiyonu (IFI/ Yatan hasta sayısı)	%5,12	%5,54	%4,61	>0,05
Invaziv küf enfeksiyonu (İnvaziv küf enfeksiyonu/Yatan hasta sayısı)	%1,80	%2,1	%1,37	0,007
Galaktomannan, medyan (min-maks)	0,17 (0,02-5,9)	0,2 (0,04-5,9)	0,1 (0,02-5,8)	0,000

[SS-007]

Nükleos(t)ide Analogları Tedavisi Alan HBeAg Negatif Kronik Hepatit B ile Enfekte Hastaların Tedavilerinin Kesildiği Retro-prospektif Tek Merkezli Bir Çalışma

Figen Sarıgül Yıldırım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

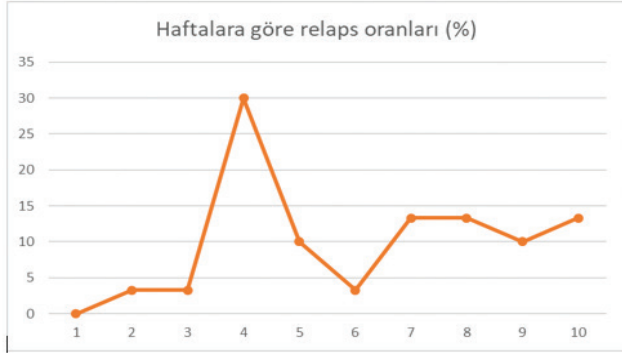
Giriş: Kronik hepatit B virüsü enfeksiyonu olan Hepatit B e antijeni (HBeAg) negatif hastalarda (NA) tedavisinin optimal süresi bilinmemektedir. European Association for the Study of the Liver (EASL), NA'ların kesilmesi sonrası yakın izleme garanti edilebilirse, tedavi altında uzun süreli (en az 3 yıl) virolojik süpresyonu başarmış, seçilmiş sirotik olmayan HBeAg negatif hastalarda NA'ların kesilmesini 2017'de tavsiye etmiştir. Bu çalışma NA'lar ile tedavi edilen HBeAg negatif kronik hepatit B (KHB) hastalarında bu kesme kuralını test etmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Yetmiş bir non-sirotik hasta tedavileri kesilmeden önce ortalama 9 (3-14) yıl boyunca NA ile tedavi edilmişti ve hastaların ortalama 7 (3-13) yıl HBV-DNA'ları negatifti. Tedavi kesilmesinden sonra ayda bir, son iki kontrolü 12 haftada bir 48 hafta boyunca serum HBV-DNA ve alanin aminotransferaz (ALT) düzeyleri izlendi.

Bulgular: NA tedavisinin kesilmesinden sonraki bir yıl içinde 71 hastanın 30'unda (%42,3) "relaps" (ilişkili semptomları olan veya olmayan iki ardışık merkezi laboratuvar sonucu ALT >10 x ULN veya HBV-DNA birbirini takip eden iki merkezi laboratuvar sonucunun 20.000 IU/ml'nin üzerinde olan) meydana geldi. Birbirini takip eden iki vizitte HBeAg seroreversiyonuna bağlı bir (%1,4) hasta, 22 (%30,9) hastada iki kez HBV-DNA'nın 20.000 IU/ml üzerinde olan virolojik relaps ve beş (%7) hastada virolojik ve biyokimyasal relaps saptandı. Medyan (IQR) yeniden tedaviye başlama süresi 21,6 (4-48) hafta idi. Relaps olan 30 hastanın hepsinde yeniden tedavi başlandı. Klinik relaps olan veya olmayan hastaların temel ve tedavi sonrası özellikleri Tablo 1'de karşılaştırılmıştır. Tedavi bırakıldıktan sonra relaps oranlarının haftalara göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: HBeAg negatif KHB hastalarımızın NA tedavisi ile viral süpresyonun EASL önerisinden daha da uzun süre olmasına rağmen hastalarımızdaki relaps oranı diğer çalışmalardakine benzer oranlarda saptandı. Yakın takip edilebilen uygun kriterlere sahip hastalarda EASL önerilerinin uygulanmasının uygun olacağını çalışmamız göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, nükleos(t)ide analogları, tedavi kesilmesi, relaps



Şekil 1. Haftalara göre relaps oranları

Tablo 1. Relaps ve relaps olmayanlar arasındaki temel özelliklerin karşılaştırılması

	Total (n=71)	Relaps olmayanlar (n=41, %57,7)	Relaps olanlar (n=30, %42,3)	p
Yaş, medyan (aralık) Ortalama ± SS	52 (26-73) 49,1±11,9	53 (26-69) 49,3±11,8	46 (31-73) 48,8±12,4	0,520
Cinsiyet, n (erkek, %)	39, (%54,9)	24, (%58,5)	15 (%50)	0,630
Bazal HBV-DNA (IU/ml), medyan (aralık)	1000000 (3870-4220000000)	1000000 (3870-1100000000)	1098206.5 (5000-4220000000)	0,317
Bazal ALT (U/l), medyan (aralık)	22 (7-173)	23 (7-173)	22 (8-54)	0,187
Fibrozis, medyan (aralık)	2 (0-4)	1 (0-4)	2 (0-4)	0,101
Tenofovir disoproksil, n (%)	33 (%46,5)	17 (%41,5)	16 (%53,3)	0,346
Entekavir, n (%)	26 (%36,6)	14 (%34,1)	12 (%40)	0,628
Lamivudin, n (%)	5 (%7,0)	4 (%9,8)	1 (%3,3)	0,388
Telbivudin, n (%)	7 (%9,9)	6 (%14,6)	1 (%3,3)	0,226
Daha önce NA ajan deneyimi, n (%)†	21 (%29,6)	11 (%26,8)	10 (%33,3)	0,334
Daha önce PEG-IFN ajan deneyimi, n (%)	5 (%7,0)	3 (%7,3)	2 (%6,7)	0,647
Tedavi süresi (yıl), medyan (aralık)	9 (3-14)	9 (3-14)	9 (4-14)	0,434
HBV-DNA supresyonu (yıl), medyan (aralık)	7 (3-13)	7 (3-13)	7 (3-11)	0,648

ALT: Alanin aminotransferaz PEG-IFN: pegile interferon †Diğer NA: adefovir, lamivudin veya telbivudin

[SS-008]

Kliniğimizde Takip Edilen Spondilodiskit Olgularının Değerlendirilmesi

Esma Kepenek Kurt, Bahar Kandemir, İbrahim Erayman, Mehmet Bitirgen

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Bu çalışmada tüberküloz spondilodiskit (TSD), piyojenik spondilodiskit (PSD) ve *Brucella* spondilodiskiti (BSD) olarak ayrılan olguların, klinik ve laboratuvar özellikleri ve spesifik yönlerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2008-2019 yılları arasında izlenen >18 yaş 233 SD olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hasta bilgilerine hastane otomasyon sistemi ve taburculuk dosyaları üzerinden erişilmiştir. Hastaların klinik, laboratuvar özellikleri ve MRG bulguları SPSS programına kaydedilmiştir. Sonuçlar oran, ortalama ve standart sapma olarak hesaplanıp kategorik değişkenlerin analizinde χ^2 yöntemi, etken ve sürekli değişkenler arası ilişki one-way ANOVA testi kullanılmıştır. P<0,05 istatistiki olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: İki yüz otuz üç hastanın 120'si (%51,5) kadın, 113'ü (%48,5) erkek olup hastaların yaş ortalaması 62,12±14,3 yıldır. Hastaların 154'ü (%66,1) PSD, 50'si (%21,5) BSD, 26'sı (%11,2) TSD olup bir erkek hasta BSD + PSD, bir kadın ve bir erkek hasta PSD + TSD olarak bulunmuştur. Yaş açısından gruplar arasında fark olmayıp (p=0,07) kadın hastalarda PSD, erkek hastalarda BSD daha fazla saptanmıştır (p=0,05). En sık başvuru şikayeti %84,8 ile bel ağrısı olup bunu %29,6 ile bacak ağrısı izlemiştir. Hastaların ortalama şikayet başlama süresi 212 (3-10.800) gün olup eklem ağrısı ve yürümede güçlük BSD'de daha fazladır (p=0,001, p=0,001). PSD'de geçirilmiş operasyon öyküsü, yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyon, immünsüpresif tedavi kullanımı (p değerleri sırasıyla 0,001, 0,023, 0,019) anemi, nötrofilik lökositoz, trombositopeni ve albümin düşüklüğü daha yüksek (p değerleri 0,002, 0,005, 0,075, 0,015), TSD ve PSD'de kontrolsüz DM (p=0,04) daha yüksektir. BSD hastalarının %85'inin öyküsünde hayvancılık, %86'sında geçirilmiş bruselloz mevcuttur. TSD'de lokalize spinal ağrı (p=0,013) ve hareket kısıtlılığı (p=0,002) daha yüksektir. Hastaların %15,5'inde kas spazmı, %39,1'inde nörolojik defisit olup gruplar arasında fark saptanmamıştır (p=0,698, p=0,088). En sık %51,3 ile lomber vertebra tutulumu olup bunu %25,2 lumbosakral tutulum izlemektedir. TSD'de torakal vertebra tutulumu daha fazla saptanmıştır (p=0,023). Kan kültür üremesi 31 (%13,3) hastada saptanmış olup en sık üreyen mikroorganizma 12 (%38,7) olguda KNS'dir. Doku kültüründe üreme 13 olguda olup en sık *S. aureus* üremiştir. MRG'de SD'ye ek olarak apse 87 (%37,9) hastada saptanmıştır. PSD'de en sık kullanılan tedavi glikopeptitlerdir.

Sonuç: SD; sıklıkla piyojenik bakterilerden kaynaklanmakta ve lomber vertebralar etkilenmektedir. Hastalar bel ağrısı, bacak ağrısı ve diğer non-spesifik bulgularla gelebileceğinden semptomların başlangıcından tanının konulmasına kadar geçen süre uzun olup diğer kliniklere bel ağrısı ile gelen hastalarda SD de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, piyojenik, tüberküloz

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri

	PSD n(%) n=154	BSD n(%) n=50	TSD n(%) n=26	Toplam n(%) n=230	P değeri
Bel ağrısı	130(84.4)	42(84)	23(88.5)	195 (84.8)	0.855
Bacak ağrısı	47(30.5)	11(22)	10(38.5)	68(29.6)	0.297
Ateş	34(22.1)	15(30)	5(19.2)	54(23.5)	0.446
Yürümede güçlük	42(27.3)	2(4)	9(34.6)	53(23)	**0.001**
Sırt ağrısı	16(10.4)	5(10)	6(23.1)	27(11.7)	0.162
Kalça ağrısı	16(10.4)	5(10)	3(11.5)	24(10.4)	0.978
Uyuşma/ karıncalanma	17(11)	4(8)	3(11.5)	24(10.4)	0.814
Gece terlemesi	8(5.2)	7(14)	3(11.5)	18(7.8)	0.099
Halsizlik	8(5.2)	5(10)	2(7.7)	15(6.5)	0.473
Üşüme/titreme	7(4.5)	4(8)	2(7.7)	13(5.7)	0.585
Eklem ağrısı	1(0.6)	7(14)	1(3.8)	9(3.9)	**0.001**
Boyun ağrısı	7(4.5)	1(2)	1(3.8)	9(3.8)	0.812
Kilo kaybı	4(2.6)	3(6)	1(3.8)	8(3.5)	0.519
İştahsızlık	4(2.6)	3(6)		7(3)	0.301
Yaş (yıl) ortalama	63.69±13.53	58.5±13	60.92±18.75	62.25±14.2	0.07
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	83/71	19/31	17/9	120/113	
Yakınma süresi (gün) (ortalama)	134	376.86	352.5	212	

Tablo 2. Hastaların risk faktörleri ve fizik muayene bulguları					
	PSD n (%) n=154	BSD n (%) n=50	TSD n (%) n=26	Toplam n (%) n=230	p
Geçirilmiş vertebra cerrahisi	69 (44,8)	1 (2)	3 (11,5)	73 (31,7)	0,001
Kontrolsüz DM	40 (26)	5 (10)	8 (30,8)	53 (23)	0,04
Hayvancılık öyküsü	2 (1,3)	18 (36)	1 (3,8)	21 (9,1)	0,001
Geçirilmiş enfeksiyon	18 (11,7)	0	1 (3,8)	19 (8,3)	0,023
İmmünosüpresif kullanımı	13 (8,4)	0	1 (3,8)	14 (6,1)	0,019
Hemodiyaliz	9 (5,8)	1 (2)	0	10 (4,3)	0,263
Geçirilmiş bruselloz	2 (1,3)	7 (14)	0	9 (3,9)	0,001
Malignite varlığı	3 (1,9)	0	1 (3,8)	4 (1,7)	0,449
Fizik muayene bulguları					
Lokalize spinal ağrı	83 (53,9)	23 (46)	21 (80,8)	127 (55,2)	0,013
Nörolojik defisit	59 (38,3)	16 (32)	15 (57,7)	90 (39,1)	0,088
Hareket kısıtlılığı	27 (17,5)	7 (14)	12 (46,2)	46 (20)	0,002
Kas spazmı	23 (14,9)	6 (12)	5 (19,2)	34 (14,8)	0,698
İdrar inkontinansı	6 (3,9)	0	1 (3,8)	7 (3)	0,367
Gaita inkontinansı	2 (1,3)	0	1 (3,8)	3 (1,3)	0,374
Yara yerinde akıntı	4 (2,6)	1 (2)	0	5 (2,2)	0,7

[SS-009]

Diyabetik Ayak Enfeksiyonu Olan Hastalarda Asemptomatik Bakteriüri ile İlişkili Risk Faktörleri

Tuna Demirdal, Pınar Şen

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

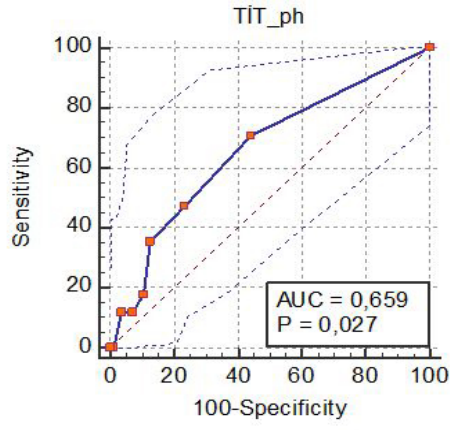
Giriş: Diyabetik hastalarda asemptomatik bakteriüri normal popülasyona göre daha sıktır. Glisemik kontrolü iyi olmayan diyabetiklerde asemptomatik bakteriüri, semptomatik idrar yolu enfeksiyonu için bir risk faktörüdür ve diyabetik ayak enfeksiyonu tanılı hastalarda gözden kaçan bir klinik tablo olabilir. Çalışmamızda diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastalarda asemptomatik bakteriüriye neden olabilecek risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2010 - Ocak 2020 tarihleri arasında kliniğimizde diyabetik ayak enfeksiyonu nedeniyle yatırılarak izlenen hastaların verileri geriye yönelik olarak değerlendirildi. Demografik veriler, klinik ve laboratuvar bulgular kaydedildi. Asemptomatik bakteriüri, idrar yolu enfeksiyonuna ait belirti veya bulguları olmayan hastalarda, pyüri varlığına bakılmaksızın idrarda 10^5 CFU/ml veya daha fazla miktarda bakteri üremesi olarak tanımlandı. İdrar örneğinin direkt mikroskobik incelemesinde büyük büyütmeli alanda (40x büyütme) her alanda 10 ve üzerinde lökosit bulunması pyüri, her alanda üçten fazla eritrosit görülmesi ise mikroskobik hematüri olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 111 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 60,7±11,3 yıl olarak bulundu. Hastaların 62'si (%55,9) erkek idi. Asemptomatik bakteriüri 18 (%16,2) hastada vardı, 93 (%83,8) hastada ise saptanmadı. Asemptomatik bakteriürisi olan diyabetik ayak enfeksiyonlu hastalarda kadın cinsiyet (p=0,042), yirmi yılın üstünde diyabet tanısı (p=0,012), tam idrar tahlilinde idrarda nitrit pozitifliği (p=0,009) ve düşük idrar pH'si (p=0,027) anlamlı risk faktörleri olarak bulundu (Tablo 1). Asemptomatik bakteriüriyi tahmin etmede anlamlı bulunan idrar pH kesme değeri <5,5 olarak bulundu. Tanısal testlerin üstünlüğünü belirlemek için ölçülen ROC (işlem karakteristik eğrisi) eğrisinin altında kalan alan (AUC) değeri idrar pH'si için 0,659 (0,559-0,750) olarak hesaplandı. Bu kesme değerinin asemptomatik bakteriüriyi öngörmede duyarlılığı %70,6, özgüllüğü %55,8 bulundu (Şekil 1).

Sonuç: Diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastalarda cinsiyet, uzun süredir diyabet tanılı olmak, tam idrar tahlilinde nitrit pozitifliği ve asidik idrar pH'si, asemptomatik bakteriüri açısından anlamlı risk faktörleri olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Asemptomatik bakteriüri, diyabetik ayak enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu



Şekil 1. Diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastalarda asemptomatik bakteriüriyi tahmin etmede idrar pH'si kesme değeri için işlem karakteristik eğrileri (ROC) analizi

Tablo 1. Diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastaların asemptomatik bakteriüri varlığına göre klinik ve laboratuvar değerleri			
Değişkenler	**Asemptomatik bakteriüri + (18, %16,2)**	**Asemptomatik bakteriüri - (93, %83,8)**	**p**
Yaş (yıl)*	61,1±11,3	60,6±11,4	0,886
Kadın cinsiyet	12 (%66,7)	37 (%39,8)	0,042
Tip 1/tip 2 diyabet	1 (%6,3)/15 (%93,8)	4 (%4,9)/78 (%95,1)	>0,999
Diyabet süresi			
<5 yıl	1 (%7,7)	9 (%13,8)	0,545
5-10 yıl	4 (%30,8)	16 (%24,6)	0,643
11-15 yıl	1 (%7,7)	10 (%15,4)	0,467
16-20 yıl	1 (%7,7)	20 (%30,8)	0,087
>20 yıl	6 (%46,2)	10 (%15,4)	0,012
Diyabet tedavisi			
Tedavisiz	4 (%26,7)	9 (%10,6)	0,088
Oral anti-diyabetik ilaç	1 (%6,7)	16 (%18,8)	0,248
İnsülin	10 (%66,7)	60 (%70,6)	0,760
Diyabetik komplikasyon			
Osteomiyelit	2 (%33,3)	33 (%68,8)	0,169
Periferik arter hastalığı	5 (%33,3)	43 (53,8)	0,147
Nöropati	5 (%100)	25 (%89,3)	>0,999
Retinopati	7 (%77,8)	36 (%81,8)	0,778
Nefropati	10 (%58,8)	34 (%43)	0,236
Laboratuvar değerleri			
Kan glukoz düzeyi (mg/dl)*	259,6±107,3	265±147,9	0,883
Serum HbA1c (%)*	9,6±2,1	9,7±2,4	0,962
Kan üre azotu (mg/dl)*	24,6±16	29,1±20,1	0,367
Serum kreatinin (mg/dl)*	1,4±1,6	1,3±0,9	0,790
İdrar dansitesi*	1022,3±2,5	1022,7±7,9	0,939
Pyüri varlığı	2 (%11,1)	11 (%11,8)	0,931
Hematüri varlığı	6 (%33,3)	31 (%33,3)	>0,999
İdrarda nitrit pozitifliği	4 (%26,7)	4 (%5,4)	0,009
İdrar pH (ortanca-aralık)	5 (5-5,5)	5,5 (5-6)	0,027
Proteinüri varlığı	5 (%27,8)	25 (%26,9)	0,938
Glukozüri varlığı	9 (%50)	31 (%33,3)	0,178
*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verildi			

[SS-010]

Kist Hidatik Olgularında Nüksü Önlemede Medikal Tedavi Yönetimi

Pınar Şen, Tuna Demirdal

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kist hidatik olgularının perkütan ya da cerrahi tedavisi sırasında kist sıvısının karın boşluğuna dökülmesi nükse neden olabilir. Nüksü önlemek için girişimsel işlem öncesi ve sonrası profilaktik albendazol kullanılması önerilmektedir. Ancak tedavi süresi hakkında kanıta dayalı net bir bilgi bulunmamaktadır. Çalışmamızda perkütan ve cerrahi tedavi yöntemi uygulanan hastalarda kullanılan albendazol tedavi sürelerinin nüks üzerine etkisini araştırdık.

Gereç ve Yöntem: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2009 - Mayıs 2016 tarihleri arasında kist hidatik tanısı ile takip edilen 178 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Kist hidatik tanısı klinik, serolojik ve radyolojik bulgularla konuldu. Tedavide uygun endikasyonlarda perkütan ve cerrahi tedavi uygulandı. Uygulanan girişimsel işlemin öncesi ve sonrasında albendazol kullanım sürelerinin nüks üzerine etkisi istatistiksel olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 178 hastanın 75'i (%42,1) erkek olup ortalama yaş 44,6±16,9 yıl (4-81 yıl) olarak bulundu. Hastaların 151'inde (%84,8) yalnızca karaciğer tutulumu bulunmaktaydı. Bu kistlerin 108'i (%60,7) sağda yerleşimli olup 18'i (%10,1) bilateral yerleşimli çoklu kistlerdi. Kist boyutları ortalama 9,5±3,9 cm (3-20 cm) idi. Hastaların %56,7'sine cerrahi

tedavi, %27,5'ine perkütan tedavi uygulandı. Hastaların medyan takip süresi 12 ay (0-24 ay) idi. İzlemde nüks oranı %28,6 (51/178) olarak bulundu.

Perkütan tedavi öncesi ve sonrası albendazol kullanım süreleri arasında nüks açısından anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,675 ve p=0,554) (Tablo 1). Cerrahi tedavi öncesi ve sonrası albendazol kullanım süreleri daha kısa olan hasta grubunda nüks daha fazla gözlendi (p=0,002 ve p<0,001) (Tablo 1). Cerrahi tedavi öncesi ≤5 gün albendazol kullanımı nüks artışı ile ilişkili bulundu (duyarlılık %85,7, özgüllük %43,5). Cerrahi tedavi sonrası ≤4 gün albendazol kullanımı nüks artışı ile ilişkili bulundu (duyarlılık %78,5, özgüllük %43,5).

Sonuç: Cerrahi tedavi öncesi ve sonrası albendazol kullanım süresinin kısa olması durumunda daha fazla nüks geliştiği sonucuna ulaştık. Perkütan tedavi uygulanan hasta grubunda işlem öncesi ve sonrası albendazol kullanım süresi minimum ortalama 12 gün olup bu nedenle nüks açısından anlamlı farklılık saptanmadığını düşünmekteyiz. Özellikle cerrahi uygulanacak hastalarda nüks oranlarını azaltabilmek için çalışmamızda gösterdiğimiz üzere, cerrahi öncesi en az 5 gün cerrahi sonrası en az 4 gün albendazol kullanılmasının uygun olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, kist hidatik, nüks

Tablo 1. Perkütan ve cerrahi tedavide albendazol tedavi süresinin nüks üzerine etkisi

	Perkütan tedavi			Cerrahi tedavi		
	Nüks (+)	Nüks (-)	p	Nüks (+)	Nüks (-)	p
Girişimsel işlem öncesi albendazol tedavisinin süresi (gün) (ortalama ± standart sapma)	14.1±12.9	21.3±31.8	0.675	1.5±3.2	28.5±40.9	0.002
Girişimsel işlem sonrası albendazol tedavisinin süresi (gün) (ortalama ± standart sapma)	12±17.9	40±59.8	0.554	4.3±13.3	43.8±41.4	<0.001

[SS-011]

Spondilodiskit Tanılı Hastalarda Apseyi Öngörmede Klinik Parametrelerin Değeri

Tuna Demirdal, Pınar Şen

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

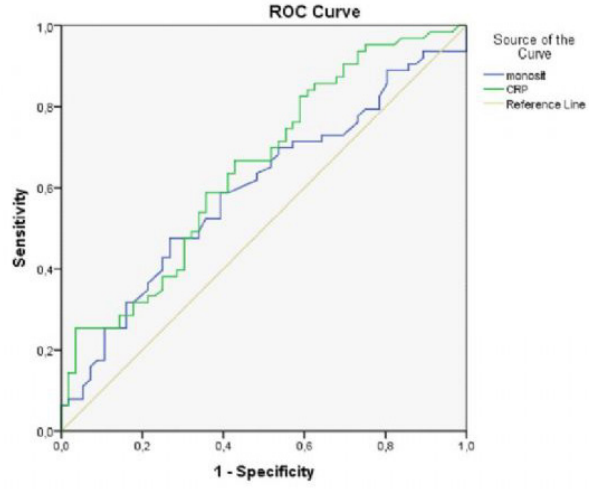
Giriş: Spondilodiskitte enflamasyon lokalize kalabildiği gibi ilerleyerek apse gelişimine neden olabilir. Tedaviye yanıtsızlık ve artmış mortalite ile ilişkili olması nedeniyle apsenin erken tanısı ve tedavisi önemlidir. Çalışmamızda spondilodiskit tanılı hastalarda apseyi öngörmede klinik parametrelerin tanısal değerini araştırdık.

Gereç ve Yöntem: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'nde Ocak 2010 - Şubat 2019 tarihleri arasında spondilodiskit tanısıyla izlenen 121 hastanın verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların başvuru sırasında alınan kanlarından elde edilen enfeksiyon belirteçleri değerleri kaydedildi. Apse varlığı manyetik rezonans görüntüleme ile saptandı. Apsesi olan ve olmayan hastaların klinik verileri istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 121 hastanın erkek: kadın oranı 1,2 (66 erkek, 55 kadın) ve yaş ortalaması 56,1±16,6 yıl (16-86 yıl) idi. Hastaların %37,2'sinde en az bir kronik hastalık bulunmaktaydı. Anatomik yerleşim değerlendirildiğinde; %7,4 servikal, %14 torakal, %48,8 lomber, %14,9 torakolomber, %14 lumbosakral ve %0,8 servikolomber tutulum mevcuttu. En sık bulgu sırt/bel ağrısı (%98,3) iken hastaların %24,8'inde ateş, %20,7'sinde nörolojik defisit ve %7,4'sinde spinal bölgede hassasiyet bulunmaktaydı. Tüm hastaların 65'inde (%53,7) apse saptandı. Apsesi olan hastalarda monosit yüksekliği, CRP yüksekliği ve doku kültürü pozitifliği anlamlı parametreler olarak saptandı (p=0,049, p=0,006 ve p=0,011) (Tablo 1). Spondilodiskit tanılı hastalarda apseyi öngörmede anlamlı bulunan monosit değeri >615 K/ul (eğri altında kalan alan (AUC)=0,589, duyarlılık %47,7, özgüllük %73,2) iken CRP değeri >3,34 mg/dl (AUC=0,650, duyarlılık %66,7, özgüllük %57,1) olarak hesaplandı (Şekil 1). Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre, anlamlı bulunan bu parametrelerden yalnız doku kültürü pozitifliği apseyi öngörmede bağımsız risk faktörü olarak bulundu. Spondilodiskit tanılı hastalarda doku kültürü pozitif olan hastalarda apse bulunma riski 3,63 kat daha yüksek idi.

Sonuç: Spondilodiskit tanılı hastalarda yüksek monosit sayısı, yüksek CRP değeri ve doku kültürü pozitifliği apseyi öngörmede fayda sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Apse, spondilodiskit



Şekil 1. Spondilodiskit tanılı hastalarda apseyi öngörmede monosit ve CRP kesme değerleri için işlem karakteristik eğrisi (ROC) analizi

Tablo 1. Spondilodiskit tanılı hastalarda apse varlığına göre klinik değerler			
Risk faktörleri	**Apse (+) (n=65, %53,7)**	**Apse (-) (n=56, %46,3)**	**p**
Yaş	54,4±17,1	58,1±15,8	0,224
Cinsiyet			
Erkek	36 (%55,4)	30 (%53,6)	0,857
Kadın	29 (%44,6)	26 (%46,4)	0,857
Komorbid durumlar			
Diyabet	15 (%23,1)	12 (%21,4)	>0,999
Hipertansiyon	16 (%24,6)	7 (%12,5)	0,107
Kronik böbrek yetmezliği	11 (%16,9)	6 (%10,7)	0,434
Koroner arter hastalığı	5 (%7,7)	4 (%7,1)	>0,999
Malignite	4 (%6,2)	0	-
Oral kortikosteroid kullanımı	2 (%3,1)	0	-
Damar içi uyuşturucu madde kullanımı	1 (%1,6)	0	-
Tutulum yeri			
Servikal	5 (%7,7)	4 (%7,1)	>0,999
Torakal	9 (%13,8)	8 (%14,3)	>0,999
Lomber	36 (%55,4)	23 (%41,1)	0,145
Torakolomber	8 (%12,3)	10 (%17,9)	0,449
Lumbosakral	6 (%9,2)	11 (%19,6)	0,120
Servikolomber	1 (%1,5)	0	-
Laboratuvar değerleri			
Hemoglobin (g/dl)	11,9±2	12,2±1,9	0,429
Lökosit (K/ul)	8952,7±3758,4	8552,7±3402,9	0,545
Nötrofil (K/ul)	6279,5±3532,9	5921,8±3366,9	0,573
Lenfosit (K/ul)	1856,3±843,8	1942,9±604,7	0,524
Monosit (K/ul)	660,1±404,8	546,9±196,7	0,049
Trombosit (K/ul)	317046,1±124343,3	300285,7±125679,9	0,463
MPV (fl)	9,2±1,2	9,1±1,2	0,521
ESH (mm/s)	62,3±29,4	54,7±32,2	0,185
CRP (mg/dl)	8,4±9,1	4,5±5,3	0,006
Prokalsitonin (ng/ml)	0,2±0,2	0,3±0,5	0,523
AST (U/l)	24,9±15,9	25±20,1	0,986
ALT (U/l)	32,9±36,2	24,9±21,6	0,137
Üre (mg/dl)	20,1±15,3	19,1±10,3	0,687
Kreatinin (mg/dl)	1,2±1,5	1,3±1,6	0,791
Mikrobiyolojik analiz			
Kan kültüründe üreme	10/63 (%15,9)	15/50 (%30)	0,109
Doku kültüründe üreme	15/63 (%23,8)	3/50 (%6)	0,011
MPV: Ortalama trombosit hacmi, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, AST: Alanin aminotransferaz, ALT: Aspartat aminotransferaz			

[SS-012]

Diyabetik Ayak Enfeksiyonuna Bağlı Ampütasyonu Öngörmede LRINEC Skorunun Etkinliği

Pınar Şen, Tuna Demirdal

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Diyabetik ayak enfeksiyonları, yüzeyel enfeksiyonlardan ciddi nekrotizan enfeksiyonlara kadar değişen, hayatı tehdit eden klinik sorunlara neden olabilir. Çalışmamızda nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonlarını tahmin etmede tanısal değeri olan Nekrotizan Fasiit için Laboratuvar Risk Göstergesi (LRINEC) skorunun, diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastalarda ampütasyonu öngörmedeki değerini araştırdık.

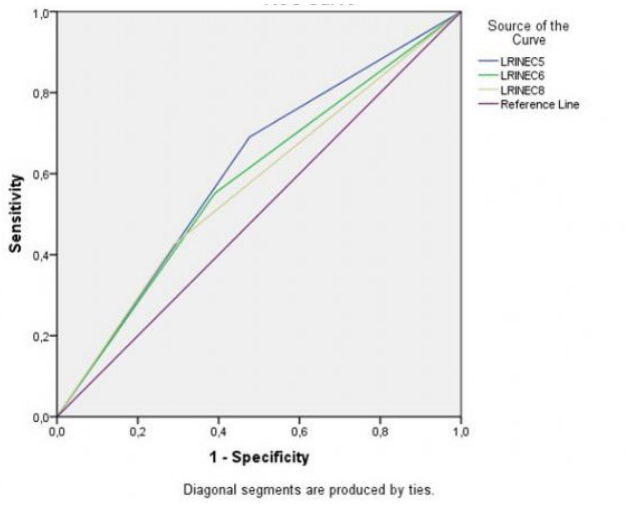
Gereç ve Yöntem: Rutin laboratuvar araştırmalarına dayanarak oluşturulan LRINEC skorlama sistemi, nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları için bir tanı aracı olarak sunulmuştur. Bu skorlama sisteminde puanlama 0-13 arasındadır; ≥6 puan artmış nekrotizan fasiit riskini gösterirken, ≥8 puan ise yüksek nekrotizan fasiit riski ile ilişkilendirilmiştir. Kliniğimizde Ocak 2010 - Ocak 2020 tarihleri arasında diyabetik ayak enfeksiyonu nedeniyle yatarak izlenen hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, klinik ve laboratuvar bulguları, tedavi yöntemleri ve

takip bulguları kaydedildi. Serum sodyum, glukoz, kreatinin, C-reaktif protein, lökosit ve hemoglobin düzeyleri puanlandırılarak LRINEC skoru hesaplandı. Elde edilen veriler ampütasyonu öngörme açısından istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 416 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 59,7±11,1 yıl olarak bulundu. Hastaların 285'i (%68,5) erkek hasta idi. Hastaların ortalama takip süresi 13 ay (7-20 ay) idi. Toplam 181 (%43,5) hastaya ampütasyon uygulandı. Tüm hastaların medyan LRINEC skoru 5 (3-9) puan olarak bulundu. Ampütasyon yapılan hastaların medyan LRINEC skoru 6 (4-10) iken, ampütasyon yapılmayan hastaların medyan LRINEC skoru 4 (2-8) puan olarak bulundu (p<0,001). Çalışmamızda ampütasyonu öngörmede anlamlı bulunan LRINEC skoru kesme değeri ≥5 puan olarak hesaplandı. Tanısal testlerin üstünlüğünü belirlemek için ölçülen ROC (işlem karakteristik eğrisi) eğrisinin altında kalan alan (AUC) değeri 0,638 (0,590-0,684) olarak hesaplandı. Bu kesme değerinin ampütasyonu öngörmede duyarlılığı %69,1, özgüllüğü %52,3 bulundu (Tablo 1) (Şekil 1). LRINEC skoru kesme değeri ≥6 ve ≥8 olarak alındığında, AUC değerleri sırasıyla 0,580 (0,531-0,628) ve 0,568 (0,519-0,616) olarak bulundu (Tablo 1) (Şekil 1). Ampütasyonu öngörme açısından ≥5 kesme değeri, ≥6 ve ≥8 kesme değerleri ile kıyaslandığında istatistiksel olarak daha anlamlı bulundu (p<0,001 ve p<0,001). LRINEC puanı ≥6 ve ≥8 kesme değerleri arasında ampütasyonu öngörme açısından anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,432).

Sonuç: Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonlarında tanısal değeri olduğu bildirilen LRINEC skoru, diyabetik ayak enfeksiyonu tanılı hastalarda da ampütasyonu öngörmede faydalı bir skorlama sistemidir.

Anahtar Kelimeler: Ampütasyon, diyabetik ayak enfeksiyonu, LRINEC



Şekil 1. Diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastalarda ampütasyonu tahmin etmede çeşitli LRINEC kesme değerleri için işlem karakteristik eğrileri (ROC) analizi

[SS-013]

HIV ile Enfekte Hastaların İnfluenza Aşısına Karşı Tutumları ve Aşılanma Oranları

Pınar Ergen

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği İstanbul

Giriş: İnfluenza, özellikle riskli gruplarda hayatı tehdit edebilen ve bir aşısı olmasına rağmen aşılanma oranlarının düşük olduğu gözlenen bir hastalıktır. Çalışmamızda polikliniğimizde takip edilen insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte hastaların influenza aşısı ile ilgili görüşleri ve aşılanma oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 1 Kasım 2019 - 1 Şubat 2020 tarihleri arasında enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniğine başvuran HIV ile enfekte hastalara, gönüllülük esasına göre yüzyüze anket çalışması yapıldı. Hastalara demografik bilgiler ve aşı hakkında tutumlarını içeren iki bölümden oluşan toplam 13 soru soruldu. Elde edilen veriler SPSS IBM 24.0 istatistik programı ile analiz edildi.

Bulgular: Ankete 284'ü (%92,2) erkek, 24'ü (%7,8) kadın olmak üzere 308 hasta katıldı. Katılımcıların yaşı ortanca 37 yıl (17-79) idi. Hastalık takip süresi ortanca değeri 48 ay (1-324 ay) idi. Yüz yetmiş bir hasta (%55,5) üniversite mezunu idi. Gelir düzeyi ortanca 3.000 TL (0-80.000) idi. Hastaların %20,5'inde (n=63) HIV'e eşlik eden ek hastalığı mevcuttu. Bugüne kadar hastaların %57,1'i (n=176) en az bir defa influenza aşısı yaptırmıştı. Katılımcıların %49'u (n=151) 2019-2020 yılı mevsimsel influenza aşısı yaptırmıştı. Yaş ve eğitim seviyelerine göre aşılanma oranları arasında fark yoktu. Ek hastalığı olan hastaların %69,8'i (n=44) bu yıla kadar en az bir defa aşı olmuş iken %61,9'u (n=39) bu yıl aşılanmıştı. Ek hastalığı olanların aşılanma oranları ek hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. (p<0,05) En az bir defa aşı olan, 60 aydan uzun süredir hastalığını bilen hastaların aşılanma oranları anlamlı yüksek iken bu sene aşılanma oranlarında fark yoktu. Tablo 1'de demografik veriler ve aşı olma durumları yer almaktadır. Bu sene aşı olmayanların %36,9'u sağlığı yerinde olduğu için, %33,1'i aşıyı gereksiz bulduğu için aşı olmadıklarını belirtti.

Sonuç: Hastaların influenza aşısı hakkında bilgileri olmasına ve her yıl aşı olmaları konusunda uyarılmalarına rağmen aşılanma oranları düşüktür. Ek hastalığı olanlarda aşılanma oranları daha yüksektir. Hastalara aşının önemi ve etkinliği konusunda daha fazla eğitim verilmesi gerektiği bir kez daha görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, aşı, HIV

Tablo 1. Diyabetik ayak enfeksiyonu olan hastalarda LRINEC puanlarının ampütasyonu öngörmede tanısal değerleri

Değişkenler	AUC	p	Duyarlılık (%)*	Özgüllük (%)*	+LR	-LR	+PV (%)	-PV (%)
LRINEC ≥5	0,638	<0,001	69,06	52,34	1,45	0,59	13,9	93,8
LRINEC ≥6	0,580	0,001	55,25	60,85	1,41	0,74	13,6	92,4
LRINEC ≥8	0,568	0,004	42,54	71,06	1,47	0,81	14,0	91,8

LRINEC: Nekrotizan Fasiit için Laboratuvar Risk Göstergesi, AUC: Eğri altında kalan alan, LR: Likelihood ratio (olabilirlik oranı), PV: Predictive value (tahmini değer) *%95 güven aralığı ile belirtildi.

Tablo 1. Hastaların demografik verileri ve aşı olma durumları

	Hasta n (%)	2019 yılına kadar en az bir defa aşı olan hastalar			2019 yılında aşı olan hastalar		
		Evet n (%)	Hayır n (%)	P değeri	Evet n (%)	Hayır n (%)	P değeri
Cinsiyet				0.043			0.109
Kadın	24 (7.8)	9 (37.5)	15 (62.5)		8 (33.3)	16 (66.7)	
Erkek	284 (92.2)	167 (58.8)	117 (41.2)		143 (50.4)	141(49.6)	
Yaş (yıl)				0.892			0.227
17-40	190 (61.7)	108 (56.8)	82 (48.2)		88 (46.3)	102 (53.7)	
41 ve üzeri	118 (38.3)	68 (57.6)	50 (42.4)		63 (53.4)	55 (46.6)	
Eğitim				0.071			0.591
okur yazar değil	1 (0.3)	0	1 (100)		0	1 (100)	
ilkokul	47 (15.3)	19 (40.4)	28 (59.6)		23 (48.9)	24 (51.1)	
ortaokul	31 (10.1)	18 (58.1)	13 (41.9)		12 (38.7)	19 (61.3)	
lise	58 (18.8)	38 (65.5)	20 (34.5)		31 (53.4)	27 (46.6)	
üniversite	171 (55.5)	101(59.1)	70 (40.9)		85 (49.7)	86 (50.3)	
Ek Hastalık varlığı				0.022			0.022
var	63 (20.5)	44 (69.8)	19 (30.2)		39 (61.9)	24 (38.1)	
yok	245 (79.5)	132 (53.9)	113 (46.1)		112 (45.7)	133 (54.3)	
Hastalık süresi				0.023			0.273
≤ 60 ay	217 (70.5)	115 (53)	102 (47)		102 (47)	115 (53)	
> 60 ay	91 (29.5)	61 (67)	30 (33)		49 (53.8)	42 (46.2)	

[SS-014]

HIV ile Enfekte Kişilerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Farkındalıkları

Özlem Aydın

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüs (HIV) enfeksiyonunun primer geçiş yolu korunmasız cinsel ilişkidir. Cinsel yolla bulaşan diğer bakteriyel ve viral enfeksiyonlar HIV enfeksiyonunun hem alınması hem de bulaşmasında rol oynamaktadır. Bu çalışmada HIV ile enfekte bireylerin diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri, sosyo-demografik değişkenlerin bilgi düzeylerine ve korunma tedbirlerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 1 Kasım 2019 - 24 Ocak 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Polikliniğe bu sürede başvuran HIV ile enfekte 231 hastaya yüzyüze gönüllülük esası ile anket uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, kaç yıl önce HIV tanısı aldığı, medeni durum, cinsel tercih, çoklu partner, ikinci bölümünde cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar hakkında bilgi düzeyleri ve kondom kullanımları, üçüncü bölümünde ise; geçirdikleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve ortaya çıkan semptomları sorgulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS IBM 22.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya %6,9 kadın (n=16), %93,1 erkek (n=215) olmak üzere toplam 231 kişi katıldı. Katılanların yaş ve hastalık takip süresi ortanca değerleri sırasıyla 37 (19-79) yıl ve 48 (1-324) aydı. Hastaların %31,2'si (n=72) evli, %68,8'i (n=159) bekar ve %3,9'u (n=9) çoklu partnerliydi. Erkeklerin %52,4'ü (n=121) erkeklerle seks yapan erkekti (MSM). Katılımcıların %57,6'sı (n=133) üniversite mezunu olup sadece iki hasta okur-yazar değildi. Cinsel yolla bulaşan hastalıkları bilenlerin oranı %80,5 (n=186), en sık bilinen hastalık gonoredir. Erkekler, üniversite mezunu olanlar ve 40 yaş altındaki hastalar cinsel yolla bulaşan hastalıkları daha fazla bilmektedir (p<0,05). Katılımcıların %83,5'i (n=193) kondom kullanmaktaydı. Kondom kullananlar kullanmayanlara ve MSM olanlar olmayanlara göre cinsel yolla bulaşan hastalıkları daha fazla bildikleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastaların %42,4'ünün (n=98) en az bir cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme öyküsü vardı ve en sık geçirilen enfeksiyon sifilizdi. Erkekler ve 40 yaş altındaki kişilerin daha fazla cinsel yolla bulaşan enfeksiyon geçirdiği saptandı (p<0,05).

Sonuç: Çalışmamızda HIV ile enfekte hastalarda cinsel yolla bulaşan hastalık farkındalığının erkeklerde, üniversite mezunlarında, genç hastalarda daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Doğru şekilde kondom kullanılmasının yüksek oranda koruyucu olduğu bilinmektedir. Kişilerin bilgilendirilmesi, eğitim ve motivasyonla riskli davranış kalıplarının değiştirilmesi hastalıkların kontrol altına alınmasında önemli yaklaşımlardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, farkındalık, HIV

Tablo 1. HIV ile enfekte kişilerin cinsel yolla bulaşan hastalıkları bilme ve geçirme durumlarının sosyo-demografik olarak dağılımı

	Cinsel yolla geçen hastalıkları bilme durumu n=186 (80.5%)					En az bir cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme n=98 (42.4%				
	Evet		Hayır		P-değeri	Evet		Hayır		P-değeri
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Cinsiyet					<0.001					<0.001
Erkek (215)	182	84.6	33	15.4		98	45.6	117	54.4	
Kadın (16)	4	25	12	75		0	0	16	100	
Yaş					0.002					0.014
19-40 (139)	121	87	18	13		68	49	71	51	
41 yaş ve üzeri (92)	65	70.6	27	29.4		30	33	62	67	
Eğitim					<0.001					0.281
Okur-yazar değil (2)	1	50	1	50		1	50	1	50	
İlkokul (34)	18	53	16	47		11	32.4	23	67.6	
Ortaokul (24)	18	75	6	25		10	41.7	14	58.3	
Lise (38)	24	63.2	14	36.8		12	31.6	26	68.4	
Üniversite (133)	125	93	8	7		64	48.1	69	51.9	
Hastalık süresi					>0.05					<0.001
0-24 ay (71)	56	78.9	15	21.1		29	40.8	42	59.2	
25-48 ay (63)	50	79.4	13	20.6		23	36.5	40	63.5	
49-96 ay (65)	55	84.6	10	15.4		36	55.4	29	44.6	
97 ve üzeri (32)	25	78.1	7	21.9		10	31.3	22	68.7	
Kondom kullanan (193)	164	85	29	15	<0.001	86	44.6	107	55.4	0.139
Kondom kullanmayan (38)	22	57.9	16	42.1		12	31.6	26	68.4	
Erkek-erkek seks olan (121)	109	90	12	10	<0.001	58	47.9	63	52.1	0.076
Erkek-erkek seks olmayan (110)	77	70	33	30		40	36.4	70	63.6	

[SS-015]

Glecaprevir/Pibrentasvir Gerçek Yaşam Verisi: Tek Merkez Yüz Otuz Yedi Hasta

Fatma Çölkesen, Arzu Tarakçı, Fatma Kacar, Esma Eroğlu, Şule Özdemir Armağan

Konya Meram Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Çalışmamızda glecaprevir/pibrentasvir rejimi ile tedavi edilen kronik hepatit C ile enfekte genotip 2 ve 3 hastaların gerçek yaşam verilerini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Polikliniğimizden Mart 2019 ile Ocak 2020 tarihleri arasında glecaprevir/pibrentasvir tedavisi başlanan kronik hepatit C genotip 2 ve/veya 3 ile enfekte 137 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların 2'si kadın (%1,5), 135'i (%98,5) erkekti. Hastaların yaş aralığı 19-69 olup, ortalaması 26,6±5,9'du. Hastaların 4'ü (%2,9) tedavi deneyimli, 133'ü (%97) tedavi naifti. Tedavi deneyimli hastaların üçü 1 yıllık peg-IFN + ribavirin tedavisi sonrası nüks idi, bir hasta ise sofosbuvir tedavisini yarıda bırakmıştı. Hastaların tümü non-sirotikti. Hastaların dördünde astım, birinde KBY, birinde ise hipogonadotropik hipogonadizm mevcuttu. Yüz otuz bir hastanın (%95,6) altta yatan herhangi bir hastalığı yoktu. Hastaların 127'sinde (%92,7) damar içi madde kullanım öyküsü mevcuttu. Hastaların 85'i (%62) mahkumdu. Genotip dağılımları ise şu şekildeydi; %83,9 (n=115) genotip 3, %14,5 (n=20) genotip 2, %0,7 (n=1) genotip 1+3, %0,7 (n=1) genotip 3+4'tü. Tedavi öncesi bakılan HCV-RNA ortalaması 3149060 IU/ml (1333-58490000) idi. Yirmi sekiz hastaya (%20,4) tedavi başlanmadan önce karaciğer biyopsisi yapılmıştı, fibrozis evrelerinin ortalaması 1,7±0,8, HAİ ortalaması 7,9±2,7 idi. Hastaların tedavi öncesi ALT ve AST değerlerinin ortalaması sırasıyla 93,5 u/l (10-591) ve 53,2 u/l (16-289) olarak hesaplandı. Tedavi başlanan hastaların 17'si (%12,4) takibi bıraktı. Takiplerinde devam eden 120 hastanın 22'si (%18,3) 8 haftalık tedaviyi henüz tamamlamadı. Sekiz haftalık tedaviyi tamamlayan 98 hastanın %98,9 (n=97) tedavi sonu virolojik yanıt vardı, bir hastada tedavi sonu yanıt elde edilemedi. On iki haftalık takibi tamamlayan 52 hastanın %98'inde (n=51) kalıcı virolojik yanıt elde edildi, bir hasta tedaviye yanıtsızdı. Yan etki olarak 4 hastada (%3,3) halsizlik, bir hastada ağızda tat değişikliği, bir hastada ishal, bir hastada burun kanaması, bir hastada diş eti kanaması, bir hastada kabızlık ve bir hastada mide şikayetleri görüldü. Şikayetlerin tümü tedavinin ilk haftalarında görülüp ileri ki haftalarda kendiliğinden kayboldu. Tedaviye ara vermeye veya tedaviyi sonlandırmaya yol açan ciddi yan etki görülmedi.

Sonuç: Bu çalışmada glecaprevir/pibrentasvir rejimi ile tedavi deneyimimizi sunduk. Bu rejimin kronik hepatit C tedavisinde güvenli, iyi tolere edilen ve yüksek etkinliğe sahip olduğunu görmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Direkt etkili antiviral ajan, glecaprevir/pibrentasvir, kronik hepatit C

[SS-016]

Kırım-Kongo Kanamalı Ateş Hastalarında miRNA-144 ve miRNA-1908 İfade Düzeylerinin Araştırılması

Özlem Aldemir[1], Aynur Engin[2], Burcu Bayyurt[3], Serdal Arslan[3]

[1]Sivas Numune Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Sivas

[2]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

[3]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Sivas

Giriş: Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA), kene kaynaklı zoonotik viral bir hastalıktır. Hastalığın patogenezi ile ilgili bilgiler sınırlıdır. MikroRNA'lar (miRNA) korunmuş deoksiribonükleik asit bölgelerinden kodlanan, fakat translasyona uğramayan, transkripsiyonel olarak messenger RNA'ların 3'-çevrilmemiş bölgelerini hedefleyen 18-24 nükleotid uzunluğundaki küçük tek iplikli RNA molekülleridir. Gen ekspresyonunun düzenlenmesinde önemli rol oynayan mikroRNA'lar gelişme, farklılaşma, sağkalım, apoptoz ve yaşlanma gibi hücre yaşamı için gerekli birçok süreçte görev alırlar. İşlevlerini yerine getiremediklerinde birçok hastalığa yatkınlığa yol açabilirler. Bu çalışma ile KKKA hastalarında miRNA-144 ve miRNA-1908 ifade düzeylerinin araştırılması ve hastalığın ağır ya da hafif seyretmesi yada mortalitesi ile ilişkisinin olup olmadığının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: KKKA kesin tanılı 60 erişkin hasta ile yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile benzer sağlıklı 40 kontrol olmak üzere toplam 100 kişi, onamları alındıktan sonra çalışmaya dahil edildi. Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin kanlarından, aynı zamanda olmak üzere, qPCR yöntemi ile miRNA-144 ve miRNA-1908 ekspresyon düzeyleri ölçüldü. Hastalar klinik açıdan, Bakır ve arkadaşlarının tanımladığı kriterlere göre hafif, orta ve ağır olmak üzere 3 gruba ayrıldı.

Bulgular: KKKA hastalarında, kontrol grubuna göre miRNA-144 ekspresyon seviyesinin 11 kat azalmış olduğu (p=0,91), miRNA-1908 ekspresyonunun ise 1,44 kat artmış olduğu saptandı (p=0,87). Hastalığı ağır/orta geçirenlerde hafif geçirenlere göre miRNA-144 ve miRNA-1908 ekspresyonunun sırasıyla 2 ve 2,36 kat artmış olduğu bulundu (p=0,09, p=0,37). Yaşayan hastalara kıyasla ölen hastalarda miRNA-144 ekspresyonu 16,3 kat (p=0,002); miRNA-1908 ekspresyonu ise 14,3 kat (p=0,01) artmıştı. PT'si normal değerlerin üzerinde olan hastalarla normal değerlerde olanlar ve lökosit sayısı normal değerin altında olanlarla normal değerlerde olanlar karşılaştırıldığında, PT'si normal değerin üzerinde olanlarda miRNA-1908 ifadesinin 7 kat arttığı (p<0,01), lökosit sayısı normal değerin altında olanlarda miRNA-144 ifade düzeylerinin 3 kat azaldığı bulundu (p=0,038).

Sonuç: Bu çalışma literatürde, KKKA hastalarında miRNA-1908 ekspresyon düzeyinin araştırıldığı ilk çalışmadır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular, konu ile ilgili yapılacak ileri çalışmalara yol gösterebilir. miRNA-144 ve miRNA-1908, KKKA'nın patogenezinin daha iyi anlaşılmasına katkı sunabilir.

Anahtar Kelimeler: miRNA-144, miRNA-1908, Kırım-Kongo kanamalı ateşi

[SS-017]

Niğde İlinde Yaş Gruplarına Göre Hepatit A, B ve C Seroprevalansı

Tuğçe Şimşek Bozok[1], Taylan Bozok[2]

[1]Ömer Halisdemir Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Niğde

[2]Ömer Halisdemir Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Niğde

Giriş: Viral hepatitler insan sağlığını tehdit eden, morbidite ve mortalitesi yüksek olan önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada Niğde ilinde yaş gruplarına göre hepatit A, B ve C seroprevalansının araştırılması ve karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Kasım 2016 - Kasım 2019 tarihleri arasında hastanemizde hepatit markerları çalışılan hastalar dahil edildi. Tüm hastaların anti-HAV IgG, HBsAg ve anti-HCV değerleri Architect SR2000i (Abbott Diagnostics, Wiesbaden, Germany) cihazında kemiluminesan mikropartikül immüno assay yöntemiyle çalışılmıştı. Hastaların sonuçları retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar yaşlarına göre 0-23 ay, 2-6, 7-10, 11-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 ve 70 yaş üzeri olarak gruplandırıldı. Yaş gruplarına ve cinsiyete göre seroprevalans değerleri hesaplandı ve gruplar arası veya cinsiyete göre farklılıkları ki-kare testi yöntemiyle analiz edildi.

Bulgular: İki bin beş yüz altmış beş hastaya anti-HAV IgG, 100.419 hastaya HBsAg, 98.050 hastaya anti-HCV testi yapılmıştı. Çalışmamızda anti-HAV IgG pozitifliği %63,8, HBsAg pozitifliği %4,0, anti-HCV pozitifliği %1,2 oranında bulundu. Yaş artışıyla beraber anti-HAV IgG, HBsAg ve anti-HCV oranlarında artış olduğu görüldü. Yedi yaş ve üstü hastalarda anti-HAV IgG pozitifliği %63,4'tü. Yedi yaş altı hastaların anti-HAV IgG pozitifliği 7-19 yaş arasındaki hastalara göre anlamlı derecede fazlaydı (p<0,001). Yedi yaş ve üstü hastalarda anti-HAV IgG pozitifliği erkeklerde kızlara oranla daha fazla tespit edildi (p<0,001). Yirmi yaş ve üzeri hastalarda anti-HAV IgG pozitifliği %74,3, HBsAg pozitifliği %4,2 olarak bulundu. Yirmi yaş ve üstü hastaların HBsAg pozitifliği 20 yaş altındaki hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede fazlaydı (p<0,001). Yirmi yaş ve üstü hastalarda HBsAg pozitifliği erkeklerde anlamlı oranda daha fazla tespit edildi (p<0,001). Yirmi yaş ve üstü hastalarda anti-HCV pozitifliği kadınlarda anlamlı oranda daha düşük bulundu (p<0,001).

Sonuç: Çocukluk çağı rutin aşılama programında hepatit A ve hepatit B aşısı yapılmayan kişilerde anti-HAV IgG pozitifliğinin %63,4 oranında düşük bulunması, HBsAg pozitifliğinin yüksek olması aşının önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Viral hepatitlerin ileri yaşlarda komplike seyredebileceği göz önüne alınırsa çocuk, adölesan, genç erişkin ve risk faktörleri bulunan bireylerin hepatit tarama testlerinin yapılmasının, bağışık olmayan kişilerin aşılanması ve bulaş için risk faktörlerinin anlatılmasının önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Seroprevalans, viral hepatit

Tablo 1. Yaş gruplarına göre Anti-HAV IgG, HBsAg, Anti-HCV oranları

	Anti-HAV IgG pozitifliği (%)	HBsAg pozitifliği (%)	Anti-HCV pozitifliği (%)
0-23 ay	%55,6	%1,8	%1,0
2-6 yaş	%74,2	%0,5	%0,4
7-10 yaş	%69,1	%0,13	%0,21
11-19 yaş	%22,6	%0,4	%0,4
20-29 yaş	%43,7	%1,5	%0,5
30-39 yaş	%85,3	%3,0	%0,6
40-49 yaş	%96,5	%7,2	%0,91
50-59 yaş	%99,3	%9,3	%1,86
60-69 yaş	%100	%8,4	%1,95
70 yaş ve üzeri	%99,3	%3,5	%3,3

[SS-018]

HIV ile Enfekte Hastaların Antiretroviral Tedavisinde Çok Tabletten Tek Tablete Geçişte Klinik ve Laboratuvar Parametrelerinin Değerlendirilmesi

Sibel Kuyugöz, Güliz Evik, Gülden Ersöz, Ali Kaya

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: HIV hastalarında kullanılan çok tabletli rejimden tek tabletli rejime geçme nedenleri ve geçiş sonrası tedavi başarısının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2010-01.01.2019 tarihleri arasında başvuran HIV pozitif bireylerin tedavi kombinasyonlarının çok tabletten tek tabletli rejimlere değiştirilmiş 53 olgu geriye dönük incelendi. Olguların demografik ve klinik özellikleri, ART başlangıcındaki laboratuvar sonuçları ile birlikte 12. hafta, 48. hafta ve tedavi değişim öncesindeki laboratuvar sonuçları kaydedildi. ART kullanımı esnasında gelişen yan etkiler ve tedavi değişiklik sebepleri kayıt edildikten sonra geçilen 2. basamak veya bir kez daha değişim varsa 3. basamak ilaç rejimleri ve bu tedaviler altındaki 1. kontrol, 2. kontrol, 3. kontrol ve yıllık kontrollerindeki tüm veriler veri tabanına işlenip analiz edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 53 ve olguların %83'ü erkekti. Bulaş yolu %72,5 heteroseksüel, %27,5 homoseksüel cinsel ilişki olarak saptandı. Hastaların %52,86'sının kendi isteği dışında test yaptırdığı belirlendi. Tedavi başlangıcında CD4 ortalama 375,56/mm^3, HIV-RNA ortalama 2.025.018 kopya/ml idi. Birinci yılda immünolojik yanıt oranı %79,1 ve %64 oranında ise viral yük saptanamaz düzeydeydi. Hastalar en sık TDF/FTC omurgasına ek NNRTI bazlı rejim (%47,2) kullanıyordu. Diğerleri ise sırasıyla INSTI (%26,4) ve PI (%18,9) bazlı rejim alıyordu. Tedavi değişim ayı ortalama 37,9'du ve tedavi değişim öncesi %15 geri tepme mevcuttu. En sık kullanım kolaylığı nedenli (%43,39) tedavi değiştirilmiştir. Yan etki olarak en sık santral sinir sistemi yan etkisi gözlenmiştir. İlaç uyumsuzluğu nedenli tedavi değişen viral baskılanmanın takibi boyunca sağlanamadığı hastalarda ilaç reddinin devam ettiği ancak takibinde bir dönem viral baskılanmanın sağlandığı hastalarda ilaç uyumunun tekrar sağlanmıştır. İkinci basamak tedavi olarak en sık (%39,6) elvitegravir/kobisistat/emtrisitabin/tenofovir disoproksilfumarat tedavisi başlanmıştır. İkinci basamak tedavi izleminde 1. yılda CD4 ortalama 789.63/mm^3 olup %45 oranında CD4 sayısındaki artışın 100 hücrenin altında kaldığı görülmüştü. Viral yük ortalama 1.721 kopya/ml ve %80 oranında viral yük saptanamaz düzeydeydi. On dört hastanın tedavisi en sık yan etki görülmesi nedenli 2. basamaktan 3. basamağa değiştirilmiştir. En sık yan etki GFR'de azalmadır. Tedavi değişim sonrası yan etkiler düzelmiştir.

Sonuç: Bireylerin tedavi uyumu tek tabletli rejimlerde daha yüksek bulunmuştur. Yan etki nedenli tedavileri değişen hastaların yan etkilerinde düzelme görülmüştür. Hastaların ilerleyen yaşla beraber komorbiditelerinin artabileceği göz önünde bulundurulurken ilaç toksikasyonları unutulmamalıdır. Bu nedenle hastalar mümkün olduğunca tek hekim tarafından daha yakın ve dikkatli takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV (+) bireylerde ART, çok tabletten tek tablete geçiş, HIV (+) birey takibi

[SS-019]

İki Haftalık İntranazal Steroid Kullanımının Nazal Floraya Etkisinin Araştırılması

Hülya Çaşkurlu, Burcu Işık Gören

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Alerjik rinit toplumun %20'sini ilgilendiren yaygın bir hastalıktır. Alerjene maruz kalan kişilerde IgE yapımının artması ile oluşan tipik bir hipersensitivite reaksiyonudur. En sık kullanılan ilaçlar ise antihistaminikler ve kortikosteroidlerdir. Kortikosteroidler sistemik yoldan verildiğinde zararlı yan etkilere yol açabileceğinden dolayı alerjik rinit tedavisinde topikal steroidler yaygın olarak kullanılmaktadır. Topikal steroidler minimum yan etkiyle maksimum lokal etki sağlamaları sistemik yan etkilerinin az olması nedeniyle alerjik rinitlerin tedavisinde güvenle kullanılmaktadır. Bu çalışmada burun içine kısa süreli kortikosteroid kullanımının nazal florayı etkileyip etkilemediğini araştırma amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde alerjik rinit tanılı hastalarda on gün öncesine kadar herhangi bir sebeple antibiyotik kullanmamış, erişkin hastalardan intranazal kortikostreoid kullanmadan önce ve iki hafta ilaç kullandıktan sonra, altı aylık süreçte her iki burun deliğinden kuru eküvyonlu çubukla kültür alındı. Kanlı ve çukulatamsı besiyerlerine ekildi ve 37 derecelik etüvde 48 saat enkübe edildi. Üreyen mikroorganizmalar standart yöntemlerle idendifiye edildi.

Bulgular: Toplam 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 26'sında (%52) steroid kullanmadan önce koagülaz negatif stafilokoklar (KNS), 14'ünde (%28) hemoliz yapmayan streptokoklar, 9 (%18) hastada *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) üredi bir olguda ise üreme olmadı. Steroid kullanımından sonra KNS üreyen 26 hastada üreyen bakteri değişmedi. Non-hemolitik streptokok üreyen 14 hastada iki haftalık steroid kullanımı sonrasında KNS, *S. aureus* üreyen 9 hastanın 6'sında iki haftalık steroid kullanımı sonrasında non-hemolitik streptokok, 3'ünde koagülaz negatif stafilokok üredi. Üreme olmayan bir hastada ise sonrasında non-hemolitik streptokok üredi.

Sonuç: Literatür araştırmasında, intanazal steroid kullanımının diğer yan etkilerinin araştırılmasına rağmen normal florada yaptığı değişikliklerle ilgili yapılmış çok az sayıda mikrobiyolojik çalışma bulunmuştur. Kısa süreli kortikosteroid kullanımının normal floraya olan etkisinin araştırıldığı çalışmamızın sonucunda alerjik rinit hastalarında nazal flora bakterilerini değiştirmediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İntranazal steroid, nazal flora

[SS-020]

Kronik Hepatit B Tanılı Hastalarda Karaciğer Fibrozis Düzeyinin Öngörülmesinde Non-invaziv Testlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Didem Çelik, Bengü Tatar, Şükran Köse

İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kronik hepatit B (KHB) tanılı hastalarda karaciğer fibrozis derecesini belirlemek tedavi yaklaşımı için temel basamaktır. Biyopsi fibrozisi değerlendirmede altın standart yöntemdir. Biyopsinin invaziv, pahalı olması, örnekleme hatası yapılabilmesi, komplikasyonlara açık olması bu yöntemin dezavantajlarıdır. Bu nedenle son on yılda biyopsi yerine kullanılabilecek non-invaziv testler üzerine yoğunlaşılmıştır. Bu çalışmada non-invaziv belirteçlerin fibrozis düzeyini öngörmedeki yerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniğinde takipli, kronik hepatit B tanılı, Ağustos 2010-Ağustos 2017 tarihleri arasında karaciğer biyopsisi yapılmış olan 18 yaş ve üzeri gönüllü onamı olan 539 hasta çalışmaya alındı. Çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak Lokal Etik Kurulu Onayı alınarak gerçekleştirildi. Koenfeksiyonu ve komorbiditesi olan hastalar çalışmaya alınmadı. Karaciğer biyopsisiyle eş zamanlı alınan laboratuvar değerleri incelendi. Demografik veriler ve laboratuvar değerleri retrospektif olarak değerlendirildi. Karaciğer fibrozisini değerlendirmek için altın standart olarak Ishak skorlama sistemine göre hesaplanmış karaciğer biyopsisi kullanıldı. APRI, FIB-4, NLR, GPR, AAR, RPR, API, King's skoru, Fibro Q ve MPV'nin ≥F2, ≥F3, ≥F4, ≥F5 gruplarını predikte ederken tanısal performansları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 265'i (%49,2) kadın, yaş ortalamaları 40,13/yıl idi. Fibrozis evrelerinin dağılımı F0, 89 (%16,5); F1, 143 (%26,4); F2, 214 (%39,7); F3, 56 (%10,4); F4, 22 (%4,1); F5, 13 (%2,4); F6, 2 (%0,4) şeklindeydi. Yaş, AST, ALT, GGT, ALP, RDW, HBV-DNA düzeyleri ≥F3 grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Platelet ve albümin düzeyi ≥F3 grubunda istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu. Fibrozis evresiyle sadece AAR ile negatif korelasyon saptanırken, en güçlü korelasyonun GPR ile olduğu görüldü. NLR, RPR ve Fibro Q dışındaki non-invaziv testlerin ≥F2'yi ve NLR ve AAR dışındaki non-invaziv testlerin ≥F3'ü yeterli düzeyde predikte ettiği saptandı (AUC >0,5). King's skorunun ≥F2, ≥F4, ≥F5 tahmininde, GPR skorunun ≥F3 tahmininde diğer testlere göre en iyi tanısal güce sahip olduğu sonucuna varıldı (Tablo 1). Fibrozis evresi ilerledikçe non-invaziv testlerin fibrozisi daha iyi predikte ettikleri görüldü.

Sonuç: Değerlendirdiğimiz non-invaziv belirteçlerin birçoğu belirgin doğrulukla anlamlı fibrozisi ayırt edebilmektedir. Bu testlerin yardımıyla gereksiz biyopsilerin oranı azaltılabilir. Ancak unutulmamalıdır ki; KHB hastalarının non-invaziv tanı testleri ile değerlendirilmesinde son yıllarda çok büyük ilerlemeler olsa da günümüzde karaciğer biyopsisi yerine kullanılabilecek mükemmel bir non-invaziv test henüz bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Fibrozis, kronik hepatit B, non-invaziv testler

[SS-021]

Hastanemizde Antimikrobiyal Kullanımının Bir Günlük Nokta Prevalans ile Değerlendirilmesi

Safiye Nur Özcan[1], Ahsen Öncül[1], Nazan Dalgıç[2], Emine Çelik[1], İrem Genç[1], Merve Bedir[1], İlyas Dökmetaş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İstanbul

Giriş: Antimikrobiyal direnç tüm dünyada önemi her geçen gün artan acil bir sorundur. Antimikrobiyal yönetişim, direnci önlemede en önemli basamaklardandır. Bu çalışmada hastanemizde antimikrobiyal kullanım verilerinin bir günlük nokta prevalans çalışması ile belirlenmesi ve üzerinde çalışılması gereken klinik ve alanların tespiti amaçlanmıştır.

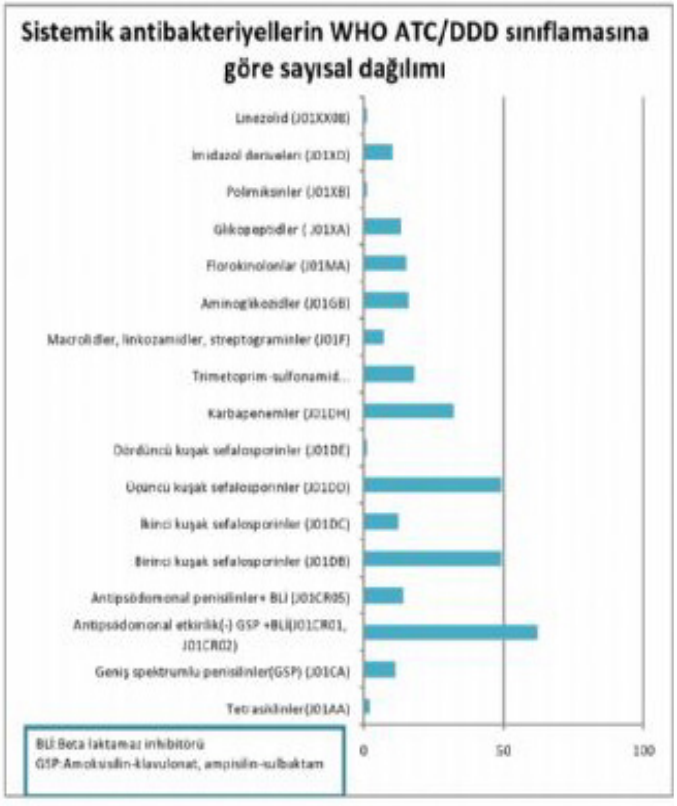
Gereç ve Yöntem: 26.09.2019 tarihinde hastanemizdeki tüm cerrahi, dahili klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde sabah 08:00 itibariyle yatmakta olan hastalar kaydedildi. Sistemik antimikrobiyal ilaç kullanmakta olan hastaların ayrıntılı bilgileri dosya üzerinden ve klinik asistan doktor ve hemşirelerinden alınan bilgiler ile doldurudu. Veriler enfeksiyon hastalıkları asistanları tarafından toplandı. Veri toplamada hastanelerde antimikrobiyal kullanımı izlemi için tek tip ve standartlaştırılmış bir yöntem olan "Global Point Prevalance Survey-PPS" nokta prevalans anketleri kullanıldı. Antibiyotik

kontrol ekibinin rutin işleyişi içinde gerçekleştirildiğinden ve hastaya özel veriler paylaşılmadığından etik kurul onayı alınmadı.

Bulgular: Çalışma gününde 780 yatak kapasiteli hastanemizde 557 hasta yatmaktaydı. İki yüz elli yedi (%46,1) hasta antimikrobiyal almaktaydı. Erişkin hasta kliniklerinde antimikrobiyal kullanım oranı %42,6 iken pediatrik kliniklerde %62,8 idi. Erişkin kliniklerde en yüksek antimikrobiyal kullanım oranı cerrahi kliniklerde idi (%59,4). İki yüz otuz dokuz hastaya 1 ya da 2 antimikrobiyal reçete edilmişti. On sekiz hasta 3 ve üzeri sayıda antimikrobiyal alıyordu. Reçete edilen ilaçların 83'ü peroral (%24), 261'i parenteraldi (%76). Kullanılan antimikrobiyallerin %91'i antibakteriyeldi, bunlar içerisinde ilk 3 sırayı antipsödomonal olmayan beta laktam- beta-laktamaz inhibitörleri, birinci ve üçüncü kuşak sefalosporin sınıfları almaktaydı. Yatan hastaların %1,8'i (10/557) antifungal tedavi, bir hasta antitüberküloz tedavi ve iki hasta antiretroviral tedavi almaktaydı. Antimikrobiyallerin kullanım endikasyonu dahili ve yoğun bakım kliniklerinde başlıca toplum kaynaklı enfeksiyonlar iken cerrahi birimlerde %55 oranında cerrahi profilaksi amacıyla reçete edilmişti. Cerrahi profilaksi amacıyla verilen antibiyotiklerin %45'i 24 saatten uzun süredir verilmekteydi. Antimikrobiyallerin kullanım endikasyonlarının dosyada belirtilme oranı %59 idi. Tedavi amaçlı verilen antimikrobiyaller incelendiğinde toplum kaynaklı enfeksiyonlara yönelik verilen tedavilerin %18'i (22/122), hastane kaynaklı enfeksiyonlara yönelik verilen tedavilerin %57'si (59/104) belirlenen etkene yönelikti.

Sonuç: Hastanemizde cerrahi profilaksi amaçlı uzamış antibiyotik kullanımı, hasta dosyalarında kullanım endikasyonlarının ve tedavi planlarının net belirtilmemesi, özellikle toplum kaynaklı enfeksiyonlarda tedavinin ampirik olarak verilmesi başlıca sorunlar olarak saptanmıştır. Nokta prevalans çalışmaları antimikrobiyal kullanımında durum tespiti yapılması ve problem olan alanların belirlenmesi konusunda faydalıdır.

Anahtar Kelimeler: Direnç, prevalans, profilaksi



Şekil 1. Hastanemizde antimikrobiyal kullanımının bir günlük nokta prevalans ile değerlendirilmesi

[SS-022]

Çocuk Hastalarda Üriner Enfeksiyon Etkenleri ve Antibiyotik Dirençlerinin Belirlenmesi

Yakup Çağ[1], Demet Hacıseyitoğlu[2]

[1]*Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

[2]*Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Hastanemizde üriner enfeksiyon tanısı konulan 17 yaş altı çocuklarda etken mikroorganizmaların belirlenmesi ve bu etkenlerin antibiyotik dirençlerinin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında hastanemize başvuran ve üriner enfeksiyon ön tanısıyla kültür tetkiki istenen ve kültürde bakteri izole edilen 17 yaş altı çocuklara ait 4.801 örnek geriye dönük olarak incelenmiştir. Bu örneklerden 50.000 ve üzeri koloni üremesi olanlar üriner enfeksiyon olarak kabul edilmiş 2.592'si çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik verilerinin yanı sıra izole edilen bakterilerin sıklığı, yaş gruplarına göre dağılımları ve antibiyotik dirençleri analiz edilmiştir. İdrar örnekleri tuvalet eğitimini tamamlayanlardan steril bir kap içerisinde orta akım idrarı, tuvalet eğitimini tamamlamayan çocuklardan ise kateter veya torba ile alınmıştır. Üreyen bakterilen tanımlanması MALDI-TOF MS (VITEK MS, bioMérieux, Fransa) sisteminde, antibiyotik duyarlılık testleri VITEK2 (Biomereux, Fransa) otomatize sisteminde çalışıldı. Duyarlılık sınır değerleri EUCAST kriterlerine göre değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 2.592 hastanın 2.001'i (%77,2) kız ve yaş ortalamaları medyan IQR 55 (12-98) idi. En sık izole edilen bakteri türleri sırasıyla, *Escherichia coli* (*E. coli*) (%67,7), *Klebsiella* spp. (%10,7), *Enterococcus* spp. (%8,8), *Proteus* spp. (%5,2), *Enterobacter* spp. (%2,7), *Pseudomonas* spp. (%2,1) idi. Yaş gruplarına göre bakterilerin dağılımları incelendiğinde diğer yaş gruplarında izole edilen bakteri sıklığı genel ortalama ile aynı olmasına rağmen yenidoğan döneminde en sık izole edilen bakteriler sırasıyla; *Klebsiella* spp. (%36,5), *E. coli* (%31,1) idi. İzole edilen mikroorganizmaların 664'ünün (%25,6) ESBL (+) olduğu görülmüştür. *E. coli* için ESBL (+) oranı %33,9 idi. En dirençli ve en duyarlı antibiyotikler *E. coli* için sırasıyla ampisilin (%66,6), meropenem (%0,3), fosfomisin (%0,5), *Klebsiella* spp. için ampisilin (%100), meropenem (%5), *Enterococcus* spp. İçin trimetoprim-sülfametaksazol (%98,2), linezolid (%3) olarak tespit edilmiştir. Bakterilerin antibiyotik dirençleri ile ilgili ayrıntılı bilgi Tablo 1'de verilmiştir. Öte yandan *Enterococcus faecalis*'in ampisilin ve siprofloksasine direnç durumu çok düşük olmasına rağmen (sırasıyla %0,6, %4,8) *Enterococcus faecium*'un bu antibiyotiklere çok daha dirençli olduğu (sırasıyla %95,2, %55,6) görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda üriner enfeksiyon tanısı konulan yenidoğan bebeklerde en sık etken *Klebsiella* spp. iken diğer tüm çocuk yaş gruplarında en sık izole edilen bakteri *E. coli* olarak bulunmuştur. *E. coli* suşlarının %33,9'u ESBL (+) idi.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotik direnci, çocuk, üriner enfeksiyon

Tablo 1. İzole edilen bakterilerin antibiyotik direnç profilleri

ANTİBİYOTİK	*Escherichia coli*	*Klebsiella spp.*	*Enterococcus spp.*	*Proteus spp.*	*Enterobacter spp*	*Pseudomonas spp*
Aampisilin	%66.6	%100	%26.6	%48.9	%100	-
Piperasilin-Tazobaktam	%25.3	%35.6	-	%3.7	%36.4	%43.4
Sefuroksim	%41.7	%39.6	-	%12	%75.9	-
Sefuroksim aksetil	%41.8	%36	-	%11.5	%80.6	-
Seftazidim	%37.1	%38.4	-	%6.8	%40	%13
Seftriakson	%36.7	%38.5	-	%7.5	%39.7	-
Sefepim	%40.3	%48.4	-	-	-	%12
İmipenem	%0.4	%5.3	-	%59.3	%4.6	%13.2
Meropenem	%0.3	%5	-	%0.7	%2.9	%9.3
Amikasin	%12.1	%6.4	-	%6.7	%4.3	%7.4
Gentamisin	%10.5	%12.8	-	%11.7	0	%7.4
Siprofloksasin	%24.5	%20.6	%18.5	%15.9	%10	%3.7
Nitrofrontoin	%1.7	%35.7	-	%99.2	%23.8	-
Trimetoprim-Sülfametaksazol	%34	%25.2	%98.2	%44	%10	-
Amoksisilin-Klavunat	%43.3	%36.1	%25.8	%9.7	%100	-
Fosfomisin	%0.5	%15.1	-	%7.4	%27	-
Vankomisin	-	-	%4.3	-	-	-
Linezolid	-	-	%3	-	-	-
Tobramisin	-	-	-	-	-	%0
Levofloksasin	-	-	-	-	-	%6.1
Netilmisin	-	-	-	-	-	%22.5

[SS-023]

2018-2019 Yılları Arasında Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyon Hızının ve Santral Venöz Kateter Kullanım Oranının SIR ve SAKO Hesaplamaları ile Değerlendirilmesi

Fatma Aybala Altay, Fadime Callak Oku, Esengül Şendağ, Ganime Sevinç, Asiye Tekin, Yunus Gürbüz, Gönül Çiçek Şentürk, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Sürveyansın önemli bir adımı kurum verilerinin ulusal veriler ile kıyaslanması enfeksiyon kontrol önceliklerinin belirlenmesidir. 2017 yılına kadar YBÜ'lere ait araç ilişkili enfeksiyon hızlarımızı havuzlanmış verilerden elde edilen kurum tipi ve YBÜ branşını esas alan SHİE Ulusal Özet Raporu ile yapabilmekteydik. 2017 sonrası SIR-SAKO raporlarının yayınlanmasıyla kurum tesis türü, YBÜ branşı, kurum yatak sayısı, hasta günü, hasta sayısı, araç kullanım günü verilerinden kaynaklanabilecek risk faktörleri ortadan kaldırılarak daha objektif kıyaslamaya imkan sağlamaktadır. Ayrıca SIR ve SAKO raporları kurum içi önceliklendirmeye olanak sağlayarak enfeksiyon kontrol ekiplerine iş gücü ve zamandan kazanç sağlamaktadır. Kurumumuz 2018-2019 yılı santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon (SVK-KDE) hızları ve santral venöz kateter kullanım oranlarının (SVK-KO) SIR ve SAKO hesaplamaları ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

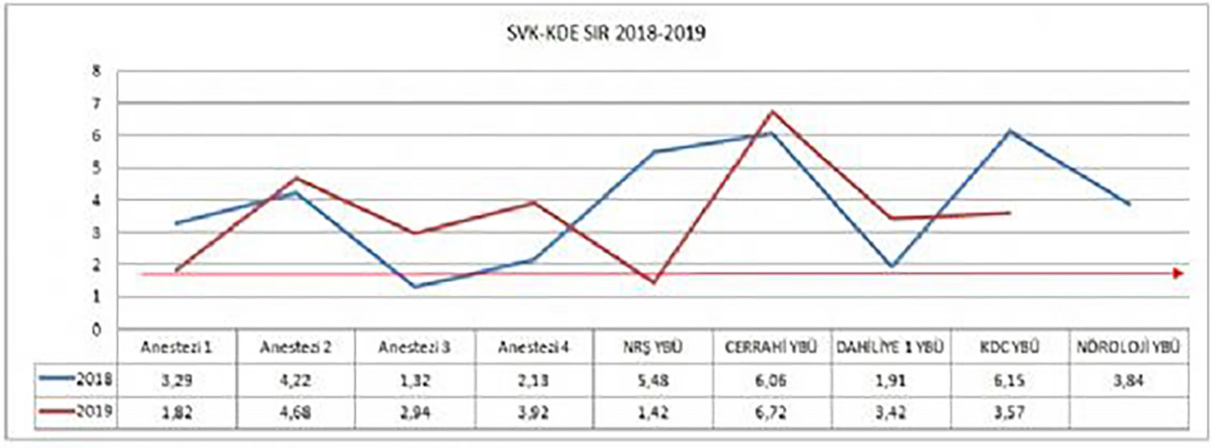
Gereç ve Yöntem: 2018-2019 yıllarında YBÜ'lerde santral venöz kateter (SVK) takılan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiş ve SVK-KDE tanıları Ulusal SHİE Sürveyans Tanı Rehberi, 2017'ye göre konulmuştur. Tanılar "SHİE hasta takip formu"na kayıt edilip, İNFLİNE programına kaydedilerek analiz edilmiştir. YBÜ'lere ait veriler Ulusal SHİE Sürveyans Birimi tarafından hazırlanan SIRMATİK ve SAKOMATİK Excel hesaplayıcıları hesaplanmıştır.

Bulgular: Kurumumuz 679 yataklı olup 79 YBÜ yatağı ile hizmet vermektedir. YBÜ'lerimizde SHİE sürveyansı aktif ve prospektif olarak

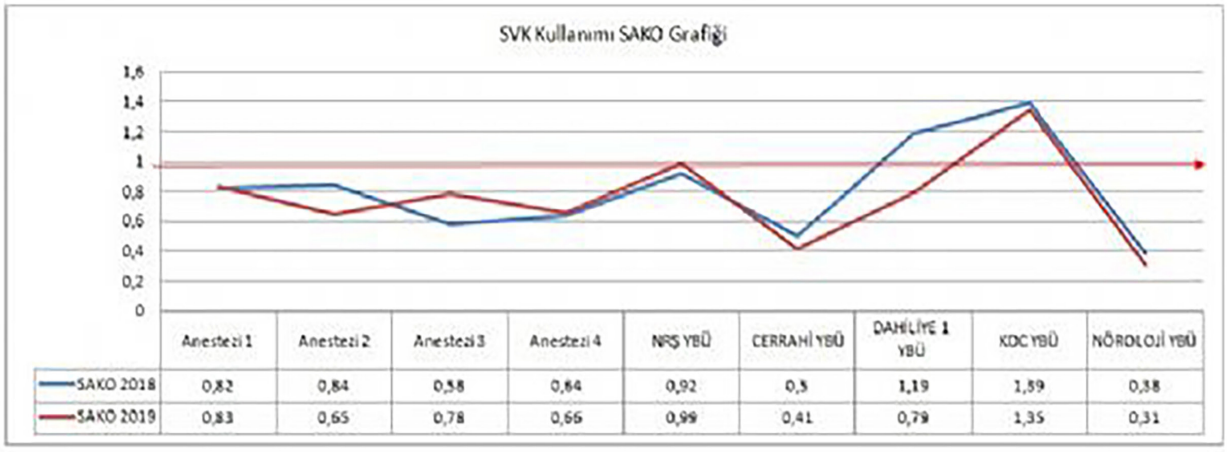
yürütülmektedir. 2018-2019 yılları arasında YBÜ'lerimizde 5.403 hasta 38.379 hasta günü takip edilmiş ve hastalar bu sürenin 15.334 günü SVK ile izlenmiştir. YBÜ'lerde ortalama yatış günü 7,1 gün olup toplam 216 SVK-KDE tanımlanmıştır.

Sonuç: SAKO verilerine göre kurumumuz YBÜ'lerinde 2018-2019 yıllarında SVK kullanımlarının benzer olduğu; anestezi, dahili ve cerrahi YBÜ'lerinde ulusal veride aynı popülasyona göre anlamlı düzeyde daha az SVK kullanıldığı görülmektedir. SVK kullanımının; KDCYBÜ'de ulusal veride aynı popülasyona göre anlamlı düzeyde daha fazla iken NRŞYBÜ'de ulusal veri ile anlamlı bir farklılık göstermediği benzer olduğu görülmektedir. Nöroloji YBÜ'de SIR hesaplaması için gerekli olan öngörülen SVK-KDE sayısının 1'in altında olması nedeniyle SIR değeri hesaplanamamıştır. SIR verilerine göre diğer tüm YBÜ'lerimizde beklenenden daha fazla SVK-KDE geliştiği görülmektedir. P değeri 0,05 alınarak yapılan detaylı değerlendirmede; Anestezi 1 ve NRŞYBÜ'de SVK-KDE'lerin ulusal veride aynı popülasyon ile arasında anlamlı fark yok iken diğer YBÜ'lerde farkın anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmektedir. Sonuç olarak; kurumumuz NRŞYBÜ ünitesi hariç diğer YBÜ'lerde SVK kullanımımız beklenenden daha az olmasına karşın daha fazla SVK-KDE tanısı konulduğu, bu nedenle 2020 yılı için tüm YBÜ'lerde SVK takımı ve bakımı uygulamalarının mevcut kılavuzlar üzerinden tekrar gözden geçirilerek aksaklılıkların giderilmesi ve iyileştirme çalışmalarına verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları, santral venöz kateter kullanım oranı, yoğun bakım



	Anestezi 1	Anestezi 2	Anestezi 3	Anestezi 4	NRŞ YBÜ	CERRAHİ YBÜ	DAHİLİYE 1 YBÜ	KDC YBÜ	NÖROLOJİ YBÜ
2018	3,29	4,22	1,32	2,13	5,48	6,06	1,91	6,15	3,84
2019	1,82	4,68	2,94	3,92	1,42	6,72	3,42	3,57	



	Anestezi 1	Anestezi 2	Anestezi 3	Anestezi 4	NRŞ YBÜ	CERRAHİ YBÜ	DAHİLİYE 1 YBÜ	KDC YBÜ	NÖROLOJİ YBÜ
SAKO 2018	0,82	0,84	0,58	0,64	0,92	0,5	1,19	1,59	0,38
SAKO 2019	0,83	0,65	0,78	0,66	0,99	0,41	0,79	1,35	0,31

Grafik 1. 2018-2019 yılları SVK-KDE SIR grafiği/2018-2019 yılları SVK kullanımı SAKO grafiği

[SS-024]

Yapay Zeka Mobil Uygulaması (FLUAI) ile Viral-bakteriyel Tonsillofarenjit Ayrımı ve Akılcı Antibiyotik Kullanımı

Yusuf Yeşil[1], Mustafa Altındiş[2], Hande Toptan[2], Onur Bircan[3], Bahri Elmas[3], Mehmet Köroğlu[2]

[1]*Yesil Science, İstanbul*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*
[3]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Sakarya*

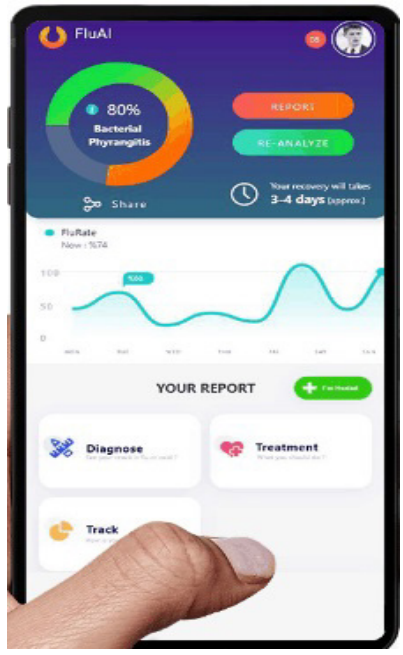
Giriş: Bu çalışmada pediatrik yaş grubu hastaların yapay zeka aplikasyonu ile semptom ve boğaz görüntülerinin skorlandırılarak bakteriyel/viral tonsillofarenjit ayrımının yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Gerekli etik kurul/yasal izinler sonrası, çalışmamıza 1-30 Aralık 2019 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi SEAH Çocuk Hastalıkları bölümüne akut tonsillofarenjit şikayetiyle başvuran 51 hasta dahil edilmiştir. Hastalardan 2 farklı swab ile uygun şekilde örnekler alınmış ve tonsiller ile farenksin net görüneceği şekilde ağız/boğaz resimleri çekilmiştir. Mikrobiyoloji laboratuvarında, örneklerin ilkinden kültür/MALDİ-TOF MS (Biomerieux, Fransa) ile identifikasyon, diğerinden de moleküler testlerde kullanılmak üzere total nükleik asit izolasyonu (EZ1-Qiagen, Almanya) yapılmıştır. Ayrıca her hastadan halsizlik, boğaz ağrısı, kas ağrısı, öksürük, aksırma, burun akıntısı gibi semptomlar 1'den 5'e kadar skalalandırmak üzere sorgulanmıştır. Semptom sonuçları ve boğaz resimleri yapay zeka aplikasyonuna yüklenerek, geliştirilen skorlama sistemiyle bakteriyel/viral tonsillofarenjit ayrımının yapılması hedeflenmiştir. Aplikasyon ile yapılan skorlama sonuçları kültür ve moleküler solunum paneli (Qiastat, Qiagen, Almanya) sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Gerçek pozitif örnekler, kültürde bakteriyel etken üreyen ve yapay zeka aplikasyonu skorlandırma sistemiyle bakteriyel tonsillofarenjit olarak tanımlanan örnekler olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 51 örnekten 21'i kültür pozitif, 30'u negatifti. Yapay zeka aplikasyonu 21 kültür pozitif örneğin 20'sini; 30 kültür negatif örneğin 3'ünü bakteriyel tonsillofarenjit olarak tanımlamıştır (duyarlılık: %95,2, özgüllük: 90). Şikayet süresi 3 günü geçen hastalar, istatistik dışı bırakıldığında aplikasyonun duyarlılığı %100'e yükselmektedir. Çalışmanın detaylarında viral tonsillofarenjit enfeksiyonlarının gribal mi yoksa soğuk algınlığı mı olduğuna dair ayırt edici irdeleme de mevcut olup burada uygulama ile moleküler test sonuçları karşılaştırıldığında grip ve soğuk algınlığı için aplikasyonun duyarlılığı sırasıyla %55,6 ve %90,5, özgüllüğü %95,2 ve %93,3 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma yapay zeka aplikasyonu ile mikrobiyolojiyi biraraya getiren ilk çalışmalardandır. Hastanın kendisi ya da ebeveynlerinden biri tarafından çekilen boğaz resmi ile birtakım semptomların aplikasyona veri olarak girilmesi ile analiz gerçekleşmekte ve saniyeler içinde viral/bakteriyel ayrımı yüksek doğrulukla yapılabilmektedir. Bu aplikasyon ile viral enfeksiyon lehine bir cevabın alınmasıyla gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınmanın, bakteriyel enfeksiyon durumunda ise ertelemeden doktora başvurarak bakteriyel tonsillofarenjitin komplikasyonlarından kaçınmanın mümkün olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Yapay zeka, viral tonsillofarenjit, bakteriyel tonsillofarenjit



Resim 1. FLUAI uygulaması

[SS-025]

Epidemiyolojik Önemi Olan Direnç Profillerinin (Karbapenem Direnci, GSBL, VRE, MRSA) Flow Sitometri Yöntemi ile Hızlı Saptanması

Hüseyin Hatipoğlu[1], Gülay Erman[2], Mehmet Köroğlu[1], Mustafa Altındiş[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: Epidemiyolojik önemi olan direnç profili (Karbapenem direnci, MRSA, GSBL, VRE vs.) gösteren bakterilerin yol açtığı enfeksiyonlarda morbidite, mortalite ve tedavi maliyetleri artmaktadır. Bundan dolayı bu tip direnç profillerinin hızlı tespit edilmesi hayati öneme sahiptir. Bu çalışmada flow sitometri yöntemi ile epidemiyolojik öneme sahip direnç profillerinin (Karbapenem direnci, MRSA, GSBL, VRE vs.) hızlı saptanması amaçlanmıştır.

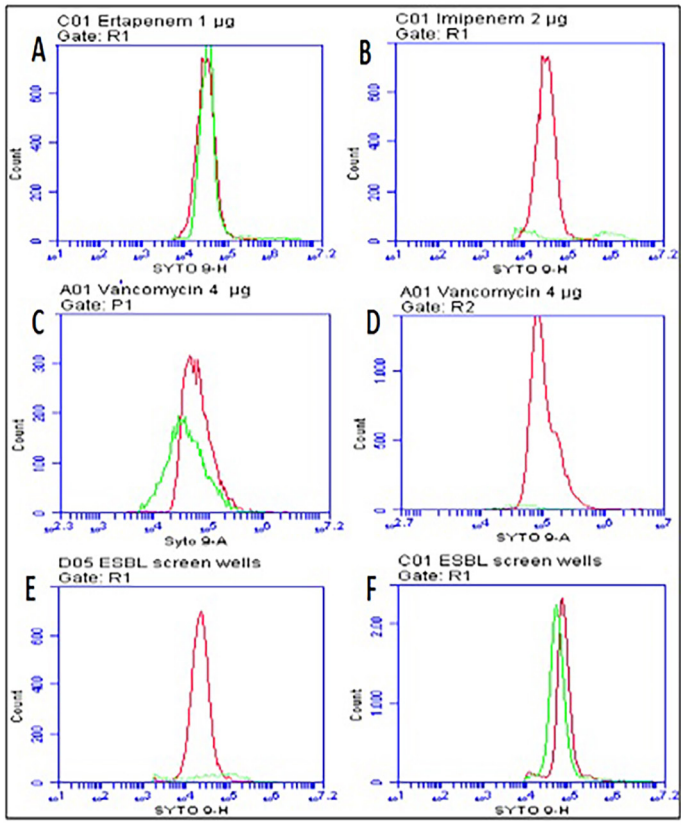
Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada; moleküler yöntemlerle NDM-1, KPC ve OXA-48 direnç geni pozitif bulunan (GeneXpert, Cepheid, USA) birer *K. pneumoniae* suşu, GSBL pozitif *K. pneumoniae* standart suşu, birer adet VRE pozitif *E. faecium* ve *E. faecalis* suşu, birer adet GSBL pozitif *E. coli* ve metisilin dirençli *S. aureus* suşu çalışılmıştır. Karbapenem direnci için; EUCAST'nin önerdiği ertapenem, meropenem ve imipenem dilüsyonları, GSBL saptamak için; seftazidim ve seftazidim + klavulanik asit içeren kuyucuk, VRE tespiti için; vankomisin 4 mg/l ve MRSA tespiti için cefoxitin 4 mg/l içeren kuyucuklar kullanılmıştır. İncelen suşların direnç paternleri; VITEK 2 otomatize sistemi (biomerieux, France), sıvı mikrodilüsyon yöntemi (Sensititre, Thermo Fisher Scientific, USA) ile EUCAST kriterlerine göre belirlenmiştir. Flow sitometrik analiz öncesi mikroplaktaki bakteri süspansiyonları, 120 rpm ve 35-37 °C'de 2 saat inkübe edildikten sonra 100 µl okuma tüplerine alınmıştır. Daha sonra her tüpe 10 µl Syto 9 ve 10 µl propidium iodid boyası eklenerek karanlık ortamda 15 dk bekletilmiştir.

Flow sitometri cihazı (Accuri C6, Becton Dickinson, USA) ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Moleküler yöntem ile karbapenem direnç genleri gösterilmiş olan ve flow sitometrik yöntem ile analiz edilen 3 *K. pneumoniae* izolatının 3'ü de ertapenem dirençli, meropeneme 1 suş dirençli, bir suş artmış doza duyarlı, bir suş duyarlı, imipeneme 2 suş artmış doza duyarlı, bir suş duyarlı olarak bulunmuştur. VRE pozitif olan *E. faecium* ve *E. faecalis* suşları flow sitometrik yöntem ile VRE pozitif saptanmıştır. GSBL pozitif *K. pneumoniae* suşu GSBL olarak saptanmıştır. Metisilin dirençli *S. aureus* suşu ise metisilin duyarlı olarak saptanmıştır. Bu izolatın uygulanan 2 saatlik inkübasyon süresi sonunda yeterli sayıda üremediği görüldü.

Sonuç: Epidemiyolojik öneme sahip direnç paternleri flow sitometri yöntemi ile hızlı şekilde 2-3 saat içerisinde belirlenebilmektedir. Flow sitometrik yöntemde, karbepenem direncini taramaya yönelik en uygun antibiyotiğin ertapenem olduğu saptandı. MRSA saptanması için inkübasyon süresinin uzatılması veya daha zengin besiyerlerinin kullanımı denenebilir.

Anahtar Kelimeler: Flow sitometri, karbapenem direnci, GSBL



Şekil 1. A: Ertapenem 1 µg/ml duyarlılık durumunun overlay grafiği ile gösterilmesi. Sonuç: Dirençli B: İmipenem 2 µg/ml duyarlılık durumunun overlay grafiği ile gösterilmesi. Sonuç: Duyarlı C: Vankomisin 4 µg/ml duyarlılık durumunun overlay grafiği ile gösterilmesi. Sonuç: Dirençli D: Vankomisin 4 µg/ml duyarlılık durumunun overlay grafiği ile gösterilmesi. Sonuç: Duyarlı E: ESBL screen wells overlay grafiği ile gösterilmesi. Sonuç: GSBL Pozitif F: ESBL screen wells overlay grafiği ile gösterilmesi. Sonuç: GSBL negatif (Karbapenem ve Vankomisin Direnci: Kırmızı Pik: Üreme Kontrol Kuyucuğu, Yeşil Pik: Antibiyotikli Kuyucuk ESBL Tarama: Kırmızı Pik: Sadece Seftazidim içeren kuyucuk, Yeşil Pik: Seftazidim+klavulanik asit içeren kuyucuk)

[SS-026]

Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Bakımı İlişkili Kandidemi Epidemiyolojisi ve Antifungal Duyarlılıkların Değerlendirilmesi

Tuba Kuruoğlu, Aynur Atilla, Fatih Temuçin, Esra Tanyel

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun

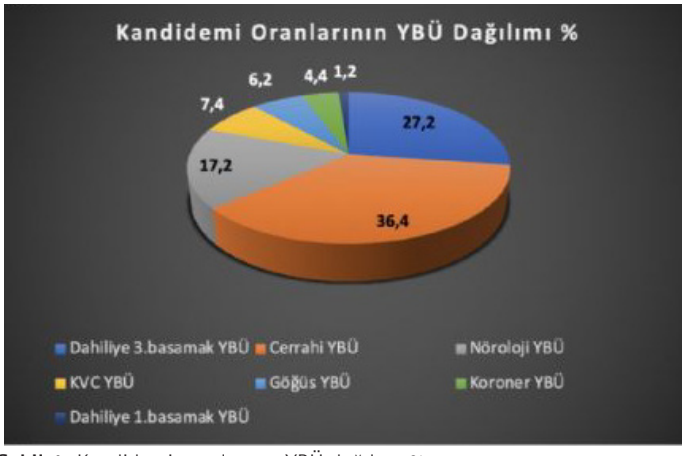
Giriş: İnvazif *Candida* enfeksiyonlarının en sık görülen klinik formu kandidemilerdir. Malignite, organ nakli, HIV enfeksiyonu gibi immünosüprese hasta sayısında artış, gastrointestinal cerrahi, yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) uzun süreli yatış, invaziv girişimlerde artış, uzun süreli antibiyotik tedavisi, gelişen laboratuvar yöntemleri ile farklı türlerin tanımlanması epidemiyolojik verilerin değişmesine neden olmaktadır. Amacımız YBÜ'lerinde sağlık hizmeti ile ilişkili kandidemi gelişen erişkin hastalarda ampirik tedaviyi yönlendiren buna bağlı sağkalımı etkileyen *Candida* epidemiyolojisini ve antifungal duyarlılığı değerlendirmekti.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2007 ile Aralık 2018 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin YBÜ'lerinde takip edilen 18 yaş ve üzerindeki erişkin hastalarda gelişen sağlık hizmeti ile ilişkili 382 kandidemi epizotu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşları 18-34, 35-44, 45-64 ve 65≤ olmak üzere 4 gruba ayrılarak incelendi. İstatistiksel analiz SPSS 26 programı ile yapıldı.

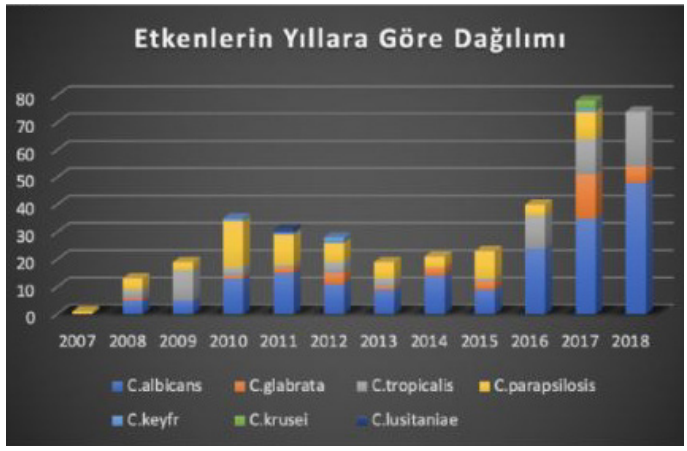
Bulgular: YBÜ'lerinde sağlık hizmeti ile ilişkili kandidemi, kan dolaşım enfeksiyonlarında 5. sırada yer almaktaydı. YBÜ'leri içerisinde sağlık bakımı ile ilişkili kandidemi en sık (%36,4) cerrahi YBÜ'de saptandı (Şekil 1). YBÜ'lerinde hala kandideminin en sık nedeni *Candida albicans* iken ikinci en sık nedeni *Candida parapsilosis* olarak saptandı (p<0,05). Kandidemi epizotu 65 yaş ve üzerinde daha sık idi (p<0,05). Kandidemilerde etken olan *Candida* türlerinin yıllara göre dağılımı Şekil 2'de verilmiştir. Son yıllarda hem kandidemi sayısında, hem de *C. albicans* dışı *Candida* türlerinde artış mevcuttu. Yoğun bakım üniteleri ile kandidemiye neden olan *Candida* türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttu. Son yıllarda *Candida glabrata* başta olmak üzere, *Candida tropicalis* ve *C. parapsilosis*'te doza bağlı duyarlı suşların sayısında artış tespit edildi (p<0,05) (Tablo 1). Yıllara göre flukanazole duyarlılıktaki azalma istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,03).

Sonuç: *Candida* türleri ile gelişen invaziv fungal enfeksiyonlarda erken tanı kadar ampirik başlanan antifungal tedavi de mortalitede etkilidir. Ampirik tedavinin uygunluğu birimlerdeki epidemiyolojik verilerin ve antifungal duyarlılık profilinin yakın takibi ile gerçekleşir. YBÜ'lerimizde kandidemiler artmakla birlikte en sık saptanan etken *C. albicans* olup, ampirik tedavide flukanazol etkinliğini korumaktadır. Azalmış antifungal duyarlılığa sahip olan *C. albicans* dışı türlerde artış saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Epidemiyoloji, kandidemi, YBÜ



Şekil 1. Kandidemi oranlarının YBÜ dağılımı %



Şekil 2. Etkenlerin yıllara göre dağılımı

Tablo 1.

Antifungal	*Candida* türleri	CLSI				Antifungal	*Candida* türleri	CLSI		
		S	SDD	I	R			S	SDD	I ve R
Flukanazol	C. albicans	189	-	-		Anidulafungin	C. albicans	189	-	-
	C. parapsilosis	92	3	-	2		C. parapsilosis	97	-	-
	C. glabrata	23	10	5	-		C. glabrata	38	-	-
	C. tropicalis	51	4	-	-		C. tropicalis	55	-	-
	C. krusei	-	-	-	1		C. krusei	1	-	-

[SS-027]

Komplike İntraabdominal Enfeksiyonlarda Mortalite ile İlişkili Faktörler ve Maliyet Analizi

Tuğba Arslan Gülen[1], İlker Ödemiş[2]

[1]Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Niğde

[2]Ömer Halisdemir Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Niğde

Giriş: İntraabdominal enfeksiyonlar (İAE), belirgin morbidite ve mortalite oranına sahip, özellikle komplike olduğunda kontrolü ve tedavisi güç olan enfeksiyonlardır. Yeterli kaynak kontrolünün yapılması ve uygun antibiyotik tedavisinin erken başlanması İAE tedavisinde esastır. Çalışmamızda hastanemiz erişkin yoğun bakım ünitelerinde komplike intraabdominal enfeksiyon tanısı ile izlenmiş olan hastalarda mortalite ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi ve maliyet analizi yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma retrospektif olarak planlanmış olup, çalışmaya 01.01.2014-31.01.2019 tarihleri arasında, komplike İAE tanısı ile hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) izlenen erişkin hastalar dahil edildi. Toplum kaynaklı ve sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon tanıları belirli kriterler doğrultusunda kondu. Hasta dosyaları elektronik ortamda geriye dönük olarak taranarak gerekli verilere ulaşıldı. Veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 68 hastanın yaş ortancası 77, 39'u (%57,4) erkek, 29'u (42,6) kadındı. Kırkı (%58,8) toplum kaynaklı, 28'i (%41,2) sağlık bakımı ilişkili enfeksiyona sahipti. APACHE II skoru ortancası 26, Sepsis Ciddiyet skoru (SCS) ortalaması 8,07±2,86 idi. Hastaların 43'üne (%63,2) hastaneye başvurudan sonraki 24 saat içinde cerrahi girişim uygulanmış olup, ilk başlanan antibiyotik tedavisi 32 (%45,7) hastada uygun idi. Primer sonuçlar incelendiğinde; hastaların 58'inde (%85,3) tam kaynak kontrolü sağlandığı, 7'sine (%10,3) reoperasyon yapıldığı saptandı. Genel mortalite oranı %57,4 (n=39) olarak bulundu. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde; APACHE II skoru [Odds oranı=1.176; %95 GA: (1.020-1.356); p=0,025], mekanik ventilasyon [Odds oranı=7.306; %95 GA: (1.068-49.983); p=0,043] ve septik şok [Odds oranı=16.775; %95 GA: (2.010-140.008); p=0,009] varlığı mortalite için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi (Tablo 1). Enfeksiyonun türü, septik şok, 24 saat içince cerrahi işlem uygulanması ve ilk antibiyotik tedavisinin uygunluğu açısından hastaların toplam hospitalizasyon maliyetleri incelendi ve istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Sonuç: YBÜ'lerde izlenen hastaların büyük çoğunluğu gibi, çalışmamızdaki hastalar da çoğunlukla geriatrik yaş grubunda, sepsis ciddiyet ve mortalite skorları yüksek olan hastalardır. Bunun için yapılan maliyet analizinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı düşünülmektedir. Hastalara uygun antibiyotik tedavisi ve cerrahi girişim ile beraber sepsis protokolünde yer alan sıvı destek ve vazopressör tedavilerin de hızlıca başlanması gereklidir. Çalışmamızda sepsis ciddiyet skoru yüksekliği mortalite açısından bağımsız risk faktörü olarak saptanmamış olsa da, daha net veriler elde etmek için geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Komplike intraabdominal enfeksiyon, maliyet, mortalite

Tablo 1. Mortalite ile ilişkili faktörlerin tek değişkenli ve çok değişkenli analizi				
	Tek değişkenli analiz	Tek değişkenli analiz	Çok değişkenli analiz	Çok değişkenli analiz
Değişkenler	p	Odds oranı (%95 GA)	p	Odds oranı (%95 GA)
Yaş	0,089	1,032 (0,995-1,071)	-	-
APACHE II skoru	<0,001	1,264 (1,137-1,406)	0,025	1,176 (1,020-1,356)
Sepsis Ciddiyet Skoru	<0,001	1,789 (1,345-2,382)	0,883	1,031 (0,687-1,548)
Santral venöz kateter	0,016	4,114 (1,301-13,006)	0,668	0,648 (0,089-4,713)
Mekanik ventilasyon	<0,001	31,5 (7,524-131,87)	0,043	7,306 (1,068-49,983)
Septik şok	<0,001	39,15 (7,856-195,101)	0,009	16,775 (2,010-140,08)
GA: Güven aralığı				

[SS-028]

Brusellozda Komplikasyonların İrdelenmesi

Firdevs Aksoy, Nurten Nur Aydın, Selçuk Kaya, İftihar Köksal

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Bruselloz, çeşitli organları veya vücut sistemlerini etkileyen, birçok hastalıkla karışabilen sistemik bir zoonozdur. Semptomlar akut ateşli hastalıktan kronik, ciddi komplikasyonlarla seyredebilen farklı klinik tablolara neden olur. Gecikmiş olgular komplikasyonlarla başvurabilir. Klinik non-spesifik olduğundan; tanı, laboratuvar testleriyle desteklenerek, etkin antimikrobiyal tedavi ile komplikasyonların önüne geçilmelidir. Çalışmamızda brusellozlu olgularda bakteremi varlığının klinik, laboratuvar ve komplikasyonlarla olan ilişkisi irdelendi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda kliniğimizde Ocak 2007-Aralık 2019 tarihleri arasında bruselloz tanısı konulan olgular retrospektif olarak irdelendi. Bruselloz tanısında Rose Bengal testi, brusella standart tüp aglütinasyon testi ve kan kültürü kullanıldı. Olguların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar özellikleri değerlendirildi. Bakteremisi olan olgular grup 1, bakteremi olmayanlar grup 2 olarak adlandırıldı. İstatistiksel analizde SPSS 23.0 paket programı kullanılarak, istatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 kabul edildi.

Bulgular: İki yüz üç olgu değerlendirildi. Olguların yaş ortalaması 44,5±17,0 olup, %62,1'i (n=126) erkekti. Grup 1'de %51,2 (n=104), grup 2'de %48,8 (n=99) olgu vardı. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık yoktu. Grup 1'de iştahsızlık ve kilo kaybı (p=0,034, p=0,003), grup 2'de bel ağrısı daha sık saptandı (0,035). Hematolojik komplikasyonlar grup 1'de, iskelet sistemi ile ilgili komplikasyonlar grup 2'de daha fazlaydı (p=0,024, p=0,001). Grup 1'de lökopeni, trombositopeni, transaminaz yüksekliği daha sık saptandı (p<0,001, p=0,003, p=0,001). Olgulara ait demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de, ayrıntılı laboratuvar parametreleri Tablo 2'de gösterildi.

Sonuç: Bruselloz pek çok organ ve sistemi tutabilen, non-spesifik belirtileri olan zoonozdur. Endemik olduğu bölgelerde ateş, iştahsızlık, kilo kaybı ve bel ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanılarda düşünülmelidir. Hastalarda çalışmamızın sonuçlarında da olduğu gibi, komplikasyonlar açısından gerekli araştırmalar yapılarak tedavi düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, komplikasyon

Tablo 1. Olguların demografik ve klinik özellikleri					
	Grup 1 (n=104)		Grup 2 (n=99)		p
Yaş (ortalama ± standart sapma)	43,9±16,8		46,6±17,0		0,247
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	40	38,5	37	37,4	0,886
Erkek	64	61,5	62	62,6	
Semptomlar**					
Halsizlik	99	95,2	89	89,9	0,241
İştahsızlık	90	86,5	73	73,7	0,034
Ateş	87	83,7	76	76,8	0,291
Terleme	83	79,8	67	67,7	0,056
Artralji	76	73,1	78	78,8	0,412
Kilo kaybı	56	53,8	32	32,3	0,003
Bel ağrısı	45	43,3	58	58,6	0,035
Bulantı	32	30,8	19	19,2	0,082
Miyalji	39	37,5	38	38,4	1,000
Bulgular					
Ateş	70	63,7	41	41,4	<0,001
Hepatomegali	27	26,0	18	18,2	0,244
Hepatosplenomegali	22	21,2	12	12,1	0,125
Splenomegali	17	16,3	5	5,1	0,018
Komplikasyon varlığı					
Var	79	76,0	76	76,8	1,000
Yok	25	24,0	23	23,2	
Komplikasyonlar*** (n=155)					
İskelet sistemi	26	32,9	45	59,2	0,001
Sinir sistemi	9	11,4	10	13,2	0,928
Hematolojik	61	77,2	45	59,2	0,024
Genitoüriner sistem	5	6,3	5	6,6	1,000
Lökositoz					
Var	5	4,8	15	15,2	0,025
Yok	99	95,2	84	84,8	
Lökopeni					

Tablo 1. Devamı					
Var	30	28,8	8	8,1	<0,001
Yok	74	71,2	91	91,9	
Trombositopeni					
Var	21	20,2	5	5,1	0,003
Yok	83	79,8	94	94,9	
Transaminaz yüksekliği					
Var	50	48,1	26	26,3	0,001
Yok	54	51,9	73	73,7	
Pansitopeni					
Var	9	8,7	2	2,0	0,076
Yok	95	91,3	97	98,8	

* Tablo sütun yüzdeleri ile verilmiştir.
** Olgularda aynı anda birden çok semptom bulunabilir.
*** Komplikasyonu olduğu tespit edilen 155 olgu üzerinden yüzde verilmiştir. Olgularda aynı anda birden çok komplikasyon bulunabilir.

Tablo 2. Olguların ayrıntılı laboratuvar parametreleri

	Grup 1 (n=104)			Grup 2 (n=99)			p
Laboratuvar değerleri	**n**	**Ortalama**	**Standart sapma**	**n**	**Ortalama**	**Standart sapma**	
WBC	104	6442,01	2759,51	99	7737,67	2858,39	0,001
HB	104	12,34	1,71	99	12,98	1,53	0,016
PLT	104	239605,76	122332,22	99	291131,31	104037,83	0,001
NLR	104	2,07	1,66	99	2,58	2,11	0,022
MPV	104	8,39	1,48	99	8,06	1,54	0,101
PDW	104	15,77	2,67	99	16,18	2,36	0,183
RDW	104	14,67	3,32	99	16,32	13,24	0,066
CRP	104	8,18	28,35	99	4,05	4,36	0,004
PCT	37	0,21	0,27	28	0,067	0,039	0,002
ESH	97	35,78	24,80	94	34,13	29,23	0,306
ALT	104	65,03	78,61	99	44,71	67,31	<0,001
AST	104	65,13	63,55	99	42,14	52,10	<0,001

[SS-029]

Karbapenem Dirençli *Klebsiella Pneumoniae*'nın Sebep Olduğu Üriner Sistem Enfeksiyonlarında Uygulanan Tedavilerin Klinik ve Mikrobiyolojik Kür Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi

Fatih Temuçin, Şeyma Betül Kayhan, Levent Şensoy, Tuba Kuruoğlu, Aynur Atilla, Esra Tanyel

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Karbapenem dirençli *Enterobacteriaceae* (KDE) türleri, tedavi seçeneklerinin kısıtlı olan, önemli oranda mortalite ve morbidite ile seyreden enfeksiyonlara sebep olmaktadır. Bu çalışmamızda, *Enterobacteriaceae* ailesi içerisinde yer alan, karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae*'nın etken olduğu sağlık bakımı ilişkili üriner sistem enfeksiyonları incelenmiştir. Tercih edilen tedavi stratejileri ve bu tedavilere alınan klinik ve mikrobiyolojik yanıtlar, 14 ve 28 günlük mortalite oranları ve mortaliteye etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği tarafından yürütülmüştür. Çalışmaya son 10 yıl içerisinde, sağlık bakımı ilişkili üriner sistem enfeksiyonu tanısı konulan ve etken olarak karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae* üreyen 18 yaş üstü tüm hastalar alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 134 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 14 günlük mortalite oranı %34,3 (46/134), 28 günlük mortalite oranı ise %42,5 (57/134) saptanmıştır. Yaşayan ve ölen hastaların dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Tedavi başlangıcında sepsisli hasta grubunda kombine antibiyotik tedavisinin monoterapiye kıyasla sağkalımda istatistiki olarak anlamlı derecede daha iyi sonuç verdiği saptanmıştır. Tedavi başlangıcında sepsis olmayan hastalarda ise monoterapi ve kombineterapi arasında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 2). Çalışmada 66 suşun meropenem MIC'nin 32 ve üzeri olduğu saptanmıştır. Meropenem MIC'si 32'nin altında olanlarla karşılaştırıldığında, tedavi altında 14 günlük ve 28 günlük mortalite ile mikrobiyolojik kür açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Sonuç: Çalışmamızda, 14 günlük mortalite oranı %34,3, 28 günlük mortalite oranı ise %42,5 saptanmıştır. Xu ve arkadaşlarının yaptığı ve 62 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde Karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae*'nın sebep olduğu enfeksiyonlarda mortalite oranının %42,1 olduğu belirtilmiş, üriner sistem enfeksiyonlarında bu oranın daha düşük olduğu vurgulanmıştır. Aynı meta-analizde yaş, yoğun bakım ihtiyacı ve altta yatan hastalıkların olması mortaliteyi artırdığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da literatür verilerine benzer şekilde ileri yaş, Charlson komorbidite indeksinin yüksek olması ve tedavi başlangıcında sepsis olması mortaliteyi artıran faktörler olarak saptanmıştır. Dirençli bakteriyel enfeksiyonlarda kombinasyon tedavisi ve monoterapinin sağkalım sonuçları üzerine etkisi net değildir. Bizim çalışmamızda tedavi başlangıcında sepsis olan hastalarda, kombinasyon tedavisi ile monoterapi karşılaştırıldığında, kombinasyon tedavisi alan grupta 14 ve 28 günlük mortalite istatistiki olarak anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. *Klebsiella pneumoniae*'nın meropenem MIC değerleri 32 baz alınarak yapılan karşılaştırmada mortalite ve mikrobiyolojik kür açısından istatistiki olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Enterobacteriaceae, Klebsiella pneumoniae*

Tablo 1. Karbapenem direçli *Klebsiella pneumoniae*'nın neden olduğu üriner sistem enfeksiyonlarında yaşayan ve ölen hastaların karşılaştırılması				
	Tüm hastalar (n=134)	**Yaşayan hastalar (n=77)**	**Ölen hastalar(n=57)**	**p**
Cinsiyet (E/K)	68/66	37/40	31/26	0,46
Yaş (ortalama ± standart sapma)	64,9±14,2	62,7±13,9	68±14,3	0,03
Yattığı klinik				
Dahili servis	75 (%56)	51 (%68)	24 (%32)	0,01
Cerrahi servis	24(%17,9)	13 (%54,2)	11 (%45,8)	
Yoğun bakım	35 (26,1)	13 (%37,1)	22 (%62,9)	0,01
Charlson komorbidite indeksi ortanca (minimum-maksimum)	6 (0-13)	5 (0-9)	6 (1-13)	0,03
Meropenem MIC <32	68 (%50,7)	39 (%57,4)	29 (%42,6)	0,5
Meropenem MIC ≥32	66 (%49,3)	38 (%57,6)	28 (%42,4)	0,5
Tedavi başlangıcında sepsis varlığı	56 (%41,8)	12 (%15,5)	44 (%77,2)	0,00
Bakteremi	36 (%26,9)	18 (23,4)	18 (%31,6)	0,29
Mikrobiyolojik kür	98 (%73,1)	63 (%81,8)	35 (%61,4)	0,01
Tedavi				
Monoterapi	56 (%41,8)	35 (%62,5)	21 (%37,5)	0,31
Kombineterapi	78 (%58,2)	42 (%54,5)	36 (%46,2)	0,31

Tablo 2. Tedavi başlangıcında sepsis olan ve olmayan hastaların tedavilerinin karşılaştırılması

	Toplam	Monoterapi	Kombineterapi	p value
Başlangıçta sepsisli hastalarda	n=56	n=17	n=39	
14 günlük mortalite	37(%66.1)	16 (%94.1)	21(%53.8)	**0.00**
28 günlük mortalite	44 (%78.6)	16 (%94.1)	28 (%71.8)	**0.04**
Başlangıçta sepsis olmayan hastalarda	n=78	n=39	n=39	
14 günlük mortalite	9(%11.5)	4(%10.3)	5(%12.8)	0.72
28 günlük mortalite	13(%16.7)	5(%12.8)	8(%20.5)	0.36
Tüm hastalarda	n=134	n=56	n=78	
14 günlük mortalite	46(%34.3)	20(%35.7)	26(%33.3)	0.77
28 günlük mortalite	57(%42.2)	21(%37.5)	36(%46.2)	0.31
Pearson Chi-Square kullanılmıştır ve p<0.05 anlamlı kabul edilmiştir.				

Tablo 3. Meropenem MIC değerlerine göre 14 ve 28 günlük mortalite oranları

	Meropenem MIC<32 (n=68)	Meropenem MIC≥32 (n=66)	p değeri
14 günlük mortalite	25(%36.8)	21(31.8)	0.5
28 günlük mortalite	29(%42.6)	28(%42.4)	0.9
Mikrobiyolojik kür	22(%32.4)	14(%21.2)	0.1

[SS-030]

Üriner Sistem Enfeksiyonlarında Çoklu İlaca Dirençli Mikroorganizmalarla İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi

Mine Filiz, Zehra Karacaer, Cumhur Artuk, Aysun Yalçı, Hanefi Cem Gül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Antimikrobiyal direncin giderek artması nedeniyle üriner sistem enfeksiyonlarının (ÜSE) yönetiminde sistematik bir yaklaşım gerekmektedir. Hastanın tedavisini belirlemeden önce; toplum kaynaklı mı hastane kaynaklı etken mi, komplike mi komplike olmayan ÜSE mi, antimikrobiyal tedaviye dirençli mikroorganizmalar açısından risk olup olmadığı netleştirilmelidir. ÜSE'de özellikle kültür öncesi tedavi seçiminde etkenin dirençli olabileceği yönündeki öngörülere ihtiyaç bulunmaktadır. Bu nedenle dirençli etkenlerle ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi tedavi seçimlerine yön verebilir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 01.01.2017-01.01.2020 tarihlerinde tanımlayıcı tipte retrospektif araştırma olarak planlanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniğinde yatan, 18 yaş üstü, toplum kaynaklı komplike ÜSE tanılı çoklu ilaca dirençli organizmaların (MDRO) etken olduğu hastalar olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu olarak MDRO dışı etken olan hastalar kabul edilmiştir. Dışlama kriterleriyse hastane kaynaklı ÜSE olması, komplike olmayan ÜSE ve asemptomatik bakteriüri tanılı hastalardır. Hastalar sorumlu mikroorganizmanın antibiyotiklere çoklu ilaca dirençli olup olmamasına göre gruplara ayrılarak risk faktörleri araştırılmıştır. MDRO Avrupa Antimikrobiyal Duyarlılık Testi Komitesi (EUCAST) kriterlerine göre belirlenmiştir. Veriler SPSS IBM 22,0 (SPSS Inc, Chicago, IL) istatistik programına aktarılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda 150 hasta dosyası incelenmiş, 46'sı çalışma dışı bırakılmıştır. Değerlendirmeye alınan 104 hastada en sık saptanan etkenler sırasıyla *Escherichia coli* (%52,9), *Klebsiella pneumoniae* (%19,2), *Pseudomonas aeruginosa* (%9,6) idi. İzolatların 46'sında (%44,2) MDRO saptanmıştır. Hastaların direnç durumuna göre demografik özellikleri ve risk faktörleri Tablo 1'de yer almaktadır. Direnç gelişimi açısından üriner fonsiyonel veya yapısal anomali, üriner sistemde obstrüksiyon, eksternal kateter varlığı, ürolojik girişim öyküsü olması, laboratuvar sonuçları gruplar arasında anlamlı fark yaratmamıştır. Ancak son üç ayda geniş spektrumlu antibiyotik kullanım öyküsünün direnç gelişimini etkileyen önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (p=0,044).

Sonuç: Komplike ÜSE geniş spektrumlu antibiyotik kullanımının önde gelen nedenlerindendir. MDRO riski yüksek olan hastaları belirlemek daha hedefli antibiyotik rejimlerinin seçilmesini sağlayabilir. Yapılan bir çalışmada MDRO için saptanan risk faktörleri; erkek cinsiyet, hastane kaynaklı komplike ÜSE tanısı, bir önceki yılda ÜSE geçirmiş olmak, kalıcı mesane sondası ve son bir ayda antibiyotik kullanım öyküsü olmasıdır. Bizim çalışmamızda da MDRO sıklığının son üç ayda antibiyotik kullanım öyküsü olan hastalarda arttığı görülmektedir. Bu çalışma akılcı antibiyotik kullanımının önemine dikkat çekmektedir ve antibiyotik yönetim politikalarında faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Üriner sistem enfeksiyonları, MDRO

Tablo 1. Hastaların direnç durumuna göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	MDRO (+)	MDRO (-)	p*
Erkek (n/%)	18/%39,1	31/%53,4	0,146
Kadın (n/%)	28/%60,9	27/%46,6	0,146
Yaş (ortalama + SS)	62±16,5	62,3±18,9	0,941
Risk faktörleri			
Üriner fonsiyonel anomali varlığı (n/%)	3/%6,5	10/%17,2	0,101
Üriner yapısal anomali varlığı (n/%)	1/%2,2	1/%1,7	0,868
Üriner sistemde obstrüksiyon varlığı (n/%)	18/%39,1	19/%32,8	0,500
Eksternal kateter varlığı (n/%)	12/%26,1	19/%32,8	0,460
Ürolojik girişim öyküsü olanlar (n/%)	11/%23,9	11/%19	0,539
Son üç ayda antibiyotik kullanım öyküsü olanlar (n/%)	32/%69,6	29/%50	0,044

*Pearson ki-kare ve Student's t-testi kullanılmıştır.

[SS-031]

Kronik Hepatit B Hastalarında Güncel Hepatit A Bağışıklık Oranı ve Hepatit C Koenfeksiyonu

Ümit Gemici, Ayşe Batırel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bu çalışmada; İstanbul ili ve çevresinde HBV ile enfekte bireylerde yaş gruplarına göre HAV seropozitifliği oranının, HAV seronegatif bireylerde hepatit A bağışıklama ihtiyacının ve eş zamanlı HCV ile enfekte olan kişilerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, Ocak 2014-Haziran 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği'ne başvuran veya klinikte yatarak izlenen, HBsAg en az altı ay boyunca pozitif olan ve yaşı 16'nın üzerinde olan hastalar yaş ve cinsiyet ayrımı gözetilmeden dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşı, cinsiyeti, HBV-DNA düzeyi, HBsAg, anti-HBe, HBeAg, anti-HCV, HCV-RNA, anti-HAV IgG, seroloji sonuçları kaydedilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların verileri hastane bilgi yönetim sisteminden retrospektif olarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamız, %39,0'u (n=613) kadın, %61,0'i (n=957) erkek olmak üzere HBV ile enfekte 1.570 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların yaşları 16 ile 89 arasında değişmekte olup, ortalama 46,04±13,92 yıldır; %6,6'sı (n=104) 25 yaş ve altında, %18,6'sı (n=291) 26-35 yaş, %25,6'sı (n=402) 36-45 yaş, %24,2'si (n=380) 46-55 yaş, %15,8'i (n=249) 56-65 yaş ve %9,2'si (n=144) 66 yaş ve üzeri olan grupta yer almaktadır. Olguların %92,2'sinde (n=1.448) anti-HAV IgG pozitif ve %0,3'ünde (n=4) anti-HCV ve HCV-RNA pozitif saptanmıştır. Serum anti-HAV IgG pozitif saptanan olguların yaşları negatif saptananlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). Farklı yaş gruplarında cinsiyete göre anti-HAV IgG pozitifliği istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Kadın ve erkek olgularda; anti-HAV IgG pozitif saptanan olguların yaşları negatif saptananlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). Anti-HCV pozitif saptanan 4 olgunun tümü erkektir.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda kronik HBV enfeksiyonu olan 16-25 yaş arası hastalarda %30,8 ve 26-35 yaş arası hastalarda ise %25,1 HAV

enfeksiyonuna duyarlılık ve HAV'a karşı immünizasyon ihtiyacı tespit edilmiştir. Çalışmamızda anti-HAV IgG seropozitifliği kronik HBV enfeksiyonu hastalarında cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. HBV ile kronik enfekte ve HAV seronegatif olguların HAV aşılaması ile korunmasına daha çok önem verilmesi ve ülke çapında daha geniş epidemiyolojik çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hepatit B, epidemiyoloji

Tablo 1. Olguların demografik özelliklerin dağılımları

		n (%)
Yaş (yıl)	Min-Mak (Medyan)	16-89 (45)
	Ort±Ss	46,04±13,92
	≤25 yaş	104 (6,6)
	26-35 yaş	291 (18,6)
	36-45 yaş	402 (25,6)
	46-55 yaş	380 (24,2)
	56-65 yaş	249 (15,8)
	≥66 yaş	144 (9,2)
Kadın	**Kadın**	613 (39,0)
	Erkek	957 (61,0)
Başvuru yılı	**2014 yılı**	397 (25,3)
	2015 yılı	444 (28,3)
	2016 yılı	202 (12,8)
	2017 yılı	173 (11,0)
	2018 yılı	210 (13,4)
	2019 yılı	144 (9,2)

[SS-032]

Bir Eğitim Araştırma Hastanesindeki Fungemilerin Üç Yıllık İzlemi

Gonca Fidan, Gülden Yılmaz, Aysun Yalçı, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Fungemileri altta yatan hastalık nedeni ile uzun süre hastanede yatış ya da immünsüprese tedavi sayısında artış olması gibi nedenlerle artık daha sık görmekteyiz. Bu hasta gruplarında uzun süre antibiyotik kullanımı olması da dikkat çekicidir. Bu çalışmamızda üç yıllık dönemde fungemi görülen hastalardaki risk faktörlerinin incelenmesi ve antibiyotik kullanımı ile ilişkisi incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda retrospektif olarak Ocak 2017-Aralık 2019 tarihleri arasında hastanemizde yatarak tedavi olan hastaların kan kültür sonuçları taranmıştır. En az bir kan kültüründe fungal üreme olan 116 hastanın risk faktörleri, kullandığı antifungal ve antibiyotiklerde epikrizleri incelenerek çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışma ortalama %48,3'ü (n=56) kadın, %51,7'si (n=60) erkek, yaş ortalaması 54,86±21,59 yıl olan toplam 116 olguyla gerçekleştirilmiştir. 2017 yılında 42, 2018 yılında 58 ve 2019 yılında ise 16 olgu izlenmiştir. Fungemi kültür sonuçlarının %100'ü *Candida* olan olguların arasında en sık *C. albicans* %42 oranında görülürken onu sırasıyla %17,2 ile *C. parapsilosis* ve %10,3 ile *C. glabrata* takip etmiştir. Ancak yıllar içindeki dağılımına bakıldığında *C. albicans*'ın (%55,3'den-%37,5'e) görülme sıklığı azalırken, *C. parapsilosis*'in ise (%15,8'den-%31,3'e) artmıştır. İmmünsüpresyon, mekanik ventilatör, parenteral nutrisyon, diyaliz, abdominal cerrahi, santral venöz kateter (SVK), geniş spektrumlu antibiyotik (GSA) kullanımı gibi risk faktörleri sıklık sırasına göre değerlendirildiğinde, olguların %96'sının GSA kullandığı, %80'inde ise SVK, %50,9'unda ise immünsüpresyon olduğudur. SVK'li olgularda literatürde *C. parapsilosis* daha sık görülse de çalışmamızda *C. albicans*'ı %41,9 ile daha sık, *C. parapsilosis*'i ise %24,7 oranında saptadık. Ayrıca tekli, ikili ve üçlü antibiyotik kullanan hastalar (n=28;57;25), fungemi tedavi süreleri bakımından 10 gün üzeri ve altı iki grupta incelenmiştir. SPSS 25 istatistik programı ile analizler yapıldığında risk faktörleri arasında en sık görülen GSA olgularında; kombinasyonda olan antibiyotik sayısı arttıkça, fungemi tedavisinin de daha uzun olduğu görülmüştür (p=0,007).

Sonuç: Hastanemizin üç yıllık dönemi incelendiğinde bu çalışma ile yıllar içerisinde hem olgu sayısının azaldığını hemde *C. albicans* hala en sık etken olsa da *C. parapsilosis*'in de azımsanmayacak ölçüde kandidemi olgularında arttığını gözlemledik. Enfeksiyon kontrol önlemlerine daha çok uyulmasına bağlı olarak olguların azaldığını düşünmekle birlikte, GSA kullanımı, SVK, özellikle immünsüpresyon gibi etkenlerin fungemi gelişiminde önemli rol oynadığı saptandı. GSA uzun dönem kullanımda barsak florasını bozarak fungemiler için risk faktörü oluşturmaktadır. Sepsis gibi sebeplerle GSA kullanmak zorunda olan hastalarda, kullanılan antibiyotik sayısı arttıkça bozulan flora nedeni ile fungemi tedavi süresinin uzadığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antifungal, fungemi, kandidemi

[SS-033]

HIV ile Yaşayan Bireylerde Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Etkenlerinin Değerlendirilmesi

Ebru Taşpınar Şen, Aliye Baştuğ, Adalet Aypak, Hürrem Bodur

Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: HIV ile yaşayan bireylerde (HİYB) cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) sıklığı artmaktadır. CYBE taramasıyla hasta ve partnerlerinin etkin tedavisi/takibi, sekonder bulaşın azaltılması, HİYB'ler ve sağlık hizmeti sunanlarda CYBE yönünden farkındalık sağlanması önemlidir. Çalışmamızda HİYB'lerde CYBE sıklığı, etken dağılımı ve risk faktörleri değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: 1 Ağustos 2018- 1 Şubat 2020 tarihleri arasında kliniğimizde yeni tanı alan ve 2000 yılından itibaren takipli olan 200 HIV/AIDS olgusunun demografik, klinik ve laboratuvar verileri hasta izlem formlarından ve hastane bilgi sisteminden kaydedilmiş olup CYBE taraması prospektif yapılmıştır. Nükleik asit amplifikasyon testi (NAAT) ile *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Trichomonas vaginalis* ve serolojik yöntemlerle *Treponema pallidum* taraması yapılmıştır.

Bulgular: Olguların %87,5'i (n=175) erkek, yaş ortalaması 38,5 (18-77) olarak saptandı. Ortalama HIV takip süresi 4,98±4,33 yıldı. Hastaların %36'sının (n=72) ilkokul mezunu, %25'inin işsiz olduğu tespit edildi. Cinsel yönelimleri değerlendirildiğinde; %53'ü (n=106) erkekle seks yapan erkek (ESE), %34,5'i (n=69) heteroseksüel erkek idi. CYBE öyküsü %29,5'inde (n=59) mevcuttu. CYBE ilişkili semptom %7'sinde (n=14), bulgu %13,5'inde (n=27) saptandı. Sifiliz tanısı alan olguların %65,8'i (n=27) ESE olup bu grupta sifiliz istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,018). İki olguda sekonder sifiliz saptanmış olup, diğer tüm olgular geç sifiliz olarak kabul edildi. NAAT ile olguların %18,5'inde (n=37) pozitiflik saptandı (Tablo 1). Hastaların tedavileri güncel rehberlere uygun şekilde düzenlendi. NAAT

pozitifliği etken kabul edilerek tedavi başlanan %7,5 (n=15), sifiliz tanısı alan %19,5 (n=39), koenfeksiyonu olan %1,5 (n=3) olgu olup toplamda CYBE sıklığı %25,5 (n=51) saptandı. Hastaların %6,5'inde (n=13) HBV koenfeksiyonu mevcuttu. Anti-HAV IgG negatif olan toplam 36 hasta (%18) olup, bunların %61'i ESE idi. Eğitim durumunun düşük olması, sigara ve alkol kullanımı NAAT pozitifliği için, CYBE öyküsü ve son 1 yıl içerisindeki partner sayısının ≥3 olması, sifiliz varlığı için istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).

Sonuç: HİYB'lerde CYBE taraması kılavuzlarda önerilmektedir. Bununla birlikte tetkik maliyeti nedeniyle NAAT rutinde yapılamamaktadır. Özellikle CYBE riskinin istatistiksel anlamlı olarak arttığı hasta grubunda NAAT taraması yapılması önemlidir. HIV ve sifiliz birlikteliği sık olduğundan tetkik ve tedavisi göz ardı edilmemelidir. ESE sayısının artması ve bu grupta anti-HAV IgG negatifliğinin yüksek olması dikkat çekicidir ve aşılamaya dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, sifiliz, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

Tablo 1. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon etkenlerinin dağılımı

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n=200	p
Chlamydia trachomatis	Pozitif	1 (0,6)	1 (4)	2 (1)	0,235
	Negatif	174 (99,4)	24 (96)	198 (99)	
Neisseria gonorrhoeae	Pozitif	1 (0,6)	1 (4)	2 (1)	0,235
	Negatif	174 (99,4)	24 (96)	198 (99)	
Mycoplasma genitalium	Pozitif	7 (4)	-	7 (3,5)	0,600
	Negatif	168 (96)	25 (100)	193 (96,5)	
Mycoplasma hominis	Pozitif	3 (1,7)	4 (16)	7 (3,5)	0,005*
	Negatif	172 (98,3)	21 (84)	193 (96,5)	
Ureaplasma urealyticum	Pozitif	18 (10,3)	6 (24)	24 (12)	0,091
	Negatif	157 (89,7)	19 (76)	176 (88)	
Trichomonas vaginalis	Pozitif	3 (1,7)	1 (4)	4 (2)	0,416
	Negatif	172 (98,3)	24 (96)	196 (98)	
Toplam	Pozitif	28 (16)	9 (36)	37 (18,5)	0,025*
	Negatif	147 (84)	16 (64)	163 (81,5)	

[SS-034]

Son Yedi Yılda Takip Ettiğimiz Enfektif Endokardit Olgularının Mortalite Analizi

Ayşe Betül Uslu Ersöz, Sibel Bolukçu, Meliha Meriç Koç

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

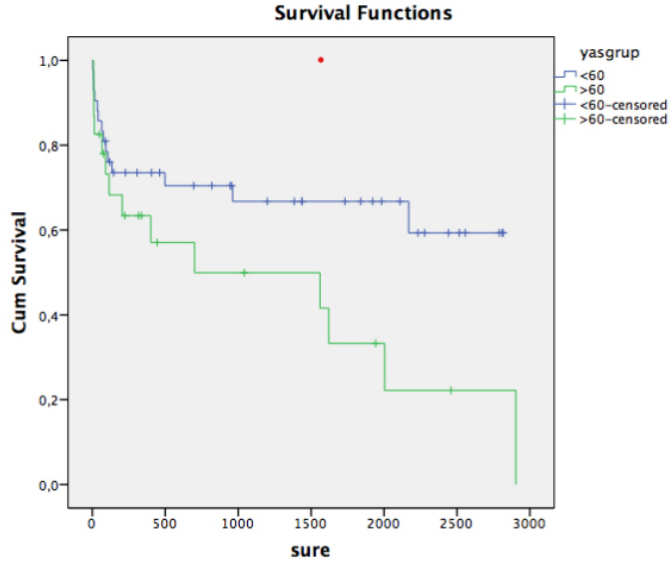
Giriş: Enfektif endokardit (EE) mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Bu çalışmada EE tanısı ile takip ettiğimiz hastalarda hastane içi ve uzun dönem mortaliteyle ilişkili faktörleri saptamak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 1 Ocak 2013-31 Ocak 2020 tarihleri arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde takip ettiğimiz, modifiye Duke kriterlerine göre kesin/olası EE tanısı alan olgular dahil edildi. Hastane içi mortalite ile ilişkli faktörler tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile, uzun dönem mortalite ile ilişkili faktörler cox regresyon analizi ve Kaplan-Meier eğrisi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 65 olgu dahil edildi. Olguların yaş ortalaması 53,3±15,9 ve %66,2'si (n=43) erkekti. Hastanede yatışı sırasında n=16 (%24,6) ve uzun dönem takiplerde n=12 (%24,5) olmak üzere toplamda n=28 (%43,1) olgu mortalite ile sonuçlandı. Hastane yatışı sırasında mortalite gelişen-gelişmeyen olguların yaşlarının ortalaması benzerdi (p=0,91). Buna karşılık uzun dönem takipte genç yaşta olanlarda hayatta kalma oranı anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,0001). En sık mitral kapakta enfeksiyon gelişti (n=32, %49,2). En sık saptanan etken *S. aureus* (n=20, %30,7) iken, olguların %27,7'sinde (n=18) etken saptanamadı. Uzun dönem takiplerinde protez kapak takılan olguların 16/44'ü (%36,4) öldü. Tek değişkenli analizlerde hastane yatışı sırasında mortalite ile sonuçlanan olguların anlamlı şekilde protez kapak enfeksiyonu olduğu (p=0,05) görüldü. Grupla irdelendiğinde ve uzun dönem takipte ise ileri yaşta olmak ve diyabetik olmanın mortalite ile ilişkili olduğu saptandı (p=0,0001, p=0,05) (Tablo 1). Opere olan ve olmayan hastaların takip süreleri benzerdi (p=0,16). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde protez kapak endokarditi olanlarda 6 kat, etken *S. aureus* olanlarda 7 kat daha fazla hastane içi mortalite gözlendi. Uzun dönem takiplerinde mortalite riski Cox regresyon modeliyle irdelendi ve 60 yaş üzerinde olanlarda mortalite yaklaşık 7 kat fazla idi. Uzun dönem takipleri 60 yaş üzerinde olanlarda anlamlı olarak kısaydı (p=0,05) (Şekil 1).

Sonuç: Hastane içi mortaliteyi arttıran faktörler protez kapak endokarditi olmak ve etkenin *S. aureus* olması idi. İleri yaş ve diyabet hastası olmak uzun dönem mortalite ile ilişkili bulundu. Sonuçların literatürdeki benzer çalışmalar ile korele olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Endokardit, epidemiyoloji, mortalite



Şekil 1. Yaş grupları ile takip süreleri arasında Kaplan Meier sağkalım eğrisi

Tablo 1.						
	Hastane içi izlem (n=65)			Uzun dönem izlem (n=49)		
	Ölü n (%)	Sağ n (%)	p	Ölü n (%)	Sağ n (%)	p
Yaş	53,7±16,2	53,2±16	0,91	68,8±14,5	48,1±13	0,0001*
Cinsiyet	-	-	0,38	-	-	0,73
Kadın	4 (25)	18 (36,7)	-	5 (41,7)	7 (58,3)	-
Erkek	12 (75)	31 (63,3)	-	13 (35,1)	24 (64,9)	-
Hipertansiyon	7 (21,9)	25 (78,1)	0,61	6 (24)	19 (76)	0,93
Kronik obstrüktif akciğer hastaliği	3 (50)	3 (50)	0,15	1 (33,3)	2 (66,7)	1
Diyabet	4 (28,6)	10 (71,4)	0,73	5 (50)	5 (50)	0,05*
Kronik böbrek yetmezliği	1 (20)	4 (80)	1	1 (25)	3 (75)	1
Serebrovasküler hastalık	2 (33,3)	4 (66,7)	0,63	0	4 (100)	0,56
Septik emboli	9 (36)	16 (64)	0,09	5 (31,2)	11 (68,8)	0,49
Sağ kalp endokarditi	10 (27,8)	26 (72,2)	0,8	6 (23,1)	20 (76,9)	0,8
Sol kalp endokarditi	5 (19,2)	21 (80,8)	0,56	6 (28,6)	15 (71,4)	0,56
Protez kapak endokarditi	8 (42,1)	11 (57,9)	0,05*	3 (27,3)	8 (72,7)	1

[SS-035]

Kolesistektomi Yapılan Hastaların Safra Kültüründen İzole Edilen Mikroorganizmalar ve Antibiyotik Direnç Paternleri: Çok Merkezli Prospektif Çalışma

Derya Öztürk Engin[1], Canan Ağalar[1], Yasemin Çağ[2], Fatma Kesmez Can[3], İlker İnanç Balkan[4], Oğuz Karabay[5], Seniha Şenbayrak[6], Buşra Meral Çetinkaya[1], Mehmet Timuçin Aydın[1], Kadir Tomas[7], Esra Dişçi[3], Ali Sürmelioğlu[6], Orhan Alimoğlu[2], Özgür Ekinci[8], Emrah Akın[5], Mehmet Köroğlu[5], Mehmet Velidedeoğlu[4], Ertunç Mega[1], Handan Ankaralı[2], Esra Koçoğlu[2], Mirkhaliq Javadov[9], Berrin Papilla-Kundaktepe[4], Naz Oguzoglu[1], Ramazan Dönmez[9], Sebahat Aksaray[6] , Fatih Ağalar[9]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

[2]Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

[3]Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Erzurum

[4]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

[5]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sakarya

[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

[7]Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon

[8]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

[9]Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş: Kolesistit, safra kesesinin enflamasyonudur. Enfeksiyon gelişme nedeni, safranın stazı ve sistik kanalın obstrüksiyonu olduğu bilinmektedir. Bu hastalarda komplike olmayan kolesistitin yanı sıra, hayatı tehdit eden sepsis tablosu ortaya çıkabilmektedir. Çok merkezli olarak planladığımız bu çalışmada amacımız, akut kolesistit nedeniyle kolesistektomi yapılan hastalarda, etken mikroorganizmaların ve direnç paternlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Ocak 2019 ve Ocak 2020 tarihleri arasında çok merkezli ve prospektif olarak yapıldı. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi (FSM EAH), Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı ve Genel Cerrahi Klinikleri katıldı. Etik kurul onayı FSM EAH'den (24.01.2019/10) alındı. Peroperatif olarak standart şekilde safra mukozası ve safra sıvısından örnekler alındı. Alınan örnekler, standart yöntemler kullanarak ekildi. Mikroorganizmanın tiplendirmesi için Phoenix sistemi (BD Diagnostics, ABD) ve Vitek 2 (bioMérieux) kullanıldı. Antimikrobiyal duyarlılık EUCAST kriterlerine göre yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 360 olgu dahil edildi. Olguların yaş ortalaması 51,15±13,22 olup, 247'si (%68,61) kadın idi. Peroperatif materyallerden 84'ünde (%23,33) üreme oldu. Olguların ikisinde iki etken birlikte üredi. Üreme olan olgular arasında değerlendirme yapıldığında; 18 olguda (%21,42) *E. coli,* 18 olguda (%21,42) *Enterococcus* spp., 18 olguda (%21,42) *Staphylococcus* spp., 9 olguda (%10,1) *Klebsiella* spp., 7 olguda (%8,33) *Streptococcus* spp., 5 olguda (%5,95) *Enterobacter* spp., 4 olguda (%4,76) *Pseudomonas* spp., 3 olguda (%3,57) *Lactobasillus* spp., birer olguda (%1,19) *Corynebacterium* spp., *H. parainfluenzae*, *Asinetobacter* spp. ve *Rothia dentocariosa* üredi. *E. coli* için 4, *Enterobacter* spp. için 2 ve *Klebsiella* spp. için 2 olgu olmak üzere, toplam 8 olguda genişlemiş-spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) pozitifliği saptandı.

Sonuç: Kolesistit çalışma grubu* olarak çok merkezli olarak planladığımız bu çalışmada, peroperatif alınan materyallerde kolesistit yapan etkenler belirlenmiştir. Çalışmamızda *E. coli*, enterokoklar ile birlikte stafilokokların da sıklıkla izole edilen etkenler arasında olması, dikkat çekicidir. Bu çalışmanın kolesistli hastaların ampirik tedavisi düzenlenirken yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

*Kolesistit çalışma grubu: Fatih Ağalar, Naz Oğuzoğlu, Mehmet Timuçin Aydın, Esra Koçoğlu, Orhan Alimoğlu, Erkan Özmen, Esra Dişçi, Sebahat Aksaray, Ali Sürmelioğlu, Emrah Akın, Mehmet Köroğlu, Berrin Papila Kundaktepe, Mehmet Velidedeoğlu, Özgür Ekinci, Kadir Tomas

Anahtar Kelimeler: Kolesistit, kolesistektomi, mikroorganizma

[SS-036]

Üretral Akıntının Gram-boyama Mikroskopisinde Yeni Yaklaşım: Öpüşen Mea-Lam Yöntemi

Mehmet Sarıer[1], Nevgün Sepin[2], Aydan Hizel[3], Mestan Emek[4], Meltem Demir[5]

[1]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Antalya
[3]Medical Park Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Antalya
[4]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya
[5]Medical Park Hastanesi, Klinik Biyokimya Kliniği, Antalya

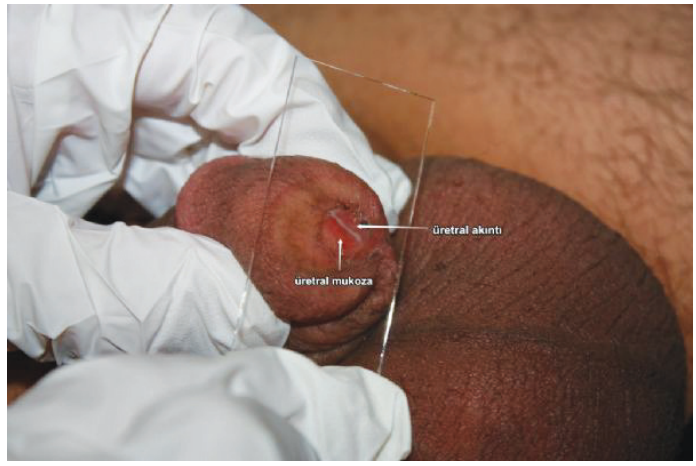
Giriş: Akut üretrit tanısında, üretral akıntının Gram-boyamanın (ÜAGB) özellikle düşük enflamasyonlu-görünür üretral akıntısı olmayan üretrit olgularında etkinliği tartışmalıdır. Klasik ÜAGB mikroskopisinin bu olgulardaki düşük duyarlılığı nedeniyle uluslararası kılavuzlar tanı için kullanılan pozitiflik eşik değerini ≥5PMNL/HPF'den ≥2PMNL/PFH'ye düşürmüştür. Bu klinik çalışmanın amacı, üretrit olgularında yeni geliştirdiğimiz Öpüşen Mea-Lam (ÖML) yöntemi ile alınan ÜAGB örnekleri ile klasik ÜAGB örneklerinin PCR sonuçları eşliğinde karşılaştırılması, bu yeni yöntemin etkinliğinin ortaya konmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu klinik çalışmaya Eylül 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında üroloji polikliniğine üretrit şikayetleri ile başvuran erkek hastalar dahil edildi. Çalışmaya alınan hastalarda önce ÖML yöntemine ile ÜAGB için örnekler alındı. Bu yöntemde penis bir elle tutularak ve 1. ve 2. parmaklar ile, glans penis hafif geriye çekilir, eksternal meatus iyice açılıp, üretral mukoza net bir şekilde görünür hale gelindkten sonra diğer elde tutulan lamın direkt mukozaya temas ettirilmesiyle örnekler alındı (Resim 1). Hastalardan daha sonra klasik yöntemle ÜAGB için örnekler alındı. Klasik yöntemde pamuklu süründü çubuğu üretradan en az 1 cm içeri sokuldu, üretra içerisinde rotasyon hareketi yapılarak alınan sürüntü örneği lam üzerine yayıldı. Eş zamanlı olarak tüm hastalardan üretral sürüntü ve ilk idrar örneğinden PCR ile üretrit patojenleri araştırıldı. *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis* ve HSV tıp 1-2'nin mutlak varlığı poztif kabul edildi. Oportunistik patojen olarak kabul edilen *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis* ve *Mycoplasma hominis* de ise >104 mikrobiyal yük, pozitif kabul edildi. ÜAGB örnekleri, pozitiflik eşik değeri olarak hem ≥5PMNL/HPF hem de ≥2PMNL/HPF'ye göre hesaplanıp PCR sonuçları ile karşılaştırıldı. Aynı şekilde görünür üretral akıntısı olmayan hastalarda da eşik değeri ≥2PMNL/HPF alınarak elde edilen bulgular, PCR sonuçları ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 64 hastanın ortalama yaşı 37,4±7,8 di. Hastaların %68,7'sinde görünür üretral akıntı yoktu. Gram-boyamada pozitiflik eşik değer 5PMNL/HPF alındığında ÖML yönteminin duyarlılığı %60 klasik yöntemin %23,3'tü. Eşik değer 2PMNL/HPF alındığında ise duyarlılık ÖML %80, klasik yöntemde %50 olarak bulundu. Görünür üretral akıntısı olmayan olgularda ise ÖML yönteminin duyarlılığı %66,6 iken klasik yöntemin duyarlılığı %20'de kaldı (Tablo 1).

Sonuç: Üretrit tanısında ÖML yöntemi ile alınan ÜAGB örnekleri, daha yüksek sensivite değerleri ile klasik ÜAGB yöntemine alternatif olabilir. Özellikle düşük enflamatuvarlı-görünür akıntısı olmayan olgularda ÖML yönteminin daha yüksek duyarlılığı klinikte bu olguların atlanmasını azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Üretrit, Gram-boyama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar



Resim 1. Öpüşen Mea-Lam yöntemi

Tablo 1. Her iki yöntemin sonuçlarının karşılaştırılması

	Öpüşen mea-Lam yöntemi	**Klasik ÜAGB yöntemi**
	Pozitiflik ≥5 PMNL/HPF alındığında	Pozitiflik ≥5 PMNL/HPF alındığında
Duyarlılık	%60 (%95 CI: 42,32, 75,41)	%23,33 (%95 CI: 11,79, 40,93)
Özgüllük	%82,35 (%95 CI: 66,49, 91,65)	%88,24 (%95 CI: 73,38, 95,33)
Diagnostik odds oranı	7 (%95 CI: 2,228, 22)	2.283 (%95 CI: 05958, 8,746)
	Pozitiflik ≥2 PMNL/HPF alındığında	Pozitiflik ≥2 PMNL/HPF alındığında
Duyarlılık	%80 (%95 CI: 62,69, 90,5)	%50 (%95 CI: 33,15, 66,85)
Özgüllük	%79,41 (%95 CI: 63,2, 89,65)	%82,35 (%95 CI: 66,49, 91,65)
Diagnostik odds oranı	15,43 %95 CI: 4,549, 52,32)	4,667 (%95 CI: 1,499, 14,53)
	Görünür akıntısı olmayan olgularda pozitiflik ≥2 PMNL/HPF alındığında	Görünür akıntısı olmayan olgularda pozitiflik ≥2 PMNL/HPF alındığında
Duyarlılık	%66,67 (%95 CI: 41,71, 84,82)	%20 (%95 CI: 7,047, 45,19)
Özgüllük	%86,21 (%95 CI: 69,44, 94,5)	%89,66 (%95 CI: 73,61, 96,42)
Diagnostik odds oranı	12,5 (%95 CI:2,774, 56,33)	2,16 (%95 CI: 0,3801, 12,35)

[SS-037]

Üriner Sistem Enfeksiyonu Tanısı Konan Ayaktan ve Yatan Hastalarda İzole Edilen *E. coli* ve *K. pneumoniae* Suşlarının Antibiyotiklere Olan Duyarlılığının Değerlendirilmesi

Kazım Kıratlı[1], Şükran Köse[2]

[1]*Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*

Giriş: İdrar yollarının herhangi bir bölgesinde çok sayıda mikroorganizma topluluğunun yerleşmesi ile oluşan hastalık tablosu genel olarak üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) olarak ifade edilir. ÜSE nedeni olan etkenlerin direnç profilleri bölgesel olarak ve hastanelere göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu çalışmada polikliniğimizde ve kliniğimizde ÜSE tanısı konan hastaların idrar kültüründe izole edilen *E. coli* ve *K. pneumoniae* etkenlerinin antibiyotik duyarlılıkları incelenerek en uygun tedavi seçeneklerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 01.12.2018-01.12.2019 tarihleri arasında poliklinikte ÜSE tanısı alanve 01.11.2016-01.11.2019 tarihleri arasında ÜSE tanısı ile yatarak takip edilen hastaların idrar kültür sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir. İdrar örneklerinin önce hücre sayımları, sonra konvansiyonel yöntemlerle kültürleri yapılmıştır. Üretilen suşların identifikasyonu ve antimikrobiyal duyarlılık testleri için BD Phoenix 100 otomatize sistemi (Becton-Dickinson, ABD) kullanılmıştır. Mevcut verilerin analizi için SPSS 20.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Ayaktan ve yatarak takip edilen ve kültüründe *E. coli* ve *K. pneumoniae* üremesi saptanan toplam 176 hasta (ayaktan: 70, yatan: 106) tespit edildi. Hastaların yaş ortalaması 57,4±13,3 (21-77) yıl olup, 103'ü (%58,5) kadındı. Toplam 176 patojenden 98'i (%55,7) *E. coli*, 78'i (%44,3) *K. pneumoinae* olarak saptandı. *E. coli*'lerin 50'si (%51) genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) salgılarken, *K. pneumoinae* kökenlerinin 47'si (%60) GSBL pozitif idi. *E. coli* için hem ayaktan hem yatan hastalarda fosfomisin, imipenem, meropenem, amikasin ve ertapeneme direnç tespit edilmedi. Seftriakson, trimetoprim-sulfametoksazol ve siprofloksasin direnci ise sırasıyla %65,3, %61,2 ve %64,2 olarak bulundu. Yatan ve ayaktan hastalarda üreyen *E. coli* etkeninin antibiyotik duyarlılıkları karşılaştırıldığında ise; gentamisin, seftazidim, amoksisilin-klavulonik asit, piperasilin-tazobaktam, amikasin, siprofloksasin, seftriakson ve sefepim arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Diğer antibiyotik direnç oranları Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada *E. coli* ve *K. pneumoniae* suşları arasında toplamda %55,1'inde GSBL pozitifliği görülmüştür. Özellikle hastane yatışı gerektiren, üriner sepsis bulguları olan hastalarda yüksek GSBL oranları olduğu da düşünülürse kültür alındıktan sonra ampirik olarak karbapenemler ve piperasilin-tazobaktam tedavide düşünülebilir. ÜSE'nin ampirik tedavisi için en sık etken olan bakterilerin duyarlılıklarının bilinmesi gerekmektedir. Yanlış tedavi seçimleri direnç oranlarını artırmakta ve ekonomik olarak da ekstra bir yük oluşturmaktadır. ÜSE'nin ayaktan tedavisinde halen sıklıkla tercih edilen siprofloksasin, trimetoprim-sulfametoksazol ve seftriakson direnci %40-65 arasında olduğundan ampirik tedavi başlanacak hastalarda dikkatli olunmalıdır. Fosfomisin duyarlılığı *E. coli* için %100 olduğu için ÜSE tedavisinde ampirik olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotik duyarlılığı, genişletilmiş spektrumlu beta-laktamaz, üriner sistem enfeksiyonu

Tablo 1. Ayaktan ve yatan hastalar için *E. coli* ve *K. pneumoniae* etkenlerinin direnç oranları

	Ayaktan hasta-*E. coli* (n=42)	Ayaktan hasta-*E. coli* (n=42)	Ayaktan hasta-*E. coli* (n=42)	Yatan hasta-*E. coli* (n=56)	Yatan hasta-*E. coli* (n=56)	Yatan hasta-*E. coli* (n=56)		Ayaktan hasta-*K. pneumoniae* (n=28)	Ayaktan hasta-*K. pneumoniae* (n=28)	Ayaktan hasta-*K. pneumoniae* (n=28)	Yatan hasta-*K. pneumoniae* (n=50)	Yatan hasta-*K. pneumoniae* (n=50)	Yatan hasta-*K. pneumoniae* (n=50)	
	Duyarlı	Orta duyarlı	Dirençli	Duyarlı	Orta duyarlı	Dirençli	p	Duyarlı	Orta duyarlı	Dirençli	Duyarlı	Orta duyarlı	Dirençli	p
Gentamisin	%66,7	-	%33,3	%46,5	-	%53,5	0,046	%85,7	-	%14,3	%74	-	%26	>0,05
Trimetoprim/ Sulfametoksazol	%38,1	-	%61,9	%39,3	-	%60,7	>0,05	%28,5	-	%71,5	%50	-	%50	>0,05
Seftazidim	%61,9	-	%38,1	%39,3	-	%60,7	0,027	%71,5	-	%28,5	%22	-	%78	<0,001
Amoksisilin-klavulonik asit	%64,3	-	%35,7	%23,2	-	%76,8	<0,001	%85,7	-	%14,3	%36	-	%64	<0,001
İmipenem	%100	-	-	%100	-	-	-	%85,7	-	%14,3	%88	%6	%6	>0,05
Piperasilin-Tazobaktam	%85,9	%4,7	%9,4	%62,5	-	%37,5	0,003	%57,2	-	%42,8	%46	%4	%50	>0,05
Ampisilin	%23,8	-	%76,2	%21,4	-	%78,6	>0,05	-	-	%100	%4	-	%96	>0,05
Ertapenem	%100	-	-	%100	-	-	-	%92,8	-	%7,2	%82	-	%18	0,186
Amikasin	%95,3	%4,7	-	%78,5	%21,5	-	0,02	%78,6	%21,4	-	%92	%8	-	>0,05
Meropenem	%100	-	-	%100	-	-	-	%100	-	-	%90	%8	%2	>0,05
Siprofloksasin	%42,9	%4,7	%52,4	%14,2	%12,5	%73,3	0,005	%28,5	-	%71,5	%14	%14	%72	>0,05
Seftriakson	%61,9	-	%38,1	%14,2	-	%85,8	<0,001	%14,3	-	%85,7	%6	-	%94	>0,05
Sefepim	%61,9	-	%38,1	%10,7	-	%89,3	<0,001	%35,7	-	%64,3	%8	%4	%88	>0,05
Fosfomisin	%100	---	---	%100	---	---	---	%57,2	---	%42,8	%58	---	%42	>0,05

[SS-038]

Hepatit B Aşılama Verileri: İmmünosüpresif Hastalarda Tek Doz mu? Çift Doz mu?

Servet Öztürk, Merve Kaçar Eker, Semra Kavas, Onur Çolak, Derya Öztürk Engin, Canan Ağalar

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Hepatit B aşılaması yüksek bağışıklık oranlarıyla bulaşın ve hastalığın azalması açısından çok önemlidir. Biz de hastanemizde hepatit B aşısı yapılan hastalarda bağışıklama oranlarını ve bunu etkileyen faktörleri irdelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: 1 Ocak 2018-1 Mayıs 2019 tarihleri arasında hastanemiz aşı birimimizde hepatit B aşısı yapılan ve aşılama sonrası bağışıklaması takip edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, komorbiditeler, aşı için yönlendirilen klinik, hangi aşı şemasının yapıldığı, immünsüpresif kullanım oranları, aşılama sonrası bağışıklama başarısı ve bağışıklık oluşmayan ve oluşan hastaların ortak özellikleri açısından irdelendi.

Bulgular: Çalışmamıza yaş ortancası 40 (18-87 yaş) yıl olan toplam 301 olgu dahil edildi. Olguların %43,2'sinde (n=130) romatolojik hastalık mevcut iken %27,9'unun (n=84) biyolojik ajan tedavisi aldığı saptandı. Hastalara 5 farklı aşılama protokolü uygulandığı belirlendi. Aşılama sonucu toplamda 7 olgunun (%2,3) antiHBs titresi <10, 81 olgunun (%26,9) 10-100 arası ve 213 olgunun (%70,8) ise antiHBs titresi >100 olarak saptandı. Aşı yanıtsızlığı, romatolojik hastalık varlığında, 50 yaş üstünde ve biyolojik ajan kullanımında istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla p=0,042, 0,018 ve 0,034). Toplam 7 hastada (%2,3) aşılamanın başarısız olduğu saptandı. Bu 7 hastanın tamamına tek doz aşı protokolü uygulandığı, biri hariç 45 yaş üstü ve eşlik eden hastalıkları (ikisi diyabetik beşi romatizmal hastalık nedeniyle biyolojik ajan kullanan) olduğu belirlendi. Bu hastalara 2. kez çift doz aşılama prosedürü uygulanmış ve tüm hastalarda bağışıklama sağlanmıştır. Biyolojik ajan tedavisi alan hastalarda tek doz ile çift doz aşı şemaları antiHBs düzeyleri açısından kıyaslandığında, çift doz aşılama ile (551,75±406,41) (n=41), tek doz aşılamaya kıyasla (366,90±412,15) (n=43) istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek antiHBs titreleri elde edildiği belirlenmiştir (p=0,017).
Sonuç: Hepatit B bağışıklamasında, biyolojik ajan kullanımı ve 50 yaş üzeri düşük aşı yanıtı için risk faktörü olarak saptanmıştır. Romatolojik hastalık tanısı konan tüm hastalara, immünosüpresif tedavi başlanmadan önce hepatit B aşısının yapılması, immünosüpresif tedavi alan olgularda aşılamanın çift doz şeklinde yapılmasının yüksek immün yanıt açısından faydalı olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B aşısı, biyolojik ajan, çift doz

[SS-040]

Lenfadenopati ile Başvuran *Bartonella henselae* İFA Pozitif Hastaların İncelenmesi

Burak Sarıkaya, Ayça İlbak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Kedi tırmığı hastalığı (KTH); lenf düğümlerinde kronik enflamasyonla seyreden *Bartonella* türlerinin etken olduğu bir hastalıktır. Çalışmada; kliniğimize başvuran, *Bartonella henselae* İFA pozitifliği saptanan hastaların klinik bulguları, tanı koymada izlenilen yöntemler ve tedavi yaklaşımları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: 01 Ocak - 31 Aralık 2019 tarihleri arasında hastanemizde takip ve tedavi edilen, *Bartonella henselae* İFA pozitif 15 olgunun dosya kayıtları incelendi. Çalışma retrospektif gözlemsel olgu serisidir. Olguların demografik verileri, kedi teması, medikal ve oküler hikaye, ateş yüksekliği, döküntü, lenfadenopati, diğer semptomlar, laboratuvar bulguları, moleküler testler, lenf nodu biyopsi yöntemi ve patoloji sonucu ile başvuru öncesi uygulanan tedavi yöntemleri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya *Bartonella henselae* İFA pozitifliği (1/64-1/1024) saptanan 15 olgu (9 kadın, 6 erkek) dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 37,4±16,8 (18-72) yıldı. Hiçbir hastada immün yetmezlik veya diyabet yoktu. Bir hastada akciğer tüberkülozu öyküsü, 1 hastada hipertansiyon, 1 hastada miyelodisplastik sendrom, 1 hastada KOAH mevcuttu. Tüm olgular lenfadenopati (12 lokal, 3 jeneralize) ile başvurmuştu. Jeneralize LAP'lerin tamamı bilateral iken, lokalize LAP saptanan olguların 8 tanesi ünilateral, 4 tanesinde bilateraldi. En sık aksiller LAP (7 olgu), sonra servikal LAP (6 olgu) ve inguinal LAP (5 olgu) saptandı. Ancak detaylı sorgulandıktan sonra 12 olgu kedi teması, 1 olgu makülopapüler döküntü ve 1 olgu görme bulanıklığı şikayetini belirtti. Görme bulanıklığı tarifleyen olguya sağ nöroretinit tanısı konuldu. Yedi olgu başvuru öncesi amprik beta-laktam antibiyotik kullanmıştı. Tüm olgulara amprik azitromisin, sağ nöroretinit olgusuna doksisiklin + rifampisin başlandı. antibiyotik sonrası yanıt alınamayan 6 olguya lenf nodu biyopsisi (1 olgu İİAB, 3 olgu True-cut, 2 olgu eksizyonel biyopsi) uygulandı. Bir olguya Kikuchi hastalığı, bir olguya tüberküloz lenfadenit, bir olguya Hodgkin lenfoma tanısı konuldu. Bu üç olguda *Bartonella henselae* İFA titresi düşük ve lenfadenopati azitromisin tedavisine cevapsızdı. İki olguda kedi tırmığı ile uyumlu granülomatöz lenfadenit ve bir olguya foliküler hiperplazi tanısı konuldu.

Sonuç: Çalışmamızda (Tablo 1) kedi temaslı hastalarda *Bartonella henselae* İFA titresi > 1/256 saptandığında KTH tanısı için çok daha anlamlı olduğu gözlendi (son 6 olgu). Daha düşük titredeki sonuçlarda öncelikli olarak diğer tanılar gözden geçirilmelidir (ilk 9 olgudan 6 diğer tanılar, 3 KTH). Ancak düşük İFA titrelerinde de KTH olabileceği akılda tutulup kesin tanı konulamayan olgularda 10-14 gün sonra İFA testi tekrarlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Bartonella henselae*, kedi tırmığı hastalığı, lenfadenopati

Tablo 1. Kedi tırmığı antikor pozitifliği olan olguların demografik özellikleri, sistemik şikayetleri ve bulguları (sözel sunum sırasında bu tablo 3 farklı tablo olarak sunulacaktır)

Tablo 1. Kedi tırmığı antikor pozitifliği olan olguların demografik özellikleri, sistemik şikâyetleri ve bulguları

Hasta no / yaş / cinsiyet	Bartonella IFA titresi	Kedi teması	Bilinen ek hastalık	Sistemik semptom	LAP S/A/I	HSM	Lenf nodu boyutu	Lenf nodu biyopsi	Kesin tanı
1 18/K	1/64	Var		Döküntü	-/+/-		28x18		KTH
2 24/K	1/64	Var			-/+/-		25x25	+	Hodgkin lenfoma
3 46/E	1/64	Var	TBC		-/-/+		60x50	+	TBC lenfadenit
4 56/K	1/64	Var	HT		-/-/+		30x10	+	Foliküler hiperplazi
5 55/E	1/64			Ateş yüksekliği	+/-/-	Var	22x16	+	kikuchi
6 24/K	1/128	Var			-/+/-		25x16		KTH
7 33/K	1/256	Var			+/+/-		10x10	+	KTH
8 72/E	1/256		MDS		+/-/-	Var	50x50		MDS sekonder
9 19/K	1/256				-/-/+		25x14		inguinal abse
10 20/K	1/512	Var		Sağ gözde görmede bulanıklık	-/+/-		21x24		KTH
11 19/E	1/512	Var		Kilo kaybı	+/-/-	Var	25x22	+	KTH
12 46/E	1/1024	Var			-/+/+		44x21		KTH
13 45/E	1/1024	Var		Ateş yüksekliği	-/+/-		32x13		KTH
14 33/K	1/1024	Var		Ateş yüksekliği	+/-/-		25x18		KTH
15 51/K	1/1024	Var	KOAH		+/+/+		33x24		KTH

IFA: İndirek floresan antikor
MDS: Myelodisplastik sendrom
HT: esansiyel hipertansiyon
LAP: lenfadenopati
S/A/I: servikal / aksiller / inguinal
HSM: hepatosplenomegali
KTH: kedi tırmığı hastalığı
K: kadın
E: erkek

[SS-041]

Antibiyotiklerin Yan Etki Takibi

Orçun Soysal, Müzeyyen Tuğçe Benli, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Antibiyotikler, kullanım sıklığı göz önünde bulundurulduğunda, güvenli sayılabilecek ilaçlar olarak değerlendirilmesine rağmen, hayatı tehdit edici yan etkilere neden olabilirler.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2019-31 Aralık 2019 tarihleri arasında, enfeksiyon hastalıkları servisinde yatarak antibiyotik tedavisi alan 578 hasta takip edildi. Olası yan etkiler Naranjo Algoritması'na göre değerlendirilerek 5 puan üzeri (Probable) saptanan 80 olgu kayıt altına alındı. Kayıt altına alınırken hastaların demografik verileri, özgeçmiş bilgileri, order edilen antibiyotik bilgileri (isimleri, kombine/monterapi) saptanan yan etkiye yönelik bilgiler (tutulan sistem, yan etki ciddiyeti, tedavi seçeneği) kaydedildi. Kombine antibiyoterapi alan hasta grubunda antibiyotik spesifik yan etki meydana geldiğinde yan etki monoterapi alan hasta grubunda değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 30'u kadın 80 hasta dahil edildimiş olup yaş ortalaması 62'ydi. Antibiyoterapiye bağlı en sık yan etkiler, hematolojik (%27,5) ve hipersensitivite reaksiyonları (%21,3) olarak görüldü. Seksen hastanın 51'inde (%63,8) kronik hastalık tanısı vardı. En sık eşlik eden kronik hastalık diabetes mellitus olarak saptandı. Hastaların %55'i monoterapi almaktaydı. Monoterapi alan hasta grubunda en sık piperasilin/tazobaktama bağlı yan etki görülürken, kombine tedavi alan grupta ise en sık yan etki linezolid içeren rejimlerde görüldü. Her iki grupta da en sık hematolojik yan etkiler saptandı. On dört günden kısa süre tedavi alan hastalarda gastrointestinal, hipersensitivite ve hematolojik yan etkiler benzer sıklıkta görülse de,14 günden daha uzun süre antibiyotik tedavisi alanlarda en sık hematolojik yan etkiler (%58,3) görüldü. Hastaların %16,3'ünde ciddi yan etkiler görüldü. Ciddi yan etkiler en sık piperasilin/tazobaktam veya linezolid içeren rejimlerin tercih edildiği hasta grubunda gözlendi. Çalışmaya dahil edilen hastaların %72'sinde antibiyoterapi rejimi değiştirildi. Ciddi yan etki görülen hastaların tamamında tedavi değişimi yapıldı. Antibiyoterapi değiştirilme oranının bu derece yüksek olmasının, birden çok alternatif rejim varlığına bağlı olduğu düşünüldü. Kreatinin yüksekliği (1,2 mg/dl üzeri) olan hastalarda ciddi yan etki sıklığı, kreatinin değeri normal olanlara oranla 2 kat fazla saptandı.

Sonuç: Hastanede yatarak tedavi alma ihtiyacı olan düşkün hastalarda tedavi rejimi seçilirken sadece antibiyotik etki spektrumu değil, karşılaşılabilecek yan etki profillerinin de öngörülerek, tedavinin hasta özelinde planlanması gerekmektedir. Çalışmada hematolojik yan etkilerin, özellikle uzun süreli antibiyotik alan hastalarda belirgin bir şekilde daha sık görülmesi nedeniyle, tedavisi 14 günden uzun sürecek hastalarda tam kan sayımı yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yan etki, antibiyotik

Tablo 1. Yan etkilerin sistemlere göre dağılımı

Yan etkiler	N= (%)	En sık saptanan antibiyotik	(N=)
Gastrointestinal sistem	12 (%15)	Tigesiklin	4/12
Santral sinir sistemi	4 (%5)	Sefepim	2/4
Hipersensitive reaksiyonları	17 (%21,3)	Karbapenem Daptomisin	5/17 4/17
Hepatoselüler sistem	14 (%17,5)	Rifampisin	5/14
Kas-iskelet sistemi	1 (%1,2)	Daptomisin	1/1
Renal sistem	10 (%12,5)	Kolistin	4/10
Hematolojik bulgular	22 (%27,5)	Linezolid	12/22

[SS-042]

HIV Enfeksiyonu ve Lenfadenopati: Biyopsi Tanıya Giden Yol Mu?

Damla Ertürk[1], Behice Kurtaran[1], Ayşe Seza İnal[1], Aslıhan Ulu[1], Süheyla Kömür[1], Ferit Kuşçu[1], Melek Ergin[2], Yeşim Taşova[1]

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

[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: HIV enfeksiyonuna eşlik eden fırsatçı enfeksiyonlar ve malignitelerin erken tanısı, enfeksiyonun başarılı tedavisi ve sonlanım açısından kritik öneme sahiptir. Hastalarda saptanan lenfadenopatinin tanısal olup olmadığının ve hangi tanıları koymaya yardımcı olduğunun belirlenmesi açısından çalışmanın yapılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 1998-2019 yılları arasında izlenen 732 hastadan 25'ine lenf nodu örneklemesi yapıldığı, dördünün ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİABx), 21'inin eksizyonel biyopsi olduğu belirlenmiştir. Biyopsilere ait hasta verileri ve sonuçları dosya kayıtlarından ve otomasyon bilgilerinden alınmıştır.

Bulgular: Ortalama yaşları 42 (20-63) yıl olan, 24'ü erkek, biri kadın 25 hasta değerlendirilmiştir. Biyopsiler hastaların %64'ünde (n=16) tanıdan sonraki ilk 3 ayda, %12'sinde (n=3) 3 ay-1 yıl arasındaki süre içinde, %24'ünde ise (n=6), tanıdan sonraki bir yıldan sonra yapılmıştır. Tanı sırasındaki CD4 (sayı) medyan değeri 225 (19-1,600) hücre/mm^3, HIV-RNA medyan değeri 164.000 (0-9.666.000) iü/ml olarak belirlenmiştir. Tanı sırasında dört hastada fırsatçı enfeksiyon belirlenmiştir. Hastaların 17'sinde (%68) lenfadenopati jeneralizeydi. Eşlik eden semptom ve bulgular sıklık sırasına göre; kilo kaybı (n=11), ateş (n=10), halsizlik (n=10), deri döküntüsü (n=7), hepatosplenomegali (n=7), iştahsızlık (n=7), terleme (n=6), balgam (n=5), eklem ağrısı (n=3), ishaldi (n=2). Örneklerin 12'si servikal, sekizi aksiller, ikisi inguinal, üçü abdominal bölgeden alınmıştır. Biyopsi sonuçlarına göre altı hastaya malignite tanısı konulmuştur: üç hastaya Kaposi sarkomu, iki hastaya non-Hodgkin lenfoma-NHL (primer kütanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma ve Burkitt lenfoma), bir hastayaysa Hodgkin lenfoma. Kaposi sarkomu olan bir hastanın lenf nodu histopatolojisi "Castlemann hastalığı" tanısını koydurtmuştur. Hastaların ikisinde kazefiye granülomatöz iltihap, birinde nekrotizan granülomatöz iltihap, birinde total nekroz ve birindeyse süpüratif nekrotizan iltihap raporlanmıştır. Bu hastalara takipte miliyer tüberküloz tanısı konulmuş ve tüberküloz tedavisi verilmiştir. Kazefiye granülomatöz iltihap raporlanıp tüberküloz tanısı konulan bir hastaya daha sonra yapılan ikinci bir biyopsiyle NHL, diffüz büyük B hücreli anaplastik tip tanısı konulmuştur. Bunların dışında dört hastanın patolojisi hiperplastik lenf nodu, ikisinin florid reaktif hiperplazi, ikisinin polimorfik lenfoid hücre popülasyonu, üçünün reaksiyonel lenf nodu olarak raporlandı. Bu hastalarda ek bir patoloji saptanmamış olup, lenfadenopatitin HIV'yle ilişkili olduğu düşünülmüştür. Serebral ve akciğerde kitlelerle tanı alan bir hastanın lenf nodu biyopsisi fungal lenfadenit olarak raporlanmış, hasta yatışının birinci haftasında fırsatçı mantar enfeksiyonu için verilen tedavisinin ilk gününde kaybedilmiştir. Batında kitle nedeniyle opere edilen iki hastanın primer lezyonuna komşu lenf nodları eksize edilmiş, ikiside reaksiyonel lenf nodu raporlanmıştır. Primer lezyonların ikiside üreteryal karsinom tanısı almıştır. İki hastada lenf nodu örneklemesi tanısal değildi, ikiside aspirasyon biyopsi örneğiydi. On örneğe dokuda tüberküloz-PCR testi istenmiş, tüberküloz tanısı alan hastalarda dahil olmak üzere hiçbir hastada pozitif sonuç saptanmamıştır. Lenf nodu örneklemesi yapılan hastalardan sekizi kaybedilmiştir.

Sonuç: İki hasta hariç tüm örnekler tanı koydurucu olmuş, Kaposi sarkom, lenfoma, tüberküloz ve fungal enfeksiyon tanısına götürmüştür. Spesifik olmayan lenfadenopatilerinse HIV'yle ilişkili olduğu düşünülmüştür. Dokuda TB-PCR testinin duyarlı olmadığı gözlenmiştir. Sonuç olarak; HIV ile enfekte bireylerde lenf nodu örneklemesi,eşlik eden malignite ve enfeksiyonların tanısını koymada yararlıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, lenfadenopati, biyopsi

[SS-043]

Q Fever Serolojisinin Klinik Olarak Retrospektif Değerlendirilmesi

Fatma Sırmatel[1], Selçuk Kılıç[2], Tuğçe Damarsoy[1], Oya Kalaycıoğlu[3], Pınar Sırmatel Bücük[4], Hasan Tahsin Gözdaş[1]

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

[2]T.C. Sağlık Bakanlığı Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Daire Başkan Vekili, Ankara

[3]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Bolu

[4]Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Edirne

Giriş: Q Fever hastalığı *Coxiella burnetii* tarafından oluşturulan zoonotik bir hastalıktır. Etken patojen insanlara enfekte hayvanların atıkları ile en sık inhalasyon ve daha az oral yol ile bulaşır. Akut Q fever olgularının %65 asemptomatik izlenirken multisistemik tutulumu ile birçok klinik tabloyu taklit etmesi ve ayırt edici tanıda akla gelmesi ile serolojik olarak konulur. Hastalık akut, kronik ve persistan olarak izlenir. Tanı ELISA, IFA ve PCR yöntemleri ile faz 1 ve faz 2 antikorlarının titrasyonu ile doğrulanır. Bölgemizde saptadığımız Q ateşi olgularını retrospektif olarak değerlendirerek kesin ve olası olguları irdeleyip ihmal edilen zoonotik hastalıklara dikkat çekmek istedik.

Gereç ve Yöntem: Son üç yıl içersinde bölgemizde olası ve kesin olarak saptadığımız Q ateşi pozitif olgular çalışmaya alındı. Olguların tanımlanması CDC kriterlerine göre konuldu (1). Tüm testler Ankara Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda IFA yöntemi ile çalışıldı. Yaşları 18-92 olan hastaların organ tutulumları, Q ateşi tanımlamasında klinik, radyolojik ve serolojik olarak irdelendi. Komorbid başka enfeksiyonlar dışlanarak kesin ve olası olgular doksisiklin tedavisine alındılar. Olgular kendi aralarında istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaşları 56,5±16,9 (18-92) olan 100 olgu organ tutulumları açısından ki-kare yöntemi ile istatistiksel olarak incelendi. Olguların 66 kesin, 34 olası Q ateşi olarak tanımlandı. Olguların hepsine doksisiklin tedavisi verildi. Sadece iki nörolojik tutulumu olan olguda mortalite izlendi. İstatistiksel olarak Q ateşi en fazla nörolojik tutulum açısından anlamlı bulundu (p=0,042). Olası ve kesin olguların organ tutulumları Tablo 1'de görülmektedir.

Sonuç: Nedeni bilinmeyen ateş veya değişik organ tutulumu olan hastalarda Q ateşi serolojisi izlenerek tanı ve tedavisinin yapılması açısından hekimlerin farkında olması gerekir. Özellikle nörolojik tutulumda izah edilemeyen klinik tablolarda yüksek endemisite alanlarında Q ateşini düşünmek için serolojik testlerin yapılması önerilir. (1. Washington State of Department of Health; Q Fever reporting and surveillance guidelines, December 2019)

Anahtar Kelimeler: *Coxiella burnetii*, Q ateşi

Tablo 1. Q ateşi serolojisine göre kesin ve olası olguların klinik olarak değerlendirilmesi

	Kesin olgu (n=66)	Olası olgu (n=34)	p
Yaş	57,3±16,6	55,1±21,4	0,620[a]
Kadın	20 (35,7)	9 (32,1)	-
Erkek	36 (64,3)	19 (67,9)	-
Sedimentasyon yüksekliği	50 (84,7)	21 (75,0)	0,273[b]
CRP pozitifliği	45 (75,0)	19 (65,5)	0,351[b]
Akciğer tutulumu	32 (48,5)	15 (44,1)	0,833[b]
Karaciğer tutulumu	13(19,7)	8 (23,5)	0,656[b]
Kalp tutulumu	3 (4,5)	2 (5,9)	1,000[c]
Böbrek tutulumu	23 (34,8)	7 (20,6)	0,140[b]
Nörolojik tutulum	27 (40,9)	7 (20,6)	0.042[b]
Kemik tutulumu	1 (1,5)	1 (2,9)	1,000[c]
Eklem tutulumu	13 (19,7)	4 (11,8)	0,318[b]
Lenfadenomegali	2 (3,0)	3 (8,8)	0,334

Data expressed as mean ± SD for continuous variables and n (%) for categorical variables. Bold p-values indicate statistical significance at α=0.05 [a]: Independent samples t-test, [b]: Pearson's ki-kare test, [c]: Fisher's Exact test

[SS-044]

EMEK Araştırma Görevlisi Gelişim Sınavlarında Bilgi Eksikliğinin Görüldüğü Konu Kapsamları

Türkkan Öztürk Kaygusuz[1], Oğuz Karabay[2], EMEK Çalışma Grubu[3]

[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Elazığ

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Verilen eğitimin amacına ne kadar ulaştığı en doğru şekilde ölçülerek öğrenilebilir. Öğrenenlerin bilgi ve beceri düzeylerindeki kazanımlarını, bireysel gelişimlerini izlemek, eğitim programının etkinliğini takip etmek ve sonuçlara göre eğitim içeriklerini düzenlemek için ölçme ve değerlendirme yapmak gerekir. Bu araştırmanın amacı, ülkemizin farklı coğrafik bölgelerinde ve eğitim kurumlarında eğitim alan; aynı zamanda hizmet veren, bu nedenle de farklı bilgi birikimine sahip olan EHKM uzmanlık öğrencilerinin, EMEK sınavlarında doğru olarak cevaplamalarında zorlandıkları, bilgi eksikliğinin görüldüğü konu kapsamlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırmada EHKM alanında eğitim alan araştırma görevlileri için 2014-2018 yılları arasında yapılan sekiz online sınav (400 soru) sonuçları değerlendirmeye alınmıştır. Soruların zorluk indeksleri hesaplanarak, doğru olarak cevaplanmasında zorluk çekilen konu başlıkları belirlenmiştir.

Bulgular: 2014-2018 yılları arasında sorulan 400 sorunun içinde doğru olarak cevaplanma oranı düşük (zorluk indeksi: zor soru) konuların kapsamı Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Klinikte az görülen hastalıkların ve temel mikrobiyoloji sorularının doğru olarak yanıtlanmasında zorlanıldığı görülmüştür. EHKM alanının uzmanlık eğitimi sürecinde bu konu başlıklarına özellikle değinilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Araştırma görevlilerinin, klinik eğitime başladıkları günden mezun oluncaya kadarki eğitim süreçleri içerisinde mesleki bilgilerindeki artış ve eksikliklerin takip edilmesi, mezuniyet sonrası performanslarına yansıması açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Madde analizi, ölçme ve değerlendirme, mezuniyet sonrası eğitim

Tablo 1. EMEK sınavlarında doğru olarak cevaplanma oranı düşük konular ve kapsamı

Konu-soru içeriği	Kapsam
Akut pankreatit	Klinik
Antibiyotik direnç mekanizmaları	Klinik mikrobiyoloji-farmakoloji
Antibiyotik genel bilgisi	Mikrobiyoloji-farmakoloji
Artropod kaynaklı enfeksiyonlar	Klinik
Bakterilerin özel mikrobiyolojik özellikleri	Bakteriyoloji
Botulizm tedavisi	Klinik
Döküntülü viral hastalıkların kliniği	Klinik
Enfeksiyona immünolojik yanıt	İmmünoloji
Enfektif endokardit	Klinik
Febril nötropeni, organ nakli	Klinik
Hastalıklara özgü izolasyon yöntemleri	Hastane enfeksiyonları
Hastane kaynaklı pnömoni etiyolojisi	Hastane enfeksiyonları
İlaç ateşi özellikleri	Genel enfeksiyon hastalıkları
İmplant cerrahi alan enfeksiyonları	Klinik
Kedi tırmığı hastalığı	Klinik
Kronik hepatit tanı ve tedavisi	Klinik
Seyahat enfeksiyonları	Klinik
Tifo aşısı	Klinik
Tüberkülin deri testi	Klinik
Viral enfeksiyonların laboratuvar bulguları	Viroloji
Virüs alt yapılandırılması	Viroloji
Bulgular kısmında sunulacak	

[SS-045]

Yoğun Bakım Ünitelerinde En Sık İzole Edilen Gram-olumsuz Bakterilerin Karbapenem Dirençleri

Gürsel Ersan, Hividar Altan, Sabri Atalay, Şükran Köse

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Çok ilaca dirençli (ÇİD) Gram-olumsuz bakterilerin tüm dünyada artışı, insan sağlığı için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Gram-olumsuz bakterilerdeki en önemli direnç mekanizması β-laktamaz üretimi olup genişlemiş spektrumlu β-laktamaz (GSBL) üreten *Escherichia coli* ve *Klebsiella* spp. suşlarıyla oluşan enfeksiyonlar ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Bununla birlikte son yıllarda karbapenemlere dirençli *E. coli* ve *Klebsiella* spp.'nin neden olduğu enfeksiyonlarda görülen artış da kaygı yaratmaktadır. Bu çalışmada hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) izole edilen *E. coli* ve *K. pneumoniae* suşlarındaki GSBL oranları ve sıklıkla izole edilen Gram-olumsuz bakterilerdeki karbapenem direnç oranlarının saptanması amaçlanmıştır.

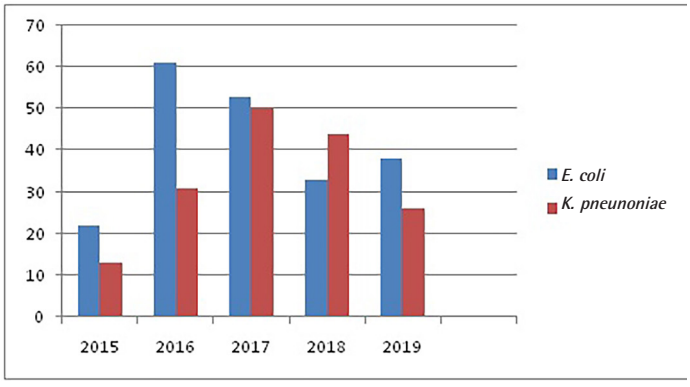
Gereç ve Yöntem: Klinik örneklerde üreyen mikroorganizmaların identifikasyonunda MALDI-TOF MS ve konvansiyonel yöntemler kullanılmıştır. GSBL tespitinde çift disk sinerji yöntemi kullanılmıştır. Antibiyotiklere karşı duyarlılık testleri Kirby Bauer disk difüzyon yöntemiyle yapılmıştır. Test sonuçları EUCAST (The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) kriterlerine göre yorumlanmıştır. Sonuçlar Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı'ndan (USHİESA) raporlanmıştır.

Bulgular: Hastanemiz YBÜ'de 2015-2019 yıllarında yatan hastaların klinik örneklerinden en sık *K. pneumoniae*, *E. coli*, *A. baumannii* ve *P.*

aeruginosa suşları izole edilmiştir. Bu suşların yıllara göre karbapenem dirençleri incelendiğinde *K. pneumoniae* ve *P. aeruginosa için* direnç oranı %40-50 arasında görülürken, son üç yılda artış saptanan *E. coli*'deki direnç oranı %17 bulunmuş, *A. baumannii* ise %80-90 aralığında dirençli olarak kaydedilmiştir. Yıllara göre direnç oranları detaylı olarak Tablo 1'de gösterilmiştir. GSBL oranları ise *E. coli* ve *K. pneunoniae* için sırasıyla 2015 yılında %22 ve %13, 2016 yılında %61 ve %31, 2017 yılında %53 ve %50, 2018 yılında %33 ve %44, 2019 yılında %38 ve %26 bulunmuştur. Yıllara göre GSBL oranları Grafik 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Lokal epidemiyolojik verilerin bilinmesi ampirik antibiyotik kullanımında yol göstericidir. Gram-olumsuz bakterilerde GSBL üretiminin azaltılması ve karbapenem direncinin önlenebilmesi için akılcı antibiyotik kullanımı ilkelerine ve enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gram-olumsuz bakteriler, GSBL, karbapenem direnci



Grafik 1. Yıllara göre GSBL oranları

Tablo 1. Yıllara göre karbapenem direnç oranları

	2015	2016	2017	2018	2019
K. pneumoniae	%51	%46,3	%44,8	%44,4	%43,5
E. coli	%95	%3,2	%5,8	%8,3	%17,9
P. aeruginosa	%40	%35,4	%21,8	%46,1	%43,1
A. baumannii	%91,7	%87	%84,6	%87,5	%89,4

[SS-047]

Yoğun Bakım Ünitesinde Ventilatör İlişkili Pnömonili Hastalarda Bireyselleştirilmiş Antibiyotik Tedavisi

Serhat Atalar[1], Gürdal Yılmaz[2], Ahmet Eroğlu[3], İftihar Köksal[4]

[1]Niksar Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Tokat

[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

[3]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Trabzon

[4]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

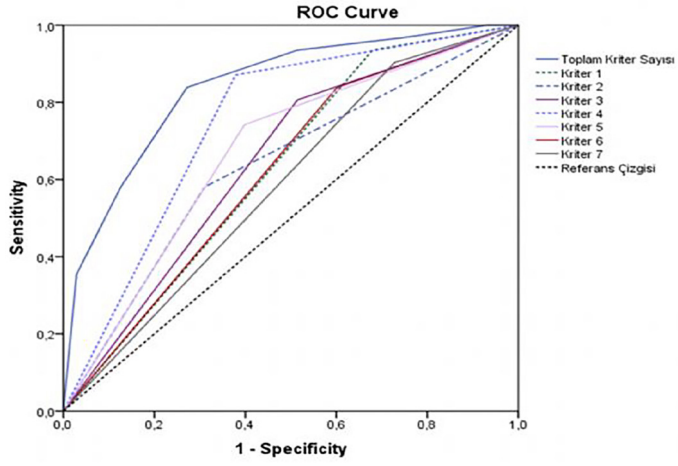
Giriş: Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) tedavisinin optimal süresi halen tartışma konusudur. Rehberlerde 7-14 günlük tedavi önerilmekle beraber çoğu hasta 14 gün veya daha uzun tedavi almaktadır. Tedavinin hangi parametreler ve kriterler ile kısaltılarak bireyselleştirilebileceği konusu açık değildir. Araştırmamızda VİP tanısı alan hastalardaki 7-10 gün tedavi alanlar ile daha uzun süreli tedavi alan iki grubun epidemiyolojik, klinik, radyolojik, laboratuvar verilerinin karşılaştırılması; böylece uygun hastalarda bireyselleştirilmiş kısa süreli tedavi kriterlerinin oluşturulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma hastanemiz yoğun bakım ünitesinde 01 Ocak 2015-30 Haziran 2018 tarihleri arasında VİP tanısı konmuş hastalarda retrospektif olarak yapıldı. Çalışmamızda dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan 111 hastanın 147 atağı değerlendirildi. Hastalar aldıkları tedavi süresine göre iki gruba [kısa süreli tedavi grubu (7-10 gün) ve uzun süreli tedavi grubu (>10 gün)] ayrıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 30 hastanın 35 atağına 7-10 günlük antibiyotik tedavisi, 81 hastanın 112 atağına >10 günlük antibiyotik tedavisi verilmişti. Her iki gruptaki hastaların 1. gün demografik ve klinik ağırlık skorları, laboratuvar değerleri çoğunlukla istatistiksel olarak benzerken (p>0,05); verilerin analizi ile; 5. gün ateş olmaması, 5. gün PCT ≤0,5 µg/l olması, 5. gün CRP <15 mg/dl olması, 5. gün PaO_2/FiO_2>300 mmHg olması, 5. gün CPIS≤4 olması, bakteriyemi olmaması ve uygun ampirik tedavi başlanmış olması kısa süreli tedavi için ayırt edici kriterler olarak belirlendi (p<0,005). Her iki tedavi kolunda da en sık karşılaşılan mikroorganizmalar *Acinetobacter baumannii* ve *Pseudomonasa aeruginosa* idi. Çalışmada kısa ve uzun süreli tedavi alan gruplara ait veriler Tablo 1'de sunulmuştur. Dört kriter veya daha fazla kriterin varlığında; eğri altında kalan alan (AUC) 0,712, duyarlılık %91,4, özgüllük %50,9, pozitif prediktif değer (PPD) %36,8, negatif prediktif değer (NPD) %95 saptandı. Dört kriter veya daha fazla kriterden birinin 5. gün PaO_2/FiO_2>300 mmHg olması şart koşulduğunda AUC 0,804'e yükselirken, PPD 51,7, NPD 94,4, duyarlılık %85,7, özgüllük %75 olmaktaydı. Kısa süreli tedavi kriterlerinin ROC analizi Şekil 1'de verilmiştir.

Sonuç: VİP nedeniyle uygun ampirik tedavi başlanılan ve bakteriyemisi olmayan hastalarda tedavinin 5. günü ateş, prokalsitonin, CRP, PaO_2/FiO_2 oranı, CPIS değerleri takip edilerek erken klinik ve laboratuvar cevabı alınan hastalarda kısa süreli tedavi yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ventilatör ilişkili pnömoni, kısa süreli antibiyoterapi, bireyselleştirilmiş tedavi



Şekil 1. Kısa süreli tedavi kriterlerinin ROC analizi grafiği. Belirlenen kriterlerin ROC analiz grafiğinde kriterlerin tümünün eğri altında kalan alanlarının büyüklükleri dikkat çekmekteydi. Eğri altında kalan alanı en büyük olan kriter 5. gün PaO_2/FiO_2>300 mmHg olmasıydı

Tablo 1. Kısa ve uzun süreli tedavi alan gruplara ait klinik, laboratuvar ve prognostik parametreler

Parametreler	KSTG (n=35)	USTG (n=112)	p	OR	%95 GA
Yaş (yıl)	61,7±17,0	61,0±19,5	0,808	-	-
Cinsiyet Erkek Kadın	 19 (%63,3) 11 (%37,7)	 54 (%66,7) 27 (%33,3)	0,918	-	-
Primer tanı Travma ve cerrahi operasyon Nörolojik hastalıklar Solunum yetmezliği Dahili hastalıklar	 7 (%23,3) 10 (%33,3) 8 (%26,7) 5 (%16,7)	 23 (%28,4) 32 (%39,5) 13 (%16) 13 (%16)	0,629	-	-
Ateş/hipotermi varlığı 1. gün	21 (%60)	87 (%77,7)	0,065	-	-
APACHE-2 skorları 1. gün	15,3	16,1	0,186	-	-
Yeni ortaya çıkan veya progrese olmuş PAAG bulgusu varlığı 1. gün	23 (%65,7)	95 (%84,8)	0,025	-	-
Ateş /hipotermi varlığı 5. gün	3 (%8,6)	37 (%33)	0,004	0,19	0,04-0,71
PCT 5. gün	2,0±3,6	6,5±12,5	0,009	-	-
PaO_2/FiO_2 5. gün	335,6±63,0	274,9±95,4	<0,001	-	-
GKS 5. gün	8,8±3,2	7,2±2,4	0,010	-	-
CPIS 5. gün	3,8±1,2	5,0±2,1	0,003	-	-
Modifikasyon günü	2,3±1,3 (n=8)	5,7±3,9 (n=63)	0,007	-	-
Uygun ampirik tedavi	32 (%91,4) (n=35)	80 (%71,4) (n=112)	0,021	4,27	1,14-18,85
VİP'ye ikincil bakteriyemi	3 (%8,6)	38 (%33,9)	0,003	0,18	0,04-0,68
VİP'siz gün sayısı	17,6±10,3	12,1±10,7	0,004	-	-
Tedavi süresi	8,7±1,5	14,5±4,2	<0,001	-	-
Tedavi sonrası antibiyotiksiz gün sayısı	15,9±22,7	8,2±10,6	0,004	-	-
Tedavi sonu mortalite	-	23 (%20,5)	0,008	-	-
28. gün mortalite	2 (%5,7)	29 (%25,9)	0,020	0,17	0,03-0,81

[SS-048]

Ekstrapulmoner Tüberküloz Olgularının Değerlendirilmesi

Arzu Tarakçı, Esma Eroğlu, Fatma Çölkesen, Fatma Kacar, Şule Özdemir Armağan, Selver Can

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Tüberküloz (TB) hemen her organı tutabilen ve oldukça geniş klinik bulgularla ortaya çıkan bir hastalıktır. Akciğer dışı tüberküloz (AD-TB), ülkemizde tüm hastaların yaklaşık %35'inde görülür. Ülkemizde, en sık görülen akciğer dışı tüberküloz plevra TB'dir. AD-TB'de tanı koymak zordur, çoğu zaman tanı atlanabilmektedir. Hastalıktan şüphelenildiğinde ve klinik laboratuvar bulgular ile desteklendiğinde anti-tüberküloz tedavi başlanmalıdır, tedavinin erken dönemde başlanması morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. Çalışmamızda AD-TB'nin sistemlere göre dağılım oranları, tanısal yöntemleri ve tedavi süreçlerinin irdelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01 Ocak 2015-30 Haziran 2019 tarihleri arasında tüberküloz tanısı alan toplam 308 olgudan AD-TB saptanan 119 olgu retrospektif olarak incelendi. On sekiz yaş altı hastalar çalışmaya dışı bırakıldı. Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı. Hastaların verileri dosyalar taranarak retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 63 (%52,9) kadın, 56 (%47) erkek hasta olmak üzere toplam 119 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 44,42±18,8 yıl (min: 18- maks: 91) idi. Predispozan komorbid hastalıklara bakıldığında 8 (%6,7) hastada diabetes mellitus, 6 (%5) hastada malignite, 8 (%6,7) hastada kronik böbrek yetmezliği, 5 (%4,2) hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı saptandı. Hastaların 113'ü (%86) ayaktan, 16'sı (%13,4) yatarak tetkik edildi. Hastaların 111'i (%92,2) yeni tanı tüberküloz, 7'si (%5,8) nüks tüberküloz, 1'i (%0,8) tedavi terk olgusu idi. Diğer AD-TB dağılımı; miliyer tüberküloz 2 (%1,6), larinks tüberkülozu 2 (%1,6), genito-üriner sistem tüberkülozu 1 (%0,8), gastrointestinal sistem tüberkülozu, 1 (%0,8), intra-abdominal tüberküloz 1 (%0,8) idi. AD-TB'de; patolojik tanı 83 (%69,7), kültür pozitifliği 26 (%21,8), aside dirençli basil pozitifliği 9 (%7,5), PPD pozitifliği 96 (%80,6) saptandı. Hastaların 118'ine 4'lü anti-tüberküloz tedavisi (izoniyazid + rifampisin + etambutol + prazinamid) başlanarak idamesi izoniyazid + rifampisin ile sürdürüldü. Bir hastada izoniyazid direnci tespit edilmesi nedeni ile idame tedavide izoniyazid + rifampisin + etambutol verildi ve tedavi süresi uzatıldı. Lenfadenit, plevra tüberkülozu, tüberküloz peritonit tanısı olan hastaların tedavileri 6 aya, menenjit ve spondilodiskit tanılı hastaların tedavileri 12 aya tamamlandı.

Sonuç: Ülkemizde tüberkülozun sık görülen bir multisistemik hastalık olduğu, her türlü semptom ile kendini gösterebileceği akılda tutulmalı, açıklanamayan intestinal veya abdominal bir patoloji varlığında tüberküloz düşünülmelidir. Klinik uyumlu ise destekleyici testler yapılmalı, uygun dokulardan biyopsi alınmalı, yeterli kanıt varsa anti-tüberküloz tedavi başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer dışı tüberküloz, histopatolojik tanı, lenfadenit

Tablo 1. AD-TB'nin sistemlere göre dağılımı

AD-TB	n	%
Lenfadenit	54	45,3
Plevra tüberkülozu	29	24,3
Peritonit	17	14,2
Spondilodiskit	9	7,5
Menenjit	3	2,5
Diğer	7	5,8
Toplam	119	100

Tablo 2. Lenfadenit dağılımları

	n	%
Servikal LAP	28	51,8
Aksiller LAP	23	42,5
Mediastinal LAP	3	5,5
Toplam	54	100
LAP: Lenfadenopati		

[SS-049]

Yıllara Göre Çeşitli Örneklerden İzole Edilen Kandida Türlerinin Antifungal Duyarlılık Dağılımı

Ahmet Cem Yardımcı[1], Dilek Arman[2]

[1]*İstinye Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

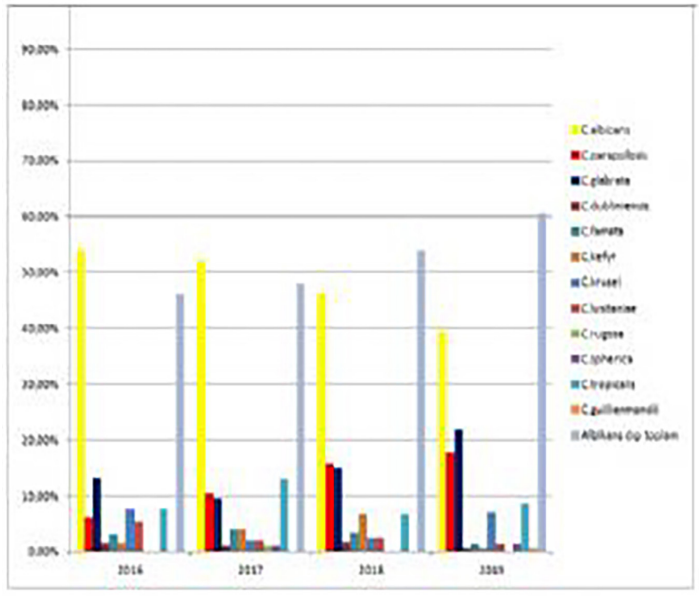
[2]*Altınbaş Üniversitesi Medical Park Bahçelievler Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Kandida türlerine bağlı enfeksiyonların daha sık görülmesi ve ampirik antifungal tedavinin yaygınlaşması, dirençli kandida suşlarının ortaya çıkmasına ve direnç oranlarının artmasına neden olmaktadır. Bu sebeple uygun ve etkin antifungal tedavinin seçiminde lokal verilerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu çalışmada son dört yılda çeşitli örneklerden elde edilen kandida türlerinin dağılımı ve antifungal duyarlılıklarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Bulgular: 2016 Nisan-2019 Aralık tarihleri arasında kan, idrar, solunum sekresyonları ve doku kültürlerinde toplam 498 kandida suşu izole edildi. Suşların yıllara göre sayıları ve dağılımı Tablo 1'de, antifungal duyarlılık oranları da Tablo 2'de belirtildi. Çalışmada yıllara göre *C. albicans*'nin sıklığında azalma ancak flukonazol duyarlılığında artış mevcuttu. Bu durum kandida enfeksiyonu ampirik tedavisinde ekinokandinleri tercih etmemizle ilişkilendirildi. Bunun yanında albikans dışı kandidalardan da *C. parapsilosis* ve *C. glabrata*'nın sıklığındaki artış ampirik tedavide bu türlere yönelik tedaviyi belirlememiz gerektiğini düşündürdü. Yıllara göre antifungal duyarlılıklara bakıldığında albikans dışı kandidalarda flukonazol MİK90 değerlerinde düşme ancak duyarlılıkta azalma mevcuttu. Bunun yanında 2018 yılında albikans dışı kandidalarda flukonazol duyarlığı diğer yıllara göre belirgin yüksekken kaspofunginde belirgin duyarlılık azalması ekinokandin grubunun daha çok kullanımı ile ilişkili olabileceğini düşündürdü. Bu durum ile ilgili olarak hastanemizde kullanılan antifungal ilaçların dağılımının belirlenmesi planlandı. Mikafunginde MİK90'da artış olması son yıllarda artmış kullanımla ilişkilendirilirken antifungal duyarlılık artış dikkati çekmiştir.

Sonuç: Sonuçta kandida türlerinin tiplendirilmesi ve antifungal duyarlılıklarının bilinmesi tedavi için önem arz etmektedir. Antifungal ilaç kullanımının etkili ve doğru kullanımı için enfeksiyon etkenlerinin dağılımı ve bunların direnç paternlerini bilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kandida, antifungal duyarlılık



Şekil 1.

Tablo 1. Yıllara göre kandida türlerinin sayıları ve dağılımları

	C. albicans											
Antifungal	2016			2017			2018			2019		
	$MİK_{50}$	$MİK_{90}$	Duyarlılık	$MİK_{50}$	$MİK_{90}$	Duyarlılık	$MİK_{50}$	$MİK_{90}$	Duyarlılık	$MİK_{50}$	$MİK_{90}$	Duyarlılık
Flukonazol	<=1	16	62%	<=1	32	64%	<=0,5	1	93%	<=0,5	2	91%
Vorikonazol	<=0,12	1	75%	<=0,12	2	68%	<=0,12	<=0,12	98%	<=0,12	<=0,12	93%
Amfoterisin B	0.5	1	96%	0.5	1	92%	0.5	1	98%	0.5	0.5	98%
Kaspofungin	0.25	0.25	100%	<=0,25	<=0,25	94%	<=0,12	<=0,25	96%	<=0,12	0.25	95%
Mikafungin	<=0,06	<=0,06	100%	<=0,06	<=0,06	94%	<=0,06	<=0,06	96%	<=0,06	<=0,06	95%
Flusitozin	<=1	<=1	97%	<=1	<=1	98%	<=1	<=1	95%	<=1	<=1	93%
	C. albicans dışı**											
	2016			2017			2018			2019		
Flukonazol	8	16	45%	<=1	16	48%	<=1	4	62%	2	8	36%
Vorikonazol	<=0,12	1	82%	<=0,12	0.25	78%	<=0,12	<=0,12	100%	<=0,12	0.5	85%
Amfoterisin B	0.5	1	91%	0.25	1	90%	<=0.25	0.5	98%	0.5	0.5	96%
Kaspofungin	0.25	0.5	95%	<=0,25	1	98%	<=0.25	0.5	77%	0,25	0.5	94%
Mikafungin	0.06	0.5	95%	<=0,06	0.5	98%	<=0.06	0.5	100%	0,12	1	96%
Flusitozin	<=1	16	78%	<=1	<=1	98%	<=1	2	90%	<=1	2	93%

Tablo 2. Kandida türlerinin antifungal duyarlılık oranları

Kandida tipi (n)	2016	2017	2018	2019	Toplam
C. albicans	70	55	56	56	237
C.parapsilosis	8	11	19	25	63
C.glabrata	17	10	18	31	76
C.dubliniensis	2	1	2	1	6
C.famata	4	4	4	2	14
C.kefyr	2	4	8	1	15
C.krusei	10	2	3	10	25
C.lusitaniae	7	2	3	2	14
C.spherica	0	1	0	1	2
C.tropicalis	10	14	8	12	44
C.guilliermondii	0	0	0	1	1
C.rugosa	0	1	0	0	1
Genel Toplam	130	105	121	142	498

[SS-050]

Diyabetik Ayak Enfeksiyonlarının Retrospektif İncelenmesi

İsa Ahmet Bal[1], Ayşe Sağmak Tartar[2], Kader Uğur[3]

[1]Kadirli Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Osmaniye

[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

[3]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş: Diyabetik ayak ülseri, diyabet hastalarında %15 oranında gelişebilen ve olguların %7-20'sinde ampütasyon gerektiren ciddi bir komplikasyondur. Diyabetik ayak ülserlerinin yarısından fazlasında enfeksiyon karşılaşılan bir sorundur; orta derece enfeksiyonların %20'sinde, şiddetli enfeksiyonların %50-60'ında osteomiyelit gelişir. Diyabetik ayak enfeksiyonu tanılı hastalar irdelenmektir.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz endokrin ve enfeksiyon hastalıkları kliniğinde 2015-2016 yılları arasında diyabetik ayak enfeksiyonu tanısı ile takip edilen hastaların demografik bilgileri, enfeksiyon gelişmesindeki risk faktörleri, diyabete bağlı komplikasyonları, laboratuvar bulguları, mikrobiyoloji sonuçları geriye dönük incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 61 hasta dahil edildi. Hastaların %68,9'u erkek (yaş ortalaması: 63,1±10,3), %31,1'i kadın (yaş ortalaması: 64±10,7) hasta idi. Elli beş (%90,2) hasta insülin, 6 (%9,8) hasta ise oral anti-diyabetik kullanmaktaydı. Hastaların HBa1c değerleri ortalaması %9±2,2 bulundu. Risk faktörlerini araştırmaya yönelik 14 hastaya arteriyel Doppler USG ve 15 hastaya venöz doppler USG çekildi. Arteriyel Doppler USG çekilen hastaların 3'ünde arteriyel yetmezlik ve 7'sinde arteriyel tıkanıklık; venöz Doppler USG çekilen hastaların ise 9'unda venöz yetmezlik ve 1'inde venöz tıkanıklık tespit edildi. Yirmi üç hastaya ayak MR görüntüleme yapıldı. Bu hastaların 17'sinde (%73,9) osteomiyelit, 3'ünde (%13) deri yumuşak doku enfeksiyonu, 2'sinde (%8,7) tenosinovit, 1'inde (%4,3) apse saptandı. Hastalarımız PEDIS sınıflandırmasına göre değerlendirildiğinde 16 (%26,2) hastada hafif şiddette, 39 (%63,9) hastada orta şiddette, 6 (%9,8) hasta ise şiddetli enfeksiyon bulguları saptandı. Ayrıca hastalarımızın 52'sinde (%85,2) kızarıklık, ısı artışı, ağrı, hassasiyet, pürülan akıntı gibi primer enfeksiyon bulguları gözlenirken; 9'unda (14,8) renk değişikliği, kötü koku, pürülan olmayan akıntı, granülasyon dokusu gibi sekonder enfeksiyon bulguları gözlendi. Otuz dört (%55,7) hastaya debritman yapıldı ve bu hastaların 6'sına daha sonra ampütasyon kararı verildi. Toplam 20 (%32,8) hastaya ampütasyon yapıldı. Altmış hastadan yara yeri kültürü alındı ve 37 hastanın kültüründe üreme saptandı. En çok etken olan mikroorganizma *S. aureus* olarak tespit edildi (Tablo 1). Hastalarımızın başvuru sırasında laboratuvar bulguları değerlendirildiğinde 25 (%41) hastada beyaz küre yüksekliği, 55 (%90) hastada ESH ve CRP yüksekliği tespit edildi.

Sonuç: Diyabetik ayak enfeksiyonları komplikasyonların oldukça ağır olması, ampütasyon ve hatta mortalite ile sonuçlanması nedeniyle ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan önemli bir sağlık problemidir. Bu yüzden diyabetik ayak oluşumunun önlenmesi hem toplumsal hem de ekonomik açıdan önemlidir ve hastalarımızda bozulmuş şeker regülasyonu dikkat çekicidir. Hastaların eğitimi ve diyabetik ayağın önlenmesi kadar diyabetik ayak enfeksiyonu gelişen kişilerde erken teşhis ve tedavi de önemlidir. Multidisipliner yaklaşımlarla osteomiyelit ve ampütasyon gibi komplikasyonlar azaltılmaya çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak, PEDİS, risk faktörleri

Tablo 1. Etken mikroorganizmalar

	n	%
Stafilococcus aureus	14	37,8
Pseudomonas aeruginosa	5	13,5
Escherichia coli	5	13,5
KNS	3	8,1
Enterobacteriaceae	3	8,1
Proteus mirabilis	2	5,4
Streptococcus spp.	1	2,7
Enterococcus spp.	1	2,7
Citrobacter spp.	1	2,7
Acinetobacter baumannii	1	2,7
Moellerella wisconsensis	1	2,7

[SS-051]

Türkiye'de Bir Üniversite Hastanesinde Endikasyon Dışı İlaç Başvurularının Retrospektif Değerlendirilmesi

Deniz Akyol, Meltem Işıkgöz Taşbakan, Oğuz Reşat Sipahi, Hüsnü Pullukçu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Türkiye'de endikasyon dışı ilaç başvurusu Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na bağlı ruhsatsız ve endikasyon dışı ilaç yönetim sistemi (REİYS) aracılığıyla yapılmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizden yapılan endikasyon dışı ilaç başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ege Üniversitesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nden Ağustos 2017-Şubat 2020 tarihleri arasında yapılmış olan endikasyon dışı ilaç başvuruları; olguların yaşı, cinsiyeti, başvurulan ilaç, altta yatan hastalık, tedavi/profilaksi gerekliliği, etken

mikroorganizma, başvuru sonucu, reddedilme nedenleri ve onay süresi açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı'ndan yazılı onam alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 108 hastaya ait 126 endikasyon dışı ilaç başvurusu dahil edilmiştir. Olguların yaş ortalaması 51,25 +/- 16,83 (min: 20, maks: 91) olup %64,8'ini (n=70) erkekler oluşturmaktadır. Başvuru yapılan en sık üç ilaç %66,6 valgansiklovir (n=84), %17,4 linezolid (n=22), %4,76 tobramisindir (n=6). Diğer başvuru yapılan ilaçlar entekavir (n=1), sofosbuvir/ledipasvir (n=1), kolistin [inhaler (n=4), intravezikal (n=3)], pegileinterferon alfa-2 (n=1), seftazidim avibaktam (n=2), glecaprevir/pibrentasvir (n=1), sidofovir (n=1) ve sofosbuvir/ledipasvir (n=1) şeklindedir. Toplam 10 hastaya (iki hastaya altı kez, sekiz hastaya da iki kez) birden fazla başvuru yapılmıştır. Çoklu başvuru yapılan hastaların ilaçları dokuz hastada valgansiklovir, bir hastada pegile-interferondur. Valgansiklovir için başvuru yapılan 84 başvurunun 63'ünde (%75) tedavi, 21'inde (%25) profilaksi amaçlanmıştır. Valgansiklovir ve linezolid için altta yatan en sık hastalık sırasıyla %42,8 kemik iliği nakli ve %22,7 spondilodiskit ile %22,7 protez enfeksiyonudur. Linezolid için 22 başvurunun 19'undan mikrobiyolojik olarak etken saptanmış olup en sık etken %40,9 oranında *S. aureus*' tur. (7 olguda metisilin dirençli) Toplam 126 başvurunun 106'sı (%84,1) onay alınmıştır. Yirmi başvurunun 9'u standart tedavi seçeneklerinin denenmesi, 8'i de literatürde profilaksi önerisinin bulunmaması nedeniyle reddedilmiştir. Ortalama onay süresi 8,48 haftadır (min: 3, maks: 48).

Sonuç: Günümüzde diğer branşlarda olduğu gibi enfeksiyon hastalıklarında da endikasyon dışı ilaç kullanım gerekliliği giderek artmaktadır. Kemik iliği nakli uygulanmış olgularda sitomegalo virüs viremisi ve kemik eklem enfeksiyonları başta olmak üzere valgansiklovir ve linezolid için geri ödeme seçenekleri ek endikasyonlar açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Endikasyon dışı onam, valgansiklovir, linezolid

[SS-052]

Enfeksiyon Kontrol Komite Üyelerinin Grip Aşısı Bilgi, Tutum ve Davranışları ile Aşılanma Durumları

Gülsüm Kaya[1], Selma Altındiş[2], Ertuğrul Güçlü[3], Oğuz Karabay[3], Mustafa Altındiş[4]

[1]Sakarya Üniversitesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya
[4]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

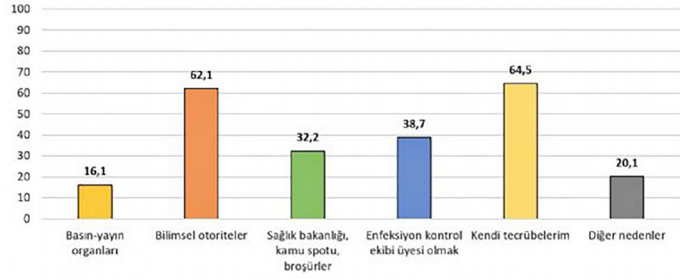
Giriş: İnfluenza tüm dünyada morbidite, mortalite ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Mesleksel nedenlerden dolayı sağlık çalışanları influenza bulaşı açısından risk altındadır. Sağlık çalışanlarına her yıl influenza aşısı uygulanması önerilmekle birlikte sağlık çalışanlarının aşılanma oranları ve bu konudaki tutumlarının istenen düzeyde olmadığı çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmada enfeksiyon kontrol komitesi (EKK) üyelerinin grip aşısı bilgi, tutum ve davranışlarıyla aşılanma durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan çalışma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınan (sayı no: 71522473/050.01.04./10) onay sonrası, literatürden destek alınarak hazırlanan ve sosyo-demografik bilgileri içeren 5 soruyla grip aşısı bilgi, tutum ve davranışlarıyla aşılanma bilgilerini içeren 16 sorudan oluşan dijital online anket ile 1 Ocak-26 Şubat tarihleri arasında Sakarya, İstanbul ve Ankara illerindeki hastanelerde çalışmaya katılmayı kabul eden EKK üyeleriyle gerçekleştirilmiştir. Veriler SPSS 21 programında analiz edildi, p değeri <0,05 anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 124 EKK üyesinin 101'i (%81,4) kadın 23'ü (%16,9) erkekti ve yaş ortalamaları 37,6 yıldı. Üyelerin mesleklere göre dağılımı değerlendirildiğinde; 24'ü (%19,3) doktor, 88'i (%70,9) hemşire, 5'i (%4) yönetici, 2'si (%1,6) eczacı ve 5'i (%4) diğer meslek gruplarındandı. Üyelerin 114'ü (%91,9) kurumlarında ücretsiz grip aşısının yapıldığını, 2'si (%1,6) indirimli uygulamayla aşı yapıldığını ve 8'i (%6,4) grip aşı uygulanmadığını bildirdi. Üyelerin influenza aşısı olma kararını etkileyen faktörler Şekil 1'de sunuldu. Son 5 yıl içinde aşılanma durumları değerlendirildiğinde EKK üyelerinin 61'i (%49,1) hiç aşı olmadığını belirtirken, 24'ü (%19,3) 1 kez, 10'u (%8) 2 kez, 18'i (%14,5) 3 kez, 7'si (%5,6) 4 kez ve yalnızca 4'ü (%3,2) 5 kez aşı olduğunu ifade etti. "2018-2019 dönemi EKK başkanınız aşı oldu mu?" sorusuna, üyelerin yalnızca 42'si (%33,8) evet cevabını verirken 27'si (%21,7) hayır ve 55'i (%44,3) bilmiyorum cevabını verdi. "2018-2019 döneminde influenza aşısı oldunuz mu?" sorusuyla, üyelerin yalnızca 31'i (%25) grip aşısı olduğunu bildirirken 93'ü (%75) grip aşısı olmadığını ifade etti. EKK üyelerinin 56'sının (%45,1) kurumlarında aşı polikliniği vardı. EKK üyelerinin demografik, sosyo-kültürel özellikleri ve grip aşısıyla ilgili sorulara verdikleri cevaplar Tablo 1'de gösterildi.

Sonuç: EKK üyelerinin bağışıklama düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı, aşı olmaya karar vermede en fazla kendi tecrübelerinin etkili olduğu, çoğunlukla kendilerini korumak için aşı oldukları ve aşı olmayanların ise risk grubunda olmadıkları için aşı yaptırmak istemedikleri sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Grip aşısı, enfeksiyon kontrol komite üyeleri, tutum-davranış



Şekil 1. Enfeksiyon kontrol komite üyelerinin influenza aşısı olma kararını etkileyen faktörler

Tablo 1. Enfeksiyon kontrol komite üyelerinin demografik ve sosyo-kültürel özellikleri ve grip aşısı ile ilgili görüşleri

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	101	81,5
	Erkek	21	16,9
Meslek	Doktor	24	19,4
	Hemşire	88	71,0
	Yönetici	5	4,0
	Eczacı	2	1,6
	Diğer	5	4,0
Enfeksiyon kontrol komitesinde çalışma süresi (yıl)	1 yıldan az	19	15,3
	1-5 yıl	57	46,0
	6-10 yıl	31	25,0
	11-15 yıl	11	8,9
	16-20 yıl	4	3,2
	>21 yıl	2	1,6

Tablo 1. Devamı

Kronik hastalık	Var	13	10,5
	Yok	111	89,5
Çocuk sahibi durumu	Var	98	79,0
	Yok	26	21,0
Evde 65 yaş üzeri birey varlığı	Var	12	9,7
	Yok	112	90,3
İnfluenza aşısının etkililiği (%)	%0-20	19	15,3
	%21-40	16	12,9
	%41-60	47	37,9
	%61-80	30	24,2
	%81-100	12	9,7
2018-2019 dönemi influenza aşısı olma nedenleri	Kendimi korumak için	35	28,2
	Altta yatan hastalıklarım nedeniyle	5	4,0
	Hastaları korumak için	12	9,7
	Ailemi ve arkadaşlarımı korumak için	20	16,1
	Ücretsiz olduğu için	0	0,0
	Rol model olmak için	15	12,1
	Basın-yayın ve bilim dünyasındaki görüşlerden etkilenmiş olduğum için	5	4,0
	Aşı etkinliğine inandığım için	25	20,2
	Hastanede yüksek riskli alanda çalıştığım için	1	0,8
2018-2019 dönemi influenza aşısı olmama nedenleri	İnfluenza öldürücü bir hastalık olmadığı için	9	7,3
	İnfluenza aşısının etkin olduğunu düşünmediğim için	21	16,9
	İnfluenza aşısının ciddi yan etkilerinin olduğunu düşündüğüm için	8	6,5
	Risk grubunda olmadığım için	32	25,8
	Aşı karşıtı olduğum için	2	1,6
	Aşı olmama rağmen laboratuvar tetkikleri ile kanıtlanan influenza geçirdiğim için	8	6,5
	Aşı olmama rağmen influenza benzeri hastalık geçirdiğim için	20	16,1
	Hastalığın aşısını olmaktansa doğal olarak geçirmenin bağışıklık sistemimi daha olumlu etkilediğini düşündüğüm için	27	21,8
	İnfluenza aşısı konusunda basın-yayın ve bilim dünyasındaki farklı görüşlerden etkilenmiş olduğum için	4	3,2
	Aşıya bağlı yan etki yaşadığım için	2	1,6
	Gebe olduğum için	2	1,6
	İhmal ettiğim için	5	4,0
	Aşı hastanemize bakanlıktan geç geldiği için	3	2,4
İnfluenza aşısına bağlı olduğu düşünülen herhangi bir yan etki	Evet	7	5,6
	Hayır	117	94,4

[SS-053]

Multipl Miyelomda Bortezomib Tedavisi ve Sitomegalovirüs Enfeksiyonu

Mine Filiz[1], Gülden Yılmaz[1], Bilge Uğur[2], İsmail Yaşar Avcı[1], Meltem Aylı[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Bortezomib bir proteozom inhibitörü olup; hem kemik iliği nakil hastalarında indüksiyon, hem de nakille yüksek doz kemoterapiye uygun olmayan hastalarda kombinasyon rejimleri içinde çok sık kullanılmaktadır. Multipl miyelomlu (MM) hastalarda bortezomib gibi yeni ajanların kullanımı, *Herpesviridae* ailesi enfeksiyonlarının insidansının artmasına neden olmuştur. Sitomegalovirüs (CMV) reaktivasyonu, MM'li hastalarda otolog nakil yapılanlarda allojenik nakillere göre daha az görülmektedir. Ancak bu hastalarda yoğun kemoterapötik rejimler sonrası CMV enfeksiyonu insidansının da arttığı bilinmektedir, bu konudaki verilerse kısıtlıdır. Bu nedenle MM'li hastalarımızdaki CMV enfeksiyonu/hastalığı sıklığını saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 01.11.2016-01.11.2019 tarihlerinde tanımlayıcı tipte retrospektif araştırma olarak planlanmıştır. Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği'nde yatan, MM'li bortezomib bazlı rejimler kullanan hastalar dahil edilmiştir. CMV enfeksiyonu ve olası/kanıtlanmış CMV hastalığı tanımlamaları IDSA 2017 CMV formu tarafından yenilenmiş verilere göre belirlenmiştir. CMV viral yükü, başlangıçta ve daha sonra semptomlardan bağımsız olarak bortezomib dozundan veya otolog kemik iliği naklinden itibaren iki haftada bir gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ile saptanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda toplam 117 MM'li hasta takip edilmiş, 12 hastanın takiplerinde CMV-PCR pozitifliği saptanmıştır. Ortalama yaşı 65,6 olan hastaların 6'sı kadındır. Hastaların çoğunluğu bortezomib, siklofosfamid ve deksametazon üçlü rejimle tedavi edilmişti (n=8, %66,7). Üç hastanın CMV-PCR değeri <1,000 kopya/ml olduğundan CMV reaktivasyonu olarak kabul edilmemiş ve tedavi verilmemiştir. Dokuz hastadaysa düşük olasılıklı CMV hastalığı gelişmiştir. Kliniklerinde 3 hastada sadece ateş ve sitopeni, 3 hastada gastrointestinal semptomlar, 4 hastada da akciğer semptomları izlenmiştir. Olası CMV hastalığı; beş hastada bortezomibli indüksiyon rejimi alırken, diğerlerindeyse bortezomibli indüksiyon rejimi tamamlanmış olup otolog kemik iliği nakli yapıldıktan sonra gözlenmiştir. Hastaların bortezomibli rejim aldıktan itibaren kanda CMV-DNAemi saptanma zamanı 13-118 gün idi (medyan= 28 gün). CMV-DNA viral yükleriyse 1,171-44.360 kopya/ml (medyan= 4,775 kopya/ml) aralığındaydı. Sadece bir hastada galaktomannan pozitifliği tespit edilmiş olup yandaş fungal enfeksiyon nedeniyle tedavi verilmiştir ve takiplerinde eks olmuştur. Tüm hastalar Gansiklovir (2x5 mg/kg/gün) ile tedavi edilmiştir, tedavi süreleriyse 14-37 gün idi (medyan= 19 gün).

Sonuç: MM'li hastalarda yeni kombinasyon rejimlerinin artan kullanımıyla CMV takibi de önem kazanmaktadır. Bortezomib hem kendisi hem de kombinasyonda kullanıldığı diğer ajanlarla CMV enfeksiyonu riskini artırmaktadır. Haftalık DNAemi takipleri sonucunda uygulanacak preemptif tedavilerle invazif hastalığa gidiş engellenebilecektir.

Anahtar Kelimeler: Multipl miyelom, bortezomib, CMV enfeksiyonu/hastalığı

[SS-054]

Antibiyotik Kullanımında Nedenler ve Uyumsuzluklar, Üçüncü Basamak Bir Hastanede Nokta Prevalans Çalışması

Burcu Çalışkan Demirkıran, Gülden Yılmaz, Cumhur Artuk, Hanefi Cem Gül, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Antibiyotikler, dünya genelinde en çok reçete edilen ilaç grupları arasındadır. Antibiyotiklerin fazla ve uygunsuz kullanımı; direnç gelişimini, yan etki sıklığında artışı ve artan maliyetleri de beraberinde getirmektedir. Çalışmamızda hastanemizde antibiyotik kullanım sıklığını, nedenlerini ve uygunsuzluk durumlarını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada 11.02.2020 tarihinde hastanemizde yatan çocuk hastanesi dışındaki tüm hastaların antimikrobik ilaç kullanımı nokta prevalans yöntemi ile değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, kullanılan antibiyotikler, antibiyotiklerin başlanma nedenleri ve süresi kaydedildi. Antibiyotik kullanım uygunluğu; hastanın antibiyotik kullanma nedeninin uygun olup olmamasına, seçilen antibiyotiğin spektrumuna, kullanım dozu ve süresine göre değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmanın yapıldığı gün hastanede yatan 887 hastanın 323'ü (%36,4) antibiyotik alıyordu. Antibiyotik alanların ortalama yaşı 56,4 ve 183'ü (%56,6) erkekti. Hastaların 191'i (%59,1) tek, 95'i iki (%29,4), 37'si (%11,4) üç ve daha fazla antibiyotik almaktaydı. Toplam kullanılan antibiyotik sayısı 503 idi (dahili klinikler %50,6, cerrahi klinikler %33,3, yoğun bakım üniteleri %15,9). En çok kullanılan antibiyotik grubu sefalosporinlerdi (Tablo 1). Antibiyotiklerin 247'si (%49,1) ampirik başlanmıştı ve enfeksiyon odağı olarak birinci sıklıkta solunum sistemi (%50,2), ikinci sıklıkta gastrointestinal sistem patolojileri (%25,5) düşünülmüştü. Profilaktik başlanan 174 antibiyotik (%34,5), dahili branşlarda daha çok kemoterapi rejimlerine yönelik verilirken cerrahi branşlarda cerrahi profilaksi amacıyla verilmekteydi. Kültür bazlı verilen tedaviler ise sırayla doku (%37,6), kan (%28,9) ve idrar (%27,5) kültürlerinde üreyen mikroorganizmalara yönelik verilmişti. En çok görülen mikroorganizmalar sırayla *P. aeruginosa* (%18,8), *K. pneumoniae* (%17,3) ve *A. baumannii* (%14,4) idi. Uygunsuz antibiyotik kullanan 64 hasta (%19,8) görüldü ve en çok sefalosporin grubu antibiyotikler uygunsuz kullanılmıştı. Bu hastaların 47'si (%73,4) cerrahi kliniklerde yatmaktaydı ve uzamış cerrahi profilaksi süresine bağlı uygunsuzluk mevcuttu. En çok uyumsuzluk görülen klinik genel cerrahi kliniği idi (%25). Hastaların %64,7'sinden enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenmişti ve konsültasyona uyum oranı %93,7 idi. Konsültasyona uyumsuzluk nedenlerine baktığımızda; antibiyotiğin önerilen süreden fazla verildiği, önerilen tedavi yerine farklı antibiyotik verildiği, önerilen tedavinin yanına ek antibiyotik eklendiği ve tedavinin kesilmesi önerilmesine rağmen antibiyotiğin devam ettiği görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda yatan hastalarda toplam antibiyotik kullanım oranı %36,4 olarak saptandı ve en çok kullanılan antibiyotik grubu sefalosporinlerdi. Uygunsuz antibiyotik kullanım oranı %19,8 idi ve çoğunluğunu (%73,4) cerrahi kliniklerde verilen uzamış cerrahi profilaksiler oluşturmaktaydı. Antibiyotik kullanımının iyileştirilmesi ile antibiyotik direncinin azaltılması, hasta prognozlarının iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması amaçlanmaktadır. Hastanelerde kurulacak antibiyotik kontrol ekipleri ile antibiyotik kullanımı kısıtlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır. Bu anlamda yapılacak antibiyotik nokta prevalans çalışmaları durum değerlendirmesi ve geri bildirim açısından anlamlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Antimikrobiyal kullanımı, nokta prevalans, uygunsuz antibiyotik kullanımı

Tablo 1. 11.02.2020 tarihinde hastanemizde kullanılan antibiyotik sayıları

Antimikrobiyal	n	%
Sefalosporin	118	23,4
Beta-laktam + beta-laktamaz inhibitörleri	92	18,2
Kinolon	49	9,8
Karbapenem	48	9,5
Antiviral	38	7,6
Antifungal	37	7,3
Anaerobik (metronidazol, ornidazol)	33	6,6
TMP-SMX	24	4,8
Makrolid	15	3,0
Glikopeptid	15	3,0
Linezolid	11	2,2
Tigesiklin	7	1,4
Kolistin	6	1,2
Aminoglukozid	3	0,6
Daptomisin	2	0,4
Rifampisin	1	0,2
Fosfomisin	1	0,2
Klindamisin	1	0,2
İzoniazid	1	0,2
Fusidik asit	1	0,2
Toplam	503	100

[SS-055]

Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Viral Etiyolojinin Belirlenmesinin Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi

Aydın Kant[1], Gürdal Yılmaz[2]

[1]Vakfıkebir Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Trabzon

[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Toplum sağlığını etkileyen hastalıkların en yaygını solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Bu enfeksiyonların tedavisinde genellikle laboratuvar incelemesi yapılmadan ve etiyolojik ajan tam olarak belirlenmeden bilinçsizce antibiyotik kullanılması yoluna gidilmektedir. Çalışmamızda son 3 ay içinde hastanemize solunum yolu enfeksiyonu belirtileriyle başvuran hastaların nazofarenks sürüntü örneklerinde tespit edilen viral patojenlerin hekimlere bildirilmesi sonucunda reçetelerdeki antibiyotik yazım oranlarındaki değişikliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na ve Trabzon Vakfıkebir Devlet Hastanesi'ne 1 Kasım 2019-31 Ocak 2020 tarihleri arasında solunum yolu semptomları ile başvuran, üst solunum yolu enfeksiyonu ve alt solunum yolu enfeksiyonu ICD tanıları ile tetkik ve tedavisi planlanan erişkin yaş grubundaki hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların başvuru tarihleri, başlıca semptomları, laboratuvar sonuçları ve reçeteleri çalışma formuna kaydedildi. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmada 236 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 47,7±19,5 olup, 128'i (%54,2) kadındı. Hastalarda en fazla karşılaşılan semptomlar halsizlik, ateş, terleme, baş ve kas ağrısı, öksürük, göz yaşarması, ses değişiklikleriydi. Hastaların 72'sinden nazofareks sürüntüsünde etiyolojik ajan incelemesi yapılmıştı. Bu incelemelerin 17'sinde moleküler testler, 26'sında hızlı tanı testleri, 29'unda ELISA testi kullanılmıştı. Yirmi bir hastada 24 etken saptandı. Hastaların 9'unda influenza A, 5'inde infuenza B, 3'ünde RSV, 1'inde koronavirüs 229/NL63, iki hastada influenza A+ koronavirüs 229/NL63 ve bir hastada infuenza B+ adenovirüs tespit edildi. Hastaların 54'ü Kasım ayında gelmiş olup, 4 hastada viral etken belirlenmişti. Kasım ayında antibiyotik reçeteleme oranı %59,3 iken, 7 hastaya oseltamivir başlanmıştı. Aralık ayında 93 hasta gelmiş olup, 10 hastada viral etken belirlenmişti. Aralık ayında antibiyotik reçeteleme oranı %40,9 iken, 19 hastaya oseltamivir başlanmıştı. Ocak ayında 89 hasta gelmiş olup, 7 hastada viral etken belirlenmişti. Ocak ayında antibiyotik reçeteleme oranı %14,6 iken, 42 hastaya oseltamivir başlanmıştı. Antibiyotik reçeteleme oranındaki azalma istatistiksel anlamlı idi (p<0,0001). Sekiz hekime antibiyotik reçeteleme oranlarındaki azalmanın nedeni sorulduğunda yedisinin istedikleri tetkiklerde viral etkenlerin tespit edilmesi nedeniyle benzer semptomlarla gelen diğer hastalarada antibiyotik reçeteleme gereği duymadıklarını ifade etmişlerdir. Bir doktor ise reçetesindeki antibiyotik oranının azalma nedeni hakkında fikrinin olmadığını beyan etmiştir.

Sonuç: Solunum yolu enfeksiyonlarının en sık nedeni viral enfeksiyonlardır. Bu enfeksiyonların bir kısmının etkeninin tespiti antibiyotik kullanım oranını azaltacak ve akılcı ilaç kullanımı için yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç, antibiyotik, viral enfeksiyonlar

[SS-056]

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin İnfluenza Aşısı ile İlgili Bilgileri, Aşılanma Durumu ve İlişkili Faktörler

Ahmet Sertçelik[1], Damla Özyürek[2], Deren Özyürek[2], Dilek Yıldırım[2], Ebru Çakmakcı[2], Fatma Nur Karaçorlu[3], Kamer Billur Yücel[2], Mustafa Enes Özden[2], Nil Kader Çağaç[4], Pınar Akarsu[4], Şerife Demir[2], Banu Çakır[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Yan Dal Eğitim Programı, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

[3]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ

[4]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü, Amerikan Aşı Uygulamaları Öneri Komitesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bağışıklama Danışma Kurulu ve Türkiye EKMUD Erişkin Bağışıklama Rehberi gibi birçok kaynak sağlık çalışanlarını influenza bulaşı açısından riskli grupta değerlendirmekte, hem sağlık çalışanlarının, hem de hizmet sundukları hastaların korunması açısından mevsimsel aşılanmalarını önermektedir. Fakültenin son üç yılında öğrencilerin hizmet sunumunda aktif rol alması kadar meslek öncesi aşılanma tutumlarının ilerideki davranışları açısından da önemli olduğu için, altıncı sınıf öğrencilerinin son üç yıldaki influenzaya karşı aşılanma durumları, bilgileri ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Şubat 2020'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf öğrencisi olan 538 öğrenciye yönelik tanımlayıcı tipte bir araştırma planlanmıştır. Tüm öğrencilerin 48 sorudan oluşan bir anketi gözlem altında anonim olarak doldurmaları hedeflenmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, sayısal değişkenler ortanca ve çeyrekler arası dağılım aralığı ile değerlendirilmiş; gruplar arası farklılıklar, değişken yapısına uygun olarak, ki-kare ve Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Analizler için SPSS ver. 23 kullanılmış, tip 1 hata değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma için davet edilen ve anketi doldurmayı kabul eden 254 öğrencinin üç yılda %33,9'ü (n=86), 2019-2020 sezonunda ise %11,8'ü (n=30) influenzaya karşı aşılanmıştır. Katılımcıların influenza aşısı olmasının bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Katılımcıların son üç yılda influenza aşısı olma durumları değerlendirildiğinde: Kadın, kronik bir hastalığı olan, kişisel influenza enfeksiyonunun riskini aşı riskinden yüksek görenler ve çevresinde (ebeveyn, arkadaş, araştırma görevlisi) influenza aşısı olan ile çocuk enfeksiyon hastalıkları rotasyonu yapan, influenza ya da aşısına yönelik eğitim alan, ücretsiz ve zamanında temin edilmesi halinde influenza aşısı yaptırmak isteyen ve aşılanmaya niyeti olanların diğerlerine kıyasla daha fazla influenza aşısı yaptırdıkları saptanmıştır. Bulgular ışığında hekim adaylarına influenza enfeksiyonun doktorlar ve hastaları üzerindeki olası etkileri ve aşı hakkında yeterli eğitim verilmesi ile hekim adaylarına ücretsiz ve zamanında influenza aşısı temin edilmesinin bu grupta influenza aşılamasını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza aşılaması, ücretsiz aşılama, tıp öğrencisi

Tablo 1. Çalışmaya katılan Hacettepe Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi altıncı sınıfı öğrencilerinin son üç yılda influenza aşısı olup olmama durumunun bazı faktörlere göre dağılımı (Ankara, Şubat 2020)

	Son 3 yılda influenza aşısı olan n (%*)	Son 3 yılda influenza aşısı olmayan n (%*)	p**	Odds oranı (%95 GA)
Cinsiyet Kadın (ref.= erkek)	60 (39,7)	91 (60,3)	0,017	1,95 (1,16-3,39)
Enfeksiyon hastalıkları rotasyonu yapan (ref.= yapmayan)	8 (34,8)	15 (65,2)	0,922	1,05 (0,43-2,57)
Çocuk enfeksiyon hastalıkları rotasyonu yapan (ref.= yapmayan)	18 (54,5)	15 (45,5)	0,007	2,70 (1,29-5,67)
Anne öğrenim durumu ön lisans ve üzeri bir okul mezunu (ref.= lise ve altı bir okul mezunu)	40 (31,0)	89 (69,0)	0,329	1,30 (0,77-2,18)
Baba öğrenim durumu ön lisans ve üzeri bir okul mezunu (ref.= lise ve altı bir okul mezunu)	65 (34,9)	121 (65,1)	0,545	1,20 (0,66-2,18)
Yaşadığı yer Yurtta/konukevinde (ref.= evde tek) Evde-birden çok kişiyle (ref.= evde tek)	21 (35,6) 52 (30,6)	38 (64,4) 118 (69,4)	0,102	0,51 (0,20-1,32) 0,41 (0,17-0,95)
Aile gelir algısı orta-yüksek ve yüksek (ref.= orta altı)	44 (38,9)	69 (61,1)	0,126	1,50 (0,89-2,54)
Son 3 ay içinde influenza atağı geçirme evet (ref.= hayır)	25 (34,7)	47 (65,3)	0,430	0,97 (0,54-1,74)

Tablo 1. devamı				
Son 3 ay içinde çevresinde influenza geçirme evet (ref.= hayır)	59 (36,6)	102 (63,4)	0,428	1,29 (0,67-2,53)
İnfluenza ve aşı için eğitim alma alan (ref.= almayan)	51 (43,2)	67 (56,8)	0,003	2,20 (1,29-3,73)
Bu sezon çevresinde influenza aşısı yaptıran kimse olan (ref.= kimse yok)	68 (42,0)	94 (58,0)	<0,001	3,15 (1,71-5,81)
Bu sezon ebeveynlerinden influenza aşısı olan (ref.= olmayan)	19 (63,3)	11 (36,7)	<0,001	4,11 (1,85-9,11)
Bu sezon çevresindeki öğretim üyelerinden influenza aşısı olan (ref.= olmayan)	18 (46,2)	21 (53,8)	0,070	1,88 (0,94-3,76)
Bu sezon arkadaşlarından influenza aşısı olan (ref.= olmayan)	56 (45,5)	67 (54,5)	<0,001	2,91 (1,69-5,02)
Bu sezon çevresindeki araştırma görevlilerinden influenza aşısı olan (ref.= olmayan)	23 (53,5)	20 (46,5)	0,002	2,75 (1,41-5,36)
Ücretsiz ve zamanında temin edilirse aşı (ref.= istemeyen)	81 (39,3)	125 (60,7)	0,001	4,93 (1,86-12,9)
Sağlık çalışanı olmak dışında ek bir influenza aşısı endikasyonu olma durumu (ref.= yok)	18 (32,7)	37 (67,3)	0,840	0,94 (0,50-1,77)
Kronik hastalık (ref.= yok)	13 (61,9)	8 (38,1)	0,005	3,56 (1,41-8,93)
Bireysel olarak algılanan risk İnfluenza enfeksiyon riski daha yüksek Benzer risk (ref.= aşının riskini daha yüksek bulanlar)	80 (37,7) 2 (11,8)	132 (62,3) 15 (88,2)	0,020	2,88 (0,95-8,76) 0,63 (0,10-3,94)
	Ortanca (ÇADA)	**Ortanca (ÇADA)**	**p*** **	**Cevaplayan sayısı**
Yaş	24 (1)	25 (1)	0,07	254
Tıp fakültesindeki öğrencilik süresi (yıl)	6 (0)	6 (1)	0,17	253
En son alınan influenza/influenza aşısı eğitimi üzerinden geçen zaman (ay)	12 (21)	12 (21)	0,97	106
İnfluenzaya yakalanma risk algısı (1-7 puan)	5 (2)	4 (2)	<0,001	254
İnfluenzaya bağlı ciddi komplikasyon risk algısı (1-7 puan)	2 (2)	2 (2)	0,58	254
İnfluenza enfeksiyonu için toplam risk algısı (2-14 puan)	7 (3)	6 (3)	<0,001	254
İnfluenza aşısına bağlı yan etki gelişme risk algısı (1-7 puan)	2 (2)	2 (2)	0,64	253
İnfluenza aşısına bağlı ciddi yan etki gelişme risk algısı (1-7 puan)	1 (1)	1 (1)	0,25	253
İnfluenza aşısı için toplam risk algısı (2-14 puan)	3 (3)	3 (3)	0,36	252
İnfluenza aşısı olma niyeti (1-7 puan)	6 (2)	3 (3)	<0,001	252
İnfluenza aşısı bilgi puanı (0-12 puan)	10 (2)	10 (3)	0,96	247
GA: Güven aralığı, ÇADA: Çeyrekler arası dağılım aralığı, ref.: referans *: Satır yüzdesi, **: χ^2 istatistiğinin p değeri, ***: Mann-Whitney U testinin p değeri				

[SS-057]

HIV Pozitif Hastalarda Önerilen Aşı Programlarının Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Ayşe Uyan Önal[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[2], Tansu Yamazhan[2], Ayşe Deniz Gökengin[2], Oğuz Reşat Sipahi[2], Ayşın Zeytinoğlu[3], Hüsnü Pullukçu[2]

[1]Kastamonu Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kastamonu

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

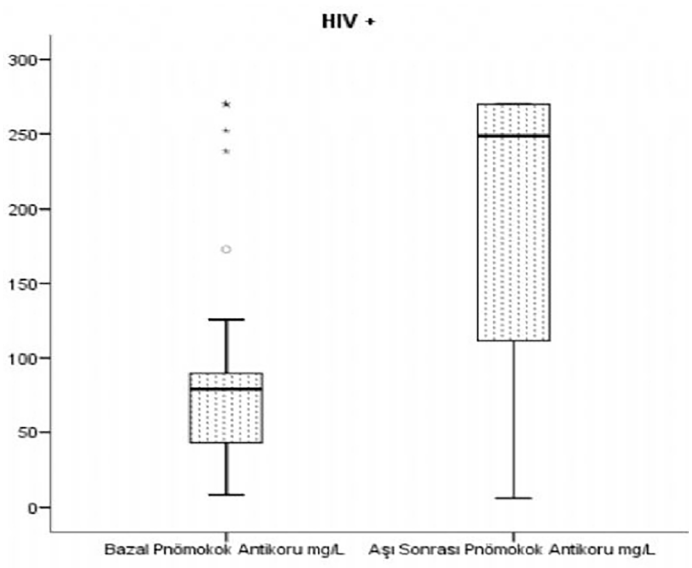
Giriş: Çalışmanın amacı HIV pozitif hastalarda aşı ile korunabilen hastalıklara karşı aşı öncesi ve sonrası immün yanıtı değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne veya Aşı Polikliniği'ne 1 Ocak 2016-8 Ekim 2018 tarihleri arasında başvuran HIV pozitif hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Belirtilen hasta gruplarında pnömokok, hepatit B ve hepatit A aşısı uygulanan, aşı öncesi ve aşı sonrası serolojik testleri bulunan hastaların demografik özellikleri, immün yetmezlik durumu ve aşı yanıtları kaydedilmiştir. Aşı yanıtı ve aşı yanıtını etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 128 hasta çalışmaya alınmıştır. Aşı öncesi ve aşı sonrası immün yanıt sırasıyla 36, 69 ve 48 hastada pnömokok, hepatit A ve hepatit B aşısı için değerlendirilmiştir. Pnömokok aşısı sonrası pnömokok antikor titrelerinde istatiksel anlamlı artış saptanmıştır. CD4 sayısı ile bazal pnömokok antikoru ve aşı sonrası pnömokok antikoru arasında korelasyon saptanmamıştır (Grafik 1). CD4 sayısı <350 hücre/mm^3 olan olgularda aşı ile antikor yanıtı artanların oranı %81,8 iken, ≥350 hücre/mm^3 olan olgularda %84 saptanmıştır. CD4 sayısına göre pnömokok antikorundaki artış arasında istatiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,609). CD4 sayısının hepatit B aşı yanıtına etkisi değerlendirildiğinde; CD4 sayısı <350 hücre/mm^3 olan olgularda bağışıklık %56,3 oranında iken, CD4 sayıs ≥350 hücre/mm^3 olan olgularda bağışıklık oranı %88,7 saptanmıştır. CD4 sayısının ≥350 hücre/mm^3 olması ile hepatit B aşısına bağışıklık yanıt istatiksel anlamlı olarak artmaktadır (p=0,008). HIV-RNA düzeyi ile hepatit B aşısına yanıt arasında ilişki saptanmamıştır (p=0,35). Hepatit A aşısı uygulanan 48 HIV pozitif hastanın 46'sında (%95) aşı sonrası bağışıklık gelişmiştir.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda HIV pozitif hastalarda pnömokok aşısının etkinliğinin gösterilmiş olması nedeniyle pnömokok aşısı HIV pozitif hastalara uygulanmalıdır. CD4 sayısı ile pnömokok aşısına yanıt arasında ilişki gözlenmezken, CD4 sayısının hepatit B aşısına yanıtı etkilediği gösterilmiştir. Sonuç olarak rehber önerileri doğrultusunda HIV pozitif hastalara aşıları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, aşı, CD4



Grafik 1. HIV pozitif hastalarda aşı öncesi ve aşı sonrası pnömokok antikor dağılımı

[SS-058]

KHB Hastalarında Non-invaziv Belirteçlerin Fibrozis-nekroenflamasyonu Öngördürme Değeri, Yeni Model Geliştirme

Şeymanur Sağlam[1], Ayşe Batırel[2]

[1]Maltepe Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

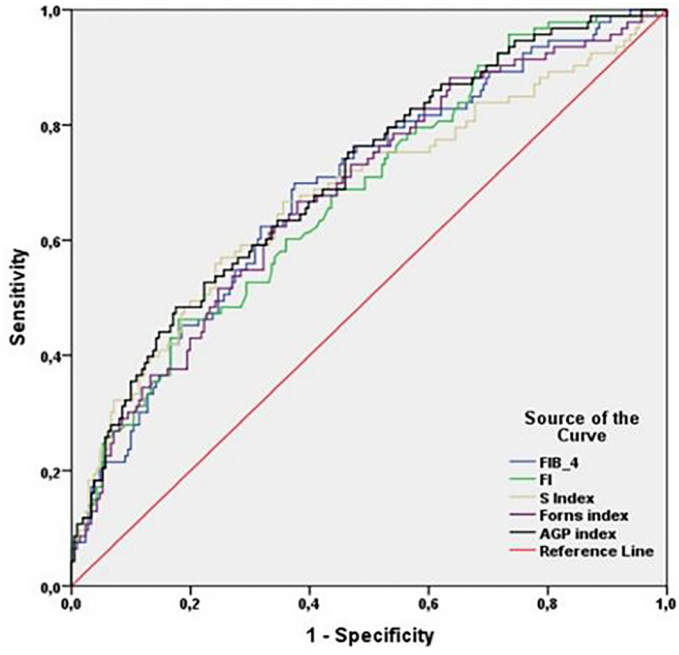
Giriş: Dünyada ve ülkemizde önemini koruyan hepatit B'nin tedavi planında karaciğer biyopsisinin yerini alabilecek invaziv olmayan, objektif değerlendirilen, tekrarlanabilen yöntemler araştırılmaktadır. Bu çalışmada literatürde denenmiş 20 non-invaziv indeksin hepatik fibrozis ve nekroenflamasyonu öngördürme değeri, birbirlerine üstünlükleri araştırıldı. Ayrıca, elimizdeki verilerle fibrozis ve nekroenflamasyon için farklı yeni indeksler geliştirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada tedavi naiv, karaciğer biyopsisi yapılmış olan 304 KHB hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm olguların karaciğer biyopsileri öncesinde bakılan hemogram alt parametreleri, biyokimyasal testler, koagülasyon testleri ve hepatit göstergeleri kaydedildi. Biyopsi histopatolojileri Modifiye-ISHAK skorlamasıyla değerlendirildi. Fibrozis evresi ≥3 olan olgular anlamlı hepatik fibrozis, HAI derecesi ≥6 olan olgular anlamlı hepatik nekroinflamasyon grubu olarak kabul edildi. Yirmi non-invaziv indeksin [AST/Platelet ratio (APRI), FIB-4, AST/ALT ratio (AAR), nötrofil/lenfosit ratio (NLR), RDW/PLT ratio (RPR), Albümin/Globülin ratio (AGR), GGT/Platelet indeks (GAPI), AST/GGT ratio (AGR*), Globülin/Platelet indeks (GP), Fibro Q, Fibrosis indeks (FI), King's skoru, Göteborg University Cirrhosis indeks (GUCI), S indeks, Fibrosis Cirrhosis indeks (FCI), AST to Albümin ratio (ATAR), Age/Platelet indeksi (API), Cirrhosis Discriminant score (CDS), AST/Platelet/GGT/AFP indeks (APGA), Forns indeks] tanısal doğruluğu ROC analizi kullanılarak değerlendirildi. Yeni model geliştirmede lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Anlamlı fibrozis ve nekroenflamasyon grubunda yaş, AST ve GGT medyan değerlerinin yüksek olduğu, platelet düzeyi ortalamasının düşük olduğu bulundu. Yirmi indeksten NLR ve AGR* hariç diğerlerinin anlamlı fibrozis evresini, NLR, AAR, AGR, AGR* hariç diğerlerinin ise anlamlı nekroenflamasyonu istatistiksel anlamlı olarak saptadığı görüldü. Elimizdeki verilerle regresyon analizleriyle fibrozisi öngörmede AGP (Albümin, GGT, Platelet) indeksi, nekroenflamasyonu öngörmede LPG (Lenfosit, Platelet, GGT) indeksi geliştirildi. Fibrozis evresi ≥3, ≥5 ve HAI derecesi ≥6 olan olguları saptamada en iyi AUROC değerlerine sahip olan indeksler sırasıyla AGP indeks (0,708), GP indeks (0,828) ve LPG indeks (0,723) olarak bulundu. Bulunan AUROC değerleriyle indeksler karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç: Hepatik fibrozisi öngörmek için geliştirilmiş indeksler HAI derecesini de tahmin edebilmektedir. Çalışmamızda karşılaştırdığımız 20 non-invaziv indeksten NLR ve AGR* hariç diğerlerinin fibrozisi saptamada, NLR, AAR, AGR, AGR* hariç diğerlerinin ise anlamlı nekroenflamasyonu saptamada istatistiksel anlamlı olarak birbirlerine üstünlüğü bulunmamaktadır. Anlamlı hepatik fibrozis ve nekroenflamasyonu yeni geliştirdiğimiz AGP ve LPG indeksler en az bugüne dek literatürde yayınlanmış diğer indeksler kadar öngördürebilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hepatit B, fibrozis-nekroenflamasyon, non-invaziv yöntemler



Şekil 1. Fibrozis (≥3) için en iyi sonuç veren 4 indeks ve yeni oluşturulan indeksin (AGP indeks) ROC altında kalan alanları

[SS-059]

Türkiye'de Üçüncü Basamak Bir Eğitim Hastanesi'nde Septik Şok: 739 Olgunun Prospektif Değerlendirmesi

Deniz Akyol[1], Cansu Bulut Avşar[1], Uğur Önal[1], Ayşe Uyan Önal[1], Damla Akdağ[1], Merve Mert[1], Gamze Şanlıdağ[1], Dilşah Başkol[1], Seichan Chousein Memetali[1], Hilal Sipahi[2], Sercan Ulusoy[1], Oğuz Reşat Sipahi[1]

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

[2]Bornova İlçe Sağlık Müdürlüğü, İzmir

Giriş: Bu çalışmada bir üçüncü basamak üniversite hastanesi olan kurumumuzdaki septik şok (SS) tanısı ile izlenen hastaların mortalite özelliklerinin ve klinik sonuçlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Septik şok tanılı (sepsis + hipotansiyon + vazopressör ajan alma) ve enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji konsültan hekimleri tarafından Aralık 2013-Ekim 2019 tarihleri arasında değerlendirilmiş olgular prospektif olarak takip edilmiştir. Arteryal kan gazında laktat düzeyi 2 mmol/l kriteri 23 Şubat 2016 tarihinden sonra 3. Uluslararası Sepsis ve Septik Şok Uzlaşma Raporu sonrası septik şok tanı kriterlerine eklenmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS 22 kullanılmış p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 739 hasta [ortalama yaş 65,55±15,16 (minimum: 19, maksiumum: 117), %42,89 kadın] dahil edildi. Tüm olguların %53.17'si (n=393) toplum kökenli, %46,82'si (n=346) hastane kökenli septik şoktu. Ortalama CRP, lökosit, prokalsitonin değerleri sırasıyla 17,35±12,23 mg/dl, 16,806±22,102/mm^3 ve 24,81±33,74 µg/l idi. Arteriyel kan gazında laktat 634 olguda mevcuttu (ortalama: 5,44±4,56 mg/dl). En sık enfeksiyon odağı pnömoni (n=401), intraabdominal enfeksiyon (n=188) ve üriner sistem enfeksiyonuydu (n=174). Mikrobiyolojik etken olguların %45,7'sinde (n=338) izole edildi. En sık tespit edilen etiyolojik ajanlar 101 *E. coli* (76 ESBL+), 66 *K. pneumoniae* (42 karbapenem dirençli), 65 mantar ve 38 *Acinetobacter* spp. (35 karbapenem dirençli) idi. Etken izole edilenlerin 115'inde (%34,02) birden fazla mikroorganizma izole edilmiştir. Otuz günlük mortalite %66,98 (495/739) olup intraabdominal enfeksiyon alt grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (%76,5 144/188 vs %63,7 351/551, p=0,0016). Mortalite etiyolojik ajan izole edilenlerde anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (176/338-%52 vs 319/401-%79,5) (p<0,0001). İki yüz otuz altı olguda qSOFA skoru 3'tür ve 30 günlük mortalite oranı qSOFA'sı 1 ya da 2 olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,00001) [(185/236-%78,3 (qsofa3) vs 235/366-%64,2 (qsofa2) vs 75/137-%54,7 (qSOFA1)]. Bir aylık mortalite oranı toplum kökenli SS'de %65,3 (257/393), hastane kökenli SS'de %68,7'dir (238/346) (p=0,347).

Sonuç: SS hastaları enfeksiyon kaynağı açısından farklı özellikler göstermektedir ve sepsis tanısı için kullanılan qSOFA skoru >2'nin kötü klinik sonuçlarla ilişkili olduğu görülmektedir. Mikrobiyolojik olarak etiyolojinin belirlenmesi sağkalım açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Septik şok, mortalite, qSOFA

[SS-060]

Böbrek ve Kemik İliği Nakilli Hastalarda Aşı Programlarının Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Ayşe Uyan Önal[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[2], Tansu Yamazhan[2], Ayşe Deniz Gökengin[2], Oğuz Reşat Sipahi[2], Ayşın Zeytinoğlu[3], Hüsnü Pullukçu[2]

[1]Kastamonu Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kastamonu

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

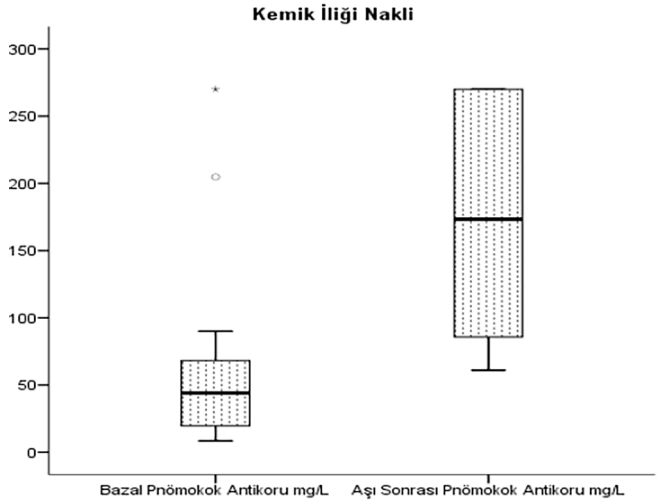
Giriş: Çalışmanın amacı retrospektif olarak böbrek nakilli ve kemik iliği nakilli hastalarda aşı ile korunabilen hastalıklara karşı aşı öncesi ve sonrası immün yanıtı değerlendirmektir.

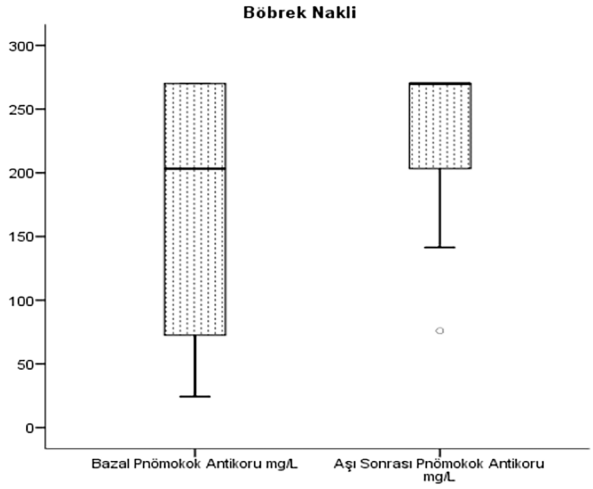
Gereç ve Yöntem: Ege Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne veya Aşı Polikliniği'ne 1 Ocak 2016-8 Ekim 2018 tarihleri arasında başvuran kemik iliği nakilli ve böbrek nakilli hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Belirtilen hasta gruplarında pnömokok, hepatit B ve hepatit A aşısı uygulanan, aşı öncesi ve aşı sonrası serolojik testleri bulunan hastaların demografik özellikleri, immün yetmezlik durumu ve aşı yanıtları kaydedilmiştir. Aşı yanıtı ve aşı yanıtını etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamında 25 kemik iliği nakilli ve 15 böbrek nakilli hasta değerlendirilmiştir. Nakil sonrası aşı başlanma medyan süresi sırasıyla kemik iliği nakillilerde yedi ay, böbrek nakillilerde 26 aydır (p=0,010). Pnömokok aşısı tamamlanan 20 kemik iliği nakilli hastanın aşı öncesi ve aşı sonrası pnömokok antikorları sırasıyla 44,09 mg/l ve 173,35 mg/l saptanmıştır (p=0,001). Pnömokok aşısı tamamlanan 12 böbrek nakilli hastanın aşı öncesi ve sonrası pnömokok antikorları sırasıyla 203,30 mg/l ve 270 mg/l saptanmıştır (p=0,036). Her iki immün yetmezlikli grupta da pnömokok aşısı sonrası istatiksel anlamlı pnömokok antikor artışı görülmüştür. Hepatit B aşısı uygulanan 12 kemik iliği nakilli hastanın sekizinde (%66,6) serokonversiyon görünmüştür. Böbrek nakilli 15 hastanın sadece beşine nakil öncesi hepatit B aşısı uygulanmıştı, nakil sonrası hepatit B aşısı ile ise altı hastanın ikisinde bağışıklık gelişmiştir. Kemik iliği nakilli hastaların 23'ünde HAV IgG pozitif saptanmış, HAV IgG negatif saptanan ve iki doz aşı uygulanan bir hastada bağışıklık gelişmiştir. Böbrek nakilli hastaların tamamında HAV IgG pozitif saptanmıştır.

Sonuç: Her iki immünosüpresif hasta grubunda pnömokok aşı etkinliğinin gösterilmiş olması nedeniyle pnömokok aşısı kemik iliği ve böbrek nakilli hastalara uygulanmalıdır. Böbrek nakilli hastalarda nakil sonrası aşı yanıtı azaldığından bu hastaların nakil öncesi aşılanması önemlidir. İmmün yetmezlikli hastaların rehber önerileri doğrultusunda aşıları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, kemik iliği nakli, aşı





Şekil 1, 2. Kemik iliği ve böbrek nakilli hastalarda aşı öncesi ve sonrası pnömokok antikor dağılımı

[SS-061]

Vücut Kitle İndeksi Yüksek Olan Hastalar ile Normal Olan Hastaların Tetanoz Antikor Düzeylerinin Karşılaştırılması

Nevin İnce[1], Attila Önmez[2], Emel Çalışkan[3]

[1]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

[2]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

[3]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

Giriş: Tetanoz, *Clostridium tetani*'nin tetnospazmin isimli ekzotoksininin neden olduğu, jeneralize rijidite ve spazmlarla karakterize, öldürücü bir hastalıktır. Bu çalışmada vücut kitle indeksi (VKİ) yüksek hastalardaki tetanoz antikor seviyelerinin normal bireylere göre durumunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Dahiliye Polikliniği'nde takip edilen VKİ'si ≥25 olan hastalar dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise VKİ <25 olan bireylerden oluşturulmuştur. Her iki grup son 10 yıl içinde tetanoz aşılaması yaptırdığını ifade etmiştir. Tetanoz antikorlarının saptanmasında Tetanus anti-toksin IgG Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) kitleri (Euroimmun, Almanya) kullanılmıştır. Tetanoz anti-toksin IgG ≥0,1 IU/ml olanlar bağışık kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya VKİ≥25 olan 67 hasta ile 21'i kontrol grubu olmak üzere toplam 88 kişi dahil edilmiştir. VKİ yüksek hastaların yaş ortalaması 47±14, kontrol grubunun ise 39±18 idi (p=0,060). İki grubun cinsiyet dağılımı benzer olup VKİ yüksek hastaların %86,5'i, kontrol grubunun %74,1'i kadındı (p=0,179). Eğitim seviyeleri de iki grup için benzerdi (p=0,056). Her iki grupta da tetanoz antikor seviyeleri koruyucu düzeyde (≥0,1 IU/ml) saptanmış olmakla birlikte obez hastalardaki ortalama antikor düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur (obez hastalarda 0,788±0,602, kontrol grubunda 1,112±0,398, p=0,022).

Sonuç: Obezite, özellikle ülkemizde son yıllarda gittikçe artan ve birçok metabolik hastalığı da beraberinde getiren önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Aşılama ile önlenebilen hastalıklarda VKİ arttıkça aşılama ile ilgili düzenlemeler yapılabileceği akla gelmektedir. Çalışmamızda her ne kadar koruyucu düzeylerde olsa da VKİ yüksek olan hastalarda kontrol grubuna göre düşük antikor titrelerinin saptanmış olması bu kişilerin daha yakın takip edilmesi gerektiğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tetanoz antikoru, obezite

[SS-062]

Diyabetik Ayak Yarasının Hastaların Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Durumu Üzerine Etkisi

Özlem Kuman Tunçel[1], Merve Mert[2], H. Aytaç Erdem[2], A. Murat Öztürk[3], Arman Vahabi[3], Gamze Şanlıdağ[2], Ilgın Yıldırım Şimşir[4], Meltem Işıkgöz Taşbakan[2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir

[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Diabetes mellitus'da (DM) yaşam kalitesi, hastalığın gidişinin önemli bir göstergesidir. Bu çalışmanın amacı diyabetik ayak yarası (DAY) komplikasyonu olan hastaların, DAY komplikasyonu olmayan DM tanılı hastalardan depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından farklarını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın örneklem grubunu DM tanısı olan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı tarafından izlenmekte olan çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar oluşturmaktadır. Anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemek için hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD), yaşam kalitesini değerlendirmek için kısa form-36 (SF-36) kullanılmıştır.

Bulgular: DAY olan 68 hastanın 22'si (%32,4), DAY olmayan 45 hastanın ise 27'si (%60) kadındı (p=0,004, χ^2=8,428). Tip 1 DM oranı DAY grubunda %4,5 iken, DAY olmayan grupta %15,9'du (p=0,049, Fisher kesin testi çift yönlü). DAY grubunun %61,9'unda DM ile ilişkili başka komplikasyonlar da varken DAY olmayan grubun %32,4'ünde başka komplikasyonlar mevcuttu (p=0,004, χ^2=8,102). DAY olan grupla DAY olmayan grup arasında son bir yıl içinde hastanede yatmış olmak, anksiyete bozukluğu ve depresyon riski gibi veriler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. İki grup arasında HAD ölçeğinden alınan depresyon ve anksiyete skorları ile SF-36 alt ölçek

puanları karşılaştırıldığında tek farklılık fiziksel işlevsellik puanlarında bulunmuştur (Tablo 1). DAY olmayan grupta yaş ile fiziksel işlevsellik puanı arasında ters korelasyon saptanmışken (p=0,005, r=-0,420) DAY olan grupta böyle bir durum söz konusu değildir (p=0,491, r=-0,088).

Sonuç: DAY komplikasyonu olan hastaların diğer DM hastalarından daha yaşlı olduğu, DM süresinin daha uzun olduğu ve fiziksel işlevsellik açısından daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir. Anksiyete ve depresyon skorları ile diğer yaşam kalitesi alt ölçek puanları açısından ise bir farklılık saptanmamış, anksiyete bozukluğu ve depresyon riskinin her iki grupta benzer olduğu saptanmıştır. Fiziksel işlevsellik puanındaki farklılık DAY'nin neden olduğu kısıtlılık ile ilişkili olabileceği gibi bu grubun daha yaşlı bir grup olması ile de ilişkili olabilir. Bu konuda daha büyük örneklemli ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak, diabetes mellitus, depresyon

Tablo 1. Diyabetik ayak komplikasyonu olan ve olmayan hastaların hastalık ile ilgili özellikler, psikiyatrik durum ve yaşam kalitesi alt ölçekleri açısından karşılaştırılması

	Diyabetik ayak+	Diyabetik ayak +	Diyabetik ayak-	Diyabetik ayak-	
Değişken	Ortalama	ss	Ortalama	ss	İstatistik
Yaş	62,31 (n=67)	10,22	53,7 (n=44)	15,27	t=-3,287, p=0,002
Mental sağlık	55,74 (n=62)	18,79	56,8 (n=45)	16,62	t=0,302, p=0,763
	Ortanca	ÇAA	Ortanca	ÇAA	
DM süresi (yıl)	15 (n=61)	14	10 (n=36)	13	Z=-2,710, p=0,007
Açlık kan şekeri (mg/dl)	140 (n=59)	69	153 (n=26)	55	Z=-1,059, p=0,290
HbA1c	8 (n=46)	3,2	7,4 (n=15)	2	Z=-1,022, p=0,307
Anksiyete puanı	7 (n=68)	5	6 (n=45)	8	Z=-0,639, p=0,523
Depresyon puanı	8 (n=68)	5	7 (n=45)	7	Z=-0,618, p=0,537
Fiziksel fonksiyon	25 (n=65)	47,5	47,5 (n=44)	53,75	Z=-2,928, p=0,003
Fiziksel rol güçlüğü	0 (n=64)	25	0 (n=44)	75	Z=-1,136, p=0,256
Ağrı	41 (n=65)	53	51 (n=43)	43	Z=-1,328, p=0,184
Genel sağlık	40 (n=65)	36	45 (n=45)	30	Z=-0,122, p=0,903
Vitalite	40 (n=64)	38,75	45 (n=45)	30	Z=-0,025, p=0,980
Sosyal fonksiyon	50 (n=62)	50	50 (n=45)	43,75	Z=-0,248, p=0,804
Emosyonel rol güçlüğü	33,33 (n=61)	66,67	33,33 (n=43)	66,67	Z=-0,588, p=0,556

SS: Standart sapma, ÇAA: Çeyreklar arası aralık, DM: Diabetes mellitus

[SS-063]

Hematolojik Maligniteli Hastaların Febril Nötropeni Ataklarında Ampirik Tedavi Uygunluğunun ve Mortalite Üzerine Etki Eden Faktörlerin Araştırılması

Müzeyyen Tuğçe Benli[1], Emin Ediz Tütüncü[2], İrfan Şencan[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kars

Giriş: Febril nötropeni (FEN) hematolojik maligniteli hastalarda önemli bir mortalite sebebi olup bu çalışmada FEN tanısı ile tetkik ve tedavisi yapılan hastalardaki ampirik tedavi uygunluğu ve mortaliteye etki eden faktörler araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Ocak 2018-Ocak 2020 tarihleri arasında hastanemiz hematoloji servisinde yatan 147 hastadaki 238 FEN atağının enfeksiyon hastalıkları hasta takip formlarındaki verileri SPSS 15.0 programında değerlendirildi. Hastaların takiplerinde dirençli suş izole edilmesi, 3-5 gün sürecinde klinik yanıt alınamaması veya sepsis nedeniyle hastaların kaybedilmesi halinde ampirik tedavi başarısız kabul edildi.

Bulgular: İki yıllık çalışma süresince 57'si (%38,8) kadın 147 FEN hastası değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 56,2 idi (19-89). Hastaların 49'unda tekrarlayan FEN atağı gözlendi. Ataklarda ortalama nötropeni süresi 22 (3-136), ateşli gün sayısı 8 (1-50) gündü. FEN ataklarının %37,8'i akut miyeloblastik lösemi (AML), %10,5'i akut lenfoblastik lösemi (ALL), %33,6'sı lenfoma, %18,1'i miyelodisplastik sendrom (MDS) ve multipl miyelom (MM) olgularında gelişti. Tanı atakların 108'inde (%45,4) klinik, 93'ünde (%39,1) mikrobiyolojik olarak konurken 37'sinde (%15,5) ateş odağı bulunamadı. Hastalardan alınan 107 kültürün 71'inde (%66,3) Gram-olumsuz etken saptanmış olup en sık *Escherichia coli* (%39,3) izole edildi. İki yüz otuz sekiz FEN atağının 67'sinde (%28) kan kültüründe üreme belirlendi. Kan kültüründe üreme olmasının mortaliteyi belirgin oranda artırdığı saptandı (p=0,000). Mikrobiyolojik tanı alan 30 üriner sistem enfeksiyonunun altısı, 11 yumuşak doku enfeksiyonunun üçü, yedi pnömoni hastasının biri bakteriyemi ile seyretti. Atakların %57,9'unda ampirik olarak monoterapi, %42,1'inde kombine tedavi başlandığı gözlendi. Monoterapide en sık piperasilin tazobaktam 83 (%60,1) kombine tedavide meropenem ve linezolidin 23 (%23) tercih edildiği saptandı. En yüksek mortalite oranı (%32) ALL tanısı ile takip edilen hasta grubunda gözlendi. Tedavi başarısı ampirik tedavide modifikasyon ihityacı olmayanlarda %50, olanlarda %31,5 idi. Tedavi modifikasyon ihtiyacı olan hasta grubunda mortalite anlamlı derece yüksek bulundu (p=0,000). Mortalite oranı %18,5 (44/238) saptandı. Sepsis nedeniyle ölen hastalarda derin nötropeni oranı %82,8 olarak bulunmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: Bu çalışmada ampirik tedavide modifikasyon gereken ve bakteriyemi saptanan hasta grubunda mortalite daha yüksek bulunmuştur. Değişen epidemiyoloji ve uygun antibiyotik seçimi özellikle bu hasta grubunda hayati öneme sahip olduğundan ünite bazında aktif sürveyans yapılması ve her merkezin kendi verileri ışığında özgün politikalar geliştirmesi yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Febril nötropeni, atak

Tablo 1. Mortaliteye etki eden risk faktörleri			
Hastalarda mortalite ilişkili risk faktörleri	**Sağ kalan hastalar n=103 (%)**	**Eksitus n=44 (%)**	**p**
Cinsiyet (n=147) Kadın Erkek	 42 (78) 61 (68)	 15 (22) 29 (32)	 0,243
Yaş <50 ≥50	 34 (81) 69 (66)	 8 (19) 36 (34)	 0,050
Atak sayısı Tek atak Çoklu atak	 69 (72) 34 (67)	 27 (28) 17 (33)	 0,318
Hematolojik malignite ALL AML Lenfoma MM ve MDS	 11 (58) 28 (60) 40 (78) 24 (80)	 8 (42) 19 (40) 11 (22) 6 (20)	 0,076
Ataklarda mortalite ilişkili risk faktörleri	Tedavi ile başarı sağlanan ataklar n=194 (%)	Eitusla sonuçlanan ataklar n=44 (%)	p
Nötropeni süresi ≥10 gün <10 gün	 127 (79) 67 (87)	 34 (21) 10 (13)	 0,089
Nötropeni düzeyi <100 mm³ ≥100 mm³	 153 (81) 41 (84)	 36 (19) 8 (16)	 0,419
Ampirik tedavi seçimi Monoterapi Kombine tedavi	 115 (81) 79 (79)	 23 (19) 21 (21)	 0,403
Ampirik tedavi başlanma nedeni Klinik tanı Mikrobiyolojik tanı Ateş odağı saptanamayan ataklar	 93 (87) 65 (70) 36 (97)	 15 (13) 28 (30) 1 (3)	 0,000
Hematolojik malignite ALL AML Lenfoma MM ve MDS	 17 (68) 71 (79) 69 (86) 37 (86)	 8 (32) 19 (21) 11 (14) 6 (14)	 0,158
Antibiyotik yanıtı Ampirik tedavi modifikasyonu gerekmeyen ataklar Ampirik tedavi modifikasyonu gereken ataklar	119 (92) 75 (69)	10 (8) 34 (31)	 0,000

[SS-064]

Septik Artrit Olgularının Retrospektif Tanımlayıcı Epidemiyolojik Analizi

Ali Acar, Derya Tunç, Hanife Uzar, Muhammet Rıdvan Tayşi, Fatma Aybala Altay, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Eklem enfeksiyonu veya enfeksiyöz artrit olarak da bilinen septik artrit, patojen mikroorganizmaların eklemde meydana getirdiği iltihabi bir sendromdur. Septik artrit mikroorganizmaların, direkt inokülasyon (travma, artroskopi veya cerrahi gibi nedenlerle), komşu dokulardaki enfeksiyondan yayılım veya hematojen yolla eklem ve çevre dokularına ulaşmasıyla meydana gelir. Bu çalışmada septik artritlerin epidemiyolojik, klinik, mikrobiyolojik, tanı ve tedavi özellikleri ile risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesi enfeksiyon hastalıkları kliniğinde 2015-2020 yılları arasında septik artrit tanısıyla takip edilen 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Spontan ve cerrahi ile ilişkili septik artrit tanısı CDC kriterlerine göre konuldu. Hastaların demografik ve tıbbi epidemiyolojik özellikleri retrospektif tanımlayıcı araştırma dizaynıyla analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 63 septik artrit olgusunun 36'sı (%57,1) kadın, yaş ortalaması 68,1 idi. Olguların %33,3'üne en az bir kronik hastalık eşlik ediyordu. Diabetes mellitus (%23,8) ve koroner arter hastalığı (%15,9) en sık olanlardı. Hastaların %58,7'sinde eklemle ilişkili risk faktörü vardı. Risk faktörleri içerisinde; %42,9'unda protez varlığı, %38'inde eklem operasyonu, %12,7'sinde de travma mevcuttu. Hastaların 59'unda (%93,6) monoartiküler, 4'ünde (%6,3) poliartiküler tutulum vardı. Hastaların 43'ünde (%69,4) diz eklemi artriti mevcuttu. Septik artritlerin 36'sı (%56,1) spontan, 27'si (%42,9) protez ile ilişkili olarak tanımlandı. Eklem sıvısının tanısal incelemesinde ortalama lökosit sayısı 103838,70±21447 mm³ idi. Olguların 36'sında (%57,1) mikrobiyolojik etken saptandı. Beş (%13,9) hastada birden fazla etken saptandı. Bu etkenlerin 40'ı piyojenik bakteri, 1'i *Brucella* spp. idi (Tablo 1). Hastaların 22'sine (%65,1) monoterapi, 41'ine (%34,9) kombine tedavi başlandı. Tedavi seçimi 42 (%66,7) hastada ampirik, 21 (%33,3) hastada etkene dayalıydı. Hastaların 53'ünde (%84,1) başlangıçtaki antibiyotiğin değiştirilmesine gerek duyuldu. Bu değişim en sık oral tedaviye geçiş için yapılmıştı. Hastaların 57'sinde (%90,5) tam iyileşme 6'sında (%9,5) tedavi başarısızlığı saptandı. En sık tedavi başarısızlığı nedeni cerrahi olarak odak kontrolü sağlanamamasıydı (%66,6).

Sonuç: Septik artrit özellikle yaşlı hasta popülasyonunda, protez ve diğer ortopedik girişimlerin artışına bağlı olarak günümüzde daha sık görülen ortopedik enfeksiyonlardandır. Diabetes mellitus en sık görülen komorbid hastalık olup, septik artrit gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. En sık saptanan etkenler Gram-olumlu bakteriler olduğundan ampirik antibiyoterapide bu husus dikkate alınmalıdır. Antibiyotik tedavisinin yanında cerrahi olarak odak kontrolünün sağlanmasının da tedavideki etkisi çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Septik artrit, protez enfeksiyonu

Tablo 1. Mikrobiyolojik etkenlerin spontan/protez ilişkili septik artrit			
Bakteriler	**Toplam sayısı N**	**Spontan septik artrit N**	**Protez ilişkili septik artrit N**
Gram-olumsuz	13	1	12
Eschrichia coli	3	0	3
Klebsiella pneumoniae	2	0	2
Burkholderia cepacia	3	0	3
Pseudomonas spp.	1	0	1
Acinetobacter spp.	2	0	2
Ralstonia pickettii	1	1	0
Brucella spp.	1	0	1
Gram-olumlu	28	16	12
Staphylococcus aureus MSSA MRSA	12 10 2	7 6 1	5 4 1
Koagülaz negatif *Staphylococcus*	2	0	2
Streptococcus spp.	9	7	2
Enterococcus spp.	5	2	3
MSSA: Metisilin susceptible *S. aureus*, MRSA: Metisilin resistance *S. aureus*			

[SS-065]

Hastanemizde 2015-2019 Yılları Arasında İzlenen *Stenotrophomonas maltophilia* Kan Dolaşım Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

Ece Selvi, Begüm Bektaş, Burcu Işık Gören, Naciye Betül Baysal, Yasemin Çağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: *Stenotrophomonas maltophilia* (*S. maltophilia*) çok ilaca dirençli fırsatçı Gram-olumsuz bir patojendir. Özellikle immünosüpresif bireylerde ve yoğun bakım ünitelerinde giderek artan sıklıkta enfeksiyonlara neden olmakta ve yüksek mortalite ile seyretmektedir. Biz bu çalışmada hastanemizde dört yıllık sürede gelişen *S. maltophilia* kan dolaşım enfeksiyonu (KDİ) olan olguların değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2015-Aralık 2019 tarihleri arasında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatmakta olan 18 yaş ve üzeri olup kan kültürlerinde *S. maltophilia* üremesi olan hastalar hastane veri tabanından retrospektif olarak tarandı. Üreyen bakterilerin identifikasyonu MALDITOF-MS yöntemiyle yapıldı. Antibiyotik duyarlılıkları Vitec-2 cihazı ile yapıldı ve EUCAST kriterlerine göre değerlendirildi. Verilerin karşılaştırılmasında Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. P değeri 0,05'in altında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: 2015-2017 döneminde 10, 2017-2019 döneminde 21 olmak üzere toplam 31 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 16'sı (%51,6) erkek, 15'I (%48,3) kadın idi. Hastaların yaşları media n(IQR) 74 (56-79,5) yaş idi. Hastaların tamamında altta yatan en az 1 komorbidite mevcuttu. Altta yatan başlıca komorbiditeler; diabetes mellitus (n=8), kronik böbrek yetmezliği (n=7), malignite (n=8), romatoid artrit (n=2), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (n=1), astım (n=1) ve karaciğer sirozu (n=1) idi. Hastaların 19'u (%61,3) YBÜ'de, 4'ü (%12,9) dahiliye, 3'ü (%9,7) enfeksiyon hastalıkları, 2'si (%6,5) ortopedi kliniklerinde, 1'er hasta ise gastroenteroloji (%3,2), hematoloji (%3,2) ve organ nakli (%3,2) kliniklerinde yatmakta idi. Hastane içi mortalite %41,9 (n=13) idi. Hastaların %48,4 (n=15) şifa ile taburcu edildi, %9,7 (n=3) hasta ise dış merkeze sevk edildiği için akıbetleri öğrenilemedi. Ölen hastaların biri hariç tamamı YBÜ'de yatmakta olan hastalardı. Yaşayan hastaların 6'sı YBÜ'de yatmakta idi. YBÜ'de yatmak *S. maltophilia* KDİ'de mortalite artışı ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur (p=0,006). Olguların 2018-2019 döneminde 2015-2017 dönemine göre %110 oranında arttığı görüldü. Ancak 2015-2017 yılarında %60 (n=6) olan hastane içi mortalitenin 2018-2019 döneminde %33,3'e (n=7) düştüğü görüldü. 2015-2017 döneminde izolatların tamamı trimetoprim-sulfametaksazol (tmp-sxt) duyarlı iken 2018-2019 döneminde izolatların ikisi tmp-sxt dirençli bulundu. Her iki dönemde birer izolatta levofloksasin direnci tespit edildi.

Sonuç: Hastanemizde zaman içinde *S. maltophilia*'ya bağlı kan dolaşım enfeksiyon sıklığında artış izlenmesine karşın mortalite oranlarında düşüş izlenmiştir. Bu durum özellikle riskli hasta gruplarında *S. maltophilia*'nın etken olarak düşünülerek zamanında ve etkin tedavi edilmesine bağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Stenotrophomonas maltophilia*, kan dolaşım enfeksiyonu

[SS-066]

İdrar Kültürlerinden İzole Edilen Çok İlaca Dirençli *Klebsiella pneumoniae* Kökenlerinin Fosfomisin ve Nitrofurantoine Duyarlılıkları

Deniz Akyol[1], Cansu Bulut Avşar[1], Dilşah Başkol[1], Gamze Şanlıdağ[1], Ayşe Uyan Önal[1], Uğur Önal[1], Seichan Chousein Memetali[1], Merve Mert[1], Melike Demir[1], Fatma Feriha Çilli Hall[2], Sercan Ulusoy[1], Oğuz Reşat Sipahi[1]

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

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Fosfomisin veya nitrofurantoin, karbapenem dirençli *Enterobacteriaceae* (CRE) idrar yolu enfeksiyonlarında ikili karbapenem veya kolistin temelli tedavilere alternatif bir seçenek olabilmektedir. Bu çalışmada idrar kültürlerinden izole edilen karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae* kökenlerinin nitrofurantoin ve oral fosfomisin duyarlılık özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu yazıda Mart 2016 ile Ekim 2019 arasında idrar kültürlerinde karbapenem dirençli *K. pneumoniae* üremesi olan, CDC (Center for Disease for Control) kriterlerine göre nozokomiyal idrar yolu enfeksiyonu (İYE) tanısı alan 18 yaşından büyük hastaların kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları, son bir ayda antibiyotik kullanımları, idrar kültürlerindeki bakteriyel etiyoloji ile fosfomisin ve nitrofurantoin duyarlılık özellikleri değerlendirilmiştir. Bakteri tanımlaması MALDI-TOF MS (bioMerieux, Fransa) ile gerçekleştirilmiş ve *K. pneumoniae* olarak belirlenmiştir. Antibiyotik duyarlılık testleri VITEK2 (bioMerieux, Fransa) sistemi tarafından EUCAST kriterlerine göre yapılmıştır [fosfomisin için minimum inhibitör konsantrasyon (MİK) >32 mg/dl ve nitrofurantoin için MİK >64 mg/dl dirençli olarak tanımlanmıştır].

Bulgular: Çalışmaya 121 hasta (75 erkek, 46 kadın) dahil edildi, yaş ortalamaları 61,14±16,76 (18-90) idi. Hastaların 38'i (%31,4) üroloji bölümünde takip edilmiştir. Fosfomisin için duyarlılık verisi elde edilen suş sayısı 112, nitrofurantoin için 105 idi. Fosfomisin duyarlılığı %34,8 (39/112), nitrofurantoin duyarlılığı %8,57 (9/105) tespit edildi.

Sonuç: Bu sonuçlar, nitrofurantoin, oral ve intravenöz fosfomisinin seçilmiş olgularda karbapenem dirençli *K. pneumoniae*'nin etken olduğu idrar yolu enfeksiyonlarının tedavisinde alternatif bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fosfomisin, nitrofurantoin, çok ilaca dirençli *Klebsiella pneumoniae*

[SS-067]

Multipleks PCR Yöntemiyle Saptanan SSS Enfeksiyonu Etkenleri

Dilara Akman[1], Gözde Öztürk Altunyurt[1], Ayşe Batırel[1], Serap Demir Tekol[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonları tanı ve tedavisi aciliyet gerektiren, ciddi sekellerle ve mortaliteyle sonuçlanabilen önemli enfeksiyon hastalıklarındandır. Beyin omirilik sıvısı (BOS) incelemesi Gram-boyama ve kültür temel tanı yöntemidir. Amacımız kültürde üretilemeyen, geç veya zor üreyen etkenlerin multipleks polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yöntemiyle BOS örneklerinde saptanma oranlarının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya hastanemiz moleküler mikrobiyoloji ünitesine SSS enfeksiyonu ön tanısıyla Aralık 2017-Şubat 2020 tarihleri arasında gönderilen 18 yaş ve üstü hastaların BOS örneği dahil edildi. Multipleks PCR yöntemi olan FilmArray menengitis/encephalitis (ME) paneli ile bakteriyel etkenlerden *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes*, viral etkenlerden Enterovirüs, herpes simpleks virüs-1 (HSV-1), herpes simpleks virüs-2 (HSV-2), insan herpes virüs-6 (HHV-6), varisella zoster virüs (VZV), cytomegalovirus (CMV), insan Paraechovirus, mantar etkenlerinden *Cryptococcus neoformans/gatti* araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 405 hastanın 23'ünde (%5,6) BOS menenjit panelinde etken saptandı. Bunların yaş ortalaması 49,9 ve 12'si (%52,1) kadındı. Etken saptanan hastaların tümünde ateş, baş ağrısı ve bilinç değişikliği semptomlarından en az biri mevcuttu. Saptanan etkenlerin 15'i (%65,2) virüs, 7'si (%30,4) bakteri, 1'i (%4,3) mantar olup en sık viral etkenler saptandı. Viral etkenlerden 5'i HSV-1, 3'ü VZV, 2'si HHV-6, 2'si CMV, 2'si Enterovirüs, 1'i HSV-2 olup en sık HSV-1 saptandı. Bakteriyel etkenlerden 3'ü *Streptococcus pneumoniae*, 3'ü *Listeria monocytogenes*, 1'i *Haemophilus influenzae* olup en sık *S. pneumoniae* ve *L. monocytogenes* saptandı. Saptanan tek mantar etkeni *Cryptococcus neoformans* idi ve hasta HIV enfekte idi. Eş zamanlı gönderilen BOS kültürlerinde menenjit panelinde saptanan etken ile uyumlu olarak 1'inde *S. pneumoniae*, 1'inde *Listeria* spp., 1'inde *C. neoformans* üremesi oldu. Viral etken saptananların ortalama CRP 25,8 mg/l (normal: 0-3,5mg/l), lökosit sayısı 7830,6 ul, prokalsitonin 0,2 µg/l, serum glukoz 125,1 mg/dl, BOS glukoz 68 mg/dl, BOS protein 83 mg/dl, hücre sayımı 93,3/mm³ idi. Bakteriyel etken saptananların ortalama CRP 165,4 mg/l, lökosit sayısı 15471,4, prokalsitonin 1,98 µg/l, serum glukoz 132,4 mg/dl, BOS glukoz 49,2 mg/dl, BOS protein 223,1 mg/dl, hücre sayımı 15074,2/mm³ idi.

Sonuç: SSS enfeksiyonlarında erken dönemde etkeni saptamak uygun tedaviyi başlayıp mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmak için çok önemlidir. Multipleks PCR kolay ve hızlı tanı yöntemlerinden olup özellikle viral etkenlerin saptanmasında oldukça katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beyin omirilik sıvısı, multipleks polimeraz zincir reaksiyon, santral sinir sistemi enfeksiyonu

Tablo 1. Multipleks PCR ile saptanan etkenler ve sayıları

Saptanan etken	Saptanan etken	Sayı
Virüs	HSV-1	5
	VZV	3
	Enterovirüs	2
	HHV-6	2
	CMV	2
	HSV-2	1
Bakteri	S. pneumoniae	3
	L. monocytogenes	3
	H. influenzae	1
Mantar	*C. neoformans/gatti*	1
Toplam		23

[SS-068]

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin COVID-19 Enfeksiyonu ile İlgili Temel Bilgileri ve Bilgi Kaynakları

Ahmet Sertçelik[1], Damla Özyürek[2], Deren Özyürek[2], Dilek Yıldırım[2], Ebru Çakmakcı[2], Fatma Nur Karaçorlu[3], Kamer Billur Yücel[2], Mustafa Enes Özden[2], Nil Kader Çağaç[4], Pınar Akarsu[4], Şerife Demir[2], Banu Çakır[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Yan Dal Eğitim Programı, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

[3]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ

[4]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: COVID-19 enfeksiyonu Çin'de fark edilmiştir. Dünya geneline hızla yayılma eğilimindedir. Başkentte bulunan, üçüncü basamak referans hastanesi vasfıyla şüpheli COVID-19 olgularının öncelikle başvurması olası merkezlerden biri Hacettepe Üniversitesi Acil Servis ve Poliklinikleri'nde aktif olarak çalışan ve şüpheli olguları doğrudan karşılaması olası bir grup olarak tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin bulaş riskleri yüksektir. Şüpheli olgulara müdahalelerinin doğru olması da önemlidir. Bu grubun COVID-19 enfeksiyonuna yönelik bilgi düzeylerinin ve kaynaklarının öğrenilmesi hedeflenmiştir. Daha büyük bir araştırma kapsamında incelenen değişkenlere ait sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Şubat 2020'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) altıncı sınıf öğrencisi olan 254 kişiyle yapılan tanımlayıcı bir araştırmada, güncel bir sağlık sorunu olması nedeniyle COVID-19 konusunda hekim adaylarının temel bilgileri ve bu bilgileri edindikleri kaynaklar konusunda sorular yöneltilmiştir. Anketler gözlem altında, öğrenciler tarafından anonim olarak toplanmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, sayısal değişkenler ortanca, en küçük ve en büyük değerler ve ortalama ± standart sapma değerleriyle değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 23 kullanılmış, tüm analizlerde tip 1 hata 0,05 olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan grubun yaşı ortalama ± standart sapma 24,9±1,1 yıl, tıp fakültesindeki toplam öğrencilik süresi 6,3±0,7 yıldır. Katılımcılar toplamda 10 puan alınabilecek, COVID-19 temel bilgilere yönelik sorulardan ortalama 6 puan almıştır. Çalışmaya katılanların %59,4'ü (n=151) kadın, %50,8'inin (n=129) annesi lise ve üzeri eğitimde, %73,2'sinin babası önlisans ve üzeri okul mezunu olup, ağırlıklı olarak evde ailesi veya arkadaşlarıyla (%43,7), yurt/konukevinde (%23,2) kalmaktadır. Katılımcıların %55,5'i, ailesinin toplum geneli içinde orta veya daha düşük gelirde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların COVID-19 bilgi sorularına verdikleri doğru cevapların dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: HÜTF altıncı sınıf öğrencilerinden çalışmaya katılanların COVID-19 enfeksiyonuyla ilgili semptomları iyi bildiği görülmüştür. Ancak, müdahaleye ilişkin ve kamuoyunda sıkça merak edilen konularda bilgilerinin yeterli olmadığı saptanmıştır. Bilgi kaynağı olarak en fazla öğretim üyeleri belirtilmiş, bunu sıklık sırasında T.C. Sağlık Bakanlığı'nın güncellediği COVID-19 rehberi, bilimsel dergilerde yayınlanan makaleler, televizyon/radyo, DSÖ web sayfası, gazete/dergi haberleri, CDC web sayfası, arkadaşları ve Çin CDC web sayfası izlemiştir. Çalışma grubunda bulunan öğrencilerin COVID-19 konusundaki bilgi düzeyleri istenenden düşük olup, kendi sağlıklarını korumak, topluma doğru ve kanıta dayalı bilgi sunabilmek ve olguyla karşılaşma durumlarında doğru müdahale yapabilmek için eğitim desteğine ihtiyaçları olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, bilgi düzeyi, bilgi kaynağı

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıfı öğrencilerinin COVID-19 enfeksiyonu ile ilgili bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtların dağılımı (Ankara, Şubat 2020)

COVID-19 enfeksiyonu ile ilgili bilgi soruları	Doğru cevaplayan (n)	Doğru cevaplayan (%)
COVID-19 enfeksiyonunun yaygın belirtileri solunum semptomları, ateş, öksürük ve dispnedir. (Doğru)	241	95,3
Kullanılacak tıbbi malzemeler hastaya özel olmalıdır. (Doğru)	235	92,5
COVID-19 şüphesi bulunan hastaya 1 m'den daha fazla yaklaşacağım zaman cerrahi maske, önlük, göz koruyucu ekipman ve eldiven kullanmam yeterli olur. (Doğru)	163	64,2
Düzenli olarak gargara yapmak beni koronavirüse karşı korumaz. (Doğru)	125	49,6
Çin'den paket almak güvenlidir. (Doğru)	109	43,1
COVID-19 evcil hayvanım aracılığı ile bulaşmaz. (Doğru)	98	38,9
COVID-19 enfeksiyonunu tedavi edebilecek spesifik bir tedavi protokolü mevcuttur. (Yanlış)	208	82,2
COVID-19 hastaları belirtiler ortaya çıktıktan sonra bulaşıcıdır. (Yanlış)	168	66,7
Burnumu düzenli salinle durulamak COVID-19 ile enfeksiyonu önlememe yardımcı olabilir. (Yanlış)	96	37,9
Entübe hastam olursa, aspire edeceğim zaman cerrahi maske, önlük, göz koruyucusu ekipman ve eldiven kullanmam yeterli olur. (Yanlış)	79	31,2

[SS-069]

Kuduz Riskli Temas Başvuruların Dokuz Yıllık Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Şerife Altun Demircan, Sami Kınıklı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

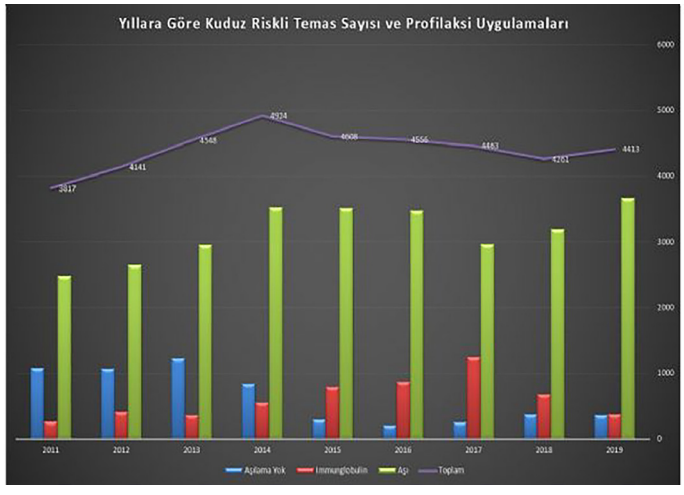
Giriş: Kuduz, merkezi sinir sistemini tutan, ölümcül insanlık tarihinin en eski zoonotik hastalıklarındandır. Halen dünyada ve ülkemizde önemini koruyan bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde yılda yaklaşık 250.000 kuduz riskli temas bildirimi yapılmakta bir-iki kuduz olgusu görülmektedir. Bu çalışma ile kuduz riskli temas olgularının yıllar içerisindeki dağılımı ve yapılan profilaksi uygulamalarının özelliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 2011-2019 yılları arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kuduz Aşı Merkezi'ne başvuran kuduz riskli temas olgularının sosyo-demografik özelliklerinin, yapılan profilaksi uygulamalarının yıllar içerisindeki dağılımı ve temas eden hayvanın özellikleri değerlendirildi.

Bulgular: Dokuz yılda kuduz aşı merkezimize başvuran 39.731 kuduz riskli temas başvurusu değerlendirildiğinde merkezimize yıllık başvuru sayısı ortalama 4,414 olup en fazla başvuru 4,924 olgu ile 2014 yılındadır. Olguların 24.176'sı (%60,85) erkek, 15.555'i (%39,15) kadındı. Yaş dağılımına bakıldığında %50'si 15-44 yaş arasında idi. Kuduz riskli temas olgularının mevsimlere göre dağılımı farklılık göstermekle birlikte en fazla olgu yaz mevsiminde görülmekteydi (Tablo 1). Kuduz riskli temas olgularının %69,24'ünde temas eden hayvan köpek, %30'unda kedi iken sadece 33'ünde yabani hayvandır. 2015-2019 yılları arasındaki 14.028 köpek kaynaklı, 8,132 kedi kaynaklı kuduz riskli temas değerlendirildiğinde köpeklerin %83,4'ü sokak köpeği iken %16,6'sı sahipliydi. İki bin üç yüz yirmi altı sahipli köpeğin %41,8'i aşılı iken %58,2'si aşısızdı. Kedilerin %89,6'sı sahipsiz, sadece %10,4'ü sahipliydi. Sekiz yüz kırk üç sahipli kedinin sadece %28,2'si aşılı iken %71,8'i aşısızdı. Yıllara göre profilaksi uygulamaları grafikte gösterilmiştir. 2015 yılından itibaren kuduz aşısı yapılmayan olgu sayısında keskin bir azalma görülürken aşılama sayılarında artış olmuştur. 2011 yılında kuduz aşı uygulaması yapılamayan olgu %28 iken, başvuru sayısındaki artışa rağmen 2019 yılında %8,2'ye kadar düşmekteydi. Yıllar içerisinde bu oranın azaldığı 2014 yılında %17 iken, 2015 yılında bu oran %6,4'e gerilemekteydi.

Sonuç: Merkezimizde 2011 yılından sonra kuduz riskli temas başvuru sayısında artış görülmekte iken 2014 yılından itibaren Ankara ili içerisinde başka aşı merkezlerinin de açılması ile birlikte az da olsa olgu sayısında azalma görülmüştür. Köpek riskli temas, tüm başvuruların %70'ini oluşturmakta ve sokak köpekleri ile temas %84'lerde olup çok yüksek orandadır. Sahipli kedi ve köpek içerisindeki aşılı olanların oranı ise %30-40'larda olup oldukça düşüktür. Hastalığın önlenmesi hayvanların aşılanması ile mümkün olup böylece insanlardaki profilaksi gerekliliği de ortadan kalkacaktır. 2014 yılından itibaren aşı uygulaması yapılmayanların oranındaki keskin düşüş profilaksi rehberindeki değişikliklere bağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kuduz, kuduz riskli temas, profilaksi



Şekil 1. Yıllara göre kuduz riskli temas sayısı ve profilaksi uygulamaları

Tablo 1. Yıllara göre kuduz riskli temas olgularının cinsiyet, yaş ve mevsime göre dağılımı										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Toplam (%)
Cinsiyet										
Erkek	2,482	2,683	2,964	3,053	2,935	2,585	2,596	2,437	2,441	24.176 (60,85)
Kadın	1,335	1,458	1,584	1,871	1,673	1,971	1,867	1,824	1,972	15.555 (39,15)
Yaş										
0-4	240	230	277	289	236	258	226	198	132	2,086 (5,25)
5-9	427	351	408	512	443	511	420	476	396	3,944 (9,93)
10-14	398	344	379	412	385	541	571	683	658	4,371 (11)
15-24	1,060	1,097	1,059	911	1,095	995	851	754	841	8,663 (21,8)
25-44	1,181	1,198	1,288	1,378	1,385	1,304	1,123	1,019	1,066	10.942 (27,54)
45-64	843	797	795	873	825	1,111	1,071	824	605	7,744 (19,49)
65 ve üstü	264	244	257	181	239	204	286	187	119	1,981 (4,99)
Mevsimler										
Kış	717	776	920	955	1,078	940	871	952	1,110	8,319 (21)
İlkbahar	916	1,019	1,024	1,140	987	1,163	983	1,023	1,288	9,543 (24)
Yaz	1,284	1,235	1,262	1,555	1,400	1,240	1,548	1,207	1,212	11.943 (30)
Sonbahar	900	1,111	1,342	1,274	1,143	1,213	1,061	1,079	803	9,926 (25)

[SS-070]

Tavşanda Metisiline Dirençli *Staphylococcus aureus* ile Oluşturulmuş Deneysel Menenjit Modelinde Vankomisin-rifampisin ve Seftarolin-rifampisin Kombinasyonlarının Bakteriyolojik Etkinliklerinin Karşılaştırılması

Damla Akdağ[1], Tuncer Turhan[2], Elif Bolat[2], Gamze Şanlıdağ[1], Furkan İşbilen[3], Yiğit Uyanıkgil[4], Şöhret Aydemir[5], Tansu Yamazhan[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1], Hilal Sipahi[6], Sercan Ulusoy[1], Oğuz Reşat Sipahi[1]

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

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

[3]Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı, İzmir

[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İzmir

[5]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

[6]Bornova Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bornova, İzmir

Giriş: Bu çalışmada tavşanda metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) ile oluşturulmuş deneysel menenjit modelinde seftarolin-rifampisin (SR) ve vankomisin-rifampisin (VR) kombinasyon tedavilerinin antibakteriyel etkinlikleri, beyin dokusundaki enflamasyon ve apoptoz üzerine etkilerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Standart MRSA kökeni (ATCC 43300) kökeninin Yeni Zelanda türü tavşanların sisterna magnalarına inokülasyonu sonrası menenjit gelişmesi için 28 saat beklendi. Tavşanlar kontrol (K), SR ve VR olmak üzere üç kola ayrıldı. VR grubuna 0. ve 5. saatte 20 mg/kg, iv. vankomisin ve 0. ve 5. saatlerde, 15 mg/kg rifampisin (nazogastrik sondayla), SR grubuna her 12 saatte bir, 12 saatlik sürekli infüzyon şeklinde 58 mg/kg iv. seftarolin ve VR grubu ile aynı doz ve sıklıkta rifampisin verildi. Antibiyotik dozları ve uygulama yöntemleri insandaki farmakokinetiği taklit edecek şekilde belirlendi. Enkübasyon sonunda sıfırıncı ve 24. saatlerde alınan BOS örneklerinden kantitatif kültür yapıldı. Deney sonunda hayvanların beyin dokuları çıkarıldı ve apaptoz ve enflamasyon açısından histopatolojik olarak karşılaştırıldı. *İn vitro* zamana bağlı öldürme ve sinerji testleri için ATCC 43300 kökeni vankomisin, rifampisin, seftarolin ile VR ve SR kombinasyonları MİK'lerinin 1 ve 5 katı konsantrasyonlarda 24 saatlik deneye tabi tutuldu.

Bulgular: Enkübasyon süresinin sonunda 42 tavşandan 26'sı menenjit kriterlerini sağladı (K: 8, SR: 10, VR: 8). Tedavi başlangıcında BOS'deki bakteri sayısı ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,506). Tedavi sonunda BOS'deki bakteri düzeyinde azalma her iki tedavi kolunda da kontrol grubuna daha fazlaydı (K:+3,054±3,817 kob/ml, SR: -4.411±0,832 kob/ml, VR:-3,185±3,126 kob/ml, p=0,034), tedavi grupları arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,541). Kısmi ya da tam yanıt açısından değerlendirildiğinde üç grup arasındaki fark anlamlıydı (SR: 9/10 karşı VR: 7/8 karşı K:1/8 p=0,000788), tedavi grupları arasındaki fark anlamlı değildi (VR: 7/8 karşı SR: 9/10, p=1). Üç grup arasında tedavi sonu mortalite açısından anlamlı fark yoktu (p=0,288). Tedavi gruplarında nöronal apoptoz oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha az olsa da tedavi grupları arasında istatistiksel bir fark yoktu (sırasıyla p<0,001, p=1). Gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında SR grubunda kontrol grubuna göre daha az oranda enflamasyon olduğu görüldü (p=0,032), kontrol grubu ile VR ve VR ile SR grubu karşılaştırmalarında anlamlı farklılık saptanmadı. *İn vitro* zamana bağlı öldürme testinde vankomisin ve seftarolinin rifampisin ile birlikte uygulanmasının antibakteriyel etkinliği artırmadığı gözlendi.

Sonuç: Tavşanda menenjit modelinde SR kombinasyonu MRSA menenjiti tedavisinde en az VR kombinasyonu kadar etkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Apoptoz, menenjit, seftarolin

[SS-071]

Acinetobacter spp. İzolatlarında Kolistine Direnç ve Heterodirencin Araştırılması

Esra Akkan Kuzucu[1], Elif Çalışkan[1], Duygu Öcal[2], Zeynep Dansuk[1], Mustafa Çağatay[1], Gül Erdem[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Cebeci Merkez Laboratuvarı, Ankara

Giriş: Kolistin antibiyotiği, özellikle yoğun bakım ünitelerinin kronik sorunu haline gelmiş dirençli *Acinetobacter* spp. enfeksiyonları için, elde kalan son çare ilaçlardandır. Güncel çalışmalarda, *Acinetobacter* spp. izolatlarında, kolistine karşı artan direnç oranları ve özellikle heterodirenç varlığı dikkat çekmektedir. Çalışmamızda *Acinetobacter* spp. izolatlarında kolistin duyarlılığını araştırmayı, kolistin duyarlı bulunan izolatlarda heterodirenç varlığını tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarına, Mart-Ağustos 2016 tarihleri arasında gönderilen, klinik örneklerden izole edilen 110 *Acinetobacter* spp. izolatı çalışmaya dahil edilmiştir. İzolatların kolistin duyarlılığı, tek önerilen yöntem olan sıvı mikrodilüsyon ile European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) standartlarına göre belirlenmiştir. Duyarlı olarak saptanan izolatlardaki heterodirenç varlığı ise kolistin konsantrasyonu 4 mg/l'ye ayarlanan Mueller Hinton Agar (MHA) plaklarındaki üreme dikkate alınarak araştırılmıştır.

Bulgular: Yüz on *Acinetobacter* spp. izolatının 17'sinde (%15,45) kolistine direnç saptanmıştır. Duyarlı bulunan 93 *Acinetobacter* spp. izolatının heterodirenç araştırılmasında; 4 mg/l kolistin içeren MHA besiyerinde 24 saatlik inkübasyon sonunda 18 izolatta üreme gözlenirken, 48 saatin sonunda, bu izolatlara ek olarak 8 izolatta daha üreme gözlenmiştir. Kolistinli MHA besiyerinde üreyen koloniler, konvansiyonel ve otomatize yöntemlerden yararlanılarak yeniden *Acinetobacter* spp. olarak tanımlanmıştır. Ayrıca minimum inhibitör konsantrasyon (MİK) değerleri koyun kanlı agar besiyerine yapılan pasajlardan, tekrar çalışılarak, tümünün ≥4 mg/l olarak doğrulanmasıyla, heterodirenç tanımlaması yapılmıştır. Böylece 93 kolistin duyarlı *Acinetobacter* spp. izolatının, 26'sında (%27,96) heterodirenç varlığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda kolistin duyarlı bulunan *Acinetobacter* spp. izolatlarında, %27,96 gibi yüksek bir oranda kolistin heterodirenci tespit edilmiştir. Altın standart yöntem olan popülasyon analiz profili ile kıyaslandığında; pratikte kullanımı daha uygun ve çok sayıda izolatı test edebileceğimiz bu yöntemle daha kısa sürede sonuç alınabilmektedir. Böylece kolistin tedavisine başlanmadan, olası yanıtsızlık öngörülebilecek, klinisyenin farklı ilaç tedavisi veya kombinasyon seçeneklerini düşünmesi ile günlük klinik uygulamalara katkı sağlanacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Acinetobacter*, heterodirenç, kolistin

[SS-072]

Borrelia Antijeni ile Uyarılmış Eritema Migrans Olgularının Periferik Mononükleer Hücrelerinde CXCL9, CXCL10 ve CXCL11 Düzeylerinin Erken Tanıdaki Rolü

Şeyda Karabörk[1], Resul Karakuş[2], Fatma Sırmatel[3], Şule Aydın Türkoğlu[4], E. Ümit Bağrıaçık[2]

[1]*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu*

[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İmmünoloji Anabilim Dalı, Ankara*

[3]*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu*

[4]*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bolu*

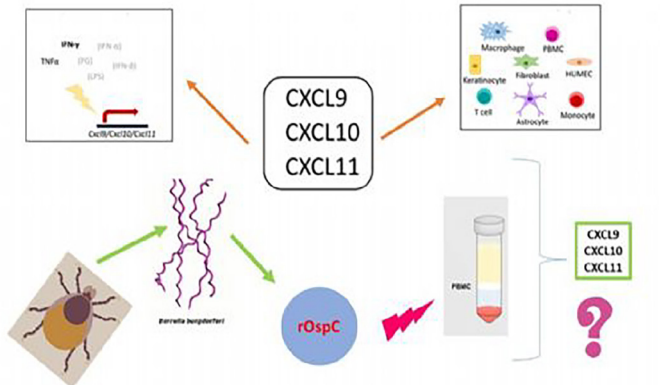
Giriş: Lyme hastalığı (LH) insanlara enfekte olmuş keneler aracılığıyla taşınan *Borrelia burgdorferi* sensu lato kompleksi içerisinde yer alan spiroketlerin neden olduğu, geç komplikasyonları ile kronik hale gelebilen enflamatuvar bir hastalıktır. Erken akut Lyme hastalığının semptomları arasında ateş, titreme ve halsizlik gibi sistemik semptomları olan veya olmayan eritema migrans (EM) yer alır. EM deri lezyonlarının patolojisi lenfositlerin, plazma hücrelerinin ve monosit makrofajların varlığı ile karakterize olabilmektedir. Kemokinler ve sitokinler, bağışıklık hücrelerinin etkileşimini düzenleyen, onları doku yaralanması ve iltihaplanma bölgelerine yönlendiren ve aktivasyon durumlarını ve efektör hücre fonksiyonlarını modüle eden anahtar sinyal moleküllerdir. Bu çalışmada amacımız EM'li hastaların periferik kan mononükleer hücrelerini (PBMC'ler) *B. burgdorferi*'ye spesifik rekombinant dış yüzey proteini (rOspC) ile uyararak 24, 48 ve 72 saat sonra toplanan süpernatant örneklerinde IFN-γ, CXCL9 (MIG), CXCL10 (IP-10) ve CXCL11 (I-TAC) sitokin ve kemokinlerin düzeylerini değerlendirerek erken tanıya destek olabilecek bir marker belirleyebilmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya toplam 13 EM ve 10 sağlıklı gönüllü (LH olmadığı serolojik ve klinik bulgularla değerlendirilen) dahil edildi. EM'li hastaların PBMC'leri ayrıştırıldı kültüre edildi. Kültüre edilen PBMC'ler rOspC ile uyarılarak 24-48 ve 72 saat sonra toplanan kültür süpernatantlarında IFN-γ sitokin ve CXCL9, CXCL10, CXCL11 kemokin düzeyleri ELISA ile ölçüldü. EM olgularına ait farklı ölçümlerin karşılaştırılması için Friedman ve Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçta, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Enfeksiyonunun erken evresini gösteren EM olgularının rOspC ile uyarımı sonrası 24, 48 ve 72. saatlerdeki CXCL9, CXCL10 ve CXCL11 düzeyleri arasında ilk 24 saatte yalnızca CXCL9 (MIG) düzeyleri arasında 48 ve 72. saate kıyasla istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$). EM olgularının rOspC ile uyarımı sonrası 24, 48 ve 72. saatlerdeki IFN-γ düzeyleri karşılaştırıldığında üç farklı saat arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,368$).

Sonuç: Bugüne kadar LH ile ilgili pek çok çalışma yapılmış, ancak ülkemiz genelinde Lyme hastalarının periferik kan mononükleer hücrelerinden izolasyon yapılarak kemokinler üzerinde elde edilen herhangi bir veri ortaya konulmamıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar CXCL9'un LH'nin ilk kliniği olan EM hastalarında erken tanı için kullanılabilecek, spesifik hastalık belirtileriyle ile ilişkili bir biyomarker olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen veriler sayesinde hastalığın hızlı ve erken tanısı ile tedaviye yönelik güncel araştırmalara ışık tutulması hedeflenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eritema migrans, PBMC, kemokinler



Şekil 1. Eritema migrans olgularının rOspC ile uyarılmış PBMC'lerinde CXCL9, CXCL10 ve CXCL11'in aktivitesi

[SS-073]

Kronik Hepatit C Hastalarında Total Oksidan Seviye, Total Antioksidan Seviye ve Dinamik Tiyol Disülfid Dengesinin Araştırılması

Tuba Damar Çakırca[1], Mehmet Reşat Ceylan[1], İsmail Koyuncu[2], Gökhan Çakırca[3]

[1]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

[2]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Şanlıurfa

[3]Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği, Şanlıurfa

Giriş: Kronik hepatit C (KHC) dünyada yaygın olarak görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalarda oksidatif stresin KHC patogenezinde rol oynayabileceği bildirilmiştir. Daha önce KHC hastalarında birçok oksidatif stres belirteci çalışılmış ancak dinamik tiyol/disülfid homeostazis (DTDH) parametreleri çalışılmamıştır. Bu çalışmada KHC hastalarında tiyol/disülfid parametreleri ile birlikte total oksidan seviye (TOS) ve yotal antioksidan seviye (TAS) düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu olgu-kontrol çalışması Mart-Temmuz 2019 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda yapıldı. Çalışmaya 74 non-sirotik KHC'li hasta ve anti-HCV'si negatif 88 sağlıklı birey dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunun serum örneklerinden DTDH parametreleri [Native tiyol (NT), total tiyol (TT), disülfid (DS)], TAS ve TOS düzeyleri çalışıldı. Tüm verilerin istatistiksel analizi, SPSS 21 ve MedCalc 16.8.4 programları kullanılarak yapıldı ve anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve laboratuvar bulguları Tablo 1'de özetlendi. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet dağılımı, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı ve eşlik eden hastalıklar (DM, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik böbrek yetmezliği, hiperlipidemi ve astım/kronik obstrüktif akciğer hastalığı) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05). DTDH parametreleri kontrol grubuyla kıyaslandığında, Hepatit C grubunda NT, TT ve NT/TT düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düşük iken; DS, DS/NT ve DS/TT düzeyleri anlamlı yüksekti (p<0,05). Kontrol grubuyla kıyaslandığında, KHC hastalarında TOS ve oksidatif stres indeksi (OSI) değerleri istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken, TAS düzeyi anlamlı düşük bulundu (p<0,001). KHC hastalarında oksidatif stres ve karaciğer ile ilgili parametreler arasındaki korelasyon analizinde, albümin ile OSI arasında, GGT ile TAS arasında ve ALP ile TT arasında negatif korelasyon vardı. AFP düzeyleri TAS ile negatif, TOS ve OSI ile pozitif koreleydi. PT ve INR değerleri DS ve TAS ile negatif korelasyon gösterdi. Çalışmamızda ayrıca oksidatif stres parametrelerinin tanısal performansı incelendi. ROC analizine göre; TAS, diğer parametrelere göre HCV hastalarını tanımada daha yüksek duyarlılık (%97,3) ve özgüllüğe (%85,2) sahip olup cut-off değeri 1,28 olarak hesaplandı.

Sonuç: HCV'li hastalarda tiyol/disülfid dengesinin disülfid yöne kayması ve OSI değerlerinin artmış olması, bu hastalarda artmış oksidatif stresi göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: HCV, oksidatif stres, tiyol/disülfid dengesi

Tablo 1. Kronik hepatit C ve kontrol gruplarının temel karakteristikleri

	HCV'li hastalar (n=74)	Kontrol (n=88)	p
Yaş, yıl	59 (18-84)	56 (20-86)	0,172
Cinsiyet, E/K	47/27	47/41	0,255
Vücut kitle indeksi, kg/m^2	24,98±3,88	25,97±3,52	0,091
Sigara, n (%)	26 (35,1)	26 (29,5)	0,555
Genotip, n (%)			
1a	7 (10)	-	-
1b	35 (47)	-	-
1	9 (12)	-	-
2	15 (20)	-	-
3	6 (8)	-	-
5	2 (3)	-	-
Eşlik eden hastalıklar			
Diabetes mellitus, n (%)	9 (12,2)	12 (13,6)	0,965
Hipertansiyon, n (%)	22 (29,7)	25 (28,4)	0,991
Kardiyovasküler hastalık, n (%)	10 (13,5)	14 (15,9)	0,837
Kronik böbrek yetmezliği, n (%)	6 (8,1)	5 (5,7)	0,766
Hiperlipidemi, n (%)	6 (8,1)	9 (10,2)	0,848
Astım/KOAH, n (%)	13 (17,6)	7 (8)	0,107
Laboratuvar parametreleri			
Lökosit, x10^3/µl Lökosit, x10^3/µl	7,4 (4,3-17,2)	7,4 (3,5-11,8)	0,411
Trombosit, x10^3/µl	259 (102-465)	261 (106-649)	0,576
Üre, mg/dl	29 (12-117)	29 (10-115)	0,357
Kreatinin, mg/dl	0,8 (0,6-9,7)	0,8 (0,4-9,2)	0,549
Total protein, g/dl	7,71±0,61	7,17±0,61	<0,001
Albümin, g/dl	4,18±0,50	4,41±0,39	0,001
ALT, U/l	44,5 (7,2-973)	17 (3-71)	<0,001
AST, U/l	43,0 (11,6-601)	17,7 (8-48)	<0,001
GGT, U/l	36 (10-248)	21 (8-183)	<0,001
ALP, U/l	95,5 (43-291)	75 (32-228)	<0,001
Total bilirubin, mg/dl	0,6 (0,2-2,0)	0,5 (0,1-3,5)	0,004
Direkt bilirubin, mg/dl	0,20 (0,10-1,0)	0,18 (0,10-0,50)	0,040
AFP, ng/dl	3,2 (0,5-59)	2,0 (0,1-9,3)	0,003
PT, sn	12,2 (10,1-17,9)	12 (9,8-20,4)	0,140
INR	0,98 (0,8-1,4)	0,97 (0,7-1,66)	0,936

Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan (minimum-maksimum) olarak ifade edildi. ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, GGT: Gama-glutamil transferaz, ALP: Alkalen fosfataz, AFP: Alfa-fetoprotein, PT: Protrombin zamanı, INR: Uluslararası normalleştirilmiş oran

[SS-074]

Sifiliz ve Serofast Reaksiyon Birlikteliğinin Değerlendirilmesi

Umay Balcı, Derya Seyman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

Giriş: Sifiliz, *Treponema pallidum subsp. pallidum*'un neden olduğu sistemik bir hastalıktır. Sifilizin klinik bulgularının karışık olması ve kültürünün yapılamaması nedeniyle tanıda non-treponemal ve treponemal serolojik testler kullanılmaktadır. Non-treponemal testlerde titre düzeyi hastalık

aktivite düzeyi ile uyumlu olduğundan tedavi takibinde de kullanılır. Takipte titrede dört kat düşme olması beklenmektedir. Non-treponemal titre düzeyinin uzun zaman düşmemesine "serofast reaksiyon" denilir. Bu çalışmada, sifilizli hastaların demografik özellikleri, koenfeksiyonları, klinik evreleri, tedavileri ve tedavi sonrası serofastlık oranlarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, hastanemizde Ocak 2017-Ocak 2020 tarihleri arasında sifiliz tanısı konulan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. CDC sifiliz tanımları esas alınarak primer, sekonder, latent, tersiyer, konjenital ve nörosifiliz olarak altı evrede değerlendirildi. Çalışmamızda non-treponemal testlerden RPR, treponemal testlerden TPHA testi kullanıldı. Hastaların demografik verileri, epidemiyolojik özellikleri, tanı, tedavi ve takip parametreleri kaydedildi. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası üç, altı, dokuz ve onikinci ay serolojik test sonuçları değerlendirildi. Non-treponemal testlerde altıncı ayda dört kat titre azalmayan; nörosifiliz, HIV koenfeksiyonu ve reenfeksiyon yönünden klinik ve bulaş öyküsü olmayan hastalar serofast olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza sifiliz tanısı konulan 205 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 37,7±12,7 yıl olup %70'i (143) erkekti. Hastaların %46'sı evliydi, cinsel partnerde sifiliz oranı %13 (27) saptandı. Başvuruda hastaların %52'si (106) latent sifiliz, %35'i (71) primer, %9'u (19) sekonder, %3'ü (7) nörosifiliz, %1 (2) konjenital sifiliz evresindeydi. Tersiyer sifiliz evresinde hasta saptanmadı. Eşlik eden CYBH'ler HIV (%47), HBV (%27), genital siğil (%14), HCV ve genital herpes (%1) idi. Tedavide %97 (197) benzatin penisilin, sadece 4 hastada doksisiklin kullanılmıştır. Hastaların tedavi sonrası bir yıllık takip oranı %50'ydi (104). Tedavi sonrası 6. ayda serofastlık %32 (33) olarak saptandı. Titre düşmeyen üç hastada nörosifiliz, bir hastada HIV koenfeksiyonu saptandı. Takipte reenfeksiyon nedeniyle dokuz hastaya tekrar tedavi verildi. Titre düzeyi düşmediği için tekrar tedavi verilen hastaların %30,4'ünde 12. ayda serolojik yanıt alındı.

Sonuç: Sifiliz çoğu zaman asemptomatik veya silik bulgularla seyrettiği için hastalığın toplumda prevalansı her yıl artmaktadır. Çalışmamızda serofastlık oranı literatüre göre daha yüksek bulunmuştur. Takipte titre düzeyi düşmeyen hastalar nörosifiliz, HIV yönünden mutlaka değerlendirilmelidir. Tedavi tekrarının serofast oranını anlamlı düzeyde düşürmediği saptanmıştır. Sifilizde en önemli bulaş yolu cinsel temas olduğundan toplumun CYBH konusunda bilgilendirilmesi, farkındalığın artırılması, erken tanı ve tedavi bulaş zincirinin kırılması için en önemli yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Sifiliz, serofast reaksiyon

[SS-075]

Kan Kültürü Şişelerinden Direkt Hızlı Antibiyotik Duyarlılık Testi (d-RAST) Çalışılması ve Bu Testin Antibiyoterapiye Etkisi

Muhammet Rıdvan Tayşi[1], Gönül Çiçek Şentürk[1], Elif Çalışkan[2], İrfan Şencan[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Kan kültür şişelerinden direkt hızlı antimikrobiyal duyarlılık testi [direct rapid antibiotic susceptibility test (dRAST)] yıllar önce tanımlanmasına rağmen antibiyotikler için duyarlılık sınırları standardize edilmediğinden rutinde kullanılmamaktaydı. Ancak EUCAST, 2019 yılında dRAST için zon sınır değerlerini yayınlamıştır. Çalışmamızda kan dolaşımı enfeksiyonu (KDE) ön tanısıyla kan kültürü alınan ve pozitif üreme sinyali saptanan hastaların kan kültür şişelerinden dRAST yöntemi ile antimikrobiyal duyarlılık testi (ADT) çalışılmasının hem etkin tedavi süreci üzerine hem de akılcı antibiyotik kullanımı üzerine etkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kan kültür şişesinde pozitif üreme sinyalinden sonra Gram-boyama sonuçlarına göre ilgili kliniğe panik değer bildirimi (PDB) yapılmıştır. Aynı zamanda EUCAST standartları doğrultusunda kan kültür şişelerinden dRAST uygulanarak 4, 6 ve 8. saatlerde ADT sonuçları okunmuştur. EUCAST tarafından dRAST yöntemiyle sınır değerleri belirlenmemiş mikroorganizmalarda Gram-boyanma özelliği, morfoloji ve biyokimyasal özellikleri dikkate alınarak benzer etkenler için belirtilen sınır değerleri kullanılarak duyarlılık yorumu yapılmıştır. dRAST ile eş zamanlı olarak rutin bakteri tanımlama ve ADT (tanımlama için BD Phoenix otomatize sistemi, ADT sonuçları için Kirby Bauer disk difüzyon yöntemi) çalışılmış ve iki yöntem ile alınan sonuçlar karşılaştırılmıştır. Çalışma sonunda dRAST'nin uygun antimikrobiyal tedaviye başlama ve/veya geçiş süresine ve başlanan ampirik tedavinin de-eskalasyonu üzerine olası etkisi araştırılmıştır. Bu etki PDB sonrasında hastalara başlanan veya değiştirilen antibiyoterapi dikkate alınarak saptanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 66'sı (%64) erkek, 37'si (%36) kadın, yaş ortalaması 66,8 olan 103 hasta dahil edilmiştir. Standart kültür ve ADT sonuçları ile karşılatırıldığında dRAST yönteminin antibiyotik duyarlılık sonuçlarını %98 doğruluk, %2 minör hata ile tespit ettiği saptanmıştır. dRAST ile tüm bakteri suşlarının kesin ADT sonucu ortalama 5,04 saatte elde edilmiştir. Etkenler ve etkenlere göre PDB sonrası verilen antibiyoterapi etkinliğinin dRAST ile değerlendirme sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. dRAST değerlendirilmesiyle uygun tedavi almadığı gözlenen 43 (%41,7) hastanın antibiyotik spektrumu genişletilerek pozitif üreme sinyali sonrası ortalama 5,5 saatte etkin tedaviye geçilmiştir. Bu sayede standart yönteme kıyasla yaklaşık 36 saat daha kısa sürede efektif antibiyotik tedavisine geçilebilmiştir. Hastaların 35'inde (%34,3) antibiyotik tedavilerinde dRAST ile kısa sürede de-eskalasyon yapılabileceği gözlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları dRAST yöntemiyle KDE'li hastalarda %98 doğruluk oranıyla pozitif sinyal sonrası ortalama 5,5 saatte erken ve etkin tedaviye geçilebileceğini, gerektiğinde de-eskalasyon yapılarak antimikrobiyal yönetim programlarına da katkı sağlayabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Antibiyoterapi, d-RAST, kan kültürü

Tablo1. Etkenlere göre PDB sonrası verilen antibiyotik etkinliğinin dRAST ile değerlendirilme sonuçları

	Toplam sayı (N)	Etkin AB alanlar	Etkin olmayan AB alanlar
Gram-olumsuz	63	-	-
Escherichia coli	37	21 (%57)	16 (%43)
Klebsiella pneumoniae	10	4 (%40)	6 (%60)
Enterobacter spp.	3	0 (%0)	3 (%100)
Proteus spp.	2	2 (%100)	0 (%0)
Pseudomonas spp.	2	1 (%50)	1 (%50)
Acinetobacter spp.	9	2 (%22)	7 (%78)
Gram-olumlu	40	-	-
Staphylococcus aureus	6	6 (%100)	0 (%0)
Coagulase negative stap.	21	19 (%90)	2 (%10)
Streptococcus spp.	2	1 (%50)	1 (%50)
Enterococcus feacalis	7	4 (%57)	3 (%43)
Enterococcus faecium	4	0 (%0)	4 (%100)
Toplam	103	60 (%58,3)	43 (%41,7)

dRAST:Direct rapid antibiotic susceptibility test, PDB: Panik değer bildirim, AB: Antibiyotik

[SS-077]

Enfektif Endokardit Tanısında; 99mTeknesyum-Vankomisin Görüntüleme Potansiyelinin Deneysel Sıçan Modelinde Değerlendirilmesi

Tuba Tatlı Kış[1], Şükran Köse[1], Osman Yılmaz[2], Mehmet Kış[3], Fatma Yurt[4], Emine Acar[5], Recep Bekiş[6], Canberk Yılmaz[7], Mustafa Barış[8], Gülden Diniz[9], Bengü Tatar[1], Ayça Tunçel[4]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*

[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Laboratuvar Hayvanları Bilimi Anabilim Dalı, İzmir*

[3]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

[4]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Bilimler Enstitüsü Nükleer Uygulamalar Anabilim Dalı, İzmir*

[5]*Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir*

[6]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir*

[7]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir*

[8]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

[9]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir*

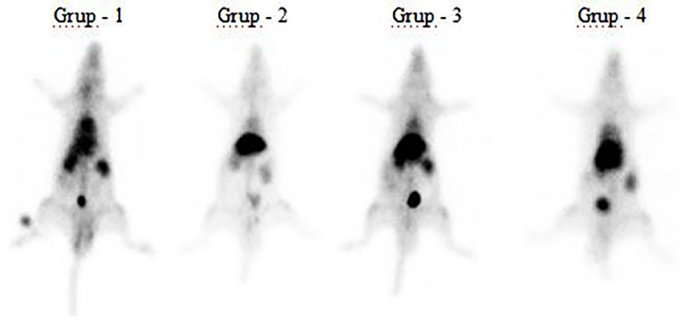
Giriş: Enfektif endokardit (İE) tanısında nükleer görüntüleme yöntemleri önem kazanmıştır. Çalışmamızın amacı erken evre, tanısı zor, küçük vejetasyonu olan İE olgularının teşhisine olanak sağlayacak yeni bir ajan olarak 99mTc-Vankomisinin görüntüleme potansiyelinin deneysel İE modelinde araştırılmasıdır. Bu çalışma İE tanısında bir nükleer görüntüleme ajanı olarak 99mTc-Vankomisinin görüntüleme potansiyelini değerlendiren literatürdeki ilk çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada ağırlıkları 250-300 gr arasında değişen, Wistar suşu toplam 27 adet sıçan kullanıldı. Sıçanlar grup 1 İE grubu, grup 2 steril endokardit grubu, grup 3 *S. aureus* bakteremisi oluşturulan grup ve grup 4 sham grup olarak rastgele dört gruba ayrıldı. Grup 1'de bulunan sıçanlara cerrahi prosedür aşamasında sağ karotid artere 20 gauge boyutlu kateter takıldı ve kateter takıldıktan 24 saat sonra kuyruk veninden herbir sıçan için 100.000 CFU *S. aureus* dolaşım sistemine verildi. Grup 2'de bulunan sıçanlara 20 gauge boyutlu kateter takıldı, *S. aureus* verilmedi. Grup 3'te bulunan sıçanlara sadece *S. aureus* kuyruk veninden dolaşım sistemine verildi. Grup 4'te bulunan sıçanlara hiçbir müdahale yapılmadı sham (kontrol) grubu kabul edildi. Vankomisinin 99mTc ile radyoaktif işaretleme çalışması yapıldı. İşaretli bileşiğin kalite kontrolü ince tabaka radyo kromatografisi (TLRC) ile yapıldı. Gruplarda modeller oluşturulduktan sonra her bir sıçan için 0,2 ml 37 mega bekerel (mega bq) 99mTc-vankomisin kuyruk veninden verildikten bir saat sonra *in vivo*, iki saat sonra *in vitro* görüntüler gama kamerada (Philips forte az) düşük enerjili yüksek rezolüsyonlu (LEHR) kolimatör ile 140 Kev enerji pikinde %20 pencere aralığında alındı. Enfekte vejetasyonlarda planar sintigrafik tutulumlar (*in vivo*) ve *in vitro* organ tutulumları hesaplanarak biyodağılım analizleri yapıldı ve steril vejetasyonlar ile karşılaştırıldı. Ayrıca kalp enfekte (hedef) organ, karaciğer non-enfekte (hedef olmayan) organ olarak kabul edilerek kalp/karaciğer oranı da hesaplandı. Görüntüler alındıktan sonra sıçanlar sakrifiye edildi ve histopatolojik inceleme yapıldı.

Bulgular: Histopatolojik incelemede grup 1'deki tüm sıçanlar İE tanısı aldı. Planar sintigramlarda (*in vivo* ölçümlerde), İE grubundaki sıçanların kalbinde, steril endokardit grubundaki sıçanların kalbindeki tutuluma kıyasla artış gözlendi, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). *İn vivo* görüntüler Şekil 1'de gösterildi. *İn vivo* ölçümler Tablo 1'de gösterildi. *İn vitro* ölçümlerde İE grubunda steril endokardit grubuna kıyasla 99mTc-Vankomisin kalp tutulumunda anlamlı artış saptandı (p=0,016).

Sonuç: Bu deneysel çalışmada, 99mTc-Vankomisin sintigrafisi, İE sıçan modelinde *in vitro* enfekte dokunun tespitini sağlamıştır. Ek olarak, steril endokardit grubunda anlamlı 99mTc-Vankomisin tutulumunun olmaması, bu ajanın steril enflamatuvar doku yerine enfekte dokuyu hedeflediğini göstermektedir. Son olarak, bu ajan hayvan spesifik görüntüleme cihazları ile de değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, 99m-Teknesyum, vankomisin



Şekil 1. 99mTc-Vankomisinin enjeksiyonundan 1 saat sonra alınan tüm vücut planar görüntüler Grup 1: İE oluşturulan grup, Grup 2: Steril endokardit oluşturulan grup, Grup 3: *S. aureus* bekteremisi oluşturulan grup, Grup 4: Sham grubu

Tablo 1. Planar görüntülerdeki kalp ve karaciğer dokularına ait 99mTc-Vankomisinin tutulum sonuçları [cCount) (650 piksel), ortalama ± SS]

Dokular	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4
Kalp	39363,4±22036,67	18257,17±3930,68	19793,6±10858,54	27310,6±12149,41
Karaciğer	95521,2±27619,98	169915,833±79338,78	77011,2±48575,93	99753,8±45508,99
Kalp/karaciğer	0,4263±0,22	0,1353±0,085	0,2509±0,05	0,2834±0,12

Grup 1: İE oluşturulan grup, Grup 2: Steril endokardit oluşturulan grup, Grup 3: *S. aureus* bekteremisi oluşturulan grup, Grup 4: Sham grubu

[SS-078]

İdrar Örneklerinden Elde Edilen *Escherichia coli* İzolatlarında Fosfomisin MİK Değerleri

Duygu Öcal[1], Elif Tuğçe Güner[2], Hasan Öksüzoğlu[3], Gül Erdem[2]

[1]*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Merkez Laboratuvarı, Ankara*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

[3]*Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

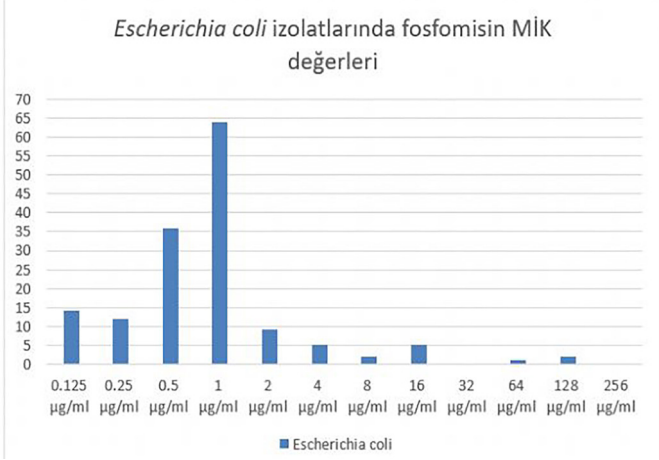
Giriş: Fosfomisin bakterisidal etkili, hücre duvar sentezini inhibe eden, geniş spektruma sahip bir antibiyotiktir. İdrar yolu enfeksiyonlarının tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Amacımız idrar kültürlerinden elde edilen *Escherichia coli* izolatlarının fosfomisin antimikrobiyal duyarlılığının çeşitli yöntemlerle karşılaştırmalı olarak saptanması, sonucunun CLSI ve EUCAST'ye göre değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2020 Ocak-Şubat tarihleri arasında laboratuvarlarımıza gönderilen idrar kültürü örneklerinden anlamlı üreme kabul edilen, konvansiyonel yöntemler ve MALDI-TOF MS (bioMérieux) ile *E. coli* olarak tanımlanan 150 izolat dahil edilmiştir. İzolatların antimikrobiyal duyarlılığının saptanmasında disk difüzyon testi (DDT), VITEK2 otomatize sistemi (bioMérieux) kullanılmıştır. Fosfomisin duyarlılığının belirlenmesinde DDT yöntemi ve VITEK 2 sistemiyle birlikte, altın standart yöntem olan agar dilüsyon yöntemi kullanılmıştır, elde edilen sonuçlar EUCAST 2020 ve CLSI 2020 rehberlerine göre karşılaştırmalı değerlendirilmiştir. Fosfomisin toz antibiyotiği (Sigma-Aldrich, ABD) kullanılarak, çalışılacak dilüsyon aralıklarına göre farklı konsantrasyonlarda fosfomisin solüsyonu hazırlanmıştır. Mueller Hinton Agar besiyerine son konsantrasyonu 25 mg/l olacak şekilde glukoz-6-fosfat eklenmiştir. Her bir plağa 1 kısım fosfomisin solüsyonu, 9 kısım erimiş agar konularak, seri dilüsyonlar halinde fosfomisin agar besiyeri (256-0,125 µg/ml) hazırlanmıştır. İzolatlar 104 CFU bakteri sayısı olacak şekilde agara ekilmiştir. Hazırlanan plaklar 24 saat 35 °C'de inkübasyona bırakılmıştır. EUCAST'ye göre; fosfomisin zon çapı ≥24 mm, minimum inhibitör konsantrasyon (MİK) değeri ≤32 µg/ml olarak bulunan izolatlar, CLSI'ya göre fosfomisin zon çapı ≥16 mm, MİK değeri ≤64 µg/ml olarak bulunan izolatlar duyarlı olarak saptanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 150 *E. coli* izolatının 84'ü (%56) yetişkin, 66'sı (%44) çocuk hastalardan elde edilmiştir. İzolatların antimikrobiyal duyarlılıkları Tablo 1'de verilmiştir. İzolatların 52'sinde (%35) ESBL pozitif, 11'inde (%7,3) karbapenemaz pozitif olarak saptanmıştır. İzolatların EUCAST'ye göre 3'ü (%2), CLSI'ya göre 2'si (%1,3) fosfomisine dirençli saptandı. Fosfomisin MİK 50=1 µg/ml, MİK 90=2 µg/ml olarak bulunmuştur, fosfomisin MİK değerleri Şekil 1'de verilmiştir. Dirençli saptanan izolatların hepsi ESBL pozitif, bir tanesi karbapenemaz pozitif olarak saptanmıştır. Fosfomisin duyarlılık sonucunda DDT, VITEK2 sistemi ve agar dilüsyon yöntemi arasında farklılık saptanmamıştır.

Sonuç: Fosfomisin için antimikrobiyal duyarlılık saptanmasında agar dilüsyon yöntemi altın standart olmakla birlikte, DDT, VITEK2 sistemi ve agar dilüsyon yöntemi sonuçları uyumlu olarak bulunmuştur. Çalışmamızda fosfomisin MİK değerlerinin düşük saptanması nedeniyle, (tek izolattaki fosfomisin MİK =64 µg/ml hariç) sonuçların değerlendirilmesinde CLSI ve EUCAST rehberleri arasında farklılık saptanmamıştır. *İn vitro* antimikrobiyal duyarlılık sonuçlarının, klinik etkinlik çalışmalarıyla birlikte değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Agar dilüsyon, fosfomisin, *Escherichia coli*



Şekil 1. İzolatların fosfomisin MİK değerleri

Tablo 1. İzolatların antimikrobiyal duyarlılıkları

	AM	GM	SXT	NF	FOS	CIP
Duyarlı	53 (%35)	135 (%90)	105 (%70)	150 (%100)	147 (%98)	110 (%73)
Dirençli	97 (%65)	15 (%10)	45 (%30)	0 (%0)	3 (%2)	40 (%27)

AM: Ampisilin, GM: Gentamisin, SXT: Trimetoprim sulfametoksazol, NF: Nitrofurantoin, FOS: Fosfomisin, CIP: Siprofloksasin olarak kısaltılmıştır. Sonuçlar EUCAST'ye göre değerlendirilmiştir

[SS-079]

Kan Kültüründe Üreme Saptanan 308 Olgunun Değerlendirilmesi

Kamuran Türker

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Yüksek mortalite ve morbiditeye neden olduğu için bakteriyemi ve sepsis erken tanı konulup tedavi gerektiren enfeksiyon hastalıkları acillerin başında yer alır. Bakteriyemiyi tanımlamak için halen en altın standart kan kültürüdür.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz genel mikrobiyoloji laboratuvarına sekiz aylık dönemde gelen gelen kan kültürlerinin gerekli identifikasyonu ve antimikrobiyal duyarlılıkları saptandıktan sonra değerlendirildi. Mikrobiyolojik idantifikasyon konvansiyonel yöntemlerle ve Vitek (BioMerioux, Fransa) sistemi kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Hastanemizde yatarak tedavi gören 308 hastadaki 407 kan kültürü epizodu değerlendirildi. Tüm epizotların %22,6'sı kontaminasyon, %3,7'si geçici bakteriyemi, %49,9'u nozokomiyal bakteriyemi ve %23,8'i toplum kaynaklı bakteriyemi olarak saptandı. Bakteriyemi kaynağı olarak; toplum kaynaklı bakteriyemilerde en sık bruselloz (%21,6), genitoüriner sistem enfeksiyonları (%18,5), solunum sistemi enfeksiyonları (%14,4), deri ve yumuşak doku enfeksiyonları (%14,4) saptandı. Nozokomiyal bakteriyemilerde; primer bakteriyemi %28,5, solunum sistemi enfeksiyonları %17,2, cerrahi yara enfeksiyonları %17,2, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları %8,8 oranında bulundu. Altmış ve üstü yaş, altta yatan 3 ve daha fazla hastalık bakteriyemi için mortaliteye etki eden faktörler

arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kan kültüründe %68,1 oranı ile Gram-olumlu mikroorganizmalar ilk sırada izole edildi. Gram-olumlu en sık MRKNS (%22), MRSA (%14,8) ve MSKNS (%13,9) bulunmaktaydı. Gram-olumsuzlar % 29,4 ile tüm izolatların üçte birlik kısmını oluşturdu. *E. coli* (%9,1), *Acinetobacter* spp. (%5), *P. aeruginosa* (%3,5) ve *K. pneumoniae* (%2,1) en sık saptanan Gram-olumsuz mikroorganizmalardı. Tüm izolatların %2,3'ünü mantarlar oluşturdu. Stafilokoklarda metisilin direnci %62,6 olarak saptandı. Vankomisine duyarlılık %100 idi. Enterokoklarda vankomisin direncine rastlanmadı. Gram-olumsuz fermantatif bakterilerde karbapenem duyarlılığı %100 iken, non-fermantatiflerde %33,3-80 arasında saptandı. Kontaminasyon oranı %22,6 bulundu. Kontaminasyon grubunda KNS (%70,6) ve *S. aureus* (%22,8) başta yer alan mikroorganizalardı. Bu grupta metisiline direnç %53,4 bulundu.

Sonuç: Tüm bunların ışığında bakteriyemiyi daha erken tespit edebilmenin ve pozitif kan kültürünün yorumunu iyi yapmanın, hasta sağkalımı açısından çok önemli olduğunu vurgulamak için sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, kan kültürü, nozokomiyal

[SS-080]

Gastroenterit Olgularında Biofire FilmArray GIS Panelinin Değerlendirilmesi

Mehmet Soylu[1], Candan Çiçek[1], Eylem Ulaş Saz[2], Nalan Gülşen Önal[3], Şöhret Aydemir[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[4]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*
[3]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir*
[4]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

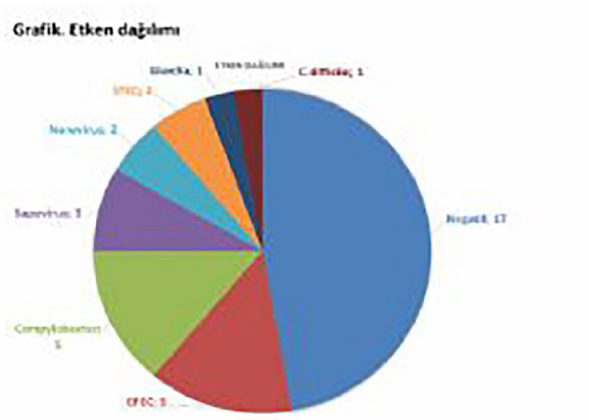
Giriş: Akut gastroenteritler sık görülen bulaşıcı ve genellikle viral, bakteriyel veya paraziter bir enfeksiyonla ilişkili klinik bir tablodur. Sıklıkla kendini sınırlayan bir klinik göstermekle birlikte nadir olgularda Gullian-Barre sendromu, reaktif artrit, hemolitik üremik sendrom gibi ciddi hastalıklara sebep olabilir. Bu çalışmada laboratuvarımıza gastroenterit ön tanılı hastalardan gelen örneklerde hızlı moleküler tanı testi kullanılarak etken dağılımının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada immünsüpresif hasta grubundaki 33 olgunun dışkı örneği değerlendirilmeye alındı. Tüm örnekler BioFire FilmArray GIS Panel (BioFire Diagnostics LLC, Salt Lake City, UT) testi ile çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yedisi (%21,2) kadın cinsiyet, 26'sı (%78,7) erkek cinsiyettir. Hastaların yaş aralıkları dört ay ile 78 yaş arasındadır (medyan: 12 yaş). Çalışılan 33 hastada 15 (%46) bir veya daha fazla etken pozitif, 17 (%51) negatif ve bir (%3) geçersiz sonuç elde edildi. On beş pozitif örneğin sekizi tekli pozitif bakteriyel etken, ikisi tekli pozitif viral etken, beş karma enfeksiyon saptandı. Test sonuçlarında etken dağılımı olarak; beş (%15) Campylobacter ve beş (%15) EPEC, üç (%9) Sapovirus, iki (%6) Norovirüs ve iki (%6) STEC, bir (%3) Giardia, bir (%3) *C. difficile* ve bir geçersiz sonuç elde edilmiş ve grafik olarak paylaşılmıştır. Üç hastanın örneklerinde konvansiyonel kültür pozitifliği FilmArray GIS panel PCR ile uyumlu olarak saptanmıştır.

Sonuç: Biofire FilmArray GIS Panel (BioFire Diagnostics LLC, Salt Lake City, UT) testi yaklaşık bir saat içerisinde sonuç verebilen hızlı ve güvenilir bir multipleks PCR sistemidir. FilmArray ile pozitif bulunan 3 hastada konvansiyonel yöntem ile de aynı etkenler saptanmıştır. Hastanemizde BioFire FilmArray GIS paneli sadece immünosüpresif yatan hasta grubunda kullanılmaktadır ve yeni kullanıma giren bu test için elde ettiğimiz ilk veriler umut verici olmakta birlikte henüz oldukça kısıtlıdır. Daha sağlıklı kıyaslamalar için konvansiyonel yöntemlerle karşılaştırmalı ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gastroenterit, Biofire FilmArray, immünosüpresyon



Grafik 1. Etken dağılımı

[SS-081]

Pnömoni Ön Tanılı Septik Şok Hastalarında Ampirik Antimikrobiyal Tedavi Enfeksiyöz Etkenleri Ne Kadar Kapsamaktadır?

Deniz Akyol[1], Cansu Bulut Avşar[1], Ayşe Uyan Önal[1], Uğur Önal[1], Günel Guliyeva[1], Damla Akdağ[1], Seichan Chousein Memetali[1], Merve Mert[1], Hilal Sipahi[2], Şöhret Aydemir[3], Sercan Ulusoy[1], Oğuz Reşat Sipahi[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Bornova İlçe Sağlık Müdürlüğü, İzmir*
[3]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: Türkiye'de üçüncü basamak bir eğitim hastanesinde takip edilen pnömoni ön tanılı septik şok (SS) hastalarında üç farklı ampirik antimikrobiyal tedavi rejimi arasında enfeksiyöz etkenleri kapsamada anlamlı fark var mıdır?

Gereç ve Yöntem: Septik şok tanılı (sepsis + hipotansiyon + vazopressör ajan alma) ve enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji konsültan hekimleri tarafından Aralık 2013-Ekim 2019 tarihleri arasında değerlendirilmiş olgular prospektif izlenmiştir. Arteryal kan gazında laktat düzeyi 2 mmol/l kriteri 23 Şubat 2016 tarihinden sonra 3. Uluslararası Sepsis ve Septik Şok Uzlaşma Raporu sonrası septik şok tanı kriterlerine eklenmiştir. Pnömoni tanısı solunum yolu örneklerinde (balgam, derin trakeal aspirasyon, bronkoskopik aspirasyon) üreme ve akciğer grafisinde infiltrasyon varlığında konulmuştur. *Candida* spp. üremesi iki farklı solunum örneğinde üreme varlığında etken kabul edilmiştir. Ampirik tedavi kapsayıcılığı, septik şok tanısı sonrası antimikrobiyal tedavi başlanması ve tedavinin rutin kültürlerdeki üreyen mikroorganizmaya duyarlı saptanması olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS 22 kullanılmış $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya çalışma periyodundaki toplam 739 septik şok tanılı hastadan belirtilen pnömoni kriterlerine uyan ve etkeni tanımlanmış 83

hasta [ortalama yaş 65,91±13,65 (minimum: 20, maksimum: 90), %59,03 kadın] dahil edildi. En sık tespit edilen üç etiyolojik ajan *Acinetobacter* spp. (n=24), *Pseudomonas aeruginosa* (n=17) ve *Klebsiella pneumoniae* (n=10) ile *Corynebacterium* spp. (n=10) idi. Ampirik tedavi kapsayıcılık oranı toplamda %67,46 [toplum kökenli SS'de %76,47 (13/17), hastane kökenli SS'de %65,15 (43/66)] idi (p=0,562). Tüm kohort göz önüne alındığında ampirik tedavi etiyolojik ajanı kapsadığında, bir aylık sağkalım oranı kapsamayanlara göre daha yüksek bulunmadı (3/17-%17,64 vs 12/66-%18,18 p=1)]. Üç ampirik tedavi rejiminin çalışmadaki olgulardaki teorik kapsayıcılık oranları (tüm hastalara verilseydi kaç olgunun etkenini kapsardı) tabloda belirtilmiştir. Üç kombinasyonun hastane kaynaklı ve toplum kaynaklı pnömonilerdeki kapsayıcılığı karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu (Tablo 1). Ama meropenem + teikoplanin + ekinokandin + kolistin kombinasyonu hastane kaynaklı pnömoni alt grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha geniş kapsayıcılığa sahipti (Tablo 1, p<0,00001).

Sonuç: Septik şok tablosundaki hastalarda mümkün olan en kısa sürede antimikrobiyal tedavinin başlanması önerilmektedir. Merkezler ampirik tedavi seçimini etiyolojik etken dağılımlarına göre belirlemelidir. Ancak kohortumuzda pnömoni + septik şok tablosundaki hastalarda bir aylık sağkalımı etkileyen tek ya da en önemli parametrenin optimum ampirik tedavi kapsayıcılık oranı olmaması olasılığı görülmektedir. Hastane kaynaklı pnömoni + septik şok olgularında meropenem + teikoplanin + ekinokandin + kolistin kombinasyonu daha geniş kapsayıcılığa neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Septik şok, ampirik tedavi, pnömoni

Tablo 1. Üç antimikrobiyal kombinasyonun ilgili gruptaki karşılaştırması

Ampirik tedavi	Toplum kökenli septik şok (n=17) Teorik olarak kapsama oranı	Hastane kökenli septik şok (n=66) Teorik olarak kapsama oranı	p
Meropenem+teikoplanin	%58,8 (10)	%36,3 (24)	0,105
Meropenem+teikoplanin +ekinokandin	%70,5 (12)	%424 (28)	0,056
Meropenem+teikoplanin +ekinokandin+kolistin	%88,2 (15)	%93,9 (62)	0,597
p	0,154	<0,00001	

[SS-082]

Hastanemiz Erişkin Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen İnvaziv Araç İlişkili Enfeksiyonlar

Rüveyda Alacahan[1], Kamile Çakırca[2], Zuhal Yeşilbağ[2], Habip Gedik[2], Leyla Günay[2], Kadriye Kart Yaşar[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Amacımız hastanemiz yetişkin yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) invaziv araç ilişkili enfeksiyon (İAİE) oranlarımızı ve enfeksiyon etkenlerini yıllar içinde karşılaştırmalı bir şekilde ortaya koymak, enfeksiyon kontrol önlemlerimizi gözden geçirerek yeni stratejiler belirlemek ve buna bağlı olarak hasta bakım ve tedavi kalitemizi artırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Erişkin YBÜ'de 2014 Ocak-2019 Aralık tarihleri arası altı yıllık dönemde, hastalardaki sağlık hizmetleri ile ilişkili (SHİ) İAİE gelişimi aktif sürveyans yöntemi ve klinik bulgulara göre değerlendirilmiştir. Enfeksiyon etkenlerinin tür tayini hastanemiz mikrobiyoloji laboratuvarında konvansiyonel biyokimyasal yöntemler ve otomatize sistemle (Phoenix, BD) çalışılarak belirlenmiş ve yıllara göre değişimleri kaydedilmiştir. SHİE tanısı "Centers for Disease Control and Prevention" kriterlerine göre yapılmıştır. Enfeksiyon hemşireleri tarafından SVK takılmasına yönelik eğitimler bu dönemde devam etmiştir.

Bulgular: Belirlenen zaman diliminde erişkin YBÜ'de toplam 23.464 hasta takip edilmiş, 488 İAİE saptanmıştır. Bu enfeksiyonların tipi ve yıllara göre değişimleri Grafik 1'de gösterilmiştir. Altı yıllık süreçte İAİE hız oranları insidans dansitesi kullanılarak hesaplanmış olup ortalaması VİP için 8,67, VİO için 8,19, Kİ-ÜSE için 3,42 ve SVKİ-KDE için 10,87 olarak bulunmuştur. 2014-2019 yılları arasında İAİE etkeni olarak en sık tespit edilen patojen %24,9 ile *Acinetobacter* spp. olmuştur. Bunu %19,7 ile *Klebsiella* spp., %12,6 ile *Candida* spp., %10 ile *Pseudomanas* spp., %8,42 ile *E. coli*, %5,8 ile *Enterococcus* spp., %5,31 ile KNS, %2,93 ile *S. aureus*, %2,74 ile *Enterobacter* spp., %2,74 ile *Stenotrophomanas* spp., ve %4,57 ile diğer etkenler takip etmektedir. Altı yıl boyunca bu enfeksiyonlardan en sık izole edilen etkenler VİO ve VİP için *Acinetobacter* spp. (sırasıyla %39, %49) Kİ-ÜSE'den *E. coli* (%24), SVK-KDE'den *Klebsiella* spp. (%26) olmuştur.

Sonuç: 2018-2019 yıllarında VİP/VİO enfeksiyonlarının ilişkisi, bu enfeksiyonları tanımlamada kullanılan kriterlerin değişmesine bağlı olduğu şeklinde yorumlanmıştır. 2014-2019 yılları arasında hastanemizde gelişen İAİE hız oranlarının ortalaması aynı yıllarda ülkemizde görülen hız oranlarının ortalaması ile uyumlu bulunmuştur (Ağırlıklı genel ortalama, %50 persentil-ortanca). SVKİ-KDE'lerde eğitim verildikten sonraki dönemlerde enfeksiyon oranları (2018 ve 2019 yılları hariç) düşmüştür. Sürveyans çalışmaları, hastane birimlerinin kendilerini yıllar içinde değerlendirmeleri açısından önemlidir. Bu çalışmalar sonucundaki verilere dayanarak düzenli personel eğitimlerinin verilmesi, farkındalık oluşturulması ve uygun enfeksiyon kontrol önlemlerinin izlenmesi önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan SHİE oranını düşürme konusunda ciddi katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: İnvaziv araç ilişkili enfeksiyonlar, sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar, sürveyans



Grafik 1. 2014-2019 yılları arasında invaziv araç ilişkili enfeksiyonların dağılımı

[SS-083]

İnfluenza Sonrası Gelişen MSSA Pnömonisine Sekonder Bakteriyemi ve Septik Şok Olgusu

Selda Aydın

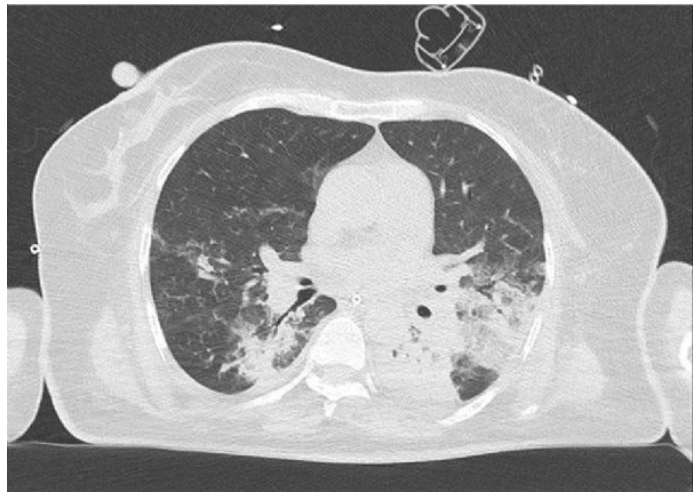
İstanbul Medipol Üniversitesi, Medipol Mega Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: İnfluenza sonrası *S. aureus* pnömonisi riski arttığı teorik bilgilerimizde hep yer alır ancak pratikte nadir karşılaştığımız klinik bir tablodur. İnfluenza sonrası gelişen *S. aureus* pnömonisine sekonder bakteriyemi ve septik şok tablosunda bir olguyu paylaşmak istedik.

Olgu: Altmış üç yaşında kadın hasta, 10 yıldır oral antidiyabetik ilaçlarla komplikasyonsuz diabetes mellitus tanısı mevcuttu. Sigara, alkol, madde bağımlılığı ve hipertansiyon yoktu. Bir haftadır kuru öksürük, boğaz ağrısı ve ateş semptomları olan hasta son üç gündür sarı balgamlı öksürük, solunum sıkıntısı ve genel durumunun bozulması üzerine acil polikliniğimize getirilmişti. Fizik muayenesinde genel durum kötü, bilinci bulanık (konfüze ve somnolans), TA: 90/50 mmHg, nabız: 164/dk, solunum sayısı: 28/dk, oksijen satürasyonu: %84, ateş: 40,5 °C ve her iki akciğerde yaygın krepitan ral işitildi. Laboratuvar değerleri; lökosit: 20.000/µl (%94,7), hemoglobin: 11,5 g/dl, trombosit: 333.000/µl, kan şekeri: 262 mg/dl, CRP: 727 mg/l, prokalsitonin: 122 ng/ml, hasta sepsis-septik şok tanısı ile hastanemiz yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yapılan tetkiklerinde posteroanterior akciğer grafisi, toraks tomografisinde konsolidasyon, pnömonik infiltrasyon, solunum yolu örneğinde influenza PCR pozitif, endotrakeal aspirat ve kan kültürlerinde MSSA üremesi saptandı. Ampisilin-sulbaktam ile tedavisi 14 güne tamamlandı ve şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: İnfluenza sonrası gelişen sekonder bakteriyel pnömonide *S. aureus* etken olarak karşımıza çıkabilmekte ve hayatı tehdit eden klinik tablo ile sonuçlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, sekonder bakteriyel pnömoni, metisiline duyarlı *S. aureus*



Şekil 1. Toraks tomografi

Tablo 1. Klinik izlem ve laboratuvar verileri

	Ateş	Tansiyon arteriyel	Satürasyon (%)	Lökosit	C-reaktif protein	Prokalsitonin	Bilirubin	Kreatinin
0. gün	40,5	90/50	84	20.000	489	55	0,3	1,7
1. gün	39	95/50	80	23.000	502	143	0,4	3,1
2. gün	Normal	95/60	77	26.000	727	122	3,4	3,7
7. gün	Normal	120/57	70	12.000	118	7.2	1,4	1,6
10. gün	Normal	127/60	90	10.000	107	4.6	0,5	1,5

[SS-084]

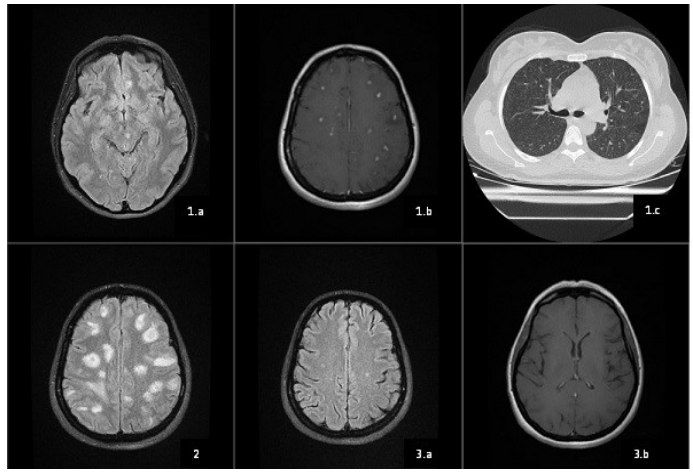
Zorlu Bir Olgu: Paradoksal Reaksiyon

Ece Akbulut

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç ve Olgu: Otuz dokuz yaşında kadın hasta ani gelişen bilinç değişikliği ile acil servise başvurdu. Bir aydır devam eden baş ağrısı, üşüme titremenin eşlik ettiği ateşinin olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; ateş: 37,6 °C, TA: 120/80 mmHg, nabız: 80/dakika, solunum sayısı: 22/dakika bulundu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Ense sertliği alınan olgunun, göz dibinde papil ödem görülmedi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) berrak, 130 lökosit/mm^3 (PNL hakimiyetinde), protein 175 mg/dl, glukoz 31 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 89 mg/dl) saptandı. Hastaya amprik olarak ampisilin 12 gr ve antitüberküloz tedavi (isoniazid, rifampisin, pirazinamid, etambutol) başlandı. Anamnezinde son altı yıl içerisinde infertilite kliniğinde takip edildiği, infertilite tetkik amacıyla iki kez laparoskopik girişim, 7 kez IVF gebelik denemesi ve 2 ay önce abortus olduğu öğrenildi. Difuzyon MRG'de (Şekil 1a) t2 flairde multipl nodüler hiperintensiteler görüldü, ayırıcı tanıda apse, subakut enfarkt, vaskülit ve tüberküloz düşünüldü. Ampisilin kesildi, tedavisine meropenem 3x1 gr i.v. ve linezolid 2x600 mg i.v. eklendi. Kontrastlı beyin MRG'de (Şekil 1b) serebellum, beyin parankimi ve beyin sapında fazla sayıda milimetrik boyutlu lezyonlar tespit edildi. Ppd 15 mm ölçüldü. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (Şekil 1c) akciğer parankiminde milierpatern ile uyumlu diffüz dansiteler saptandı. Tedavinin 2. gününden itibaren hastanın ateşi geriledi, şuuru açıldı. Sağ gözde ağrı şikayeti ile yapılan göz muayenesinde sağ makula temporalde 2 adet, sol OD nazalinde tüberkülom ve retina inferiorda tüberkül ile uyumlu lezyonlar izlendi. Tedavinin 4. gününde baş ağrısı şikayeti geçti. BOS incelemesinde aside dirençli basil (ARB) görülmeyip, PCR yöntemi ile *M. tuberculosis* DNA'sı saptanmayan hastanın BOS mikobakteri kültüründe 30. günde üreme tespit edildi. Meropenem ve linezolid tedavisi 11. gününde kesildi. Deksametazon tedavisi 14 güne tamamlanarak kesildi. Kontrastlı kraniyal MRG'de (Şekil 2) tekrarlandı. Lezyonların etrafındaki ödemde belirgin azalma mevcuttu. Kontrol lomber ponksiyonda BOS berrak, 32 lökosit/mm^3, protein 75,6 mg/dl, glukoz 42 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 88 mg/dl) saptandı. Alınan materyal BOS kültürü, mikobakteri kültürü, mikobakteri PCR ve sitopatolojiye gönderildi. Kontrol lomber ponksiyon BOS mikobakteri kültüründe üreme olmadı. Genel durumu iyi olan hasta ayaktan izleme alındı. Takiplerinde anti-TBC tedavinin 39. gününde çift görme ve baş ağrısı yakınmaları gelişti. Kontrol kontrastlı kraniyal MRG'sinde (Şekil 3a, b) her iki serebellar hemisferde beyin sapında, her iki serebral hemisferde subkortikal mesafede heterojen dağınık ve düzensiz yerleşimli kontrastlı serilerde ise santralinde nodüle kontrastlanan multipl kitle lezyonu izlendi. Önceki kontrastlı MRG ile karşılaştırıldığında bu incelemede lezyonlarda belirgin progresyon izlendi; lezyonlar boyut olarak artmış, çevresel ödem oldukça belirginleşmişti. Lezyonların santralde kontrastlanması daha belirgin hale gelmişti. Paradoksal tüberküloz olarak değerlendirilerek 1 mg/kg'den prednol başlandı. Ppd tekrarı 18 mm geldi. Takiplerinde çift görme ve baş ağrısı geriledi. Prednol tedrici olarak azaltılarak 6 haftaya tamamlandı. **Sonuç:** Anti-TBC tedavinin 101. gününde kontrol kraniyal MRG'sinde TBC lezyon odaklarının çoğu güncel incelemede totale yakın kayboldu. Anti-TBC tedavinin 7. ayında olan hasta komplikasyonsuz izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Paradoksal yanıt, tüberküloz menenjit, tüberküloz tedavisi



Şekil 1. 1a) Difüzyon MRG, multipl nodüler hiperintensiteler. **1b)** Kontrastlı beyin MRG, serebellum, beyin parankimi ve beyin sapında milimetrik lezyonlar. **1c)** Bilgisayarlı toraks tomografisi, akciğerde milier patern ile uyumlu dansiteler. **2)** Kontrastlı kraniyal MRG, her iki serebellar hemisferde beyin sapında, her iki serebral hemisferde subkortikal mesafede heterojen dağınık ve düzensiz yerleşimli kontrastlı serilerde ise santralinde nodüle kontrastlanan multipl kitle lezyonu izlendi. Önceki kontrastlı MRG ile karşılaştırıldığında progresyon mevcut; lezyonlar boyut olarak artmış, çevresel ödem oldukça belirginleşmişti. Lezyonların santralde kontrastlanması daha belirgin hale gelmişti. **3a, b)** Kontrol kraniyal MRG, her iki serebral hemisferde, beyin sapı düzeyinde ve serebellar hemisferlerde izlenen TBC lezyon odakları totale yakın kayboldu; sadece her iki frontal vertekste, interhemisferik bölgede ve pons düzeyinde birkaç adet milimetrik lezyon odağı görüldü

[SS-085]

Nadir Görülen Bir Hastalık Olan Visceral Leishmaniasis Olgu Sunumu

Tuğba Özdemir, Yunus Gürbüz, Ali Acar, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Nedeni bilinmeyen ateş olgularında, nadir görülen enfeksiyöz hastalıkların akılda tutulması gerekmektedir. Biz bu olgumuzda bir ay boyunca serviste nedeni bilinmeyen ateş ile takip ettiğimiz hastada kala-azar tanısının nasıl ve hangi aşamalardan sonra konulduğundan bahsedeceğiz.

Olgu: Otuz iki yaş erkek, 5 haftadır ateş, bulantı-kusma şikayetiyle başvurdu. Kronik hastalık yok. Gece terlemesi, kilo kaybı mevcuttu. Son 3 ayda 14 kg (98-84) kaybetmişti. Çiğ süt kullanımı, kene teması, kuyu suyu kullanımı, tüberküloz teması, seyahat öyküsü yoktu. Amoksisilin/klavulonat+kotrimaksozal kullanımaktadır. Başvuru fizik muayenesinde 2/6 kardiyak üfürüm mevcuttu, traube kapalıydı. Hastane başvurusunda beyaz küre 1570/mm^3, mutlak nötrofil sayısı 890/mm^3, trombosit 111.000/mm^3, hemoglobin: 9,2, CRP: 128 mg/l, ALT/AST: 16/22 U/l, albümin/total protein 2,6/6,7 mg/dl. Periferik yaymada toksik granülasyon mevcuttu. Tiroid fonksiyon testleri normal, viral hepatit markerleri (HBsAg, antiHBs, anti-HCV, anti-HIV, TORCH paneli) negatif olarak sonuçlandı. Akciğer grafisi ve tam idrar tahlili temizdi. Hastadan ilk 24 saatte toplam 3 set kan kültürü alındı ve tamamında Gram-olumlu üreme oldu, akut enfektif endokardit ön tanısıyla

sulbaktam/ampisilin (12 gr)+vankomisin (3 gr) başlandı. Kan kültürlerinde MSKNS üremeleri oldu. Transtorasik ve transözefagiyal ekokardiyografide endokardit lehine görüntü saptanmadı. Yapılan ultrasonografilerde aksiller, inguinal ve boyun bölgesinde reaktif lenf nodları, abdomen tomografisinde dalakta 4x5 cm enfarkt, hepatosplenomegali izlendi. PET/CT görüntülemesinde rektumda (SUV_{maks}: 10,04) tutulum, dalakta (7,43) ve kemik iliğinde (SUV_{maks}: 5,76) heterojen tutulum, en büyüğü SUV_{maks} 2,47 olan lenf nodlarında hafif artmış tutulum izlendi. Hastanın mevcut lenfadenopatisi, hepatosplenomegalisi, azalmış albümin/globülin oranı ve pansitopenisi sebebiyle visseral leishmaniazis, TBC, malignite ön tanıları ile kemik iliği biyopsisi materyalinin patolojik incelemesinde nondiagnostik. ANA, RF ve ENA paneli negatif, immünoglobulin panelinde ise IgG, IgG4 ve IgE yüksek sonuçlandı. Dört haftalık antibiyoterapiye rağmen ateş yanıtı alınamadı. Serumdan *Leishmania* serolojisi pozitif, kemik iliği örneği PCR, *Leishmania* kültürü yapıldı. Hastaya lipozomal amfoterisin B tedavisi başlandı. PCR *Leishmania* infantum olarak sonuçlandı. Lipozomal amfoterisin B total dozu 21 mg/kg, bölünmüş dozlarda uygulandı. Hastanın tedavi başlandıktan sonra 24 saat içerisinde ateşi geriledi. Takibinde splenomegali, nötropeni, hipoalbüminemi ve trombositopenisi düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Kala-azar nadir görülmesine karşın tansının konulamayıp tedavi edilememesi durumunda 2 yıl içerisinde %100 mortalite ile seyreden sistemik paraziter bir hastalıktır. Hastamızda olduğu gibi tedaviye dramatik bir yanıt verir. Ateş yanıtı alınamayan ve tanısı netleşmeyen hastalarda gözden kaçırılan nadir de olsa bütün ön-tanılara yönelik testlerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelime: Visceral Leishmaniasis

2020 EKMUD POSTER SUNUMLAR

[PS-001]

Brusellozun Nadir Komplikasyonu: Atravmatik Dalak Hematomu

Merve Sefa Sayar[1], Dilek Bulut[1], Aslı Haykır Solay[2], Mahmut Baran Yerlikaya[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Bruselloz birçok organı ve sistemi etkileyebilen; çeşitli hastalıkları taklit edebilen "büyük taklitçi" olarak adlandırılan zoonotik bir hastalıktır. Brusella olguları karaciğer apsesi veya dalak rüptürü gibi gastroinestinal ve hepatobiliyer komplikasyonlar ile literatürde yer almaktadır. Bu raporda brusellozun nadir komplikasyonu olan atravmatik dalak hematomu sunulmaktadır.

Olgu: Bilinen bir hastalığı olmayan 54 yaşında kadın hasta üç gündür olan karın ağrısı şikayeti ile yakınları tarafından acil servise getirildi. Fizik muayenesinde; ateş 38,3 °C, tansiyon arteriyale 110/70 mm Hg ve abdomen sol üst kadranda hassasiyet mevcuttu; defans, rebound saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde beyaz küre: 4,620 /l, platelet: 179.000/l, hemoglobin: 12,5 g/dl, üre: 50 mg/dl, kreatinin: 0,95 mg/dl, AST: 44,9 U/l, ALT: 33,8 U/l, PT: 13 sec, INR: 1,06, aPTT: 27,6 sec ve CRP: 28,6 mg/l saptandı. Tüm abdomen ultrasonografisinde 15 mm subkapsüler hematom, perisplenik ve perihepatik sıvı saptandı. Herhangi bir travma öyküsü olmayan hasta splenik hematom tanısıyla genel cerrahi servisine yatırıldı. Hastanın genel cerrahi servisi takibinde 38 °C ve üzeri ateşi devam edince enfeksiyon hastalıkları doktoruna danışıldı. İstenen tetkiklerde Rose Bengal testi pozitif ve brusella Coombs'lu tüp aglütinasyon 1/160 titrede pozitif saptanması üzerine akut bruselloz tanısı konuldu. Hastanın tedavisi gentamisin 1x320 mg intravenöz ve doksisiklin 2x100 mg oral olarak düzenlendi. Tedavinin yedinci gününde ateş yüksekliği geriledi. Hastanın klinik bulguları düzeldi. Tedavinin yedinci günündeki kontrastlı üst abdomen bilgisayarlı tomografide hematom boyutlarının küçüldüğü görüldü. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Gentamisin tedavisi yedi güne tamamlanıp kesildikten sonra oral doksisiklin 2x100 mg tb ile tedavi 45 güne tamamlanarak kür sağlandı.

Sonuç: Spontan dalak rüptürünün primer enfeksiyöz nedenleri arasında ilk sırada viral enfeksiyonlar yer almaktadır. Bruselloza bağlı dalak hematomu nadir görülen bir durum olup; brusellanın endemik olduğu bölgelerde akılda tutulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, dalak hematomu

[PS-002]

Pnömokok Bağışıklamasında İki Önemli Risk Grubu: Diabetes Mellitus ve Rinore

Merve Sefa Sayar[1], Dilek Bulut[1], Aslı Haykır Solay[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: İnvazif pnömokok hastalığı (İPH) 2 yaş altı ve 65 yaş üstü bireylerde ve antikor yanıtının bozulduğu durumlarda daha sık görülmektedir. Toplum kökenli bakteriyel menenjitte en sık etken *Streptococcus pneumoniae*'dir ve İPH grubunda tanımlanmaktadır. Bu raporda İPH için risk grubunda yer alan iki pnömokokkal menenjit olgusu sunulmuştur.

Olgu 1: Diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları ile takipli 63 yaşında erkek hasta baş ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fiziki muayenesinde ateş 38,1 °C, tansiyon arteriyel (TA) 200/100 mm Hg, nabız 100/dk ve saturasyon 95 mm Hg idi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 13,430/l, hemoglobin: 15,4 g/dl, trombosit: 282.000/ul, CRP: 9,78 mg/dl, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal olarak saptandı. Kraniyal bilgisayarlı tomografide bilateral supraventriküler beyaz cevherde hipodens alanlar olması üzerine intrakraniyal kanama ön tanısı ile nöroloji kliniğine yatırıldı. Takiplerinde 38 °C üzeri ateşin devamı ve bilincin kapanması üzerine enfeksiyon hastalıklarına danışılarak lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) inceleme sonuçları ile (Tablo 1) akut bakteriyel menenjit tanısı alan hastaya 10 gün vankomisin 2 g/gün ve seftriakson 4 g/gün intravenöz verildi. Tedavi sonrası kontrollerinde pnömokok bağışıklaması yapıldı.

Olgu 2: Otuz iki yaşında erkek hasta yakınları tarafından baş ağrısı için analjezik alıp uyuduktan sonra uyandırılamaması nedeniyle acil servise getirildi. Bir ay önce dış merkezde rinoplasti olduğu ve ameliyat sonrası dönemde sefuroksim aksetil kullandığı öğrenildi. Bilinen hastalığı yoktu. Fiziki muayenesinde ateş 39 °C, TA 90/60 mm Hg, nabız 88/dk olarak saptandı. Bilinç kapalıydı ve ense sertliği vardı. Laboratuvar tetkikleri lökosit 24.460/l, hemoglobin 13,6 g/dl, trombosit 260.000/ul, CRP: 8,28 mg/l, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal olarak saptandı. Kraniyal görüntülemeler ile kliniği açıklayacak bulgu saptanmayınca LP yapıldı. BOS inceleme sonuçları (Tablo 1) ile akut bakteriyel menenjit tanısı konuldu. Hastanın rinoplasti öyküsünden dolayı tedavisi vankomisin 2 g/gün ve meropenem 6 g/gün intravenöz olarak düzenlendi; kültür sonucu ile vankomisin 2 g/gün ve seftriakson 4 g/gün intravenöz olarak revize edildi. Tedavinin üçüncü günü hastanın bilinci açıldı ve rinoplasti sonrası rinoresinin olduğu hastadan öğrenildi. Tedavinin yedinci gününde sağ grade iki fasyal paralizi gelişti. Kulak burun boğaz (KBB) hekimi önerisi ile prednizolon 1 mg/kg başlandı. Antibiyotik tedavisi 14 güne tamamlanarak; KBB poliklinik takibi ve cerrahi amaçlı taburcu edildi. Tedavi sonrası kontrollerde pnömokok bağışıklaması yapıldı.

Sonuç: Pnömokok hastalıkları aşıyla önlenebilen morbidite ve mortalite nedenleridir. Erişkinlerde pnömokok aşılaması İPH'ler açısından maliyet etkin olup; pnömokok bağışıklamasında risk grubundaki olguların hekimlerin dikkatinde olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pnömokok, menenjit, aşı

Tablo 1. Olguların BOS sonuçları

Tetkik adı-referans aralık	Olgu 1	Olgu 2
Protein (mg/dl) (0-40)	303	283,4
Glikoz (mg/dl) (40-70)	37	2,5
Klor (mmol/l) (115-130)	119,7	121,8
Eş zamanlı kan şekeri (mg/dl) (65-100)	88	115
Hücre sayımı	4,805	2,080
Gram-boyama	Bakteri görülmedi	Gram labil diplokok görüldü
Metilen boyama	Her alanda 7-8 lökosit görüldü	Yoğun lökosit görüldü
BOS kültür	Üreme yok	Penisilin dirençli *S. pneumoniae*
BOS real time PCR	*S. pneumoniae* pozitif	-

BOS: Beyin omurilik sıvısı, PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu

[PS-003]

Antitüberküloz Tedaviye Bağlı Gelişen İzole Hiperbilirubinemi Olgusu

Merve Sefa Sayar[1], Dilek Bulut[1], Aslı Haykır Solay[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Tüberküloz (TB) hastalığının tedavi başarısında hasta uyumu, doğrudan gözetimli tedavi ve ilaca ulaşmak önem arz etmektedir. Anti-TB tedavi uygulanan hastaların ilaç yan etkileri hususunda bilgilendirmeleri önemlidir. Olgumuz anti-TB tedaviye bağlı gelişen izole hiperbilirubinemi olgusudur.

Olgu: Enfeksiyon hastalıkları kliniğinde takip edilen milier TB (akciğer ve santral sinir sistemi) tanılı 79 yaşındaki kadın hasta, anti-TB tedavinin (izoniyazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, etambutol 25 mg/kg/gün, pirazinamid 25 mg/kg/gün) 30. gününde tedavisini evde devam etmek üzere taburcu edildi. Taburculuğundan 15 gün sonra bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayene bulguları ateş 37 °C, tansiyon arterial 110/70 mmHg ve nabız 93/dk idi. ALT/AST değerleri 6/41 U/l olarak saptandı. Taburculuğu sırasında normal sınırlarda olan bilirubin seviyelerinde artış saptandı (Tablo 1). Hastada hemoliz saptanmadı ve abdomen USG, bilgisayarlı tomografi ile safra kesesinde staz olmadığı gösterildi. Mevcut klinik tablo ilaç yan etkisi olarak değerlendirildiğinden bütün anti-TB tedavileri kesildi. Takibinin 19. gününde total bilirubin 1,94 mg/dl ve direkt bilirubin 1,8 mg/dl saptanması üzerine anti-TB tedavi (izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid sırası ile düşük dozdan başlayıp üç günde bir doz artırımı/yeni ilaç ekleme yapılarak) yeniden başlandı. Yan etkinin tekrarlamaması üzerine dörtlü tedavi üç aya tamamlandı. Sonrasında ikili tedavi (izoniyazid 1x300 mg ve rifampisin 1x600 mg) dokuz ay verilerek toplam 12 ay tedavi verildi ve kür sağlandı.

Sonuç: Karaciğer enzimleri etkilenmeksizin görülen bilirubin yüksekliklerinde ilaç kullanımı dikkatlice sorgulanmalı ve anti-TB tedavinin izole hiperbilirubinemi yapabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Antitüberküloz tedavi, karaciğer fonksiyon testleri, izole hiperbilirubinemi

Tablo 1. Olgunun karaciğer fonksiyon testlerinin takibi

Tetkik adı-referans aralık	Taburculuk sırasında	Anti tüberküloz tedavinin 45. günü	Anti tüberküloz tedavi kesilmesinin 19. günü
AST(0-37 U/l)	15,3	41	13
ALT (0-40 U/l)	4,9	6	3
Total bilirubin (0-1,1 mg/dl)	0,38	9,27	1,94
Direkt bilirubin (0-0,3 mg/dl)	0,26	8,13	1,8
Alkalen fosfataz (0-187 U/l)	75	114	81
GGT (0-49 U/l)	71	48	45

AST: Aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, GGT: Gama-glutamil transpeptidaz

[PS-004]

Kronik Hepatit B Enfeksiyonu Olan Hastalarda Hepatosteatozun Değerlendirilmesi

Merve Sefa Sayar[1], Dilek Bulut[1], Ali Acar[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Non-alkolik karaciğer (Kc) yağlanması global prevalansı %25,24 ile dünya genelinde sık görülen Kc hastalıklarından biri olup; %29,6'sının HBV ile enfekte olduğu bilinmektedir. HBV enfeksiyonun hepatosteatoz patogenezindeki rolü tam olarak aydınlatılamamıştır. Çalışmamızda kronik hepatit B (KHB) enfeksiyonlu hastalarda hepatosteatoz sıklığı ve hastalık biyokimyasal, viral parametrelerle hepatosteatoz arasında ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2019-Aralık 2019 döneminde KHB nedeni ile Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'nde takip edilen 255 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri elektronik sistemden elde edildi. Hastaların hepatosteatoz durumu ultrasonografi (USG) ile değerlendirildi. Kc hasarı endirekt yöntemler olan aspartat aminotransferaz (AST) ve platelet oranı (APRI) ile değerlendirildi. Hepatotoksik ilaç kullananlar, HCV enfeksiyonu, düzenli veya aşırı alkol kullanımı olan hastalar, otoimmün ve metabolik Kc hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 40,6±12,7 ve %42 kadın saptandı. HBsAg pozitif hastaların %3,9'unda HBeAg ve %96,4'ünde anti-Hbe pozitifliği mevcuttu. HBeAg pozitif hastaların yaş ortalaması 26±9,2 idi ve sekizi kadındı. HBeAg pozitif hastaların HBV DNA seviyesi 20.000 IU/l üzerinde olup; %20'sinde AST ve ALT değerleri 40 IU/ml'nin üzerinde saptandı. Çalışmaya dahil edilen 255 hastanın %7,05'inde HBsAg ve antiHBs pozitifliği beraber saptandı. Hastaların 214/255'inde (%83,9) Kc USG tetkiki mevcuttu. KHB tanısıyla takip ettiğimiz hastaların %44,4'ünde hepatosteatoz saptandı. Çalışmamızda; Kc USG'de hepatosteatozu olanlarla, steatoz saptanmayanlar arasında yaş ve Trigliserit değerleri arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Buna karşın HBV enfeksiyonunun Kc yağlanmasının etiyopatogenezinde rol oynayıp oynamadığına dair ileri sürülen hipotezlerin test edilmesi yönünden yapılan karşılaştırmada, HBV enfeksiyonun aktivasyonu ile ilişkili olan direkt veya endirekt göstergelerin steatozla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği saptandı (Tablo 1). Ancak HBV enfeksiyonunda lipit metabolizmasının bozulup/bozulmadığı ve Kc yağlanmasına neden olup/olmadığının ortaya konması için sağlıklı (HBV negatif) grupla karşılaştırma yapılması gerekmektedir. Bu sonuçlarla, hepatit B enfeksiyonunun Kc yağlanmasında viral etkinin rol almadığını söylemek mümkün olmamakla birlikte, viral aktivasyonun hepatosteatozun doğrudan bir ilişkisi olduğundan da bahsetmek mümkün değildir. Çalışmaya dahil ettiğimiz hastaların Kc histopatolojik sonuçları yeterli sayıda olmadığından hepatit B enfeksiyonunun neden olduğu nekroenflamasyon ile steatoz arasındaki ilişkinin incelenmesi mümkün olamadı. Bu eksikliği gidermek açısından APRI skoru ile steatoz arasındaki ilişki incelendi; ancak istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 1). HBV DNA miktarıyla ALT, AST ve APRI skoru arasında pozitif yönde, zayıf, istatiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu görüldü.

Sonuç: Hepatit B ve hepatosteatoz arasındaki ilişki halen karmaşıklığını korumakta olup; sağlıklı gönüllülerle yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hepatit B, non-alkolik karaciğer yağlanması

Tablo 1. Kronik hepatit B hastalarında hepatosteatozu etkileyen faktörler

	Hepatosteatoz olan (N=) 95	Hepatosteatoz olmayan (N=) 119	p
Yaş	44,24	40,61	0,045*
Cinsiyet E/K	55/44	69/50	0,990
Hastalık yaşı (ay)	74,37	73,36	0,868
AST	21,66	20,86	0,515
ALT	25,00	23,43	0,546
AST/ALT	1,04	1,06	0,730
HBV DNA PCR	4175157	61175068,6	0,149
PLT	246189,5	247277,3	0,902
T. protein	7,37	7,30	0,492
ALB	4,48	4,50	0,492
T.BIL	0,49	0,51	0,629
INR	0,99	1,01	0,148
TG	187,62	133,27	0,009*
TK	180,10	164,67	0,129
ALP	80,68	76,70	0,219
GGT	22,43	17,30	0,02*
AFP	2,22	3,03	0,074
APRI	0,24	0,23	0,652

E: Erkek, K: Kadın, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, PLT: Platelet, ALB: Albümin, TBIL: Total bilirubin, TG: Trigliserit, TK: Total kolesterol, ALP: Alkalen fosfataz, GGT: Gama-glutamil transpeptidaz, AFP: Alfa feto protein, APRI: [(hastanın AST değeri/AST'nin normal üst sınır değeri)/hastanın trombosit değeri (109/l) x100]), HBV: Hepatit B virüs

[PS-005]

Aspergillus terreus'ye Bağlı Fungal Sinüzit ve Eş Zamanlı Sitomegalovirüs Viremisi

Ebru Atalay, Güle Çınar, Kemal Osman Memikoğlu

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Paranazal sinüslerin invazif aspergillozu nadir görülmesine rağmen yüksek mortalite oranları nedeniyle önemli bir hastalıktır. Akut invazif fungal rinosinüzit (AIFR), en sık diyabetli hastalarda, ikinci sıklıkta lösemi nedeni ile immünosüpresif tedavi görenlerde tespit edilir. Uygun mantar kültürlerinin elde edilmesi, doğru antifungal ajanların kullanılmasını sağlamak için gereklidir. Lipozomal Amfoterisin B (AMB) zigomikoz ve *Aspergillus* spp.'ye karşı etkili olduğu için antifungal tedavi seçenekleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu bildiride AMB'ye interensek dirençli olan *A. terreus*'nin etken olduğu sitomegalovirüs (CMV) viremisi ile birliktelik gösteren bir AIFR olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Miyelodisplastik sendromdan transforme akut miyeloid lösemi tanılı 53 yaşında erkek hasta, hemorajik sistit nedeniyle üroloji bölümünce hospitalize edilip, yatışının üçüncü gününde tarafımıza subfebril ateş yüksekliği nedeniyle konsülte edildi. Hastaya iki ay önce allojenik kemik iliği nakli yapıldığı, takibinde hematüri geliştiği öğrenildi. Hastaya bir haftadır olan burun tıkanıklığı, baş ağrısı ve öksürük şikayeti olması üzerine oseltamivir ve levofloksasin tedavisi başlanıldı. Paranazal sinus bilgisayar tomografisinde (PBT) tüm sinüslerde mukozal kalınlaşmalar ve sıvı saptandı. Yapılan muayenede nazal kavite içinde mukor ile uyumlu mukozal bulgu izlenmedi ancak PBT'de tüm sinüsleri tutan yaygın enfeksiyon olmasından dolayı endoskopik sinüs cerrahisi ile patolojik ve mikrobiyolojik materyal gönderildi. Takibinde ateş yüksekliği devam eden ve diyare başlayan hastada levofloksasin üçüncü günde kesilip piperasilin/tazobaktam ve teikoplanin başlanılıp CMV-DNA istendi. Ertesi gün sinüs materyalinin mantar kültüründe küf üremesi ve patolojisinde invazif fungal enfeksiyon bulguları saptanan hastanın tedavisine; AMB eklenildi. CMV-DNA düzeyi 3,000 kopya/ml olarak saptanması üzerine gansiklovir başlanıldı. Mevcut tedavi ile ateş ve akut faz reaktanı yanıtı olan hastanın sinüs materyalinde üreyen küf *A. terreus* olarak tiplendirildi. Hasta antifungal ve antiviral tedavisinin dördüncü gününde kendi isteği ile nakil yapıldığı merkeze gitmek istediği için ayrıntılı epikriz yazılarak taburcu edildi.

Sonuç: *A. terreus*'nin insidansı son yıllarda artmakla birlikte tüm invazif aspergillozların yaklaşık %4'ünü oluşturmaktadır. Yapılan retrospektif çalışmalarda AMB ile yüksek oranda tedavi başarısızlığı (%80-90) saptanmıştır. Avrupa Anti-Mikrobiyal Duyarlılık Testi Komitesi *A. terreus*'yi AMB'ye dirençli olarak sınıflandırmıştır. Sunduğumuz olguda ampirik olarak AMB başlanılmış ancak muhtemelen erken cerrahinin etkisi ile ilk aşamada klinik yanıtsızlık görülmemiştir. Hastanın fungal sinüzit ile eş zamanlı CMV viremisi saptanmıştır. Son zamanlarda yapılan çalışmalarla CMV viremisi saptanan transplant alıcılarının invazif fungal hastalık gelişimi açısından riski altında oldukları gösterilmiştir. Sunulan olguda olduğu gibi fungal sinüzitte etken olarak AMB dirençli *A. terreus* her zaman akılda tutulmalı, eş zamanlı CMV viremisi de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Aspergillus terreus*, fungal sinüzit

[PS-006]

Sıtmayı Taklit Eden Seyahat ile İlişkili Akut Hepatit A Olgusu

Betül Soylu, Mehmet Çabalak, Tayyibe Bal, Yusuf Önlen

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay

Giriş: Afrika'ya seyahat öyküsü olan ateş, sarılık ve halsizlik şikayetleri ile gelen hastada ön planda sıtma düşünülmektedir. Ancak ayırıcı tanıda babesiosis, akut viral hepatit, Denque ateşi, leptospiroz, sarı humma, amip ve diğer paraziter enfeksiyonlar unutulmamalıdır. Bu olgu sunumu ile sıtmayı taklit eden bir akut hepatit A olgusu ele alındı.

Olgu: Yirmi dört yaşında erkek hasta bir haftadır devam eden ateş yüksekliği, sarılık, halsizlik, şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Son 11 aydır Sudan'da yaşadığı ve 1 gün önce Türkiye'ye döndüğü öğrenildi. Özgeçmişinde 3 kez geçirilmiş sıtma öyküsü olan hastada, bilinen kronik bir hastalığı ve kronik ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Fizik muayenede bilinci açık olan hastada; ateş 37,3 °C, nabız: 70/dk, TA: 120/70 mmHg olarak ölçüldü. Fizik bakıda konjonktiva ve deri ikterik, epigastrik bölgede hassasiyet, hepatosplenomegali mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar testlerinde lökosit: 7,000/mm^3 (nötrofil %66, lenfosit %18) hemoglobin: 14 g/dl, trombosit: 232.000/mm^3, AST: 223 U/l, ALT: 1,269 U/l, ALP: 128 U/l GGT: 99 U/l LDH: 455 U/l, total bilirubin: 36 mg/dl, direkt bilirubin: 24 mg/dl, INR: 1,42 idi, C-reaktif protein: 15 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 11 mm/saat, kreatinin: 1,03 idi. Bu tablo ile ön planda sıtma düşünülen hastada ateşli dönemde alınan kan örneklerinden hazırlanmış ince yayma ve kalın damla preparatlarında plazmodium saptanmadı. Anti-HAV IgM: 8,04 pozitif, anti-rubella IgM, anti-HIV, anti-HCV, anti-Toxo IgM, anti-CMV IgM, Rose Bengal testi, TPHA

ve VDRL negatif olarak sonuçlandı. Hepatit A için semptomatik tedaviye başlandı. Hastanın abdominal ultrasonografisinde karaciğer boyutu yaklaşık 193 mm, dalak boyutu ise 173 mm olarak ölçüldü. Safra kesesi kontrakte görünümde izlenmiş olup duvarı ileri derecede ödemli görünümdeydi ve kese duvar kalınlığı artmıştı (9 mm). Dokuz gün semptomatik tedavi uygulanan hastanın hiperbilirubinemi tablosu ve karaciğer enzim yüksekliği geriledi. AST: 126 U/l, ALT: 289 U/l total bilirubin: 6,2 mg/dl, direkt bilirubin: 4,9 mg/dl, PT INR: 1,06 olan hasta poliklinik kontrolu önerilerek taburcu edildi. Hastanın 10 gün sonra poliklinik kontrolünde yapılan tetkiklerinde anti-HAV IgM ve anti-HAV IgG pozitif, AST: 110 U/l, ALT: 319 U/l, total bilirubin: 4,4 mg/dl, direkt bilirubin: 3,6 mg/dl, INR: 1,06'ya gerilediği görüldü.

Sonuç: Afrika gibi viral hepatit A, sıtma açısından yüksek endemik bir bölgeye seyahat eden hastalarda sarılık ve ateş yüksekliği varlığında ayırıcı tanıda akut hepatit A akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit A, seyahat, sıtma

[PS-007]

Yurtdışı Kaynaklı Miks Sıtma Olgusunda Doğru Tanının Tedavideki Önemi

Eda Selin Polat[1], Mehmet Çabalak[1], Tayyibe Bal[1], Yusuf Önlen[1], Gülnaz Çulha[2], Sabahattin Ocak[1]

[1]*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay*

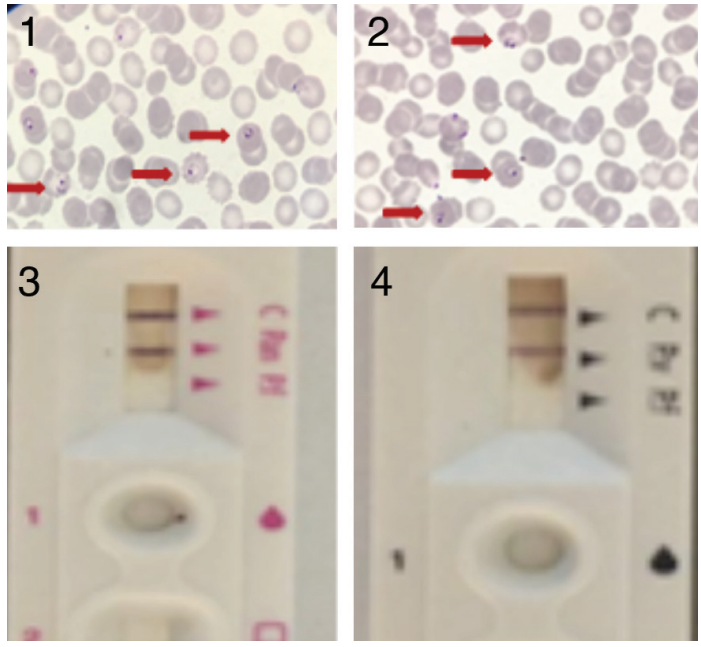
[2]*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı, Hatay*

Giriş: Ülkemizde yurtdışından en sık emporte edilen enfeksiyon hastalıklarından birisi sıtma olup her yıl ortalama 200-250 yurtdışı kaynaklı sıtma olgu bildirimi olmaktadır. Ülkemizde tespit edilen yurtdışı kaynaklı sıtma olgularının yaklaşık %75'i *Plasmodium falciparum* sıtmasıdır. Çalışmada, *P. falciparum* sıtması nedeniyle tedavi edildikten sonra Türkiye'ye dönen ve şikayetlerinin devamı üzerine kliniğimize başvuran hastada saptanan *P. vivax*'in etken olduğu sıtma olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Elli dört yaşında erkek hasta, iki ay önce üşüme, titreme ve karın ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın 3 ay önce Sudan'da sıtma nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Türkiye'ye 2,5 ay önce gelen hastanın kan örneğinin ince yayma ve kalın damla preparatlarının incelemesiyle sıtma parazitine ait trofozoitler görülerek tanısı kondu (Şekil 1). Artemeter/lumefantrin 2x80/480 mg tedavisi 3 güne tamamlanan, laboratuvar bulguları ve yakınmaları gerileyen hasta poliklinik kontrol önerilerek taburcu edildi. Taburculuğundan 3 hafta sonra hasta aynı şikayetlerle kliniğimize başvurdu. Bu sürede yurtdışı öyküsü olmayan hastanın fizik muayenede bilinci açık, ateş: 37,9 °C olarak ölçüldü. Batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar testlerinde lökosit: 6,590/mm^3 (nötrofil %61, lenfosit %10) hemoglobin: 13,5 g/dl, trombosit: 110.000/mm^3, AST: 37 U/l, ALT: 29 U/l, total bilirubin: 0,9 mg/dl, LDH: 250 U/l idi. CRP: 86 mg/dl, ESH: 27 mm/saat, INR: 0,9 idi. Anti-HAV IgM, anti-HIV, anti-HCV ve HBsAg negatif olarak sonuçlandı. Ateşli dönemde alınan kan örneklerinden hazırlanmış periferik yayma ve kalın damla preperatları Giemsa yöntemiyle boyandı, *Plasmodium* spp. pozitif olarak sonuçlandı (Şekil 2). Ayrıca sıtma parazitinin antijenlerini saptamak amacıyla hazırlanmış iki farklı hızlı tanı testiyle (*P. falciparum-P. vivax, P. falciparum*-P. pan) çalışıldı. Bu testlerden biri Histidinden zengin protein-2 (*P. falciparum*) ve *Plasmodium* laktat dehidrojenaza (*P. vivax*) özgü antijenleri, diğeri Histidinden zengin protein-2 (*P. falciparum*) ve *Plasmodium* laktat dehidrojenaz (P. pan) antijenleri saptamaktadır. Hızlı tanı testleriyle *P. vivax* ve P. pan pozitif olarak saptandı (Şekil 3). Hastanın abdominal ultrasonografisinde dalak boyutu 135 mm olarak ölçüldü. Hastaya artemeter/lumefantrin 2x80/480 mg başlandı. G6PD enzimi normal olan hastanın tedavisine primakin 2x15 mg eklendi. Kontrollerinde *Plasmodium* negatif olarak sonuçlandı. Ateşli dönemde alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın artemeter/lumefantrin tedavisi 6 güne ve primakin tedavisi 15 güne tamamlandı. Hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Bir hafta sonra poliklinik kontrolüne gelen hastanın yapılan tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmadı.

Sonuç: Afrika gibi sıtmanın endemik olduğu bölgelere seyahat sonrası Türkiye'ye dönen sıtma olgularının, miks enfeksiyon açısından değerlendirilmesi ve etkin bir tedavi protokolünün izlenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi 19M.012 no'lu BAP projesinden üretilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Emporte, Hatay, *Plasmodium* spp.



Şekil 1-4. Sıtma mikroskopik bakı ve hızlı tanı testleri. 1) Hastanın ilk gelişinde ince yayma preparatında *Plasmodium* trofozoitleri. 2) Hastanın ikinci gelişinde ince yayma preparatında *Plasmodium* trofozoitleri. 3) Hızlı tanı testi (P. fal. / P. pan); P. Pan pozitif. 4) Hızlı tanı testi (P. fal./*P. vivax*); *P. vivax* pozitif

[PS-008]

İliopsoas Soğuk Apsesi ile Başvuran Nadir Bir Spinal Tuberküloz Olgusu

Hasibullah Yaqoobi, Tayyibe Bal, Mehmet Çabalak, Yusuf Önlen, Sabahattin Ocak

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay

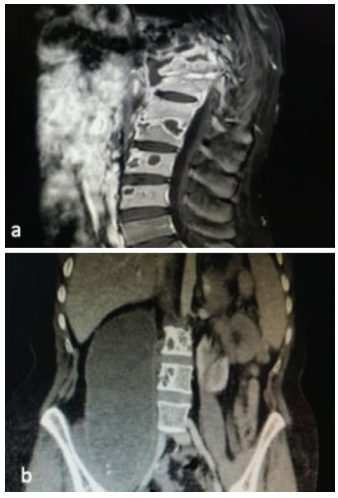
Giriş: Psoas apselerinin %70'i enfeksiyonların çevre dokulardan komşuluk yoluyla psoas kasına ulaşmasıyla gelişmektedir. Ülkemiz gibi *Mycobacterium tuberculosis* kompleksin (MTC) endemik olduğu gelişmekte olan ülkelerde psoas apsesinin en sık nedeni Pott hastalığıdır. Ancak Pott hastalığı gelişen olguların sadece %5'inde psoas apsesi görülmektedir. Burada iliopsoas

apsesi ile başvuran ve primer odağının spinal tüberküloz olduğu belirlenen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Otuz dört yaşında yabancı uyruklu kadın hasta, bir buçuk yıl önce başlayan sağ yan ağrısı yakınmasıyla başvurmuştu. Nefrolitiazis ön tanısıyla çekilen batın bilgisayarlı tomografide (BT) psoas apsesi saptanması nedeniyle tarafımıza yönlendirilmişti. Öykü derinleştirildiğinde kalabalık bir ailede yaşadığı, bilinen tüberküloz riskli temas öyküsü olmadığı ve ek bir hastalığı olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sağda kostovertabral açı hassasiyeti, sağ üst kadrandan pelvik bölgeye uzanan kitlesel bir lezyon, inguinal ve aksiller bölgede çapı 1,5 cm'yi geçen lenf nodları mevcuttu. Laboratuvar bulgularında anti-HIV, serum *Brucella* tüp ve Coombs aglütinasyon testleri negatif olarak sonuçlandı. Apse drenajı sağlanan hastada apse materyalinden aerop, anaerob yara kültürü, ARB ve TBC kültürü yapıldı. PPD: 15 mm olarak saptandı. Torakolomber MR'de T8-L4 ve T3-T4 düzeylerinde spondilodiskit, vertebra korpuslarında ve perivertebral alanlarda apse ile uyumlu lezyon, T10-T11 ve T12-L2 düzeylerinde vertebralarda patolojik fraktürler, kontrastlanan çok sayıda küçük apse saptandı (Şekil 1a). Batın BT'sinde sağda L1 vertebra düzeyinde 7x7x19 cm boyutunda iliopsoas apsesi ile uyumlu periferik kontrastlanma gösteren bir kitle ve kemik yapılarda multipl apse formasyonları ile litik lezyonlar saptandı (Şekil 1b). Akciğer TBC'si açısından çekilen Toraks BT'si olağandı. Mevcut bulgular ışığında iliopsoas apsesinin spinal tüberküloza sekonder gelişmiş olabileceği düşünülerek hastaya ampirik izoniyazid + rifampisin + pirazinamid + etambutol tedavileri başlandı. Aerob ve anaerob yara kültürlerinde üreme olmayan hastada ARB negatif saptanırken BD BACTEC MGIT sıvı besiyerinde üreme oldu. Sıvı besiyerinden yapılan kart testi, MTC olarak sonuçlandı. Sıvı besiyerinden yapılan ARB pozitif saptandı. TBC tanısı netleşen hastanın anti-TBC tedavisinin en az 12 aya tamamlaması planlandı.

Sonuç: İliopsoas apsesi akciğer dışı TBC'nin nadir klinik prezentasyonlarından biridir. Silik belirtilerle seyredebildiği için tanısı gecikebilmekte ve sunulan olguda olduğu gibi multipl metastatik enfeksiyonlar, ciddi komplikasyonlar, morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilir. Ülkemiz tüberkülozun endemik olduğu bir ülke olduğundan iliopsoas apselerinin etiyolojisi araştırılırken tüberküloz mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İliopsoas apsesi, soğuk apse, spinal tüberküloz



Şekil 1. a) Torakolomber MR'sinde T8-L4 ve T3-T4 düzeylerinde spondilodiskit, vertebra korpuslarında ve perivertebral alanlarda apse ile uyumlu lezyonlar, T10-T11 ve T12-L2 düzeylerinde vertebralarda patolojik fraktürler izlenmekte, b) Batın BT'sinde sağda 7x7x19 cm boyutunda iliopsoas apsesi izlenmekte

[PS-009]

Poliartrit Ayırıcı Tanısında Ülkemizde Az Görülen Bir Enfeksiyon Etkeni: Chikungunya Virüs

Özlem Alhan, Dilek Yağcı Çağlayık, Buket Ertürk Şengel

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Togaviridae ailesinin alphavirüs cinsine ait olan Chikungunya virüs, *Aedes* spp. sivrisinekleri ile insana bulaşmaktadır. Chikungunya ateşi, sinek ısırmasından 4-7 gün sonra ortaya çıkan yüksek ateş, myalji, simetrik poliartrit ve döküntü ile karakterizedir. Tanısı epidemiyoloji, klinik ve serolojiyle konulmaktadır. Olgumuzda Sudan seyahatinde başlayan artrit ve ateş ile tarafımıza başvuran hasta tartışılacaktır.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 55 yaşında erkek hasta, ateş, üşüme, titreme ve eklemlerde ağrı, şişlik şikayeti ile acile başvurdu. Seyahat öyküsünden 2 ay önce Sudan'a gittiği, gidişinden 20 gün sonra ateş, üşüme ve atralji şikayetinin başladığı öğrenildi. İki-3 gün süren ateş sonrasında 1 hafta kadar ateşsiz dönemi olan hasta, ateşli dönemlerde el eklemleri, dirsek, ayak, ayak eklemleri ve dizde gezici şişlik, ödem, ağrı tarifledi. Hastanın enfeksiyon sorgusunda ateş ve gezici poliartrit dışında özellik yok. Vitalleri TA: 147/60 mmHg, NBZ: 65/dk, ateş 40 °C idi. Fizik muayenesinde el bilateral MKF, PIF, el bileği, dirsek, diz eklemlerinde artrit ile uyumlu şişlik, ödem, ağrı ve hareket kısıtlılığı yaratacak derecede bel ağrısı vardı, döküntü yoktu. Laboratuvarında beyaz küre: 18.700/µl, nötrofil: 14.400/µl, LENF: 2,600/µl, hemoglobin: 12,1 g/dl, PLT: 362.000/µl KR: 0,8 mg/dl, AST: 22 U/l, ALT: 16 U/l, CRP: 348 mg/l ve PCT: 0,5 µg/l idi. Ayırıcı tanıda Chikungunya, Dengue ateşi ve Malaria düşünüldü. Malaria açısından Sıtma Savaş'a tetkikleri gönderildi. Diğer romatolojik ve enfeksiyöz nedenleri ekarte etmek için gönderilen Parvovirüs-B19 IgG, *Brucella* spot, hepatit serolojisi, *Neisseria gonorrhoeae* PCR (idrar), *Rickettsia* spp. PCR, ANA, RF negatif sonuçlandı. Hastanın 3 gün art arda gönderilen *Plasmodium* spp. kalın yayması ve hızlı antijen testi negatif sonuçlandı. Hastada klinik bulgular ışığında Chikungunya düşünülerek yalnızca hidrasyon ve NSAID tedavisi verildi. Hastanın 1 hafta içerisinde ateşi ve artriti kendiliğinden geriledi. Referans laboratuvarda immünofloresan antikor (Euroimmun, Almanya) yöntemiyle çalışılan CHIKV IgM ve IgG'si pozitif sonuçlandı.

Sonuç: Poliartrit, beş veya daha fazla eklemin tutulmasıyla karakterizedir. Lupus, romatoid artrit, reaktif artritler, Still, gonokokkal ve meningokokal artirit, Lyme ve viral artritlerde ateşin eşlik ettiği poliartrit görülebilir. Viral artritlerden Chikungunya ateşi, Dengue ile benzer epidemiyoloji ve kliniği paylaşmaktadır. Dengue ateşinde hemoraji, miyalji, sitopeniler daha ön plandadır. Chikungunya ateşi NSAID'ye iyi cevap vermekte, bazen düşük dozda glukorkitokoid tedavide kullanılabilmekte iken poliartrit aylarca sürebilmektedir. Afrika ziyareti olan ateş ve artrit ile başvuran hastalarda ülkemizde nadir görülen Chikungunya ateşi akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Chikungunya virüs, poliartrit, Dengue ateşi



Resim 1. Hastanın başvurusunda el eklemlerindeki artrit

[PS-010]

İnfluenza Bağışıklamasında Önemli Bir Risk Grubu: Kronik Karaciğer Hastalığı

Merve Sefa Sayar[1], Dilek Bulut[1], Aslı Haykır Solay[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Grip her sene yaptığı mevsimsel salgınlar ve bu salgınların sonucu olarak hastanelerde iş yükü artışı ve ekonomik kayıpların yanı sıra; özellikle risk gruplarında mortalite ile seyretmesi nedeniyle güncelliğini korumaktadır. Gebeler, beş yaş altı ve 65 yaş üzeri yaşlı bireyler, bakım evlerinde kalanlar, kronik akciğer hastalıkları gibi risk faktörleri hekimlerce iyi bilinen risk faktörleridir. Kronik karaciğer hastalıkları da risk grubunda tanımlanmasına rağmen daha az dikkat çekmektedir. Bu raporda kronik hepatit B tanısı olan ve influenza virüs enfeksiyonu sonrasında alevlenme görülen olguyu sunduk.

Olgu: Kronik hepatit B tanısı ile takip edilen 34 yaşındaki erkek hasta iki gündür başlayan halsizlik, kırgınlık ve ateş şikayetleri ile acil servise başvurduğunda saptanan karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle tarafımıza danışıldı. Muayenesinde ateş 38,5 °C, tansiyon arteriyel 110/80 mm Hg ve nabız 88/dk saptandı. Tetkiklerinde ALT: 1,047 U/l, AST: 647 U/l, INR: 1,54 saptanması üzerine viral hepatitin akut alevlenmesi düşünülerek servise yatırıldı. Solunum yolu virüslerinin tespiti için örneklemeler alındıktan sonra oseltamivir 2x75 mg oral ve levofloksasin 1x750 mg intravenöz başlandı. Damlacık izolasyonuna alındı. Boğaz sürüntü örneğinde multipleks PCR sonucunda influenza A/H1N1 saptandı. Hastanın takibinde karaciğer enzimlerindeki artışın devam etmesi (ALT: 1171,6 U/l, AST: 1009,3 U/l) üzerine toksoplasma, rubella, CMV, sifiliz, brusella ve delta hepatiti açısından tetkik edildi; pozitif bulgu saptanmadı. Oseltamivir ve levofloksasin tedavisi yedi güne tamamlandı. HBV DNA'nın 1.776.000 IU/l saptanması üzerine (INR uzun olduğu için karaciğer biyopsisi yapılamadan) entekavir 1x0,5 mg tb başlandı. Yedinci günde yapılan tetkiklerde karaciğer enzimlerinde düzelme saptandı.

Sonuç: İnfluenza her sene salgınlara neden olan önemli bir hastalık grubudur. Aşılama için risk grupları taranırken kronik hepatit B hastaları da mutlaka değerlendirilmeli ve hastalar grip aşısı yaptırma gerekliliği konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, kronik hepatit B, akut alevlenme

[PS-011]

Lökositoklastik Vaskülit ile Seyreden Bruselloz Olgusu

Fatma Çölkesen, Fatma Kacar, Esma Eroğlu, Arzu Tarakçı, Şule Özdemir Armağan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Bruselloz ülkemizde endemik olarak görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Brusellozda klinik belirti ve bulgular çok geniş bir spektruma yayılmakta, kas-iskelet sistemi, gastrointestinal, kardiyovasküler ve genitoüriner sistem gibi birçok sistem hastalıktan etkilenmektedir. Enfeksiyonun uygun şekilde tedavisinde kombine ve uzun süreli antibiyotik kullanımı önem taşır. Bu yazıda lökositoklastik vaskülit ile seyreden bruselloz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Elli yaşında erkek hasta 1 hafta önce başlayan kırgınlık, halsizlik ve sonrasında olan ateş ve döküntü şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın döküntüsü önce bacaklardan başlamış, sonra kollara ve gövdeye yayılmıştı. Acil serviste değerlendirilen hasta ateşi olması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Hastanın keçi beslediği ve bakımını kendisinin yaptığı ancak keçi sütünü kaynattıktan sonra tükettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde bacaklarda, kollarda ve gövdede yaygın peteşi ve purpura tarzında basmakla solmayan döküntüleri mevcuttu. El içi ve ayak tabanında döküntü yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tetkiklerinde beyaz küre: 12,98 K/ul, hemoglobin: 16 g/dl, PLT: 401 K/ul, CRP: 37,3 mg/l, ALT: 25 U/l, AST: 21 U/l saptandı. Kültürleri alınan hastaya doksisiklin 2x100 mg po tedavisi başlandı. Romatoloji ve cildiye ile konsülte edilen hastada vaskülit düşünüldü, deri biyopsisi alındı. Ateş ve döküntü etiyolojisine yönelik istenen tetkiklerde sifiliz (-), TORCH grubu (-), hepatit markerları ve anti-HIV (-), kızamık IgM (-), *Borrelia burgdorferi* IgM (-), *Brucella* Coombs 1/320 (+) saptandı. Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığıyla *Rickettsia* ve *Coxiella*'ya yönelik çalışılan serolojiler negatif saptandı. Kültürlerde üreme olmadı. *Brucella* Coombs pozitifliği, hastanın hayvancılık öyküsü olması göz önüne alınarak anlamlı kabul edildi. Hastanın tedavisine rifampisin 1x600 mg po eklendi. Kombine tedavinin 3. günü hastanın ateşi düştü, döküntüleri kaybolmaya başladı. Deri biyopsi sonucu lökositoklastik vaskülit ile uyumlu geldi. Hastada bruselloza bağlı lökositoklastik vaskülit düşünüldü. Bruselloz tedavisi ile şikayetleri tamamen düzeldi, tedavisi 6 haftaya tamamlanarak kesildi.

Sonuç: Sonuç olarak, özellikle hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde, brusellozun çeşitli klinik tablolara neden olabileceği, vaskülit tablosu ile karşımıza gelebileceği vurgulanmak istenmiştir. Lökositoklastik vaskülit tablosuyla gelen hastalarda brusellozun da hatırlanması gereksiz tedavileri engelleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, döküntü, vaskülit

[PS-012]

Nadir Bir Reaktif Artrit Nedeni: *Blastocystis hominis*

Fatma Kacar, Fatma Çölkesen, Esma Eroğlu, Arzu Tarakçı, Şule Özdemir Armağan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Reaktif artrit genellikle bakteriyel bir enfeksiyon sonrasında eklemde gelişen septik artrit dışı artrit olarak tariflenir. Çoğunlukla gastrointestinal veya genitoüriner sistem enfeksiyonunu takiben ortaya çıkar. Sıklıkla klasik ajanlardan, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* ve *Yersinia* enfeksiyonlarını takiben gelişse de pek çok enfeksiyon sonrasında gelişen reaktif artrit olguları da bildirilmiştir. Çok sayıda parazitik enfestasyonun artrit gelişimine neden olduğu bilinmesine karşın, literatürde parazitozlara bağlı artiküler bulgular oldukça az sayıda tartışılmıştır. Burada üç ekleminde şiddetli artrit tablosu ile başvuran, tip 1 diyabeti olan bir olguyu sunduk.

Olgu: Yetmiş iki yaşında kadın hasta, acil servise ateş, hafif karın ağrısı, günde 5-6 kez olan mukuslu ishal, sağ diz, sol yüzük parmağı, sağ ayak baş parmak ekleminde kızarıklık, şişlik ve çok şiddetli ağrı ile başvurdu. Anamnezinde bir hafta önce günde 9-10 kez olan ishal nedeni ile üç gün yatırılarak tedavi olduğunu, şikayetlerinin geçtiğini ancak, iki gündür tekrar ishal ve eklem şikayetlerinin başladığını belirtti. Hasta tip 1 diyabet nedeni ile 14 yaşından beri insülin kullanmaktaydı. Daha önce hiçbir eklem şikayeti olmamış ve akrabalarında romatolojik hastalığı olan yoktu. Öyküsü incelendiğinde; oral, genital aft, deri döküntüsü, tırnak değişiklikleri, fotosensitivit yoktu. Sakroiliak eklem muayenesi normaldi. Yapılan laboratuvar incelemelerinde; beyaz küre: 20030 K/ul (%6,5 lenfosit, %5,4 monosit, %88 nötrofil, %0 eozinofil), hemoglobin: 11,1 g/dl, hematokrit: %33, eritrosit sedimentasyon hızı: 55 mm/sa, romatoid faktör: 10,5 IU/ml (0-30), ASO: 136 IU/ml (0-200), C-reaktif protein: 288 mg/dl (0-0,5), kreatinin, alanin aminotransferaz, aspartat aminotransferaz, bilirubin normal, laktat dehidrogenaz: 435 u/ml idi, iki kez alınan kan kültüründe üreme olmadı. Gaita mikroskopisinde *Blastocystis hominis* tespit edildi, gaita kültüründe patojen bakteri üremedi, idrar ve kan kültüründe üreme olmadı. *Brucella* coombs negatif, gaita da *Clostridium difficile* toksin A negatifti. Viral etiyolojiye yönelik olarak bakılan, hepatit markerları negatifti, TORCH paneli geçirilmiş serolojiyle uyumluydu. Anti ds-DNA, anti-Scl-70, anti-Sm-D1, anti ribozomal antikor negatif, antinükleer antikor pozitif bulundu. Romatoloji konsültasyonu ile hastaya steroid başlandı, klinik ve laboratuvar parametreler hızla düzeldi.

Sonuç: Gastrointestinal hastalıklarda ancak diğer enfeksiyöz ve non-enfeksiyöz nedenlerin eliminasyonu yapıldıktan sonra *B. hominis*'in etken olarak sorumlu tutulabileceği belirtilmiştir. İmmün yetmezlikli hastalarda *B. hominis*'e bağlı semptomların immün yeterli olanlara göre daha ciddi seyrettiği bildirilmiştir Bu olguda olduğu gibi özellikle immünosüpresif hastalarda *Blastocystis hominis*'in de reaktif artrite yol açabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Blastocystis hominis*, gastroenterit, reaktif artrit

[PS-013]

İmmünokompetan Hastada HHV-8 İlişkili Castleman Hastalığı ve Diğer HHV-8 İlişkili Enfeksiyonlar

Burcu Özdemir[1], Hatice Tezcan[1], Aliye Baştuğ[1], Hürrem Bodur[1], Merve Pamukçuoğlu[2]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Ankara Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Castleman hastalığı, lenfoid dokularda plazma hücreleri ve B lenfositlerin anormal proliferasyonu sonucu görülen anjiyofoliküler lenf nodu hiperplazisidir. Histolojik açıdan hiyalen vasküler ve plazma tip olarak sınıflandırılırken, lokalizasyon açısından unisentrik ve multisentrik olarak sınıflandırılır. Bu olguda, tüberküloz başta olmak üzere pek çok enfeksiyon hastalığını taklit edebilen, nadir görülen bir hastalık olan Castleman hastalığı sunulmuştur.

Olgu: Altmış dokuz yaşında kadın hasta, ateş, üç aydan daha uzun süredir olan kas ağrıları, öksürük, ayaklarda ödem şikayeti ile başvurdu. Ateş, gece terlemesi ve kilo kaybını tariflemekteydi. Fizik muayenede hastada periferik lenfadenopati mevcuttu. Soygeçmişinde annesinde tüberküloz tedavi öyküsü vardı. Fizik muayenede patolojik olarak akciğer bazallerde dinlemekle ral duyuldu. Karaciğer ve dalak, kot altı palpabl, ayaklarda ödem ve multipl periferik lenfadenomegalileri mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz kan hücresi: $4x10^9$/l, nötrofil: $2,6x10^9$/l, hemoglobin: 6,9 g/dl, plt: $115x10^3$/ul, C-reaktif protein: 162 mg/l, üre: 41 mg/dl, kre: 0,7 mg/dl, alanin aminotransferaz: 34 U/l, aspartat aminotransferaz: 50 U/l, prokalsitonin: 3,23 ng/ml, ferritin: 1.217 ng/ml anti-insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) negatifti. Quantiferon TB Gold Plus negatifti. Sağ aksiller lenf bodu biyopsisi: İnterfoliküler alanlarda çok sayıda hiyalinize duvarlı ve dallanan vasküler yapılar izlenmiştir. Vasküler yapıların çevresinde matür görünümde plazma hücreleri ve lenfositler yaygın olarak görülmüştür. İzlenen az sayıdaki lenfoid folliküllerin soğan kabuğu şeklinde mantle zonlu küçük germinal merkezlere sahip olduğu dikkati çekmiştir. İnsan herpes virüs-8 (HHV-8) ile fokal alanlarda pozitif boyanma izlenmiştir. Castleman hastalığı olarak patolojisi raporlanmıştır. Hasta hematoloji bölümüne konsülte edildi. Hematoloji tarafından hasta takibe alınarak rituksimab tedavisi başlandı.

Sonuç: Multisentrik castleman hastalığı (MCH) pro-enflamatuvar sitokinlerin (sıklıkla interlökin-6) aşırı salınımından kaynaklanan jeneralize lenfadenopati, hepatosplenomegali, sitopeni, organ disfonksiyonu ile seyreden bir hastalıktır. MCH; HHV-8 ilişkili ve HHV-8 negatif/idiyopatik olarak sınıflandırılır. HIV negatif MCH tipik olarak 6. dekatta görülmekte olup olgumuz yaş itibariyle literatürle uyumludur. HHV-8 ile ilişkili MCH ise özellikle HIV enfekte veya immünokompromise kişilerde görülmektedir. Olgumuzun HIV negatif ve immünokompetan olup HHV-8 ilişkili MCH olması dikkat çekici bulunmuştur. Olgumuzda B semptomlarının olması, periferik lenfadenopatilerinin varlığı ve 1. derece akrabasında geçirilmiş tüberküloz öyküsünün olması ilk başta aklımıza tüberküloz olasılığını getirmiş olmakla birlikte, patolojinin enfeksiyon hastalıkları tanısındaki önemini bir kez daha hatırlatmıştır. HHV-8 ilişkili diğer enfeksiyonların klinik formları Tablo 1'de belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Castleman hastalığı, HHV-8, lenfadenopati

Tablo 1. HHV-8 ilişkili hastalıklar
1. Primer enfeksiyon
2. Kaposi sarkomu
3. Primer infüzyon lenfoma
4. Multisentrik Castleman hastalığı
5. Kaposi sarkom ilişkili herpes virüs enflamatuvar sitokin sendromu (KİCS)
6. Diğer sendromlar: Deri hastalıkları (pemfigus ve büllöz pemfigoid), sarkoidoz, Kikuchi hastalığı, multipl miyelom, hemofagositik sendrom ve primer pulmoner hipertansiyonu

[PS-014]

Bir Reanimasyon Ünitesinde İnvazif Araç İlişkili Enfeksiyonlardaki Etkenlerin Direnç Profili

Merve Sefa Sayar[1], Dilek Bulut[1], Gönül Çiçek Şentürk[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Antibiyotik direnci ülkemizde ve tüm dünyada giderek artmakta olan ciddi bir sağlık sorunu olup; hasta bakım maliyetlerinde artışa, hastanede kalış süresinde uzamaya ve tedavi başarısızlıklarına neden olmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) hasta özellikleri ve invazif girişimler dirençli mikroorganizmalara bağlı gelişen hastane enfeksiyonlarının sık görülmesine sebep olmaktadır. Çalışmamızda; Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2018-2019 yılları arasında reanimasyon yoğun bakım ünitesinde (RYBÜ) invazif araç ilişkili enfeksiyonlardaki (İAİİ) etken dağılımı ve direnç durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında RYBÜ'de takip ve tedavi edilen hastalar aktif sürveyans yöntemi ile hastane enfeksiyonu açısından izlenmiştir. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı'nın "Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi" doğrultusunda sürveyans yapılmıştır. Sürveyans verileri Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Programı'ndan alınmıştır. Etken mikroorganizmaların değerlendirilmesinde otomatize sistemler kullanılmıştır.

Bulgular: Toplam 1.905 hasta, 16.802 hasta günü izlendi. Reanimasyon YBÜ'de İAİİ'lerde etken olarak 110 bakteri saptandı. 2018-2019 yıllarında etken olarak saptanan %91,8'i Gram-olumsuz ve %8,1'i Gram-olumluydu. Gram-olumsuz üreme saptanan hastaların yaş ortalaması 65,1 yıldı ve %55,1 (n=59) kadındı. Gram-olumlu üreme saptanan hastaların yaş ortalaması 75,6 olup %88,8 (9) kadındı. *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* ve *Pseudomonas aeruginosa* en sık görülen ilk dört etken olup; ventilatör ilişkili pnömoni, kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu ve santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Yıllara göre *K. pneumoniae*'da meropenem ve ertapenem direncinde artma olduğu saptandı (Tablo 1). 2018 yılında *Acinetobacter baumannii*'de kolistin direnci görülmezken; 2019 yılında %6,6 olduğu saptandı (Tablo 1). *Proteus mirabilis*, *Enterobacter cloaceae* ve *Serratia marcences* meropenem ve ertapenem direnci 2018 yılında saptanmazken; 2019 yılında %33,3 (3) ve %100 (1) saptandı. Kolistin direnci; *S. marcences* ve *P. mirabilis* suşlarında doğal direnç olduğu için test edilmedi ve *E. cloacea*'nın kolistin direnci açısından mikrobiyoloji laboratuvarı tarafından test edilmediği görüldü.

Sonuç: YBÜ'de çalışan hekimlerin birimlerinin etken dağılımı, direnç profili ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olması, hastalara daha erken ve daha etkin tedaviler uygulanmasını sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, invazif girişim, direnç

Tablo 1. 2018-2019 yıllarında reanimasyon ünitemizdeki invazif araç ilişkili enfeksiyonlarda etken olan bakterilerin çeşitli antibiyotiklere direnç oranları

Gram-olumsuz bakteriler								
Mikroorganizma	***Acinetobacter baumannii***	***Acinetobacter baumannii***	***Klebsiella pneumoniae***	***Klebsiella pneumoniae***	***Pseudomonas aeruginosa***	***Pseudomonas aeruginosa***	***Escherichia coli***	***Escherichia coli***
Yıllar	2018 n=39 % (n)	2019 n=17 % (n)	2018 n=12 % (n)	2019 n=9 % (n)	2018 n=6 % (n)	2019 n=9 % (n)	2018 n=6 % (n)	2019 n=3 % (n)
Ampisilin	-	-	100 (8)	100 (4)	-	-	83,3 (6)	100 (2)
Sefuroksim aksetil	-	-	100 (8)	100 (4)	-	-	50 (6)	100 (2)
Seftazidim	-	-	91,6 (12)	87,5 (8)	33,3 (6)	33,33 (9)	50 (4)	66,6 (3)
Sefepim	-	-	100 (9)	77,7 (9)	0 (4)	50 (8)	-	50 (2)
Amikasin	46,1 (18)	47 (8)	41,6 (12)	12,5 (8)	0 (4)	0 (6)	0 (3)	0 (3)
Gentamisin	89,7 (39)	70,5 (17)	16,6 (12)	11,11 (9)	0 (5)	33,3 (9)	33,3 (6)	0 (3)
Siprofloksasin	100 (56)	100 (56)	63,6 (11)	66,6 (9)	0 (3)	62,5 (8)	60 (5)	100 (2)
Piperasilin-tazobaktam	-	-	91,6 (12)	88,88 (9)	20 (5)	66,6 (9)	40 (5)	66,6 (3)
Meropenem	100 (39)	100 (17)	41,6 (12)	100 (6)	50 (4)	33,33 (6)	0 (4)	0 (2)
Ertapenem	-	-	57,1 (7)	75 (4)	-	-	0 (4)	50 (2)
Kolistin	0 (39)	6,6 (15)	14,2 (7)	0 (6)	0 (4)	0 (3)	-	0 (2)
Tigesiklin	0 (35)	6,6 (15)	11,11 (9)	0 (7)	-	-	-	0 (2)
Trimetoprim-sulfametoksazol	93,1 (38)	93,7 (16)	33,33 (12)	22,22 (9)	-	-	60 (5)	66,6 (3)
Fosfomisin	-	-	33,3 (3)	-	-	-	25 (4)	-

Tablo 1. Devamı						
Gram-olumlu bakteriler						
Mikroorganizma	***Staphylococcus aureus***	***Staphylococcus aureus***	***Koagülaz negatif stafilokok***	***Koagülaz negatif stafilokok***	***Enterococcus faecalis***	***Enterococcus faecalis***
Yıllar	2018 n=4 % (n)	2019 n=2 % (n)	2018 n=1 % (n)	2019 n=1 % (n)	2018 n=1 % (n)	2019 n=0 % (n)
Oksasilin	25 (4)	0 (2)	100 (1)	100 (1)	-	-
Vankomisin	0 (3)	-	0 (1)	0 (1)	0 (1)	-
Linezolid	-	-	-	0 (1)	-	-
Daptomisin	-	-	-	-	-	-
Siprofloksasin	0 (2)	-	-	0 (1)	-	-
Gentamisin	0 (2)	0 (1)	-	0 (1)	-	-
Trimetoprim-sulfametoksazol	0 (4)	0 (2)	100 (1)	0 (1)	-	-
Klindamisin	25 (4)	0 (2)	100 (1)	100 (1)	-	-

[PS-015]

HBsAg Pozitif Kişilerde Anti-HAV IgG Pozitiflik Oranlarının İncelenmesi

Sevil Alkan Çeviker[1], Özgür Günal[2], Süleyman Sırrı Kılıç[2], Alper Tahmaz[2]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

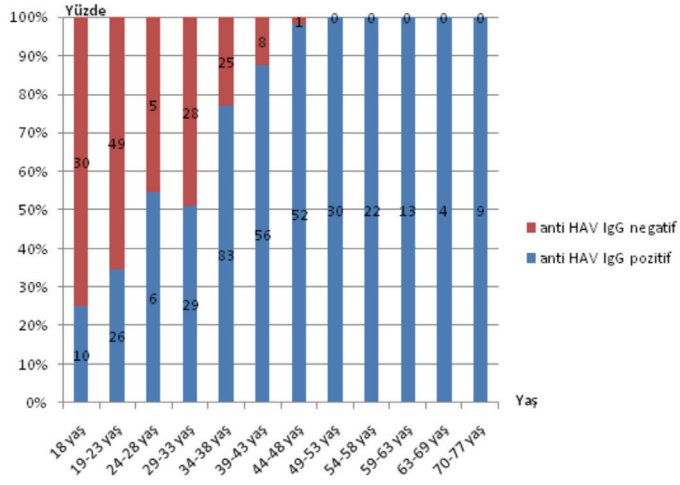
Giriş: Hepatit A virüs (HAV) nadiren fulminan hepatite neden olmakla beraber, özellikle Viral Hepatit Kronik Karaciğer hastalığı olan kişilerde görülebilen HAV ko-enfeksiyonu daha ciddi klinik tablolara neden olabilir. Bu çalışma, erişkin HBsAg pozitif hastalarda saptanan HAV seropozitiflik oranlarının ve HAV immünizasyon ihtiyacının saptanması, olguların yaşlarına göre gruplandırılması ve ülkemizde farklı bölgelerden yapılan çalışmalarla kıyaslamanın yapılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği'ne 01.01.2016 ile 01.01.2018 tarihleri arasında başvuran HBsAg pozitif erişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların verileri retrospektif olarak hastane bilgi işlem siteminden retrospektif olarak inceleme ile elde edildi. Hastaların HBsAg ve anti-HAV IgG tetkikleri ELISA yöntemi ile Arcitect I 2000 system (Abbott Laboratories Abbott Park, IL, USA) ile mikrobiyoloji laboratuvarında çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 486 olgunun yaş ortalaması 36,4±14,6 yıl (yaş aralığı: 18-77) olup, 375'i (%77,2) kadın, 111'i (%22,8) erkekti. HBsAg pozitif hastalarda anti-HAV IgG pozitifliği; 18-30 yaş arası 59/157 (%37,5) ve tüm yaş gruplarında 486/340 (%69,9) idi.

Sonuç: Çalışmamızda hepatit B virüs enfeksiyonu olan 30 yaş altındaki kişilerde, HAV ile karşılaşma oranı %37,5 olup, bu yaş grubunun yaklaşık %63'ünün HAV enfeksiyonuna karşı risk altında olduğu saptanmıştır. HAV enfeksiyonunun kronik hepatit B'li hastalarda daha riskli komplikasyonlara sebep olması nedeniyle bu hastalardan seronegatif olanlara HAV aşısının uygulanması unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: HBsAg, anti-HAV seropozitifliği, hepatit A seroprevalans, erişkin



Grafik 1. HBsAg pozitif olgularda yaş gruplarına göre anti-HAV IgG durumlarının değerlendirilmesi

Tablo 1. Yirmi yaş üstü HBsAg pozitif olgularda anti-HAV IgG pozitifliğinin cinsiyete göre değerlendirilmesi

	Kadın (n,%)	Erkek (n,%)	p
18-20 yaş arası anti-HAV IgG pozitifliği	2/4 (%50)	36/66 (%54,5)	p=0,999
20 yaş üstü anti-HAV IgG pozitifliği	260/371 (%70,1)	42/45 (%93,3)	χ^2=10.907* p=0,001

*Ki-kare testi, HAV: Hepatit A virüs

[PS-016]

Psychodidae Familyasına Bağlı Olarak Görülen Bir Gastrointestinal Myiazis Olgusu

Taylan Önder, Anıl Akça, Safiye Bilge Güçlü Kayta, Ebru Doğan, Alper Şener

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Yunanca "-myia" olarak bilinen, Türkçe "sinek" anlamına gelen kelimeden türetilen Myiazis; Insecta sınıfı Diptera genusu sinek larvalarının, insan ve hayvan dokularına veya vücut boşluklarına girmesinden kaynaklanan enfestasyonlar olarak tanımlanmıştır. İnsanlarda genellikle enfekte olmuş yaralarda görülen bir tablodur. Daha nadir olarak gastrointestinal ve ürogenital tutulum gibi tesadüfi tutulum da yapabilmektedir. İnsan Myazis olgularına subtropikal, tropikal ve sıcak ılıman bölgelerde, kişisel ve çevresel kötü hijyen koşullarında daha sık rastlanmaktadır. Psychodidae familyası Myiazise sebep olan sinek familyalarındandır. Bu familyaya ait sinekler genellikle kirli, çürümüş sebze ve meyvelerin bulunduğu alanlarda, nemli banyo ve tuvaletlerde yaşamaktadır.

Olgu: Elli yaşında kadın hasta, ev hanımı, yaklaşık 7 ay önce batın sol üst kadrandan böcek ısırma öyküsünü tarif etmektedir. Isırık bölgesinde şişlik ve kızarıklık oluşmuş, yüzeyel doku ultrasonografisi yapılmış ve enflamatuvar ödem saptanmıştır. Sonrasında deri bulguları gerilemiş, ara ara karın ağrısı, şişkinlik gibi şikayetleri olmuş. Daha sonra hasta çok ağrılı sert bir dışkılamayla sert bir kitle dışkıladığını ve dışkı ile birlikte taze kan da geldiğini söylemiştir. Bir süre daha ara ara bıçak saplanır tarzda şiddetli karın ağrıları devam etmiş. Daha sonra karın ağrısı şikayeti hafiflemiş ve dışkıda kan şikayeti geçmiş. Bu şikayetleri ile birlikte hasta tuvalet temizliği sırasında 1 cm kadar büyüklükte kurtçuklar geldiğini söylemektedir. Yapılan mikrobiyolojik incelemede bu kurtçukların Psychodidae larvaları olduğu saptanmıştır. Hastaya sistoskopi, vajinal muayene ve vajinal ultrasonografi, kolonoskopi yapılmış ancak larvaya veya enfestasyon odağına rastlanmamıştır. Hastada muhtemel gastrointestinal Myiazis düşünülerek albendazol po 400 mg 2x1 başlandı, hijyen ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilip, yakın takip planlandı ancak hasta takibe gelmediği için tedavi yanıtı değerlendirilememiştir.

Sonuç: Gastrointestinal semptomları olan hastalarda dışkıda veya tuvalet temizliği sırasında kurtçuk saptanması durumunda klasik helmint enfestasyonları yanında Myiazis de akla gelmeli ve hastalar hijyen önlemleri açısından bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal, Myiazis, psychodidae



Resim 1. Psychodidae erişkin ve larva formu

[PS-017]

Yaşlı Bir Hastada Akut Bruselloza Sekonder İzole Trombositopeni

Hasan Tahsin Gözdaş, Nebil Arslan, Fatma Sırmatel, Hayrettin Akdeniz

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Bruselloz, vücutta her sistemi tutabilen bir zoonozdur. Trombositopeni nadir bir hematolojik tutulum şeklidir. Brusellozda görülen trombositopeni idiyopatik trombositopenik purpurayı (ITP) taklit eder. Bu bildiride, izole trombositopeni ile başvuran ve akut bruselloz tanısı alan yaşlı bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş üç yaşında kadın hasta yaklaşık iki aydır olan yan ağrısı şikayetinin son bir haftada şiddetlenmesi üzerine acil servise başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Hastanın başvurusunda beyaz küre: 6270 K/ul (n=4,5-11), nötrofil: 4720 K/ul (n=1,8-7,3), hemoglobin: 12,1 g/dl (n=11,5-17,5), trombosit: 8140 K/ul (n=140.000-400.000), üre: 60 mg/dl (n=12-42), kreatinin: 1,12 mg/dl (n=0,57-1,11), ALT: 91 U/l (n=0-55), AST: 62 U/l (n=5-34), Na: 134 mmol/l (n=136-145), K: 4,9 mmol/l (n=3,5-5,5), INR: 1,01 (n=0,8-1,3), CRP: 49 mg/l (n=0-5), sedimentasyon: 64 (n=0-30) idi. Hasta, izole trombositopeni nedeni ile hastanemize yatırıldı. Ateş, trombositopeni ve karaciğer enzim yüksekliği nedeni ile istenen viral hepatit belirteçleri negatif sonuçlandı (HBsAg: negatif, antiHBs: negatif, antiHBc IgG: negatif, anti-HCV: negatif, anti-HIV: negatif, anti-VZVIgM: negatif, anti-VZV IgG: pozitif, anti-rubella IgM: negatif, anti-rubella IgG: greyzone). Vitamin B12: 239 ng/l (n=187-883) olarak normal aralıklarda ölçüldü. Hastanın bir hafta önce de benzer şikayetlerle acil servise başvurusunun olduğu ve o zamanki başvurusunda hemogram, CRP ve biyokimyasal testlerin normal sınırlarda olduğu görüldü. O tarihte trombosit: 415.000 K/ul idi. Hastaya ITP ön tanısı ile intravenöz 1 mg/kg prednizolon başlandı. Bel ağrısı tarifleyen ve hayvancılıkla uğraşan hastanın brusella rose bengal testi pozitif ve Wright testi 1/160 titrede pozitif saptandı. Ateşli dönemde kan kültürleri alındı. Abdominal USG normal sınırlardaydı. Bel ağrısına yönelik kontrastlı lomber ve sakroiliak MR istendi. Takiplerinde epistaksis gelişen, trombosit replasmanına ve prednizolon tedavisine rağmen trombositopeninin sebat etmesi üzerine (trombosit: 14.400 K/ul) yatışının altıncı gününde prednizolon kesilerek deksametazon 40 mg iv 1x1 başlandı. Üç ayrı kan kültüründe brucella melitensis üreyen hastada akut bruselloz düşünülerek rifampisin tablet 1x600 mg ve doksisiklin kapsül 2x100 mg başlandı. Odyolojik testte sensörinöral işitme kaybı olması nedeniyle streptomisin tedaviye eklenemedi. Lomber kontrastlı MR'de L4 vertebra alt end platede çizgisel kontrast tutulum modic tip 1 dejenerasyon şeklinde raporlandı. Sakroiliak kontrastlı MR, sakroiliak eklemlerde dejeneratif değişiklikler şeklinde raporlandı. Tedaviye rağmen ısrarcı trombositopenisi devam eden hasta, yatışının 10. gününde hematoloji uzmanı olan bir merkeze sevk edildi. Doksisiklin ve rifampisin tedavisine devam etmesi önerildi. Bir ay sonraki poliklinik kontrolünde trombosit sayısı: 443.000 K/ul ile normale dönmüştü. Bruselloz tedavisi toplam üç ay sürdürüldü. Üçüncü ay kontrolünde hemogram, biyokimya, CRP ve sedimentasyon testleri normal sınırlardaydı.

Sonuç: Endemik bölgelerde, izole trombositopeni ayırıcı tanısında bruselloz mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, izole trombositopeni, immün trombositopenik purpura

[PS-018]

İnfluenza A/H3N2'ye Bağlı Rabdomiyoliz Olgusu

Merve Sefa Sayar[1], Dilek Bulut[1], Aslı Haykır Solay[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Rabdomiyoliz; iskelet kası liflerinin akut nekrozu ve hücre içeriğinin dolaşıma karışmasıyla giden klinik ve biyokimyasal bir sendromdur. Etiyolojisinde sıklıkla travmatik, toksik ve metabolik nedenler olmakla birlikte enfeksiyonlara bağlı olarak da görülebilir. Bu raporda influenza virüs enfeksiyonuna bağlı gelişen bir rabdomiyoliz olgusu sunulmaktadır.

Olgu: İki gündür solunum sıkıntısı olan 25 yaşında erkek hastanın acil servise başvurduğunda son bir haftadır ateş, yaygın vücut ağrısı ve öksürük şikayetleri olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinç açık, ateş 38,3 °C, tansiyon arteriyel 90/60 mmHg, solunum dispneik ve bilateral pretibial ödem saptandı. Hastanın tip 1 diabetes mellitus tanısı olup günde tek doz insülin tedavisi aldığı öğrenildi. Son zamanlarda travma, immobilizasyon, nöbet, yeni bir ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 14.420/l, platelet: 245.000/ul, glikoz: 482,4 mg/dl, üre: 119,1 mg/dl, kreatinin: 8,04 mg/dl, AST: 20,2 U/l, ALT: 9 U/l, kreatin kinaz: 846 U/l, toplam protein: 4,71 g/dl, albümin: 1,83 g/dl, PH: 7,16, HCO_3: 10,8 ve laktat: 1,2 saptandı. İdrar analizinde hemoglobinüri mevcuttu. Akciğer grafisinde her iki akciğer de yaygın infiltrasyon saptandı. Acil serviste yapılan tetkiklerinde asidozu olması ve genel durum bozukluğu nedeniyle yoğun bakıma yatırıldı. Hastaya influenzaya bağlı pnömoni şüphesi ile böbrek fonksiyon testleri göz önüne alınarak; oseltamivir 1x30 mg/tablet, meropenem 1x500 mg/intravenöz ve linezolid 2x600 m/tablet başlandı. Hastanın boğaz sürüntüsünde influenza A/H3N2 multipleks PCR pozitifliği saptandı. Tedavileri 10 güne tamamlandı. İnfluenza A'ya sekonder rabdomiyoliz tanısı konulan hasta, akut renal yetmezlik sonrası kronik böbrek yetmezliği gelişmesi üzerine nefroloji takibine girdi.

Sonuç: Grip her yıl birçok insanı enfekte olmasına sebep olan global bir hastalıktır. İnfluenza bazı olgularda farklı organları da etkileyerek tipik üst solunum yolu sendromlarının da ötesine geçmektedir. Risk grubunda bulunan kişilerin bağışıklanması ve influenzaya bağlı solunum yolu dışı tutulumlarında gelişebileceği mutlaka hekimlerce düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, komplikasyon, risk grubu

[PS-020]

HIV ile Yaşayan Bireyde Gecikmiş Tanı Varisella-zoster Virüs Ensefaliti Olgusu

Hatice Kübra Karanalbant[1], Serkan Sürme[1], Nurdan Göçgün[2], Mustafa Yıldırım[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

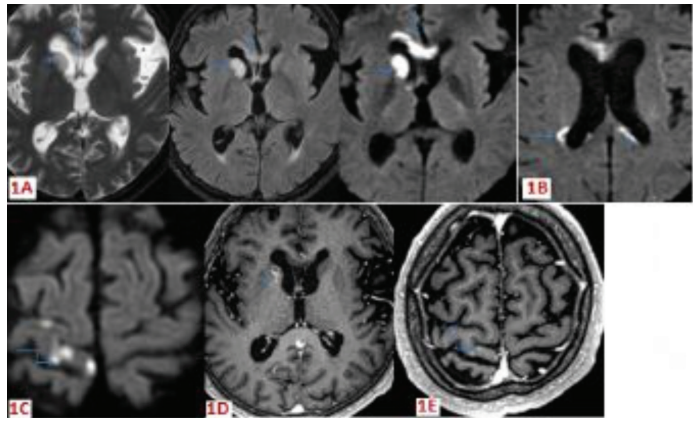
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Varisella-zoster virüsü (VZV), trigeminal ve dorsal kök ganglionlarında ömür boyu latent kalabilmekte ve menenjit, ensefalit ve miyelit gibi birçok nörolojik komplikasyona neden olabilmektedir.

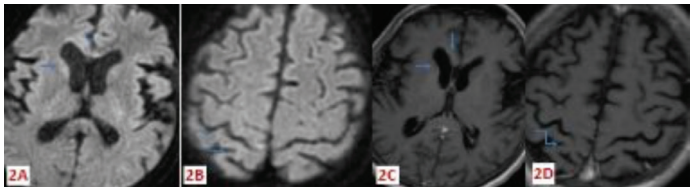
Olgu: Bu olguda, 46 yaşında HIV tanılı bir erkek hastada gelişen VZV ensefaliti bildirilmiştir. Bilinen hastalık öyküsü olmayan, 9 ay önce HIV enfeksiyonu, 5 ay önce tüberküloz lenfadeniti tanısı alan hasta, sadece anti-tüberküloz tedavisini kullanmakta iken, 20 gündür olan ateş, nefes darlığı, kilo kaybı ve halsizlik şikayetleriyle başvurdu. Hastanın $CD4^+$ T-lenfosit sayısı: 90/mm^3, HIV-RNA: 23.000.000 IU/ml idi. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularla, *Pneumocystis jiroveci* pnömonisi düşünülerek trimetoprim-sulfametoksazol ve kortikosteroid tedavisi başlandı. Muayenede her iki ayağını sürüyerek, destekle birlikte ayak açıklığı artmış şekilde yürüme, hafif apatik görünüm, sorulara cevap vermede gecikme, denge kusuru mevcuttu, meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Hastanın yatışının 6. gününde penis korpusunda yeni gelişen 2 cm çapında, ortası çökük, yüzeyi parlak ülsere lezyonlar saptandı. Ön planda herpes simpleks ilişkili deri enfeksiyonu düşünülerek 10 gün valasiklovir verildi. Hasta yatışının 7. gününde giderek artan çift görme şikayeti bildirdi. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), beyin omurilik sıvısında (BOS) komşuluğundaki parankimde kortikal ve periventriküler T2 belirgin hiperintens (tüberküloz ve lenfomadan farklı), difüzyon serilerinde akut ve subakut sinyalli yamalı kontrastlanan, kitle etkisi göstermeyen lezyonlar mevcuttu. Hastanın yatışının 24. gününde baş ağrısı, yürüme bozukluğu, diplopi şikayetlerinin devamı üzerine kontrol MRG yapılarak lomber ponksiyon planlandı. Yeni MRG'de önceki görüntülemeye göre difüzyon hiper-intensitelerinin azaldığı görüldü. BOS protein artışı (68 mg/dl), hafif pleositoz (lökosit: 12/mm^3, eritrosit: 3/mm^3) saptandı, mikroskopide mikroorganizma görülmedi, kültürde üreme olmadı. BOS'de tüberküloz PCR, kriptokok antijeni (-), sabin feldman (-), toksoplazma IgM/IgG (-), brusella lam aglütinasyon testi (-), VDRL (-) sonuçlandı. BOS'de VZV-PCR, serumda VZV-IgG pozitif olarak sonuçlanması üzerine asiklovir 3x10 mg/kg dozunda başlandı. Tedaviyle, hastanın baş ağrısı ve apatisinde düzelme, yürüyüş ve konuşmasında hızlanma görüldü. Son MRG'de sinyallerin difüzyon hiper-intensiteleri kayboldu, hacimleri ve kontrastlanmaları azaldı. Tedavi 21 güne tamamlanarak hasta taburcu edildi.

Sonuç: Non-spesifik nörolojik semptomları olan HIV ile yaşayan bireylerde VZV ilişkili ensefalit olasılığı akılda tutulmalıdır. Bu olguda genital lezyonlar nedeniyle hastaya valasiklovir verilmiş olmasının, enfeksiyonun daha hafif seyirli bir klinik tabloya neden olduğunu düşünmekteyiz. Bu tür olgularda lomber ponksiyon yapılarak, BOS moleküler analizi ile VZV ensefalitinin erken tanı ve tedavisinin sağlanması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, varisella zoster virüs, ensefalit



Şekil 1. Kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntüleme bulguları T2. **1A, B.** Flair, **1C.** Difüzyon hiperintens, **1D, E.** Kontrastlı serilerde yamalı kontrastlanan periventriküler (düz ok), kortikal (kıvrık ok) lezyonlar



Şekil 2. A, B. Difüzyon, **2C, D.** Kontrol görüntülemede kontrastlı serilerde hiperintensitenin ve kontrastlanmanın kaybolduğu periventriküler (düz ok), kortikal (kıvrok ok) lezyonlar

[PS-021]

Sağlık Çalışanlarında Kesici-delici Alet Yaralanmaları: İkinci Basamak Bir Hastane Deneyimi

Mehmet Çelik[1], Mehmet Reşat Ceylan[2]

[1]Cizre Dr. Selahattin Cizrelioğlu Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şırnak

[2]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Sağlık çalışanları hastanelerde kan/kanla enfekte materyallere temas olasılığının yüksek olmasından ötürü enfeksiyonlar acısından risk altındadırlar. Hepatit B virüs (HBV), Hepatit C virüs (HCV) ve insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) en sık bulaşan virüslerdir. Bu çalışmada Cizre Devlet Hastanesi'nde 2012-2019 yılları arasında meydana gelen kesici-delici alet yaralanmalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Enfeksiyon kontrol hemşiresince daha önceden hazırlanmış olan kesici-delici alet yaralanması formları retrospektif olarak analiz edildi. Sağlık çalışanlarına yönelik yaş, cinsiyet, görevi, yaralanma yılı ve hangi birimde yaralanmaya maruz kaldığı, yaralanma aleti türü, yaralanma bölgesi, hastanın bulaşıcı hastalığı olup olmadığı, hasta ve personele ait ELISA yöntemiyle yapılan testlerin (HBsAg, antiHBs, anti-HCV ve anti-HIV) sonuçları ve sağlık çalışanlarına takipte yapılan tetkik ve tedaviler değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya Ocak 2012-Aralık 2019 yılları arasında kesici-delici alet yaralanması gelişen 132 kişi dahil edildi. Bunların 69'u kadın (%52,2), 63'ü ise erkek (%47,8) cinsiyetti. Yaş ortalaması 28,6 yıldı. Yaralanmaya en fazla maruz kalan meslek grubunu hemşireler (92 kişi, %69,7) ve temizlik personelleri (23 kişi, %17,5) oluşturuyordu. Yaralanmaya en fazla maruz kalınan hastane departmanları acil servis (%21,2) ve kan alma birimleriydi (%17,5). Yaralanmaya sebebiyet veren aletlerden en fazla iğne ucu maruziyeti (%76,5) görüldü. Yaralanmanın en sık meydana geldiği vücut bölümü parmak ucuydu. Delici-kesici alet yaralanmasında maruz kalınan kaynak hastaya ilişkin bulaşıcı hastalıkların değerlendirilmesinde 72 kişinin (%54,5) serolojik durumu bilinmezken 46 kişide (%34,9) bilinen bulaşıcı hastalık yoktu. On kişide (%7,6) hepatit B, 4 kişide (%3) ise hepatit C varlığı biliniyordu. Serolojik tetkikleri bilinen 60 kaynak kişiden 10 kişide HBsAg (+), 4 kişide anti-HCV (+) iken anti-HIV pozitifliği olan hasta yoktu. Yaralanmaya maruz kalan sağlık çalışanlarının serolojik değerlendirmesinde ise 2 kişide HBsAg (+), 119 kişide antiHBs (+) iken anti-HCV ve anti-HIV pozitifliği olan yoktu. Hepatit B ve hepatit C hastalarına ait kesici-delici alet yaralanmasına maruz kalan sağlık çalışanlarından 11'ine altı aylık takip sonrası serolojik tetkikler bakıldığı ve hepsinde HBsAg, anti-HCV ve anti-HIV testlerinin negatif olduğu görüldü.

Sonuç: Hastanede kesici-delici alet yaralanmasına sıklıkla maruz kalınmaktadır. Bağışıklığı olmayan sağlık personelinin hepatit B aşılarının yapılması, özellikle; hemşirelerin girişimsel işlemler esnasında kişisel koruyucu ekipman kullanımına dikkat etmeleri, temizlik personellerine atıkların uzaklaştırılmasına yönelik uygulamalı eğitimler verilmesinin alet yaralanmalarını azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelime: Kesici-delici alet yaralanmaları

[PS-023]

Sepsisi Taklit Eden Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı İlişkili Makrofaj Aktivasyon Sendromu: Bir Olgu Sunumu

İlknur Erdem[1], M. Enes Kardan[1], Enes Ardıç[1], Dilek Solmaz[2]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

[2]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

Giriş: Makrofaj Aktivasyon sendromu (MAS) sistemik enflamatuvar yanıt sendromunun ciddi, hayatı tehdit eden bir formudur. İlk olarak 1985 yılında Hadchouel ve ark. tarafından erişkin başlangıçlı romatoid artritli bir hastada tanımlanmıştır. MAS nadir görülen ve klinik olarak sıklıkla şüphelenilmeyen bir durumdur. Sistemik jüvenil idiyopatik artrit ve erişkin Still hastalığında daha sık görülmekte, tanı ve tedavide gecikme durumunda geri dönüşümü olmayan çoklu organ yetmezlikleri gelişebilmektedir. Bu bildiride kliniği ile erişkin başlangıçlı Still hastalığı ilişkili MAS olgusu sunularak, bu olgu ile enfeksiyon hastalıkları pratiğinde sepsisi taklit eden bir sendrom olan MAS'nin ayırıcı tanıda düşünülmesini vurgulamak amaçlandı.

Olgu: Kırk bir yaşında erkek hasta, birkaç gündür olan yüksek ateş ve genel durum bozukluğu yakınmaları ile polikliğimize başvurdu. Anamnezinden hastaya iki hafta önce enflamatuvar spondilopati tanısı ile endol başlanıldığı öğrenildi. Ateş etiyolojisi araştırılmak üzere polikliniğimize yönlendirilen hastanın fizik incelemesinde genel durumu orta, ateş 39,1 °C, nabız 90 atım/dakika, kan basıncı: 94/57 mmHg idi; sırtta eritemli döküntüler ve alt dudakta herpetik lezyon dışında özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinden lökosit sayısı: 3.000/mm^3 (nötrofil %90), CRP: 54 mg/dl, sedimentasyon hızı: 121/saat, ferritin: 1.546 ng/ml idi. Ateşi açıklayabilecek odak saptanamayan hasta sepsis, toksik şok sendromu ön tanıları ile kliniğimize yatırıldı, ampirik olarak seftriakson ve vankomisin başlandı. Herpetik lezyonlar için oral asiklovir verildi. Romatoloji ve kardiyoloji konsültasyonları istendi. Yatışının 3. gününde ateşi devam eden hastanın lökosit sayısı: 1.000/mm^3, trombosit sayısı: 104.000/mm^3, AST: 299 IU/l, ALT: 136 IU/l, LDH: 708 IU/l, CK: 2.833 IU/l, ferritin düzeyi: >2.000 ng/ml idi. Yapılan transözofajial EKO'da mitral kapakta kitle görüldüğü ve konnektif doku hastalığı olabileceği belirtildi. Yatışının 4. gününde ateşi devam eden, bisitopeni, karaciğer enzim yüksekliği, hiperferritinemi olan hastanın tedavisine metilprednizolon (80 mg IV) eklendi. Klinik olarak erişkin başlangıçlı Still hastalığı ilişkili ilk atak MAS olgusu olarak değerlendirildi. Alınan kültürlerinde üreme olmadı, antibiyotik tedavisi 8. günde sonlandırıldı. Brusella, sifiliz, toksoplazma, CMV, HIV, EBV ve hepatit serolojisi negatif idi. ANA, RF, anti ds-DNA, anti-CCP negatif idi. Klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelme olan hasta yatışının 13. gününde romatoloji polikliğine başvurmak üzere taburcu edildi.

Sonuç: Ateş, pansitopeni, hiperferritinemi ve organ yetmezliği olan hastaların ayırıcı tanısında sepsis benzeri bir sendrom olarak MAS akılda tutulmalıdır. Tedavisinde hedef hiper-enflamasyonun baskılanması, uyaranın ortadan kaldırılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Makrofaj aktivasyon sendromu, sepsis, erişkin başlangıçlı Still hastalığı

[PS-024]

Suriyeli Göçmen ve Türk Yerel Halkın ANTİ-HAV Toplam Pozitifliğinin Karşılaştırılması

Sanem Karadağ Geçgel[1], Canan Demir[2]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bursa*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bursa*

Giriş: Hepatit A virüsü (HAV), tüm dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. HAV enfeksiyonunun sıklığı, coğrafi bölgelerin sosyo-ekonomik, hijyenik ve sağlık koşullarına bağlı olarak yaşa göre farklılık göstermektedir. Çalışmamızda, hastanemize HAV enfeksiyonu şüphesi ile başvuran bölgemizde geçici koruma statüsünde yaşayan Suriyeliler ile yerel Türk halkın anti-HAV toplam pozitifliklerini yaş grupları ve cinsiyete göre karşılaştırmayı ve HAV seroprevalansını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Haziran 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne HAV enfeksiyonu şüphesi ile başvuran hastaların anti-HAV toplam antikor sonuçları retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya Türk uyluklu 5.613 hasta (%93,4), Suriye uyruklu 394 hasta (%6,6) olmak üzere toplam 6.007 hasta dahil edildi. Hastaların anti-HAV toplam pozitiflikleri cinsiyet, yaş gruplarına göre ayrıca çocuk (<18) ve erişkin (>=18) olarak gruplandırılarak incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda, 0-9 yaş grubunda anti-HAV toplam pozitifliği Türk hastalarda (%71,3), Suriyeli hastalara (%58,2) göre anlamlı yüksek bulundu (p<0,01). Çalışmamızda 10-19, 20-29 ve 30-39 yaş grubunda ise anti-HAV pozitifliği Suriyeli hastalarda (%68,5, %78,7, %87,0), Türk hastalara (%22,5, %37,9, %72,1) göre anlamlı yüksek bulundu (p<0,01, p<0,01, p<0,05). Anti-HAV toplam pozitifliği, erişkin yaş grubunda Suriyeli hastalarda (%84,9), Türk hastalardan (%68,0) anlamlı derecede yüksek (p<0,01); çocuk yaş grubunda da Suriyeli hastalarda (%62,1), Türk hastalardan (42,1%) anlamlı derecede yüksek belirlendi (p<0,01). Anti-HAV pozitifliği, Türk erkek hastalarda (%60,2), kadın hastalara (%57,5) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0,05). Suriyeli hastalarda ise anti-HAV pozitifliğinde cinsiyete göre anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç: Hastalığın semptomatik olduğu, sarılıktan fulminant hepatite kadar ağır klinikle seyredebilen hatta mortalitenin görüldüğü genç erişkin ve erişkin yaş gruplarında Türklerin immünitesinin aynı bölgede yaşayan Suriyelilerden daha düşük olması ve Suriye'den devam eden göçün olması, Türkleri hastalık açısından riskli hale getirmektedir. Çalışmamıza göre bölgemizde Suriyelilerin yaşam koşullarının düzeltilmesi ve Suriyeli çocukların da ülkemizde uygulanan rutin aşı programına katılmasını sağlamak ayrıca hastalık açısından riskli genç erişkin yaştaki Türklerin de aşılanması; bulaşın, hastalığın ileri yaşta geçirilmesinin sonucunda oluşan morbidite ve mortalitenin önlenmesi için bir gerekliliktir.

Anahtar Kelimeler: Anti-HAV toplam, Suriyeli, Türk

Tablo 1. Suriyeli ve Türk hastaların anti-HAV toplam test sonuçlarının belirlenen yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Yaş grubu	Uyluk	Anti-HAV toplam Negatif n	Anti-HAV toplam Negatif %	Anti-HAV toplam Pozitif n	Anti-HAV toplam Pozitif %	p
0-9	Suriyeli	41	%41,8	57	%58,2	0,008**
0-9	Türk	237	%28,7	589	%71,3	
10-19	Suriyeli	28	%31,5	61	%68,5	0,000**
10-19	Türk	1360	%77,5	395	%22,5	
20-29	Suriyeli	13	%21,3	48	%78,7	0,000**
20-29	Türk	425	%62,1	259	%37,9	
30-39	Suriyeli	6	%13,0	40	%87,0	0,034*
30-39	Türk	117	%27,9	302	%72,1	
40-49	Suriyeli	3	%11,5	23	%88,5	1,000
40-49	Türk	47	%12,9	316	%87,1	
50-59	Suriyeli	0	%0.0	26	%100	0,153
50-59	Türk	33	%8,6	352	%91,4	
60-69	Suriyeli	3	%12,5	21	%87,5	0,710
60-69	Türk	36	%8,4	391	%91,6	
70-79	Suriyeli	1	%7,7	12	%92,3	1,000
70-79	Türk	29	%6,9	393	%93,1	
80-89	Suriyeli	0	%0,0	5	%100	1,000
80-89	Türk	24	%8,5	257	%91,5	
Çocuk	Suriyeli	61	%37,9	100	%62,1	0,000**
Çocuk	Türk	1162	%57,9	846	%42,1	
Erişkin	Suriyeli	35	%15,1	197	%84,9	0,000**
Erişkin	Türk	1152	%32,0	2447	%68,0	

**p<0,01, *p<0,05

[PS-025]

Kolistin İnfüzyon Hızının Mikrobiyolojik Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi

Arif Doğan Habiloğlu[1], Göknur Yapar Toros[2], Tuğba Aşkın[2], Süheyla Ünver[2], Mustafa Ertek[2]

[1]Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Düzce

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Sağlık bakım ilişkili enfeksiyonların %50'den fazlasında dirençli suşların tespit edilmesi ve bu durumun tedavi seçeneklerini sınırlaması nedeniyle, nefrotoksisite sebebiyle kullanımı terkedilmiş olan kolistin tekrar klinik kullanıma girmiştir. Kolistin zamana ve konsantrasyona bağımlı etki göstermekte ve farmakodinamisini esas belirleyen parametre, 24 saatlik konsantrasyon-zaman eğrisi altında kalan alanın (AUC: 0-24) minimum inhibitör konsantrasyona bölünmesi ile elde edilen orandır. Bu çalışmada kolistinin üretici önerisi doğrultusunda yapılabilecek olan hızlı ve yavaş infüzyon tedavisinin mikrobiyolojik eradikasyona etki bakımından farklılık yaratıp yaratmayacağının araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi'nde, retrospektif olarak yapıldı. Her iki tedavi şekli uygulanmış hastalar için 01.12.2015-01.05.2016 ve 01.05.2016-01.12.2016 tarihleri arasındaki 6 aylık verileri incelendi. Hastaların tamamı 18 yaşından büyük, 3 günden fazla IV ve inhaler kolistin tedavisi almış, tümü mekanik ventilatör bağımlı ve tümü *Acinetobacter baumannii*'nin etken olduğu ventilatör ilişkili pnömoni sebebiyle antibiyoterapi almaktaydı. Kolistin tedavisi için kullanılan ticari preparat Colimycin (Koçak Farma) hastalara günlük 2,5 mg/kg günlük dozu ikiye bölünerek 3-5 dakikalık hızlı infüzyon ile veya 3-5 dakikada verilen ilk dozu takiben iki saat sonra ikinci doz 22 saatlik yavaş infüzyonla verildi. Mikrobiyolojik başarı 7 günlük tedavide kültürün negatif sonuçlanması olarak değerlendirildi. Kontrol kültürler hastalardan rutin 7. günde tekrarlanmıştır. İstatistiksel analizler, SPSS 24.00 IBM (Chicago, USA)® programı ile yapıldı. Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "independent sample t-test" (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. İki nitel değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre Pearson-χ^2 test istatistikleri kullanılmıştır.

Bulgular: Verileri kıyaslanan 47 hastadan 30 hastaya hızlı infüzyon, 17 hastaya yavaş infüzyon ile kolistin verildi. Hastaların her iki grupta da demografik verileri benzer oranlarda olup istatistiksel farklılık bulunmadı (Tablo 1). Direnç paterni açısından çoklu ilaç direnci, yaygın ilaca dirençli tüberküloz, pan-drug resistant ve nispeten daha duyarlı bir suş mevcuttu. Gruplar arasında direnç profili açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 1). Hastaların tedavilerinde uygulanan antimikrobiyaller açısından anlamlı farklılık yoktu (Tablo 1). Kontrol kültür sonuçları açısından, oransal olarak yavaş infüzyon grubunda kontrol kültürde üreme oranı daha az bulunmuş olsa da istatistiksel olarak bu fark anlamlı sayılmadı (Tablo 1).

Sonuç: Kolistinin yavaş ve hızlı infüzyon şeklinde veriliş yöntemindeki değişikliğin mikrobiyolojik cevapta farklılık oluşturmadığı tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Kolistin, infüzyon

Tablo 1. Antibiyotik veriliş yöntemine demografik verilerin, kültür sonuçlarının ve uygulanan tedavilerin karşılaştırılması

Değişken (n=47)	Yavaş İnfüzyon Grubu (n=17)	Hızlı İnfüzyon Grubu (n=30)	İstatistiksel Analiz*
Yaş (yıl)	68,0 (23,0-93,0)	69,0 (30,0-88,0)	t=0,145 p=0,885
Erkek	11 (%64,7)	14 (%46,7)	χ^2=1,418
Kadın	6 (%35,3)	16 (%53,3)	p=0,234
Malignite var	9 (%52,9)	14 (%46,7)	χ^2=0,012
Malignite yok	8 (%47,1)	16 (%53,3)	p=0,913
Çoklu ilaç direnci	7 (%41,1)	6 (%20,7)	
Yaygın ilaca dirençli tüberküloz	8 (%47,1)	22 (%75,9)	χ^2=4,807 p=0,186
Pan-drug resistant	1 (%5,9)	1 (%3,4)	
Diğer	1 (%5,9)	-	
Kolistin + Meropenem	4 (%23,5)	8 (%26,7)	
Kolistin + Tigesiklin	12 (%70,6)	16 (%53,3)	
Kolistin + Meropenem + Tigesiklin	-	3 (%10,0)	χ^2=4,807 p=0,186
Kolistin + Tigesiklin + Sulbaktam	-	2 (%6,7)	
Kolistin + Sulbaktam	-	1 (%3,3)	
Kolistin + Amikasin	1 (%5,9)	-	
Kontrol kültürde üreme var	2 (%11,8)	8 (%26,7)	χ^2=1,439 p=0,230
Kontrol kültürde üreme yok	15 (%88,2)	22 (%73,3)	

[PS-026]

Negatif Polimeraz Zincir Reaksiyonuna Rağmen Herpes Simpleks Virüs Ensefaliti Olgusu

Fatma Nur Yıldız, Elif Nur Yılmaztürk, Özlem Alhan, Elif Tükenmez Tigen

Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

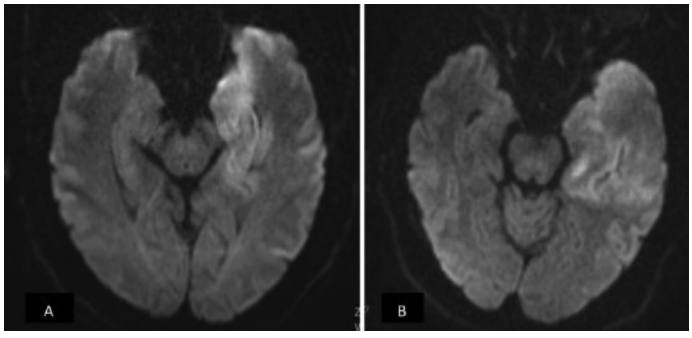
Giriş: Herpes simpleks virüs (HSV) tip 1 ensefaliti dünyadaki sporadik fatal ensefalitlerin en yaygın sebebidir. Klinik olarak sıklıkla ateş, baş ağrısı, fokal nörolojik bulgular, nöbet ve bilinç bozukluğu ile karakterizedir. Beyin görüntülemelerinde genellikle tek taraflı temporal lob tutulumu HSV ensefaliti için destekleyici bir bulgudur. Olguların %80'den fazlasında EEG fokal bulguları görülmektedir. Tanıda polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yöntemi altın standarttır (%98 spesifite ve %94 sensitivite ile). Klinik ve radyolojik bulgular HSV ensefaliti şüphesi yüksek olan hastalarda tedavi geciktirilmeden başlanmalıdır. Burada ilk HSV-PCR negatif çıkmasına rağmen HSV ensefaliti şüphesi yüksek olan ve tedavi başlanan olgu anlatılacak ve tek başına laboratuvar sonucuna göre hareket edilmemesinin önemi vurgulanacaktır.

Olgu: İki gün önce yakınlarını tanıyamama, unutkanlık ve baş ağrısı yakınmaları başlayan 57 yaşında erkek hasta, kliniğe ateş ve bilinç bulanıklığı eklenmesi üzerine yakınları tarafından acile getirildi. Vitallerinde; ateş: 38,5 °C, nabız: 102/dk, tansiyon 142/88 mmHg idi. Fizik muayenede

bilinci uykuya meyilli, kooperasyonu zayıftı ve ense sertliği yoktu. Tetkiklerinde beyaz küre: 8.900/µl, NEU: 7.300/µl, LENF: 1.200/µl, CRP: 3,02 mg/l, prokalsitonin: 0,03 µg/l idi. Lomber ponksiyonunda (LP) beyin omurilik sıvısının (BOS) rengi şeffaf, lökosit: 35/mm^3, eritrosit: 858 /mm^3, protein: 70 mg/dl, glikoz: 104 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 120 mg/dl idi. BOS menenjit/ensefalit panelinde (Biofire® Filmarray) etken saptanmadı. Beyin difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sol medyal temporal alanda hiperintens görünüm, difüzyon kısıtlılığı mevcuttu (Şekil 1). Asiklovir 3x10 mg/kg intravenöz ampirik tedavi başlandı. BOS piyojen ve kan kültüründe üreme olmadı. Nöroloji konsültasyonu sonucu yapılan elektroensefalografide (EEG) epileptik deşarjlar görüldü ve levatirasetam başlandı. Tedavinin 7. gününde kontrol LP yapıldı. BOS menenjit/ensefalit panelinde (Biofire®Filmarray) HSV-PCR saptandı. Kantitatif olarak BOS HSV-PCR 22.300 kopya/ml saptandı. Takibinde yapılan kontrol beyin MRG'de hiperintens alanların arttığı görüldü (Şekil 1) ve yapılan ardışık EEG'lerde HSV ensefaliti ile uyumlu aralıklı trifazik dalgalar görüldü. Hastanın tedavisi 3 haftaya tamamlandı, tedavi sonunda bilinci açık ve genel durumu iyi şekilde taburcu edildi.

Sonuç: HSV-PCR yüksek sensitivite ve spesifite sayesinde hastalığın erken döneminde pozitif saptanmaktadır. Klinik başlangıcından itibaren en az iki hafta BOS'de saptanabilir ve pozitiflik bir aya kadar devam edebilmektedir. Ancak olgumuzda olduğu gibi klinik şüphe yüksek ise LP tekrarlanmalı tedavide ısrarcı olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Herpes simpleks virüs, ensefalit



Şekil 1. Beyin difüzyon MRG'sinde sol medyal temporal alanda hiperintens görünüm, difüzyon kısıtlılığı mevcut

[PS-027]

Nadir Bir Dalak Apsesi Sebebi: Tüberküloz

Taylan Önder, Anıl Akça, Safiye Bilge Güçlü Kayta, Ebru Doğan, Alper Şener

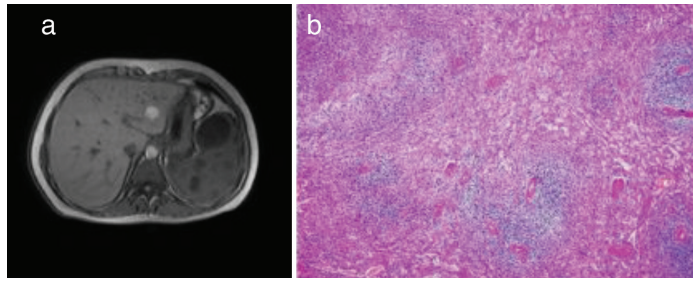
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Dalak apseleri diğer intraabdominal enfeksiyonlar arasında daha nadir olarak görülmektedir. Yapılan otopsi serilerinde dalak apsesi insidansının %0,2-0,7 olduğu gösterilmiştir. Dalak apsesi etiyolojisine bakıldığında streptokoklar, stafilokoklar, salmonella türleri ve *Escherichia coli* en sık etkenler olarak görülmektedir. *Mycobacterium tuberculosis*, etiyolojik etkenler arasında nadir olarak görülmekte olup 1900 yılından 2016 yılına kadar olan çalışmalardan elde edilen mikrobiyolojik incelemede 557 hastadan sadece 15'inde *M. tuberculosis*'e bağlı dalak apsesi saptanmıştır.

Olgu: Otuz altı yaşında kadın hasta, ev hanımı, bilinen kronik hastalığı, immünosüpresif durumu, tüberküloz öyküsü bulunmamakta. İki aydır eklem ağrısı, halsizlik ve kırgınlık şikayeti olmaktaymış. Beraberinde baş ağrısı, karın ağrısı ve iştahsızlık da olmaktaymış. Karın ağrısı çok şiddetli değilmiş, daha çok karın sol üst kısmında olup tüm karında hissedilmekteymiş, ağrıda omuza veya göğüs bölgesine yayılma olmuyormuş. Nefes darlığı olmamış. Ölçülen ateş yüksekliği, gece terlemesi, belirgin kilo kaybı olmamış, ara ara üşüme titreme olmaktaymış. Ek şikayeti olmamıştı. Polikliniğimize dış merkezden bu şikayetlerine yönelik yapılan batın ultrasonografisinde splenomegali (dalak uzun aksı: 15 cm) olması ve dalak parankiminde 51x51 mm boyutlarında çok sayıda hipoanekoik yer kaplayan oluşumlar olması nedeniyle enfeksiyöz kistik patoloji ön tanısıyla yönlendirildi. Hasta etiyolojik inceleme yapılması için servisimize yatırıldı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre: 7.100, CRP: 6,7, ESH: 81 olarak saptandı. Brusella serolojik incelemesi, kist hidatik İHA testi, anti-HIV ve IGRA testleri negatif olarak sonuçlandı. Hastaya daha ileri radyolojik inceleme için iv kontrastlı dinamik üst batın MR yapıldı. Hastanın MR tetkikinde hepatomegali (19 cm), splenomegali (uzun aksı 14 cm) saptandı ve dalak parankiminde en büyüğü 5x4x4 cm boyutlarında olmak üzere çok sayıda kistik lezyon saptandı, kistik lezyonların radyolojik özelliklerine göre ön planda multipl piyojenik dalak apsesi düşünüldü, ayırıcı tanıda daha düşük ihtimalle metastaz olabileceği düşünüldü, kist hidatik düşünülmedi, batın MR'de ek patolojik bulgu saptanmadı. Sonrasında hastadan genel cerrahi konsültasyonu istendi. Genel cerrahi tarafınca değerlendirilen hastaya splenektomi yapıldı ve cerrahi materyalden patolojik inceleme için örnek yollandı. Patoloji sonucu: "Fokal alanda kazeifiye granülomatöz yangı dikkati çekmiş olup olguda başta tüberküloz olmak üzere granülomatöz etkenler açısından değerlendirilmesi önerilir" şeklinde raporlandı ve hasta yakın takibe alındı.

Sonuç: Özellikle; ülkemiz gibi tüberkülozun endemik olarak görüldüğü ülkelerde dalak apsesi etiyolojisinde tüberküloz göz önünde bulundurulmalı ve hastaların tetkik, takip ve tedavileri buna göre düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Apse, dalak, tüberküloz



Şekil 1. A) Hastanın batın MR incelemesinde dalakta multipl apse görünümü. **B)** Hastanın patolojik incelemesinde olağan dalak dokusu içerisinde ortasında kazeifikasyon nekrozu izlenen granülom formasyonu

[PS-028]

Sağlık Çalışanlarının İnsan Papilloma Virüs Farkındalığının Değerlendirilmesi

Gülnur Kul[1], Gökçe Turan[2]

[1]Kırıkhan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Hatay

[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Giriş: Serviks kanseri, dünya genelinde jinekolojik kanserler arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Ülkemizde ise, tüm yaş grubu kadınlarda görülen kanserler arasında dokuzuncu sırada yer alırken, 25-49 yaş

grubundaki kadınlarda en sık görülen beşinci kanserdir. En önemli risk faktörleri İnsan Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonları, erken yaşta (<16 yaş) cinsel ilişkinin başlaması, çok eşlilik, genital siğil hikayesi, İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) pozitifliği, sigara içiciliğidir. HPV virüsünün 200'den fazla çeşidi bulunur ve bunlardan 40'ı genital siğillere ve kansere neden olur. Serviks kanserine karşı birincil korunmada aşı, ikincil korunmada smear ile tarayarak erken tanı önerilmektedir. Aşının HPV ile ilişkili hastalıkları önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının HPV ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Veriler online olarak hazırlanan anket formu kullanılarak toplandı. Çalışmaya katılmak isteyen sağlık çalışanlarından, demografik özellikleri ile HPV aşısı ve enfeksiyonuyla ilgili bilgi düzeylerini ölçen soruları yanıtlamaları istendi.

Bulgular: Çalışmamıza 51'i erkek, 493'ü kadın 544 gönüllü sağlık çalışanı katıldı. Sağlık çalışanlarının 421'i (%77,3) doktor, 89'u ebe/hemşire idi. Kadın katılımcıların 145'i (%29) düzenli jinekolojik muayeneye gittiğini belirtti. HPV enfeksiyonu ve aşısı ile ilgili sorulara verilen yanıtların bir kısmı Tablo 1'de görülmektedir. HPV bulaş yolları sorulduğunda 413 (%76) katılımcı cinsel yolla bulaştığını, 109 (%20) katılımcı hem cinsel yolla hem de havuz, deniz veya tuvaletlerden bulaştığını bildiğini belirtti. Dört yüz altmış sekiz katılımcı HPV'nin hem genital siğil hem de serviks kanserine neden olabileceğini, 52 katılımcı sadece serviks kanseri, 24 katılımcı ise sadece genital siğile neden olduğunu belirtti. Çalışmaya katılanların 419'u (%77) HPV aşısı yaptırmadığını ifade etmiştir. Katılımcılara aşının ücreti ve 3 doz yaptırılması gerektiği bilgisi verildikten sonra 322 (%59) katılımcı aşıyı her koşulda yaptıracağını, 106 katılımcı ise aşının pahalı olması nedeniyle devlet tarafından ücretsiz karşılanması halinde yaptıracağını belirtmiştir.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda HPV'nin serviks kanseri ve genital siğil etiyolojisinde yer aldığı büyük oranda doğru cevaplanmış olup bu duruma katılımcıların çoğunluğunun doktorlardan oluşuyor olması etken olduğunu düşünmekteyiz. Katılımcılarımızın verdiği cevaplara göre HPV aşısını yaptırma oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların %20'si ise aşının pahalı olması nedeniyle yaptırmayacağını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının düzenli jinekolojik muayeneye gitme ve aşı yaptırma oranlarının düşük olması dikkate alınarak hem tarama hem de aşılama çalışmalarında bilgilendirme ve iyileştirme yöntemlerinin artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, insan papilloma virüs

Tablo 1. HPV enfeksiyonu ve aşısı ile ilgili sorulara verilen yanıtlar

Soru	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
HPV aşısı genital siğil (kondilom) ve serviks kanserinden korur.	506	10	28
HPV aşısı cinsel yolla bulaşan bütün hastalıklara karşı koruma sağlar.	35	474	35
HPV aşısı uygulaması için önerilen yaş grubu 9-26 yaş grubudur.	419	57	68
HPV aşısı Sağlık Bakanlığı aşı programındadır.	29	452	63

[PS-029]

Erken Dönem HIV Enfeksiyonunun Tanısı ve Tanı Algoritmasına Uyumun Önemi: Olgu Sunumu

Dilek Yağcı Çağlayık[1], Mehrgan Modirrousta[1], Rabia Can Sarinoğlu[2], Uluhan Sili[1]

[1]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Akut HIV enfeksiyonu ile ilişkili bulgu ve belirti ve/veya kısa süre önce riskli temas öyküsü var ise tarama testi olarak 4. kuşak ELISA testi önerilir, sonuç negatif ise HIV-RNA çalışılması veya 2-4 hafta sonra 4. kuşak ELISA testinin tekrarlanması gereklidir. ELISA testi negatif geldiği taktirde temas öyküsünün 1. ve 3. ayında tekrar test edilmesi önerilmektedir. Temas sonrası 3. ayda tanı konulan bir olgunun sunularak algoritmaya uyumun öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi beş yaşında ve biseksüel olan hasta, üç gün önce olan şüpheli cinsel teması nedeniyle test yaptırmak için başvurdu. Son bir yılda üç farklı partneri olduğu öğrenilen 4 aylık sabit partnerinden ayrıldıktan sonra başvurusundan 3 ay önce ve 3 gün önce ticari olmayan heteroseksüel (casual) temaslarının olduğu kaydedildi. Hastanın son riskli temasından 3 gün sonra analiz edilen HBsAg, antiHBc-IgG, anti-HIV, anti-HCV, sifiliz testi negatif bulunurken, antiHBs ve anti-HAV IgG pozitif saptandı. Hastaya bu sonuçlara göre temastan sonraki 1. ve 3. aylarda kontrole gelmesinin önemi anlatıldı. Temastan sonraki 27. günde kontrole gelen hastanın anti-HIV ELISA testi tekrar negatif saptanırken, 80. günde hastanın anti-HIV ELISA testi pozitif saptandı. Sonrasında istenen HIV-RNA 6.029.603 kopya/ml, CD4 %28 ve 659 hücre/µl olarak saptandı. Hastanın cinsel temas öyküsü tekrar sorgulandığında anti-HIV testinin pozitif çıktığı günden 28 gün önce hastanın tanımadığı partneriyle korunmalı vajinal fakat korunmasız oral sekste bulunduğu ve bu temastan bir hafta sonra boğaz ağrısı, lenfadenopati, ishal, döküntü olmaksızın tek başına 7 gün süren ateşinin olduğu öğrenildi.

Sonuç: HIV bulaş riski insertif vajinal temasta 1: 10.000 iken, reseptif ejekülasyonlu oral sekste 1:1000'e ulaşmakta fakat bu olguda hastanın tariflediği ejekülasyonsuz oral sekste risk bilinmemektedir. Geriye yönelik sorgusunda akut retroviral sendroma benzer şikayetlerin temastan bir hafta sonra olduğunu ifade eden ve riskli davranış öyküsü bulunan hastanın olası tanı için takibinin devam ettirilmesi sayesinde erken tanı ve tedavi sağlanabilmiştir. HIV enfeksiyonu tanısında temastan 10 gün sonra HIV-RNA, 15-17 gün sonra p24 Ag (IV. kuşak ELISA) ve yaklaşık 21 gün sonra da antikor testlerinin pozitifleşmesi öngörülmektedir. Aktif replikasyonun izlendiği ve yüksek viremi nedeni ile bulaştırıcılığın fazla olduğu pencere döneminde antikor testleri negatif olabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, ELISA, HIV-RNA

[PS-030]

Sağlıklı Genç Erişkinde Kızamık: Olgu Sunumu

Alper Tahmaz[1], Sevil Alkan Çeviker[2], Özgür Günal[1], Eda Köksal[1], Cemanur Aygün[1], Süleyman Sırrı Kılıç[1], Ayşe Şenbaba[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun
[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

Giriş: Kızamık, sadece insanlarda enfeksiyon tablosu oluşturan, bulaştırıcılığı en yüksek olan, aşı ile korunabilen viral enfeksiyonlardandır. Öksürük, nezle benzeri semptomlar ile ateş gibi prodromal belirtilerle başlayıp ve eritemli makülopapüler döküntüler hastalık seyrinde görülür. Bu hastalık için patognomonik bulgu ağız mukozasında oluşan koplik lekeleridir. Ülkemizde "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" 1985 yılından itibaren uygulanmakta olup özellikle çocukluk grubu olgu sayıları azalmış olsa da son yıllarda ülkemize olan dış göçler ve aşı reddi gibi durumlar nedeniyle olgu sayısında artış mevcuttur. Bu olgu sunumunda otit komplikasyonu da gelişen erişkin kızamık olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi beş yaşında erkek hasta 3-4 gündür olan ateş yüksekliği, boğaz ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, bulantı ve 2 gündür tüm vücudunda yayılan kızarıklık şikayeti ile acil servise gelmiştir. Öyküsünden, er olan hastanın kışlaya yeni geldiği ve yeğenlerinin yakın zamanda kızamık geçirme öyküsü olduğu öğrenildi. Öncesinde kızamık aşısının yapılıp yapılmadığını bilmiyordu. Fizik muayenesinde; Ateş: 39,1 °C, TA: 122/80 mmHg, nabız: 100/dk olarak saptanan hastanın, ağız içinde yanak mukozasında alt ikinci molar diş hizasında eritemli zeminde noktasal beyaz-gri görünüm (koplik lekeleri) ve tüm vücutta özellikle baş-boyun bölgesinde makülopapüler özellikte döküntüler mevcuttu (Resim 1a, 1b). Laboratuvar tetiklerinde; beyaz küre: 5.700/mm^3, hemoglobin: 13,8 gr/dl, PLT: 115.000/mm^3, ALT: 42 U/l, AST: 57 U/l idi. Hastanın diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. T.C. Sağlık Bakanlığı kızamık/kızamıkçık sürveyansı genelgesi 2010'a göre klinik (olası) kızamık olgu tanımına uyan hasta kızamık ön tanısı ile yatırıldı ve izole edildi. Hastaya destek tedavisi verildi. Sağlık müdürlüğüne bildirimi yapılan hastadan kızamık IgM ve kızamık IgG testi istendi. Hastanın istenilen tetkiklerinde kızamık IgM pozitif ve kızamık IgG negatifti. Hastanın yatışının ilk 3 günü 39,5 °C'yi bulan ateşleri devam etti. Ayırıcı tanı amaçlı alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın takiplerinde yatışının dördüncü gününde kulak ağrısı oldu. Kulak burun boğaz hastalıklarına konsülte edilen hasta otit olarak değerlendirildi. Hastaya sekonder bakteriyal enfeksiyon tanısı ile ampisilin sulbaktam 4x1 gr iv tedavisi başlandı. Takiplerde yedi günde döküntüleri gerileyen hasta otit için oral amoksisilin-klavulanik tb 2x1 gr tedavisi ile oral ardışık tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Sonuç: Kızamık salgınlarını önlemek amaçlı, rutin çocukluk aşılamalarına ilave olarak, toplumdaki bağışıklık oranlarının yükseltilmesi amaçlı genç erişkinlerinde aşılama kampanyaları gerekmektedir. Ayrıca bu hastaların erken tanınması ve izolasyon önlemlerinin alınması, enfeksiyonun yayılımının azalmasına kısmen de olsa katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kızamık, otit, sağlıklı genç erişkin



Resim 1. a, b) Koplik lekeleri ve tüm vücutta makülopapüler döküntü

[PS-031]

HIV + Olguda CMV Retiniti Yönetimi

Birol Balçın, Deniz Kakaliçoğlu, Ercan Yenilmez, Ayça İlbak, Burak Sarıkaya, Sinem Akkaya Işık, Derya Özyiğitoğlu, Rıza Aytaç Çetinkaya, Elif Sofuoğlu, Levent Görenek

İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

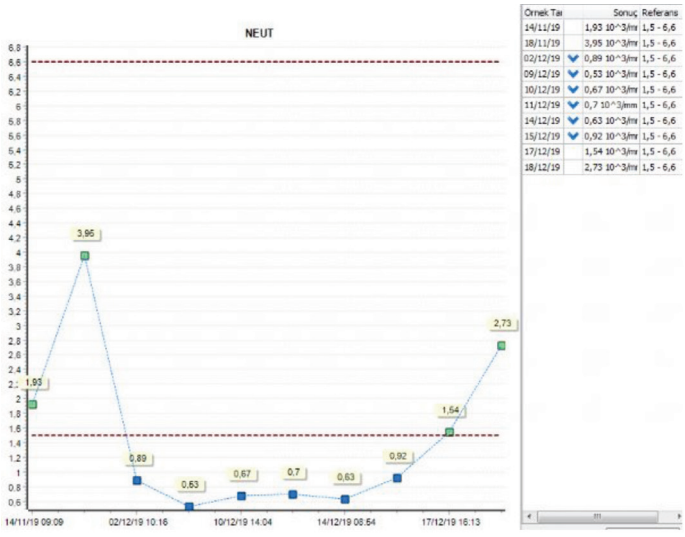
Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsüne (HIV) bağlı gelişen edinsel immün yetmezlik sendromunda (AIDS) görülen fırsatçı enfeksiyonlar, tedavi uygulanmayan hastalardaki ana morbidite ve mortalite nedenidir. Sitomegalovirüs (CMV) retiniti de en sık görülen AIDS ilişkili fırsatçı oküler enfeksiyondur. Bunun devamında görülen progresif retinal nekroza eşlik eden regmatojen retina dekolmanı AIDS olgularında en sık rastlanılan görme kaybı sebebidir. CMV retinitli hastaların bir kısmı asemptomatik seyredebileceğinden özellikle CD4+ hücre sayısı 50 hücre/µl'den az olan hastalarda fundoskopik bakı ile rutin tarama önerilmektedir. Bu çalışmamızda CMV retiniti gelişen bir HIV + olgunun yönetimini tartışmayı amaçladık.

Olgu: Olgumuz 28 yaşında erkek hastadır. Öksürük, balgam, nefes darlığı, bulantı, kusma şikayetleri ile başvurdu. Genel durumu orta, bilinci açık, oryante, koopere idi. Meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Ağız içinde dil üstünde sarı plaklar mevcuttu. Akciğer seslerinde bilateral ralleri mevcut, kalp sesleri ritmik, batın rahattı. Hepatosplenomegali yok, ekstremiteler haricen doğal görünümde idi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide setrilobüler silik buzlu cam görünümü mevcuttu. Bakılan tetkiklerinde anti-HIV reaktif saptandı. Sorgusunda hastanın homoseksüel olduğu öğrenildi. Hastaya *Pneumocystis jirovecii* pnömonisine yönelik 3x1920 mg trimetoprim-sulfametaksazol + atipik etkenlere yönelik levofloksasin 1x500 mg + *Candida* mukozitine yönelik 1x200 mg flukonazol başlandı. HIV-RNA: 296.204 IU/ml CD4: 4/mm^3, CMV-IgG: + IgM: - CMV avidite: Yüksek +, CMV-PCR (kan): 58.418 IU/ml, PPD: 0 mm, TPHA, *Cryptococcus neoformans*, toksoplazma serolojisi negatif sonuçlandı. Göz dibi muayenesinde sağ maküla üst nazalinde retinit odağı, sol gözde retinit ve makülayı da tutan retina dekolmanı izlendi. Bilateral CMV retiniti olarak değerlendirildi. Hastaya Valgansiklovir 2x900 mg po 21 gün yükleme ardından 1x900 mg po idame tedavisi başlandı. İdame tedavinin CD4+ hücre sayısının 100/mm^3'ün üzerinde 6 ay seyredinceye dek devamı planlandı. CMV tedavisinin 15. gününde hastaya tenofovir disoproksil fumarat 1x245 mg + emtrisitabin

1x200 mg + dolutegravir 1x50 mg başlandı. Valgansiklovir tedavisinin 18. gününde hasta nötropeniye girdi. Grafik 1 hematoloji bölümüne danışılan hastaya 30 MİU filgrastim başlanması planlandı ancak ilaç başlanamadan tedavinin 33. gününde hasta nötropeniden kendiliğinden çıktı. Hastaya göz operasyonu önerilse de kabul etmedi. Genel durumu düzelen aktif şikayeti olmayan hasta taburcu edildi.

Sonuç: CMV retinitini erken saptamak için AIDS'li olgular yakından izlenmeli hastalar asemptomatik olsa bile mutlaka göz dibi muayenesi yapılmalı ve tanı konduğunda etkin tedavi ile izlenmelidir. Tedavi sırasında valgansiklovire bağlı kemik iliği süpresyonu açısından uyanık olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: CMV, HIV, retinit



Grafik 1. Mutlak nötrofil sayısı grafiği

[PS-032]

Karbapenem Dirençli Gram-olumsuz Enfeksiyonlarda Fosfomisin Klinik Yanıtı ve Yan Etki Profilinin İrdelenmesi

Sinem Akkaya Işık, Deniz Kakaliçoğlu

İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Son yıllarda çok ilaca dirençli bakterilerin artışı antibiyotik tedavisinin yeniden değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Fosfomisinin bu tür enfeksiyonlar için alternatif bir tedavi seçeneği olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda fosfomisin kullanan hastaların kullanım endikasyonları, klinik yanıt ve yan etki takibi açısından irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Son bir yılda hastanemizde yatıp, tedavisinde IV fosfomisin kullanılan hastalar geriye dönük tarandı. Bu hastaların yaş, cinsiyet, ek hastalık, tedavi endikasyonu, tedavi yanıtı ve yan etkileri not edildi.

Bulgular: Çalışmamıza 9'u (%60) kadın 15 hasta dahil edildi. Hastaların yaşları 44-90 arasında olup ortalaması 73'tü. Fosfomisin hiç ampirik olarak başlanmamış olup mutlaka kültür sonucuna göre tercih edilmişti. Etken mikroorganizmalar ve bu mikroorganizmaların izole edildiği örnekler, kombinasyon tedavisinde tercih edilen antibiyotikler Tablo 1'de belirtilmiştir. Antibiyotik kullanırken görülen yan etkiler incelendiğinde 11 (%73,3) hastada hipernatremi görülürken, 10 hastada (%66,6) hipokalemi görülmektedir. Gelişen elektrolit bozuklukları genellikle (%80) tedavinin ikinci gününde gelişmeye başlamaktadır. Bir hastada pansitopeni, bir hastada ise trombositopeni gelişmiştir. Hastalarda gelişen yan etki dağılımı ve ek komirbiditeler Tablo 2'de belirtilmiştir. Hastaların 12'si hayatını kaybetmiştir. Ancak bu hastaların 7'si antibiyotik yanıtı olmasına rağmen eşlik eden komorbidite, eklenen enfeksiyonlar veya yan etkiler nedeniyle hayatını kaybetmiştir.

Tartışma: Fosfomisin MDR-XDR Gram-olumsuz bakterilerde, yüksek dozlarda, uzun süre ve kombine olarak kullanımı önerilen bir antibiyotiktir. Bizim çalışmamızda 13 (%86,7) hastada β-laktam antibiyotikler ile kombinasyon tedavisi tercih edilirken, 2 hastada kolistin ve tigesiklin ile kombine edilmiştir. Tedavi dozları incelendiğinde 2 hastada yüksek dozun tercih edildiği görüldü. Bu nedenle etkinliğin daha az olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızda tedavisinde kullanılan bakterilerin çoğunlukla *K. pneumoniae* olduğu dikkat çekmektedir. Bu bakteri fosfomisine intrensek dirençli olmayıp direnç geliştirme riski yüksek olan bakteriler arasındadır. Yapılan çalışmalarda ESBL (+) *K. pneumoniae* için %81,3 duyarlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda %61,53'ünde (8/13) klinik ve laboratuvar yanıtı alınmıştır. Ancak çalışmamızda tedavisinde kullanılan bakteriler KPC (+) *K. pneumoniae* suşlarıdır. Bu nedenle bu oran düşük bulunmuştur. İlaç yan etkilerinin incelendiği 578 olguluk çalışmada olguların %5'inde hipokalemi görülürken, %1 hastada hipernatremi gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise bu oranlar çok yüksektir. Bunun nedeninin hastaların ek komorbiditelerinin olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç: Klinik kullanımda fosfomisin, komorbiditeleri fazla olan hastalarda tercih edildiği için yan etki yönetiminde zorluklar yaşanmaktadır. Hastalar bu nedenle kaybedilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fosfomisin, KPC (+) Gram-olumsuz enfeksiyonlar, yan etki

Tablo 1. Etken mikroorganizmalar ve bu mikroorganizmaların izole edildiği örnekler					
Bakteri adı	**Numune**	**Duyarlılık**	**Kombine tedavi**	**Tedavi dozu**	**Tedavi yanıtı**
K. pneumoniae	Apse (ampiyem), KAN	KPC (+) Amikasin: S Tigesiklin: S Kolistin: S	Meropenem + Tigesiklin	3x3 gr	Yanıt alındı
K. pneumoniae	KAN, TAK	Tigesiklin: S	Meropenem + Tigesiklin	3x4 gr	Yanıt alındı
K. pneumoniae	TAK	KPC (+) Kolistin: S	Meropenem	3x8 gr	Yanıt alınamadı
K. pneumoniae	TAK	KPC (+) Tigesiklin: S Amikasin: S	Meropenem + Tigesiklin	3x2 gr	Yanıt alındı
K. pneumoniae	KAN	Pan-drug rezistan	Meropenem	4x4 gr	Yanıt alındı
K. pneumoniae	KAN, TAK	Pan-drug rezistan	İmipenem	4x4 gr	Yanıt alınamadı
K. pneumoniae	TAK	Pan-drug rezistan	Meropenem	2x2 gr	Yanıt alınamadı
K. pneumoniae	KAN, TAK, İdrar	Pan-drug rezistan	Meropenem	3x5 gr	Yanıt alındı
K. pneumoniae	Apse (lomber)	KPC (+) Tigesiklin: I	Meropenem	3x8 gr	Yanıt alındı
K. pneumoniae	KAN, apse (batın içi)	KPC (+) Tigesiklin: I	Meropenem	3x4 gr	Yanıt alındı
K. pneumoniae	KAN, TAK	KPC (+) Tigesiklin: S	Kolistin	3x4 gr	Yanıt alınamadı
K. pneumoniae	TAK	KPC (+) Tigesiklin: S İmipenem: S	Meropenem	3x8 gr	Yanıt alındı
K. pneumoniae	TAK	KPC (+) Tigesiklin: I	Meropenem + Ertapenem	3x4 gr	Yanıt alınamadı
A. baumannii	KAN	Pan-drug Rezistan	Meropenem	3x4 gr	Yanıt alındı
E. coli	KAN	KPC (+) Tigesiklin: I	Kolistin + Tigesiklin	2x8 gr	Yanıt alındı
TAK: Trakeal aspirat kültürü					

Tablo 2. Yan etki dağılımı ve ek komorbiditeler		
	Hipernatremi	**Hipopotasemi**
DM	6 (%54,5)	6 (%60)
Kalp yetmezliği	4 (%36,4)	3 (%30)
KBY	7 (%63,6)	4 (%40)
Toplam	11	10
DM: Diyabetes mellitus, KBY: Kronik böbrek yetmezliği		

[PS-033]

Sifilizin En Gösterişli Evresi: Sekonder Sifiliz: Bir Olgu Sunumu

Anıl Akça[1], Safiye Bilge Güçlü Kayta[1], Taylan Önder[1], Ebru Doğan[1], Çisil Şeyma Özel[2], Alper Şener[1], Alper Akçalı[2]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

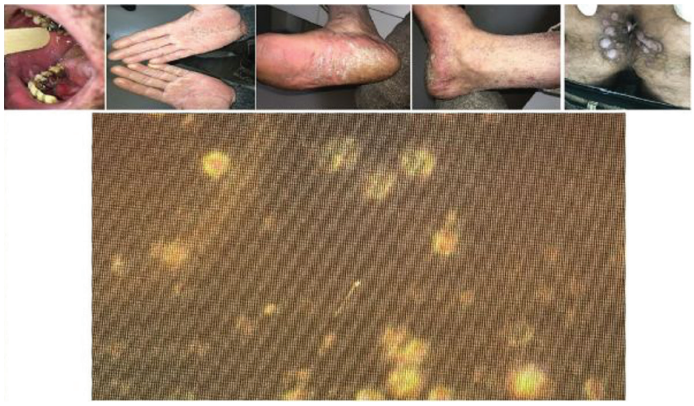
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Sifiliz, gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülen cinsel yolla, transplesental, aktif lezyona temas, kan transfüzyonu, laboratuvar kazası gibi yollarla bulaşan *Treponema pallidum*'un yol açtığı deri, mukoza, iç organlar gibi birçok sistemi etkileyebilen bir hastalıktır. Bu nedenle oluştuğu döneme göre farklı bulgularla saptanabilir. Biz de bu hastamızı sekonder sifiliz açısından demonstratif olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk dokuz yaşında erkek hasta ağız içinde ve deride lezyonları sebebiyle başvurdu. Yirmi gündür bu şikayetlerinin olduğu, ara ara halsizliğin eşlik ettiği, birkaç hekime başvurduğu, çeşitli tetkikler yapıldığı ancak sebebinin bulunamadığı öğrenildi. Dış merkezde bakılan hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri olağandı. Batın bilgisayarlı tomografi çekildiğide öğrenilen hastada sağ sürrenalde hiperplazi dışında ek bulgu görülmedi. Bilinen kronik hastalığı yoktu; şüpheli cinsel temas öyküsü tariflemedi. Muayenesinde avuç içlerinde ve ayak tabanlarında daha çok psoriatik görünümde olmakla beraber simetrik, yer yer maküler lezyon alanları görüldü. Oral mukozada yüzeyel plaklar mevcuttu, genital bölgede şankr görülmedi, anal bölgede kondiloma lataya uyan sulantılı, ağrısız plaklar görüldü. Lenfadenopati, gom saptanmadı; nörolojik muayenesi olağandı. Hastada mevcut bulgular ışığında sekonder sifiliz düşünüldü, serolojik tetkikleri istendi; anal bölgedeki plaklardan karanlık alan mikroskobunda inceleme yapılmak üzere kazıntı örneği alındı. Karanlık alan mikroskobunda *T. pallidum* spiralleri ile uyumlu olduğu düşünülen görüntüler elde edildi. VDRL-RPR (+), kantitatif VDRL 1/40 dilüsyonda (+), TPHA: 1/5120 (+) olarak sonuçlandı. Anti-HIV (-) HBsAg (-) anti-HCV (+) idi. Herhangi bir ilaç alerjisi olmayan hastaya benzatin penisilin G 2,4 MU tek doz İM uygulandı. Anti-HCV (+) görülen hastadan HCV-RNA istendi, HCV-RNA (-) olarak sonuçlandı, 3 ay sonra HCV-RNA tekrarı planlandı. Tedaviden birkaç hafta sonra lezyonların gerilediği görüldü. Sifiliz ve diğer CYBH açısından takip anlatıldı, hastanın tekrar kontrole gelmemesi nedeni ile takibi uygun yapılamadı.

Sonuç: Sekonder sifiliz klinik olarak en gösterişli evre olup yaygın olarak deri lezyonları ile karşımıza çıkmaktadır. Deri lezyonlarına oral, genital bölgede mukoz plaklar, alopesi, kondiloma lata, lenfadenopati, MSS enfeksiyonu, üveit, hepatit, glomerülonefrit vb. klinik tablolar eşlik edebilir. Olgumuzda olduğu gibi özellikle el ve ayak tabanlarındaki döküntüler, anal bölgede sulantılı, ağrısız plaklar öncelikle sifilizi akla getirmelidir. Lezyonların bol miktarda spiroket içerdiği bilinmeli, uygun tedavi ile tablo bir an önce kontrol altına alınmalı ve diğer CYBH'lerin de eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sekonder, sifiliz, treponema



Resim 1. Hastanın lezyonları ve karanlık alan mikroskobunda *Treponema pallidum* spiralleri ile uyumlu olduğu düşünülen görünüm

[PS-034]

Bilateral Kalçada Salmonella Septik Artriti ve Osteomiyeliti

Çiğdem Yıldırım, Zeynep Tekin Taş, Hasan Selçuk Özger

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Non-tifoidal *Salmonella* türleri nadiren ekstraintestinal fokal enfeksiyonlara neden olmaktadır. İleri yaş, orak hücreli anemi, romatolojik hastalıklar (sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, Crohn hastalığı) diyabet ve immünosüpresyon (kronik steroid kullanımı, HIV enfeksiyonu) varlığı ekstraintestinal *Salmonella* enfeksiyon riskini artırmaktadır. Burada altta yatan herhangi bir hastalığı olmayan erişkin bir hastada non-tifo *Salmonella* ilişkili septik artrit olgusu sunulmuştur.

Olgu: Elli dört yaş bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hastanın, iki ay önce sağ inguinalden ayak tabanına yayılan ağrı yakınması başlamış. Bir ay sonra ağrı sol kalçada da gelişmiş. Ateş yüksekliği olmamış. Ağrıları şiddetlenen hastaya pelvik miyozit ön tanısı ile kas biyopsisi yapılmış ancak yetersiz örnek nedeniyle değerlendirilememiş. Laboratuvar tetkiklerinde; CRP: 29 mg/l, sedimentasyon: 66 mm/saat, lökosit: 12.780, nötrofil: %72 saptanmış. Miyozit ön tanısı ile 3 gün 4x250 mg dozunda steroid ve ardından 15 mg metotreksat verilmiş. Alt abdomen MRG incelemesinde enflamatuvar süreç lehine değerlendirilen femur boynunda belirginleşen, asetabular çatıda ve iliak kemikte de görülen bilateral simetrik kemik iliği ödemi ve sol kalça eklemi komşuluğunda 2,5 cm çapında koleksiyon saptanmış. Ateş yüksekliği devam eden hastada alınan kan kültüründe *Salmonella enteritidis* üremesi olmuş. Hastaya bakteriyemi ve septik artrit tanıları ile siprofloksasin 2x400 mg intravenöz olarak başlandı. Şiddetli ağrıları devam eden hastaya pelvik apse ve septik artrit nedeni ile ortopedi tarafından sol kalçaya debritman yapıldı. İntraoperatif eklem sıvısı, kas ve kemik dokudan örnek alındı. Eklem sıvısı kültüründe *Salmonella enteritidis* üremesi oldu. İki hafta sonra sağ kalçaya da cerrahi debritman yapıldı, intraoperatif örneklerde üreme olmadı. Post-operatif şiddetli kalça ağrıları devam etmesi üzerine bilateral kalça MRG incelemesi yapıldı. Her iki femur başında avasküler nekroz zemininde gelişmiş osteomiyelit saptandı. Hiperbarik oksijen tedavisi ve sonrasında kalça eklem protezi planlandı. Toplamda 42 gün siprofloksasin aldı kesilerek tedaviye trimetoprim-sulfametaksazol ve seftriakson ile devam edildi. Toplam tedavisi 3 aya tamamlanarak kesildi.

Sonuç: Erişkin hastalarda altta yatan predispozan faktör olmaksızın *Salmonella* septik artrit gelişimi nadir olarak bildirilmektedir. *Salmonella* septik artriti gelişen olgularda 6 haftalık antibiyotik tedavisi önerilmektedir. Ancak olgumuzda olduğu gibi geç yanıt alınan olgularda tedavi süresinin uzatılması gerekebilmektedir. Tedaviye rağmen sıklıkla cerrahi debritman gerektiği belirtilmektedir. Özellikle avasküler nekroz gelişmiş açısından hastaların takibi ve yeterli antibiyotik konsantrasyonuna ulaşılamaması nedeniyle uzamış antibiyotik tedavisi ve protez uygulaması gerekebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Osteomiyelit, *Salmonella*, septik artrit

[PS-035]

Parenteral Demir Tedavisi Uygulamasına Bağlı Bakteriyemi ve Tromboflebit Olgusu

Sevil Alkan Çeviker[1], Mustafa Yılmaz[1], Mehmet Ali Gedik[2], Cemile Uyar[1], Emine Kübra Dindar Demiray[3]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Kütahya

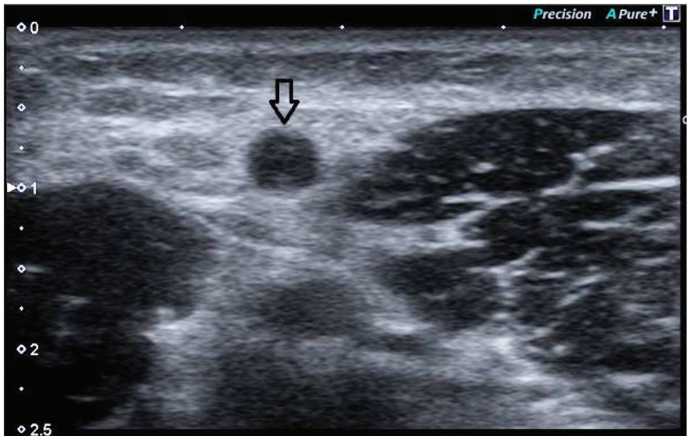
[3]Bitlis Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bitlis

Giriş: Semptomatik demir eksikliği anemisi olan hastalarda; parenteral demir tedavisi, oral yoldan alınan demir emiliminin yeterli olmadığı, oral demir tedavisini tolere edemeyen veya oral tedaviye rağmen aneminin gerilemediği hastalarda tercih edilmektedir. Bu tedavi için genellikle kısa süreli periferik venöz kateterler kullanılmaktadır. Ancak periferal intravenöz (İV) kateter uygulamaları; flebit, infiltrasyon gibi lokal ve sepsis gibi sistemik komplikasyonlara neden olabilirler. İnfiltrasyon, İV sıvının subkütan doku içine girerek damar dışına çıkması olarak tanımlanır. Flebit İV sıvı tedavisinin en yaygın komplikasyonu olup insidansı ise %30-70 olarak bildirilmektedir. Tromboflebit ise; kateterin içi veya venöz duvar boyunca pıhtı olarak tanımlanır. Burada; İV demir sonrası kolda tromboflebit ve bakteriyemi gelişen bir olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu: Yirmi iki yaşında kadın hasta polikliniğimize sol kolda kızarıklık, ısı artışı ve ateş yüksekliği ile başvurdu. Öyküsünde 3 gün önce bir özel hastanede demir eksikliği anemisi nedeniyle İV demir uygulanma öyküsü dışında özellik yoktu. Şikayetleri işlem sonrası ikinci günde başlayan hasta acil servise yönlendirilmişti. Fizik muayenede sol kolda deride kızarıklık ve lineer sertlik bulguları ve ödem saptandı. Hastaya yapılan yüzeyel ve Doppler ultrason tekiklerinde sol medyal kübital vende yaklaşık 8 cm'lik segmentte lümeni dolduran kompresyonu engelleyen hipo-hiperekojen trombus, yüzeyel tromboflebit ve selülit ile uyumlu bulgular saptandı. Ateş yüksekliği de olan hasta yatırıldı. Kalp damar cerrahisine konsülte edilen hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. İki şişe kan kültürü alındıktan sonra hastaya ampirik olarak ampisilin sulbaktam 4x1 gr İV tedavisi başlandı. Hastanın kan kültüründe metisilin duyarlı *S. aureus* (MSSA) üredi. Hastanın tedavisi sefazolin 3x1 gr İV olarak düzenlendi. Transtorasik EKO'da vejetasyon saptanmadı. Kontrol kan kültüründe üreme olmadı. Klinik ve laboratuvar bulguları düzelen, kontrol USG'de trombozu gerileyen hasta 14 günlük yatış poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Takiplerinde problem yaşanmadı.

Sonuç: Herhangi bir damar içi araç tromboflebit veya septisemi riskine açık olduğu için, periferal İV kateterlerin takılması, ilaç/sıvı uygulanması ve bakımı sırasında, el hijyeni ve dezenfeksiyon önlemlerine uyulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, parenteral demir tedavisi, tromboflebit



Şekil 1. Venöz dopplerde gri skala ultrason görüntülerinde sol medyal kübital vende tromboz

[PS-036]

Göçlerle Yeniden Gündeme Gelen Bir Enfeksiyon: Kızamık Erişkin Olgu Sunumu

Pınar Çayıröz[1], Mehmet Umut Çayıröz[2]

[1]Burdur Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Burdur

[2]Bucak Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Burdur

Giriş: Kızamık; ateş, makülopapüler döküntü ve komplikasyonlarla seyredebilen, bulaştırıcılığı yüksek olan, aşı ile önlenebilen viral bir enfeksiyondur. Bu olgu sunumuyla günümüzde artan göçler nedeniyle tekrar gündeme gelen kızamık enfeksiyonuna ve aşılamanın önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında Suriyeli, bilinen kronik hastalığı olmayan kadın hasta, 10 gündür grip benzeri şikayetler, öksürük, ateş yüksekliği ve 3 gündür de yüzden başlayıp gövdeye yayılan döküntü ve ishal şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünden Şanlıurfa ilinden 15 kadar göçmen aynı otobüste Burdur'a geldikleri ve otobüste onun gibi ateş yüksekliği ve öksürük şikayetleri olan başka kişiler de olduğu öğrenildi. Fizik muayanede ateşi 38,5 °C, tansiyon 90/60 mmHg, nabız: 98/dakikaydı. Bilateral yüz bölgesinde, gövdede ve az miktarda bacaklarda birleşme eğilimi gösteren makülopapüler döküntüleri mevcuttu (Resim 1). Gözlerde kızarıklık ve oral mukozada koplik lekesi görülememekle birlikte orofarinkste hiperemi mevcuttu. Solunum seslerinde kabalaşma ve barsak seslerinde artış mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 13,57 g/dl, lökosit: 7.046/mm^3, nötrofil: 6.024/mm^3 (%85,49), lenfosit: 658/mm^3 (%9,34), trombosit: 190.400/mm^3, CRP: 7,62 mg/dl, AST: 53U/l, ALT: 30U/l, BUN: 8 mg/dl, kreatinin: 0,65 mg/dl, sodyum: 130 mEq/l, potasyum: 3,1mEq/l şeklindeydi. Hipotansif olan ishali ve hipopotasemisi olan toksik görünümdeki hasta kızamık ön tanısıyla hastaneye yatırıldı. Hastaya temas ve solunum izolasyon önlemleri uygulandı. IV hidrasyon ve semptomatik tedavi verildi. Hastanemiz laboratuvarında kızamık IgM/IgG çalışılamadığı için kızamık ön tanısıyla serum örneği alınarak, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarı Daire Başkanlığı'na gönderildi. Hastadan 2 kan kültürü alındı. Tam idrar tahlilinde lökositüri görülmedi. Akciğer filminde infiltrasyon tespit edilmedi. Olası diğer viral enfeksiyonlar açısından istenilen CMV/toksoplazma/rubella IgM negatif, CMV/toksoplazma/rubella IgG pozitif; HBsAg negatif, antiHBc IgM negatif, antiHBs pozitif, anti-HAV IgM negatif, anti-HAV IgG pozitif, anti-HCV negatif, anti-HIV negatif, EBV-VCA IgM negatif, VCA-IgG pozitif, EBNA-IgG pozitif bulundu. Brusella rose bengal ve coombslu tüp aglütinasyon negatifti. Hastanın kızamık IgM ve PCR sonucu pozitif olarak geldi. Aşılaması olmayan hastane sağlık çalışanlarının KKK aşısı ile ilk doz aşılamaları yapıldı. Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından temaslılara ulaşılması, aşısı olmayanların aşılanması ve sıcak olguların tespit edilebilmesi için gerekli çalışmalara başlandı. Hastanın servisteki takiplerinde ateş yüksekliği, öksürüğü, ishal şikayeti ve konjuktivit tablosu geriledi. Yatışının 4. gününde istenilen kontrol tetkiklerinde hemoglobin: 13,69 g/dl, lökosit: 4.794/mm^3, nötrofil: 2.929/mm^3 (%61,1), enfosit: 1332/mm^3 (%27,78), trombosit: 217.700/mm^3, CRP: 6,08 mg/dl, AST: 30 U/l, ALT: 34 U/l, BUN: 3 mg/dl, kreatinin: 0,51 mg/dl, sodyum: 139 mEq/l, potasyum: 3,4 mEq/l olarak tespit edildi. Dört gün serviste izole yatışı olan döküntü başlangıcından itibaren 7 gün geçen, genel durumu iyi ve vitalleri stabil olan hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Son yıllarda artan göçlerle birlikte kızamık erişkin yaş grubunda daha çok görülmeye başlamıştır. Bulaştırıcılığı yüksek olan ve yetişkin dönemde daha çok komplikasyonla seyreden kızamık, ateş yüksekliği ve makülopapüler döküntü ile başvuran hastalarda akla gelmeli ve korunmada aşılamanın önemi unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kızamık, aşılama, göç



Resim 1. Yüz bölgesinde bilateral yoğun makülopapüler döküntü, göz çevresinde ödem

[PS-037]

Liberya Kökenli İmporte Nüks Sıtma Olgusu

Mustafa Yılmaz[1], Sevil Alkan Çeviker[1], Aynur Gülcan[2]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kütahya

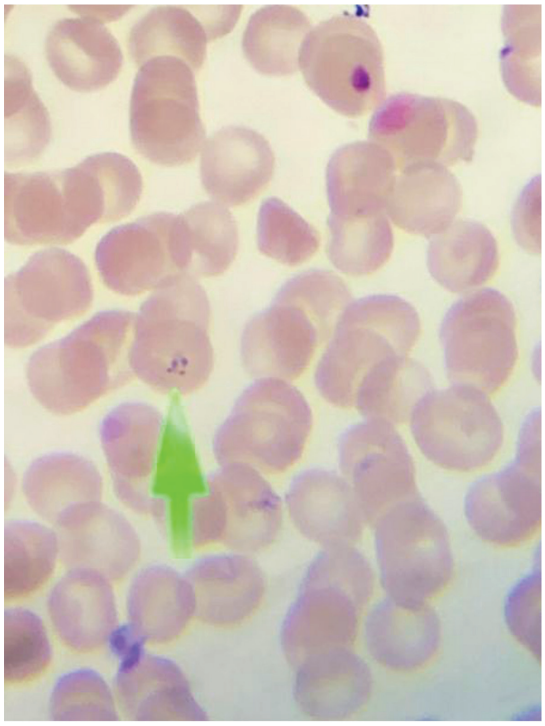
Giriş: T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde yerli sıtma olgusu görülmemekte olup, sıtma görülen ülkelere giden vatandaşlarımız buralardan paraziti alıp hastalığa yakalanmaktadır. Burada; 2,5 ay önce Liberya'da sıtma tanısı konulup lonart (artemether-lumefantrine) 3 gün ve doksisiklin 2x100 mg tb 10 gün verilen ancak 2 ay sonra Türkiye'ye geldikten sonra nüks eden bir importe sıtma olgusunun sunulması amaçlandı.

Olgu: Otuz beş yaşında erkek hasta, dört gündür devam eden üşüme titreme ve yüksek ateş yakınmasıyla Kütahya, Tavşanlı Devlet Hastanesi'ne başvuran hastanın acil serviste ateşi düşürülerek eve gönderilmiştir. Yüksek ateş şikayetinin geçmemesi üzerine enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran hastanın öyküsünde, 2 ay önce Batı Afrika kıyısında bulunan Liberya'dan geldiği saptanmıştır. İki buçuk ay önce Liberya'da sıtma tanısı konulup artemether-lumefantrine 3 gün ve doksisiklin 2x100 mg tb 10

gün verilmiş. Tetkiklerinde, beyaz küre sayısı: 5.750/µl, nötrofil: %55,4, trombosit: 97.000 hücre/mm^3, CRP: 70 mg/l, ALT: 25 U/l, AST: 21 U/l, üre: 38 mg/dl, kreatinin: 1,0 mg/dl, toplam bilirubin: 2,26 mg/dl, endirekt bilirubin: 1,83 mg/dl olarak bulundu. Akciğer grafisi ve tam idrar tetkikinde patoloji saptanmadı. Hasta sıtma, ateş, etiyoloji ön tanıları ile yatırıldı. Ateşi: 37,1 °C, TA: 118/76 mmHg, nabız: 92/dakika ölçüldü. Bilinci açık, koopere, oryente idi, diğer sistem muayeneleri normaldi. Yapılan tetkiklerinde *Brucella* (rose bengal), anti-HIV, HBsAg ve anti-HCV negatifti. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Abdominal USG'de hepatosplenomegali tespit edildi. Kütahya Halk Sağlığı Laboratuvarı tarafından yapılan kart test sonucu negatifti. Fakat hastanemiz mikrobiyoloji laboratuvarında kalın damla ve ince yayma preparatlarında Giemsa boyama ile eritrosit içinde taşlı yüzük görüntüsü tespit edildi (Şekil 1). Hastanın yanında bulunan lonart (artemether-lumefantrine) tedavisi başlandı. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı Paraziter Hastalıklar Laboratuvarına hastanın kan örneği gönderildi. Ancak bu dönemde kit olmaması nedeniyle PCR ile doğrulama yapılamadı. Hastanın takiplerinde artemether-lumefantrine tedavisinin 3. günden sonra ateşi olmadı. Lökopenisi ve trombositopenisi normal sınırlara geldi. Tedavi sonrası hipnozoitleri de tedavi etmek için 15 gün primakin tedavisi de verildi. Hastanın poliklinik takiplerinde sorun yaşanmadı.

Sonuç: Ateş yüksekliği ile başvuran hastalarda seyahat öyküsü mutlaka sorgulanmalı ve ateş ayırıcı tanısında sıtma mutlaka düşünülmelidir. Birden fazla plasmodium türünün endemik olduğu yüksek endemisite bölgelerinde gelişen sıtma olgularının tedavisinde nüksleri önlemek amaçlı tedaviye 14 günlük primakin de eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: İmporte sıtma, Liberya, nüks sıtma



Şekil 1. Giemsa boyama ile eritrosit içinde taşlı yüzük görüntüsü

[PS-038]

Dahili Yoğun Bakım Ünitesinde Üç Yıl İçerisinde Gelişen Hastane Enfeksiyonlarının Değerlendirmesi

Özgür Günal[1], Selda Sözen[2], Cemanur Aygün[1], Sevgi Mehter[2], Fatma Korkmaz[2], Ümran Türköz[2], Sırrı Kılıç[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Samsun

Giriş: Hastane enfeksiyonları (HE) özellikle yoğun bakım üniteleri (YBÜ) gibi yüksek riskli alanlarda yatan hasta gruplarında ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bu alanlardaki enfeksiyon sürveyansı enfeksiyon etkenlerinin tanınması, bu enfeksiyonların tedavisi ve önleyici tedbirlerin alınması açısından çok önemlidir. Bu çalışmada Dahili YBÜ'de gelişen enfeksiyonlar ve etkenlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahili YBÜ'de 01.01.2016 ile 31.12.2018 yılları arasındaki 3 yıllık sürede tespit edilen HE'lerin neler olduğu ve saptanan etkenleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastanemiz enfeksiyon kontrol komitesi tarafından "Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi" (*Centers for Disease Control and Prevention*) tanı kriterlerine göre HE tanısı konulan olgular değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Dahili YBÜ'de 3 yıllık sürede 2.720 hasta yatırılmış (23.700 hasta yatış günü) ve 142 HE tanısı konulmuştur. Saptanan enfeksiyon hızı; %5,22 iken, dansitesi; 5,99 olmuştur. Tanı konulan bu enfeksiyonlar ise; deri ve yumuşak doku enfeksiyonları (%0,18), kan dolaşımı enfeksiyonları (%18,3), santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (%40,1) mekanik ventilatörden bağımsız pnömoniler (%6,3), ventilatör ile ilişkili pnömoniler (%15,4) ve üriner sistem enfeksiyonlarıdır (ÜSE) (%16,1). Bu 142 enfeksiyon tanısında toplam 262 mikroorganizma üremesi tespit edilmiştir. Bu HE'ye neden olan etkenler arasında en sık saptananlar ise; *Acinetobacter baumannii* ve *Klebsiella pneumoniae* olmuştur (Tablo 1).

Sonuç: Hastanemiz Dahili YBÜ'de en sık kan dolaşımı enfeksiyonu ve bunlar içerisinde de santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları ilk sırada saptanmıştır. HE'lerin tanınması ve neden olan mikroorganizmaların antibiyotik duyarlılıklarının belirlenmesi hem ampirik tedaviyi belirlemede, hem de mortalite ve morbiditeyi azaltmada oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon, yoğun bakım, sürveyans

Tablo 1. Hastane enfeksiyonuna neden olan etkenler		
Mikroorganizma Adı	**Sayı**	**Oran**
Acinetobacter baumannii	55	20,99
Klebsiella pneumoniae	52	19,85
Candida albicans	46	17,56
Pseudomonas aeruginosa	19	7,25
Enterococcus faecalis	17	6,49
Staphylococcus aureus	12	4,58
Enterococcus faecium	11	4,2
Enterococcus spp.	11	4,2
Escherichia coli	6	2,29
Serratia marcescens	6	2,29
Proteus mirabilis	5	1,91
Candida spp.	4	1,53
Enterobacter aerogenes	3	1,15
Acinetobacter spp.	3	1,15
Alcaligenes faecalis	2	0,76
Klebsiella oxytoca	2	0,76
Koagülaz-negatif stafilokok (*S. epidermidis, S. haemolyticus, S. hyicus, S. lugdunensis, S. saprophyticus*)	2	0,76
Morganella morgagni	2	0,76
Pseudomonas spp.	2	0,76

[PS-039]

İnfluenza Sürveyansı Kapsamında Gönderilen Örnek Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Özgür Günal[1], Hasibe Demirağ[2], Sırrı Kılıç[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sürveyans Hemşiresi, Samsun,

Giriş: İnfluenza virüsü ve diğer solunum yolu patojenlerine bağlı solunum yolu hastalıkları morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindendir. Hastanemiz Ülkemizde sürdürülen influenza sürveyansı kapsamında ağır/şiddetli influenza olgularının takip edilebilmesi açısından yürütülen sentinel SARI sürveyansı merkezlerinden birisidir. Olası influenza virüs enfeksiyonu ön tanısı ile hastaneye yatırılan hastalardan sürüntü örnekleri gönderilmektedir. Çalışmamızda influenza sürveyansı kapsamında gönderilen örnek sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 01.05.2018 ile 01.05.2019 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları yerleşkesinde influenza virüs enfeksiyonu ön tanısıyla yatırılan ve test için nazofarengeal sürüntü örneği gönderilen 392 hasta dahil edilmiştir.

Bulgular: Tanı için örnek gönderilen 392 hastanın 265'i erkek (%67,6), 127'si kadın (%32,4) idi. Hastaların yaş ortalaması 66 yıl (23-85) olarak saptandı. Gönderilen sürüntü örneklerinin 314'ünde bir etken saptanmazken 78 örnekte çeşitli etkenler saptanmıştır. Bu etkenler içerisinde en sık influenza A H1N1 virüs (15 hastada %19,2) saptanırken, 14'er hastada influenza A H3N2 (%17,9) ve rhinovirüs (%17,9) etken olarak saptanmıştır (Tablo 1). Pozitif test sonuçlarının 71'i (%91) Aralık, Ocak ve Şubat aylarında gönderilen örneklerde saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda genel olarak mevsimsel influenza sezonunda en sık saptanan etkenler olarak influenza A H1N1 ve H3N2 virüsleri saptanmıştır. Mevcut grip aşısı içeriğine uygun olan bu sonuçlar risk faktörü olan kişilerin aşılanmasının önemi ve gerekliliğini göstermektedir. Solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan virüslerin sürveyansının yapılması olgu özelliklerinin, risk faktörlerinin, fatalite özelliklerinin belirlenerek gerekli önlemlerin alınması açısından yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza virüs, sürveyans

Tablo 1. Solunum yolu örneklerinde saptanan etkenler		
Etken	**Sayı**	**Yüzde (%)**
İnf A H1N1	15	19,2
İnf A H3N2	14	17,9
Rhinovirüs	14	17,9
Koronavirüs 229	13	16,6
RSV	9	11,5
Adenovirüs	4	5,1
Metapneumo virüs	4	5,1
Parainfluenza	2	2,5
İnfluenza B	2	2,5
Mycoplasma pneumoniae	1	1,2
Toplam	78	100

[PS-040]

Cerrahi Branş Hekimlerinin Cerrahi Profilaksi Konusunda Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Melike Çıvak, Nagehan Didem Sarı, Ayşe İnci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Cerrahi alan enfeksiyonlarının engellenmesin morbitide ve mortalite oranını azalttığı bilinmektedir. Cerrahi antibiyotik profilaksisinde kullanılan antibiyotiğin amacı, ameliyat sırasında oluşabilecek kontaminasyonu en aza indirmek, ilaca bağlı yan etki oluşturmamak, hasta yatış süresi ve maliyeti azaltmak, hasta ve hastane florasında olumsuz değişikliklere yol açmamaktır. Cerrahi antibiyotik profilaksisinde uygunsuz antibiyotik kullanımı sık görülmektedir. Bu uygunsuz antibiyotik kullanımı artan maliyete, antibiyotik direncinin artmasına neden olabilmektedir. Birçok rehberde hastanelerin cerrahi antibiyotik profilaksisi uygulamalarının aralıklı olarak gözden geçirilmesi ve elde edilen sonuçların ilgili kliniklere cerrahlara geri bildirilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada amacımız cerrahi branş hekimlerinin, cerrahi profilaksi konusunda bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi ve sorunların tespit edilerek hastanemizde konuyla ilgili yapılabilecek eğitimlerin içeriğinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada hastanemizde çalışan anket formunu doldurmayı kabul eden cerrahi branş hekimlerine, cerrahi profilaksi konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik hastanemizde oluşturulan cerrahi profilaksi rehberi doğrultusunda hazırlanan anket uygulanmıştır. Katılımcıların cinsiyet ve branşları kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya %65 erkek, %35 kadın olmak üzere toplam 106 cerrahi branş hekimi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması kadınlarda 31 erkeklerde 28 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyete ve ilgili

branşa göre anket sonuçları dağılımı Tablo 1, 2'de görülmektedir. Yapılan anket sonucuna bakıldığında genel olarak hekimlerimizin bilgi düzeylerinin doğruluğu %50 üzerindedir. Cerrahi profilaksi konusunda herhangi bir eğitim almamış olan ve eğitim sürecine katılmak istemeyen hekimlerimizin olduğu dikkati çekmektedir. Özellikle dren çekilinceye kadar profilaksi verilmesinin, anket sonucu doğruluğu yüksek olsa da uygulama ile çeliştiği saptanmıştır. Hastanemizde cerrahi profilaksi konusunda bir rehberin bulunduğunu bilmeyen hekimlerimizin ortalaması %27'dir. Bu yönde daha kolay bilgiye ulaşılabilmesi adına çalışmalarımızın yönlendirilmesi gerektiği anlaşılmıştır. Çalışmamız sonuçları ilgili kliniklerle ve hastane yönetimi ile paylaşılmıştır.

Sonuç: Cerrahi profilaksi konusunda bilimsel rehberlerle birlikte kurum içi kılavuzların da bulunması, bu kılavuzların uygulaması hazırlanması aşamasında ilgili cerrahi birimlerin katılımı, geri bildirimlerin ilgili kliniklere ve yönetime bildirilmesi konusunun multidisipliner olarak yürütülmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, profilaksi

Tablo 1. Branş dağılımına göre anket sonuçları

	Genel cerrahi (20)	Ortopedi (9)	Kadın doğum (34)	K.B.B. (16)	Üroloji (12)	Beyin cerrahi (7)	Göz (8)	Toplam (106)
Akılcı antibiyotik ile ilgili eğitim aldınız mı?								
Evet	15	9	23	14	10	6	7	84
Hayır	3	1	11	2	2	1	1	21
Bir önceki yanıtınız hayır ise almak ister misiniz?								
Evet	2	0	9	1	1	1	1	15
Hayır	1	1	2	1	1	0	0	6
Cerrahi profilaksi ile ilgili bilgi düzeyim yeterlidir?								
Evet	18	7	21	12	9	4	3	73
Hayır	1	2	12	4	2	3	5	29
Kurum içi profilaksi rehberi bulunduğu konusunda bilgim var?								
Evet	12	5	17	9	9	2	3	57
Hayır	8	4	14	7	3	5	5	46
Cerrahi profilaksi ile ilgili eğitim aldım?								
Evet	16	8	20	12	11	5	5	77
Hayır	4	1	14	4	1	2	3	29
Cerrahi profilaksi ile ilgili eğitim gereklidir?								
Evet	18	9	31	15	11	6	8	98
Hayır	1	0	3	1	1	1	0	7
Profilaksi süresi ne kadar olmadır?								
24 saatten az	11	7	30	10	8	5	4	75
24-48 saat	6	1	2	6	4	1	2	22
Taburculuğa kadar	3	1	2	0	0	0	2	8

Tablo 1. Devamı

Profilaksi uygulama zamanı?								
Anestezi indüksiyonu sırasında	6	1	5	1	4	3	2	22
Operasyondan önceki 1 saat içinde	3	7	25	15	7	3	5	65
Operasyondan>2 saat önce	1	1	2	0	1	1	1	7
3-4 saatten uzun süren operasyonda ek doz gereklidir?								
Evet	17	9	32	9	4	5	7	83
Hayır	3	0	1	7	8	2	1	22
Dren çekilinceye kadar profilaksi gereklidir?								
Evet	4	1	4	8	1	2	4	24
Hayır	16	8	30	8	11	5	3	81
Kan kaybı>1500 ml olan hastalarda ek doz gereklidir?								
Evet	12	4	22	6	5	4	3	56
Hayır	8	5	12	10	7	3	4	50
İstisnasız temiz yara sınıfı cerrahilerde profilaksi uygulanmasına gerek vardır?								
Evet	5	4	8	0	0	3	3	23
Hayır	4	5	24	16	12	4	4	61
Prostetik kalp kapağı olan hastalarda enfektif endokardit için profilaksi gereklidir?								
Evet	20	9	31	16	12	7	7	102
Hayır	0	0	2	0	0	0	1	3
Cerrahi profilaksi hakkında yanlış olanı seçiniz?								
Ucuz olmalı	1	2	4	1	2	1	0	11
Etkene yönelik olmalı	2	1	6	1	2	0	2	14
Uzun etkili olmalı	8	4	9	8	2	1	1	33
Hastanın ve hastanenin bakteriyel florası üzerine en az etkili olmalı	9	2	15	6	6	5	5	48

Tablo 2. Cinsiyet dağılımına göre anket sonuçları	Kadın (38)	Erkek (68)	Toplam (106)
Akılcı antibiyotik ile ilgili eğitim aldınız mı?			
Evet	30	53	83
Hayır	8	13	21
Bir önceki yanıtınız hayır ise almak ister misiniz?			
Evet	7	8	13
Hayır	0	4	4
Cerrahi profilaksi ile ilgili bilgi düzeyim yeterlidir?			
Evet	23	51	74
Hayır	14	15	29
Kurum içi profilaksi rehberi bulunduğu konusunda bilgim var?			
Evet	7	40	47
Hayır	18	28	46
Cerrahi profilaksi ile ilgili eğitim aldım?			
Evet	26	51	77
Hayır	12	17	29
Cerrahi profilaksi ile ilgili eğitim gereklidir?			
Evet	36	62	98
Hayır	2	5	7
Profilaksi süresi ne kadar olmadır?			
24 saatten az	24	51	75
24-48 saat	9	13	22
Taburculuğa kadar	5	3	8
Profilaksi uygulama zamanı?			
Anestezi indüksiyonu sırasında	5	7	12
operasyondan önceki 1 saat içinde	30	44	74
Operasyondan>2 saat önce	2	5	7
3-4 saatten uzun süren operasyonda ek doz gereklidir?			
Evet	30	54	84
Hayır	18	11	29
Dren çekilinceye kadar profilaksi gereklidir?			
Evet	5	10	15
Hayır	22	58	80
Kan kaybı >1500 ml olan hastalarda ek doz gereklidir?			
Evet	8	37	45
Hayır	18	30	48
İstisnasız temiz yara sınıfı cerrahilerde profilaksi uygulanmasına gerek vardır?			
Evet	9	14	23
Hayır	26	53	79

Tablo 2. Devamı			
Prostetik kalp kapağı olan hastalarda enfektif endokardit için profilaksi gereklidir?			
Evet	38	64	102
Hayır	0	3	3
Cerrahi profilaksi hakkında yanlış olanı seçiniz?			
Ucuz olmalı	5	5	10
Etkene yönelik olmalı	7	9	16
Uzun etkili olmalı	9	24	33
Hastanın ve hastanenin bakteriyel florası üzerine en az etkili olmalı	17	30	57

[PS-041]

Zona Zoster Atağı ile Tanısı Konulan HIV Enfekte Gebe Olgusu

Gamze Durmaz, Nurlana Mikayilova, Hatice Kübra Bağış, Nagehan Didem Sarı, Gülhan Eren, Ayşe İnci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Primer VZV enfeksiyonu (suçiçeği) geçirildikten sonra, latent VZV'nin reaktivasyonu ile herpes zoster (zona) gelişir. HIV ile enfekte hastalarda herpes zoster insidansı HIV negatif bireylere göre 15 kat daha fazladır. Herpes zoster bir dermatomu tutan, makülopapüler lezyonlarla başlayıp veziküle ilerleyen, ağrının eşlik ettiği bir tablodur. HIV ile enfekte hastalarda herpes zosterin en sık komplikasyonu dissemine zosterdir ve CD4 T lenfositi sayısı <200 hücre/mm^3 olanlarda daha sık görülür. Bu bildiride zona zoster atağı sırasında önce HIV enfeksiyonu tanısı alan daha sonra gebeliği tespit edilen adli olgu olarak sonuçlanan olgunun yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz yaşında bilinen hastalık öyküsü olmayan Özbek hasta, 4 yıldır Türkiye'de yaşıyor. Bel çevresinden sağ bacağa uzanan ağrı ve sonrasında başlayan kızarıklık, şişlik, içi sıvı dolu (veziküler) lezyonlar ile dermatoloji kliniğine başvuran hasta dissemine zona tanısı ile dermatoloji servisine yatırıldı. Asiklovir 3x750 mg/iv gün olarak tedavisi başlandı. Ağır tutulumlu zona olması nedeniyle istenen virolojik tarama testleri içinde anti-HIV tetkiki pozitif sonuçlanması üzerine enfeksiyon servisine devralınan hastanın aynı gün FM'de tespit edilen batın hassasiyeti nedeniyle çekilen USG'de endometriyal kavitede FKA (+) bir adet fetüs izlendi. Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD) muaynesine gönderilen hastanın 20+0 haftalık gebeliği olduğu öğrenildi. HIV-RNA: 3.554,786 IU/ml, CD4: 310/mm^3 CD8: 480/mm^3 bulundu. Gebeliği ve hastalığı hakkında bilgilendirilen hastanın gebeliği istemediğini belirtmesi üzerine psikiyatri konsültasyonu istendi. Psikiyatri hekimi tarafından değerlendirilen hastanın psikotik bulgularının olmadığı mevcut durumundan kaynaklı gebeliği istemediği fakat bu durumun psikopatolojik durumundan kaynaklanmadığı görüşü alındı. Servisimize yatışından 3 gün sonra hastanın sancıları oldugunu ifade etmesi üzerine KHD muayenesi istendi. Vajinal muayenede posterior fornikste 2 adet medikal abortusa neden olan tablet tespit edildi. Aktif su gelişi ve kanama izlenmeyen hastanın hidrasyonla servis takibi önerildi fakat 3 saat sonra hastanın kanaması başladı ve odasında fetüsü abort ettiği görüldü. Hastanın 20 haftalık gebeliğini kendi isteği ile sonlandırmaya çalışması gerekçesiyle durum hastane polisine bildirilerek adli olgu kaydı oluşturuldu. Zona zoster tedavisi tamamlanan hasta elvitegravir + kobisistat + emtrisitabin + tenofovir reçete edilerek taburcu edildi.

Sonuç: Uygun tedavi modaliteleri ve önlemler ile HIV tedavisine gebelikte de devam edilebilmesi ve perinatal geçişin önlenmesi mümkündür fakat hastaların yabancı uyruklu olması, sabit partnerlerinin olmaması gibi sebepler HIV enfekte gebe olgularının yönetimini zorlaştırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebe, HIV, zona zoster



Resim 1.

[PS-042]

Kronik Hepatit B'de Karaciğer Fibrozisini Değerlendirmede Biyokimyasal Belirteç ve Skorlar

Arzu Şenol

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ

Giriş: Hepatit B virüs enfeksiyonu, kronik hepatit, fulminan hepatit, karaciğer sirozu ve hepatosellüler karsinoma neden olan önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Karaciğer fibrozisinin değerlendirilmesinde ana yöntem karaciğer biyopsisidir. Fakat, invazif, maliyetli bir işlemdir. Bu çalışmanın amacı; kronik hepatit B'de, karaciğer fibrozisini değerlendirmede, biyokimyasal belirteçler ve indekslerinin [platelet indeksleri (PI), APRI, FIB-4, AP] önemini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, 2012-2016 tarihleri arasında, naiv (tedavi almamış) 115 KHB olgusu alındı. Histopatolojik değerlendirmede İshak skorlama sistemi kullanıldı. Olgular, yüksek fibrozis (3-6) ve düşük fibrozis skorlu (0-2) olarak iki gruba ayrıldı. Laboratuvar sonuçları retrospektif kaydedildi. PI, ortalama platelet hacmi (MPV), dağılım genişliği (PDW) ve kandaki platelet yüzdesidir (PCT). APRI skoru: [(AST değeri/AST'nin normal üst sınır değeri)/platelet değeri (109/l) x 100]; <= 0,5 fibrozisin yokluğu, >1,5 belirgin fibrozis göstergesi; FIB-4 skoru: (yaş x AST) / platelet değeri x (ALT) 1/2; >= 1,5 fibrozis olmadığının >= 3,25 belirgin fibrozis göstergesi; AP indeksi; yaş 30 ve altı 0, 31 ve 40 arası 1, 41 ve 50 arası 2, 51 ve 60 arası 3, 61 ve 70 arası 4 ve 71 yaş ve üzeri 5 puan; platelet sayısı 225 bin üzeri 0, 200-224 bin arası 1, 175-199 bin arası 2, 150-174 bin arası 3, 125-149 bin arası 4 ve 124 bin ve altı değerler 5 puan olarak değerlendirildi. İki puan toplandı. >=6 değerler belirgin fibrozis göstergesi kabul edildi.

Bulgular: Olguların 78'i düşük, 37'si yüksek fibrozis skoruna sahipti. AST, ALT, AFP, yüksek fibrozis olan grupta düşük olan gruptan yüksekti ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı. İki grup arasında cinsiyet, yaş, platelet indeksleri açısından anlamlı bir farklılık yoktu. APRI ve AP skoru, yüksek fibrozi olanlarda düşüklere göre anlamlı oranda yüksek iken, FIB-4 skorunda böyle bir farklılık gözlenmedi. APRI, olguların %5,4'ünde, AP, %16,2'sinde, FIB-4, %2'sinde yüksek fibrozisin varlığını doğru olarak saptadı.

Sonuç: Kronik hepatit B olgularında AP indeksi, belirgin fibrozisi göstermede diğer skorlardan daha yüksek bir orana sahipti. Ancak, PI, FIB-4, APRI skoru ve AP indeksi, biyopsi yapılmadan fibrozis değerinin öngörmede yetersizdi. AST, ALT, AFP'nin, yüksek fibrozisli olgularda artması, ileri evre fibrozisin bir göstergesi olarak değerlendirilebilse de, günümüzde karaciğer biyopsisinin yerini alabilecek mükemmel bir biyokimyasal serum belirtecinin olmadığı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hepatit B, trombosit indeksi, skorlar

Tablo 1. Kronik hepatit B olguların demografik verileri, platelet indeksleri, APRI, FIB-4 skoru, AP indeksi ve p-değerleri

	Düşük fibrozis (0-2) (n=78)	Yüksek fibrozis (3-6) (n=37)	p
Yaş	38±12,2	46,7±12,1	0,41
Kadın/erkek (n)	30/48	15/22	0,37
AST	23,2±8,4	49,2±44,7	0,01
ALT	28,6±18,8	74±74,5	0,02
GGT	22,5±18,5	35,7±38,6	0,21
AFP	2,07±0,73	4,14±2,74	0,00
PLT (x103/µl)	269,6±90,2	260,6±61,29	0,58
MPV	10,5±0,94	9,92±2,47	0,30
PDW	12,7±2,7	12,1±1,83	0,92
PCT	0,29±0,11	0,28±0,07	0,74
HBV-DNA (103) IU/ml	17.420±495.036	70,892±353,807	0,76
HBeAg (+/-)	26/52	10/27	-
APRI skoru	0,22±0,08	0,58±0,54	0,01
FIB-4 skoru	0,04±0,05	0,98±2,69	0,07
AP indeksi	1,53±1,19	3,05±1,94	0,01

[PS-043]

Beyin Omurilik Sıvısında İzole Edilen Mikroorganizmaların Araştırılması

Gamze Durmaz, Melike Çıvak, Cemile Didem Özdemir, Aysel Karataş, Ayşe İnci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Menenjitin erken tanı konularak tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Tedavi edilmeyen hastalarda gelişen komplikasyonlar nedeniyle yüksek mortalite veya kalıcı nörolojik fonksiyon kayıpları görülebilmektedir. Beyin omurilik sıvısından (BOS) izole edilen mikroorganizmaların profili yeni

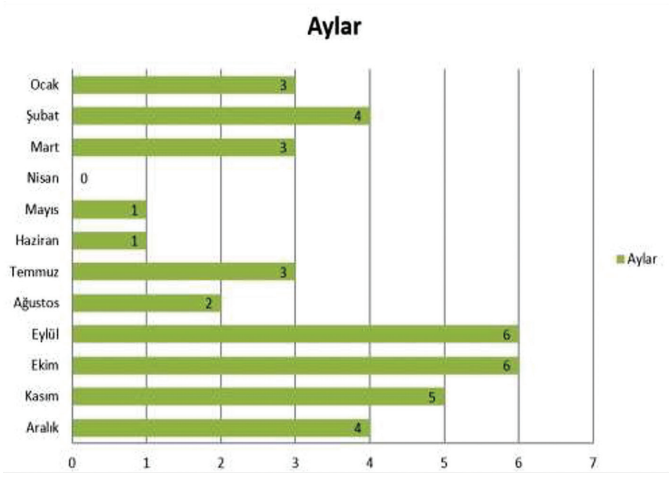
aşılarla kullanılması, hastanede yatış süresinin uzaması, invazif işlemlerin artması, şant uygulamaları gibi nedenler ile farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmada amacımız hastanemizde BOS'dan izole edilen mikroorganizmaların araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Ocak 2018-Ocak 2020 tarihleri arasında arasında laboratuvarımıza BOS örneği gönderilmiş olan hastaların sonuçları retrospektif olarak incelendi. İzole edilen mikroorganizmaların tanımlanmasında konvansiyonel mikrobiyolojik tanımlama yöntemlerinin yanı sıra Gram-boyanma özelliğine uygun olarak BD Phoenix™ Automated Microbiology System (Becton-Dickinson, USA) otomatize sistemi kullanıldı. Mikroorganizmaların antibiyotik duyarlılıkları BD Phoenix™ Automated Microbiology System (Becton-Dickinson, USA) otomatize sistemi ile tespit edildi.

Bulgular: Çalışmamızda toplam 446 hastaya ait BOS örneği incelendi. Kültür sonuçları değerlendirildiğinde %8,5'inde üreme varlığı tespit edildi. BOS örneğinden izole edilen mikroorganizmaların dağılımı Tablo 1'de üremelerin aylara göre dağılımı Grafik 1'de görülmektedir.

Sonuç: Her hastanenin kendi hastanesinde izole edilen etken profilinin belirlenmesinin ampirik tedavinin düzenlenmesinde klinisyenlere öngörü sağlayabileceği ve bu hastalarda morbidite, mortalite oranlarının azalabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ampirik tedavi, BOS, etken



Grafik 1.

Tablo 1.

	n		n
Acinetobacter baumannii	6	*Staf aureus*	1
Staf epidermidis	6	*Staf warneri*	1
Klebsiella pneumoniae	5	*Strep gordonii*	1
Staf hominis	4	*Enterococcus faecalis*	1
Staf haemolyticus	3	*Pseudomonas putida*	1
E. coli	2	*Cryptococcus neoformans*	1
Streptococcus pneumoniae	2	*Candida glabrata*	1
Staphylococcus capitis	2	*Candida parapsilosis*	1

[PS-044]

Port Enfeksiyon Bulgusu ile Tanı Konan Dissemine Tüberküloz Olgusu

Gamze Kalın Ünüvar[1], Zeynep Türe Yüce[1], Aycan Gündoğdu[2], Ayşegül Ulu Kılıç[1]

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

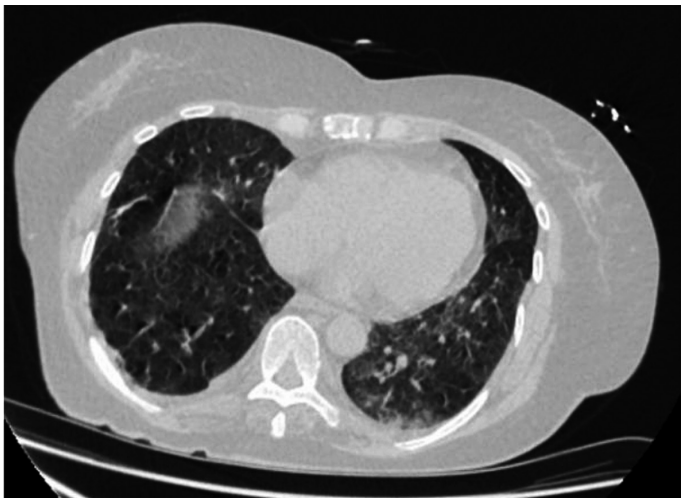
[2]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri*

Giriş: *Mycobacterium tuberculosis*, immünosüpresif hastalarda klasik pulmoner tüberküloz dışında atipik formlarda da ortaya çıkabilir. Kateter enfeksiyonları *M. tuberculosis*'in hematojen yayılımı sonucu görülen çok nadir bir formudur. Bu olguda port kateteri enfeksiyonu bulguları ile başvuran dissemine tüberküloz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Altmış dokuz yaşında kadın hasta acil servise ateş, halsizlik ve port kateteri etrafında ağrı ve kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Kolon kanseri nedeniyle 5 yıl önce kemoterapi alan hasta antimetabolit tedavi altında remisyonda takipliydi. Acil serviste yapılan fizik muayenesinde yüksek ateş (39 °C), taşikardi (108/dk), port kateteri etfafında kızarıklık ve hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde lökopeni (3780/ml), CRP (97 mg/l), prokalsitonin yüksekliği (1,41 ng/l) ve transaminaz yüksekliği olan hasta (ALT: 76 U/l) port kateteri enfeksiyonu tanısı ile servise kabul edildi. Port kateterinde tromboz nedeniyle 3 gün önce revizyon öyküsü de olan hastaya Daptomisin (1x6 mg/kg) tedavisi başlandı. Tedavi öncesi eş zamanlı kateter ve perifer kültüründe üreme olmadı. Ateş yanıtı alınamayan hastanın yüzeyel ultrasonografisi tekrarlandı ve apse görünümü nedeniyle kateter çekildi. Ateş yanıtsızlığı nedeniyle çekilen akciğer tomografisinde her iki akciğerde mikronodüller ve buzlucam dansitesi izlendi. Tedaviye nozokomiyal pnömoni ön tanısı ile intravenöz Meropenem 3x1 g ve Klaritromisin 2x500 mg eklendi. Port kateter bölgesindeki apseden gönderilen Mikobakteri PCR pozitif geldi. Akciğer tomografisi bulgusu da göz önüne alınarak dissemine tüberküloza bağlı bakteriyemi ve port enfeksiyonu düşünüldü. PPD testi anerjik geldi. Lowenstein Jensen besiyerine ekim yapılan ancak sonucu henüz alınamayan hastada kesin tanı için gerçek zamanlı nanopor dizileme tekniği kullanıldı. Tür analizi sonucu *M. tuberculosis* spoligotype international types 41 (LAM7-TUR) olarak sonuçlandı ve dörtlü antitüberküloz tedavi başlandı. Antitüberküloz tedavinin dördüncü gününde ateş yanıtı alındı. Balgam örneği veremeyen ve onayı olmadığı için bronkoskopi yapılamayan hastada ateş yanıtı da alınması nedeniyle invazif işlem yapılamadı. Ayrıca antitüberküloz tedavinin birinci ayında çekilen akciğer tomografisinde infiltrasyonlarda gerileme görüldü. Antitüberküloz tedavi süresi altı ay olarak planlandı.

Sonuç: İmmünosüpresif hastalarda klasik enfeksiyon etkenleri dışında atipik etkenler görülebilir. Bu etkenler enfeksiyon belirtilerini klasik enfeksiyon bölgeleri dışında da gösterebilir. Ayırıcı tanıda mikobakteriyel etkenler de göz önünde bulundurulmalı, tanı ve tedavide zamanın önemli olduğu olgularda hızlı tanı yöntemlerinden de faydalanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Mycobacterium tuberculosis*, port kateteri enfeksiyonu, immünosüpresyon



Şekil 1. Akciğer tomografisinde nikronodüller ve dağınık buzlu cam görünümü

[PS-045]

Ortopedik Protez Enfeksiyonu Olgularında Risk Faktörleri, Tanı ve Tedavinin Değerlendirilmesi

Necati Mumcu[1], Zeynep Türe Yüce[1], Gamze Kalın Ünüvar[1], Ahmet Güney[2], Ayşegül Ulu Kılıç[1]

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

[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Protez enfeksiyonları hastanede kalış süresini uzatmakta, yeni cerrahi ve antimikrobiyal tedavi ihtiyacına neden olmaktadır. Bu da hem maliyeti artırmakta hem de yüksek morbiditeye neden olabilmektedir. Bu çalışmada amaç; lokal epidemiyolojiyi bilmek, ampirik tedavide seçilecek antibiyotik seçeneklerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji ile Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümleri'nde, 1 Ocak 2017-28 Şubat 2019 tarihlerinde iki çalışma kolu ile yürütüldü. Tüm hastalar prospektif olarak en az bir yıl takip edildi. Çalışmanın birinci kolunda, primer toplam diz ve kalça artroplastisi merkezimizde belirlenmiş cerrah tarafından yapılan tüm olgular çalışmaya alındı ve hastalar prospektif olarak izlendi. Çalışmanın ikinci koluna, aynı cerraha protez eklem enfeksiyonu nedeni ile başvuran tüm hastalar dahil edildi.

Bulgular: Bu çalışmanın birinci koluna, belirlenmiş bir cerrah tarafından toplam diz ve kalça artroplastisi yapılan 152 hasta dahil edildi. Takibinde beş (%3,2) hastada protez eklem enfeksiyonu gelişti. Çalışmanın ikinci koluna, protez eklem enfeksiyonu olan 23 hasta dahil edildi ve bunlardan 18'i primer artroplastisi başka merkezde yapılmış, beşi ise primer artroplastisi merkezimizde belirlenmiş cerrah tarafından yapılmış olan hastalardı. Protez eklem enfeksiyonu olan 23 hastanın, medyan yaşı 67 (28-83), altısı erkek (%26), 17'si (%73,9) kadındı. Bunların 15'i (%65,2) diz, sekizi (%34,7) kalça protezi idi. Primer artroplastinin en sık endikasyonu osteoartrit (%69,5) idi. Hastaların 22'sinde (%95,6) en az bir komorbid hastalık vardı. Hastaların 11'i (%47,8) erken evre, dokuzu (%39,1) geç evre, üçü (%13) gecikmiş evre protez eklem enfeksiyonuydu. Bunların 13'üne (%56,5) iki aşamalı replasman artroplastisi, 10'una (%43,4) DAIR uygulandı. Hastaların toplam eklem replasmanı sonrası enfeksiyon gelişim süresi medyan 7 ay (1-180) idi. Hastalar klinik semptomlarına göre değerlendirildiğinde; en sık görülen iki semptom; eklemde şişlik (%60,8) ve akıntı (%60,8) olarak saptandı. Daptomisin içeren rejimler 17 hastaya ampirik ve üç hastaya ise etkene yönelik başlandı. Perioperatif kültürlerde MRSA (1), MSSA (3), MRSE (3), KNS (2), *Enterococcus* spp. (1) ve *E. coli* (2) üredi. Daptomisin alan hastalarda tedavi başarı oranı %75, toplam tedavi başarısı 21 hastanın 16'sında (%76) elde edildi. İki hasta takiplerine düzenli gelmediği için tedavi başarısı değerlendirilemedi.

Sonuç: Protez enfeksiyonlarının uygun tedavisi için, lokal epidemiyoloji bilgisi önemlidir ve daptomisinli kombinasyon tedavileri verilmesi tedavi başarısını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Protez enfeksiyonu, risk faktörleri, daptomisin

[PS-046]

Kliniğimizde Takip Edilen Komplike Deri ve Yumuşak Doku Enfeksiyonlarının İncelenmesi

Zeynep Türe Yüce[1], Gamze Kalın Ünüvar[1], Ayşegül Ulu Kılıç[1], Aliye Esmaoğlu[2], Atilla Çoruh[3], Mehmet Doğanay[1]

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

[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Kayseri

[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Komplike deri ve yumuşak doku enfeksiyonları hızlı tanı, erken cerrahi müdahale ve multidisipliner yaklaşım gerektiren mortalitesi yüksek bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu çalışmada amaç komplike deri ve yumuşak doku enfeksiyonu tanısı ile takip ettiğimiz hastaların demografik, klinik, laboratuvar bulguları ve maliyetini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2017-Aralık 2019 tarihleri arasında komplike DYDE tanısı ile kliniğimice takip edilen ve cerrahi müdahalesi plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümü tarafından hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara uygulanan cerrahi müdahaleler, kültür ve histopatoloji sonuçları, risk skorları, ölen ve sağ kalan hastalar arasındaki klinik, laboratuvar ve tedavi maliyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark varlığı incelendi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 24 hasta dahil edildi. Medyan yaş 53 ve %58'i kadındı. En sık görülen muhtemel risk faktörü diyabetti (%56). Tanı anında hastaların %75'inde sepsis kliniği vardı ve %70 hastanın LRINEC skoru 8'in üzerindeydi. Yirmi bir hastada etken mikroorganizma izole edildi. On altı hastada enfeksiyon etkeni monomikrobiyaldi ve en sık izole edilen bakteri MSSA'ydı. Hastalardan 5 (%26) tanesinde eş zamanlı bakteriyemi vardı. Gram-olumsuz bakterilerin %50'si MDR'ydi. Hastaların %54'üne ampirik tedavide bir beta-laktam ve beta-laktamaz inhibitörü başlanmıştı ve %95 hastaya ampirik başlanan tedavi izole edilen mikroorganizmaya duyarlı idi. Ancak hastaların %58'inde takip sırasında tedavi değişikliği yapıldı. Hastaların tamamına cerrahi debridman yapıldı medyan debridman sayısı 2,5 idi. Dokuların histopatolojik incelemesinde 15 hastada nekrotizan aktif enflamasyon görüldü. On bir hasta yoğun bakım ünitesinde takip edildi ve 7 hasta tedavi sürecinde kaybedildi. Tek değişkenli analiz incelemesinde ölen hasta grubunda başvuru anında konfüzyon varlığı, Gram-boyama ve doku kültürü incelemesinde Gram-olumsuz bakterilerin varlığı, hiponatremi varlığı, yoğun bakım gereksinimi, ampirik tedavide anti-MRSA etkili antibiyotik kullanımı ve tedavi sırasında antibiyotik değişikliği yapılma oranı istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulundu. Çok değişkenli analizde ise hiponatremi varlığı mortaliteyi etkileyen bağımsız risk faktörü olarak

bulundu (p=0,048). Tedavi maliyeti ölen hasta grubunda median 56.718 TL iken sağ kalan hasta grubunda 9.216 TL idi.

Sonuç: Kliniğimizde takip edilen komplike DYDE olgularında Gram-olumsuz etkenlerde MDR ve mortalite oranı yüksekti. Ampirik tedavi başlangıcında olası etkenlerin ve yerel direnç oranlarının bilinmesi önemlidir. Hiponatremi, sepsis ve yüksek LRINEC skoru gibi belirteçler mortaliteyi öngören faktörler olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Komplike deri ve yumuşak doku enfeksiyonu, maliyet, mortalite

[PS-047]

Hastanemize Başvuran Mültecilerin Demografik Verileri ve Başvuru Nedenlerinin İncelenmesi

Yekta Özkılıç[1], Zeynep Türe Yüce[2], İlhami Çelik[1]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Son yıllarda komşu ülkelerimizde görülen iç savaşlar ve kötü yaşam koşulları nedeniyle ülkemizdeki mülteci sayısı hızla artmakta ve beslenme sorunları, bulaşıcı hastalıklar, travma, depresyon, riskli gebelikler gibi sorunları karşımıza çıkarmaktadır. Bu çalışmada 2014-2018 yılları arasında hastanemize başvuran mültecilerin demografik verileri ve başvuru nedenlerinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 2014-2018 yılları arasında poliklinik ve yatan hasta kliniklerine başvuran tüm mülteci kayıtları hastane otomasyon sisteminden değerlendirildi. Yıllar içinde toplam başvuru ve hasta sayısı, ayrıca tekrarlanan ziyaretlerin yüzdesi hesaplandı. Hastaların yaş, cinsiyet ve uyruklarına göre dağılımı belirlendi. Dahili ve cerrahi birim polikliniklerine başvuru; yataklı servislerde, yoğun bakım ve yanık servisinde yatan hasta sayıları, acil, adli muayene, travma ve doğum nedeniyle başvuru sayıları ve yıllar içinde değişimi belirlendi. Enfeksiyon hastalıkları servisinde yatarak takip edilen hastaların başvuru nedenleri, zoonotik ya da aşı ile önlenebilir hastalık olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen tarihler içerisinde 2014 yılında hastanemize yapılan toplam başvuru sayısı 25.196 iken 2018 yılında 81.300'e yükseldi. Tekrarlayan başvuru yüzdeleri %35 ile (2017), %72 (2018) arasında değişmekteydi. Hastaların %47,8'i erkekti. Yaş dağılımı %25 0-19 yaş, %52 20-39, %17 40-59, %5 60-79, %0,5 >80 yaş idi. Suriyeli mülteci yüzdesinin daima %70'in üzerinde olduğu; ayrıca Irak, İran ve Afganistan uyruklu vatandaşların da bulunduğu görüldü. Yataklı servislerde takip edilen hasta sayısı 2014 yılında 1.407 iken 2018 yılında 7.196 idi. Beş yılda toplam 175 hastanın yanık kliniği ve yoğun bakım ünitelerinde takip edildiği görüldü. 2014 yılında cerrahi polikliniklerine başvuru sayısı dahiliye polikliniklerine başvurunun yaklaşık iki katı idi (5,294; 10,664) 2018 yılına gelindiğinde dahiliye poliklinik başvurusunda 4 cerrahi poliklinik başvurusunda 2,5 kat artış izlendi. Yıllar içinde doğum sayısı sırası ile 479, 881, 850, 2651 ve 3.091 olarak belirlendi. Başvuru türleri incelendiğinde 5 yıllık süreçte adli muayene 2.380; acil muayene 29.200; travma 13.406 olarak saptandı. Erişkin ve çocuk enfeksiyon hastalıkları servisinde en sık yatış nedenleri pnömoni ve gastroenteritti; 18 hasta akut viral hepatit, 10 hasta aşı ile önlenebilir hastalık 1 hasta mukokutanöz leişmanyoz ve 2 hasta sıtma tanısı ile izlendi.

Sonuç: Mülteci hastaların hastanemize başvuru sayıları yıllar içerisinde artmaktadır. Başvuru sayıları ile orantılı olarak doğum, hastanede yatış ve operasyon sayıları da artmaktadır. Mültecilerin yaşam koşullarının düzeltilmesi, gerekli bağışıklamanın yapılması koruyucu hekimlik açısından önemini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Demografik veri, mülteciler

[PS-048]

Akut Hepatit B Olgularımızın Demografik, Laboratuvar ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Gamze Durmaz, Nagehan Didem Sarı, Ayşe İnci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Akut viral hepatit (AVH) karaciğerin sık görülen hastalığı olup bazen ciddi klinik seyir göstermesi, kronikleşme olması, siroz ve karaciğer kanserine yol açabilmeleri nedeniyle tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada amacımız akut hepatit B olgularımızın demografik, laboratuvar ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada kliniğimizde Ağustos 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında akut hepatit B tanısı ile takip edilmiş olan toplam 32 olgu değerlendirildi. Olguların yaş, cinsiyet, aile öyküsü, uyruğu, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. Olgularımızın tanıları klinik bulgular, viral seroloji ve biyokimyasal testlerle konuldu. Viral göstergeler mikro ELISA yöntemi ile araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 32 olgunun %75'i (24) erkek, %25'i (8) kadındı. Yaş ortalamaları 37 olarak bulundu. Hastalarımızın yaşa göre dağılımı Tablo 1'de, semptom ve bulguları Tablo 2'de, laboratuvar bulguları Tablo 3'de görülmektedir. Olgularımızın şikayet süresi ortalaması akut hepatit B için 6 gün olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Akut hepatit B asemptomatik enfeksiyondan fulminan hepatite kadar farklı seyirler gösterebilmekte iken çalışmamızda kliniğimizdeki semptomatik akut hepatit olgularının demografik bilgi, semptom, fizik muayene ve laboratuvar bulguları paylaşılmıştır. Sonuçlar yapılan farklı lokal çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Halsizlik, bulantı kusma gibi non-spesifik yakınmalarla gelen hastalarda akut viral hepatitler akılda bulundurulup, hemogram, biyokimya ve serolojik markerların görülmesi açısından değerlendirilmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatit B, demografi

Tablo 1. Olgularımızın yaşa göre dağılımı

	n	%
18-30	14	44
31-40	5	16
41-50	9	28
51 ve üzeri	4	12

Tablo 2. Olgularımızın başvuru şikayetleri ve bulguları		
	n	%
Başvuru şikayetleri		
Halsizlik	16	50
Bulantı-kusma	11	34,4
İdrar renginde koyulaşma	8	25
İştahsızlık	8	25
Karın ağrısı	5	15,1
Kas-eklem ağrısı	3	9,4
Ayakta uyuşma	1	3,1
Başvuru bulguları		
İkter	16	50
Hepatomegali	4	12,5
Splenomegali	1	3,1
Ateş	1	3,1

Tablo 3. Olgularımızın laboratuvar bulguları	
	Ortalama
AST	1647,22
ALT	2398
Total bilirubin	6,47
Direkt bilirubin	3,76
GGT	199,44
ALP	177,37
Platelet	240,06
INR	1,21
Hb	13,9
Nötrofil	4890
Lenfosit	1770

[PS-050]

Yutma Güçlüğü Olan HIV ile Yaşayan Bireyde Antiretroviral Kullanımı: Bir Olgu Sunumu

Duygu Gül Uzun[1], Dilek Yağcı Çağlayık[2], Uluhan Sili[2]

[1]Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Yutma güçlüğü olan disfaji; katı veya sıvı maddelerin normal şekilde ağızdan mideye geçmediği his olarak tanımlanmaktadır. Bu durum; hayat kalitesini düşürmesinin yanında, ilaç alımını karmaşık hale getirmekte, malnütrisyona yol açabilmektedir. İlaç tedavisine uyumun yüksek olması her hastalık için önem arz etse de HIV ile yaşayan bireylerde bu durum direnç gelişiminin önlenmesi için çok daha fazla dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Bu olguda; disfajisi olan HIV ile yaşayan hastada katı farmasötik formdaki antiretrovirallerin hastaya veriliş şeklinde yapılan değişiklik ve tedaviye olan etkisi açıklanmıştır.

Olgu: Permetrine bağlı olası zehirlenme sonrası parsiyel mide rezeksiyonu öyküsü olan ve sonrasında özofajiyal darlık yaşayan, HIV ile enfekte olması nedeniyle enfeksiyon kliniğine yönlendirilen hastanın antiretroviral tedavi rejiminin düzenlenmesi sunulmuştur. Kırk sekiz yaşındaki erkek hasta yutma güçlüğü yaşamakta olup, katı farmasötik formları kullanamadığını belirtmiştir. İlk tanı tarihi olan 2015 yılında; ilaç yutamadığını belirttiği için tedavisinin başlanamayacağı söylenen hastanın takiplere gelmediği fark edilerek telefonla kliniğimize çağırılmıştır. Hastaya tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin (TDF/FTC) ve dolutegravir (DTG) kombine antiretroviral (ART) tedavisi 2019 Ocak itibariyle başlanmıştır. Hastanın ART öncesi CD4 nadir sonucu 320 iken, RNA viral yük sonucu 73.839 kopya/ml olarak tespit edilmiştir. Avrupa AIDS Klinik Birliği'nin geliştirdiği kılavuz doğrultusunda hastaya; TDF/FTC kombine tek tabletin acı tadını maskeleyebilmek için bir çay bardağı kadar portakal veya üzüm suyunda çözündürerek, DTG tek tableti ise kırarak az miktarda yarı katı gıda veya sıvı ile beraber alabileceği söylenmiştir. Tedavinin ikinci ayında viral yük negatifleşmiş, CD4 sayısı ise 400 üzerine çıkmıştır.

Sonuç: Yutma problemi olan hastalarda oral tedavinin uygulanabilirliğini göstermesi açısından örnek teşkil eden bu olgu ile katı farmasötik formda ilaç kullanamayan hastada alternatif ilaç verilme şekli anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral, disfaji, HIV

[PS-051]

İmmünkompetan Bir Hastada Varisella Zoster Virüse Bağlı Gelişen Bir Ensefalit Olgusu

Fatma Kacar, Esma Eroğlu, Fatma Çölkesen, Şule Özdemir Armağan, Arzu Tarakçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Ensefalit, nörolojik disfonksiyon ile ortaya çıkan beyin parankiminin enflamasyonudur. Bir miktar leptomeningeal tutulum da olduğundan daha çok meningoensefalit olarak isimlendirilmektedir. Beyin iltihabına sebep olan enfeksiyöz durumlar içerisinde en sık karşılaşılan etken enterovirüsler ve herpes virüslerdir. Bunlar arasında varisella zoster virüsü (VZV) sık olmayarak bildirilmektedir. Varicella ensefaliti; Varicella olgularının 1-2/10.000'sinde görülmekte olup erişkinlerde ve baskılanmış hücresel immün yanıtı olan hastalarda insidansı daha yüksektir. Genelde bildirilen olgular vücudun herhangi bir yerinde görülen herpes zoster enfeksiyonuna sekonderdir. Hücresel bağışıklığın bozulması (ileri yaş, malignite, HIV enfeksiyonu, organ nakli, otoimmün hastalık) VZV'nin reaktivasyonunda önemli rol oynar. Herpes zoster yüksek VZV antikor düzeylerine rağmen ortaya çıkabilir. Biz de burada çocukluğunda suçiçeği geçiren, yakında varisella zoster enfeksiyonu geçirmemiş ve immünosüpresif bir hastalığı olmayan 23 yaşında VZV'ye bağlı ensefalit olgusu sunduk.

Olgu: Yirmi üç yaşında üniversite öğrencisi kadın hasta; baş ağrısı, bulantı kusma, konuşma ve hafıza bozukluğu şikayetleri ile başvurdu. Hikayesinde bir haftadır baş ağrısı nedeniyle nöroloji polikliniğine başvurduğu öğrenildi. Görüntüleme tetkikleri yapılmış sonuç göstermeye gelmiş poliklinik kapısında bayılmış ve acil polikliniğine getirilmiş. Muayenesinde sürekli kusuyor, ense sertliği yok, ateş yoktu. Hastanın şuur bozukluğu kişilik değişikliğinden ziyade unutkanlık şeklindeydi. Hasta; okulu, kardeşleri gibi basit sorulara "hatırlayamıyorum, neydi?" diye cevap veriyordu. SSS Enfeksiyonu ön tanısı ile lomber ponksiyon (LP) yapıldı. BOS mikroskopisinde 40 parçalı, 70 lenfosit saptandı. BOS proteini hafif yüksekti. Kraniyal MRG'de tutulum yoktu. Hastada ensefalit düşünülerek asiklovir 3x10 mg/kg dozunda başlandı. Ertesi gün ateş 38 derece oldu, göz kapaklarında ödem gelişti. Kreatinin düzeyi 4,19 mg/dl olarak saptandı. Asiklovire bağlı akut renal yetmezlik düşünüldü. Asiklovir dozu glomerüler filtrasyon hızına (GFR)

göre yeniden düzenlendi. BOS PCR çalışmasında VZV pozitif tespit edildi. Serumdan gönderilen VZV-IgM negatif, VZV-IgG pozitif olarak saptandı. Tedavinin 3. gününde hastanın şuuru düzeldi. Ateş normale geldi. Beşinci günde böbrek fonksiyonları düzeldi. Hasta onay vermediği için kontrol LP yapılamadı. Tedavi 21 güne tamamlandı. Hiç sekel kalmadan şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: VZV'nin neden olduğu ensefalit olgularında mortalite oranları %5 ile %20 arasında değişmektedir. Yaşayanlarda ise %15 oranında kalıcı nörolojik komplikasyonlar gelişmektedir. Varicella ensefaliti immünitesi sağlam erişkinlerde nadiren görülür. Bizim olgumuz immünitesi sağlam olması, yakın zamanda geçirilmiş VZV veya herpes zoster enfeksiyonu olmaması sebebiyle dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ensefalit, HSV, VZV

[PS-052]

Sinüs Ven Trombozu ile Karışan Kriptokok Menenjiti

Elif Özge Damar Mıdık, Ayşe Batırel, Pınar Öngürü, Gözde Öztürk Altunyurt, Demet Hacıseyitoğlu, Öznur Ak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: HIV pozitif hastada fungemi ile seyreden ve sinüs ven trombozunu taklit eden kriptokok menenjiti olgusunu incelemektir.

Olgu: Elli bir yaşında makine mühendisi erkek hasta uzun süreli gemi seferlerinde çalışıyor. Bir yıl önce polikliniğimizde anti-HIV pozitif saptanmıştı. Anti-retroviral tedavi (ART) başlanmış ama hasta hiç ilaç kullanmamıştır. Son 1 yıldır gemi seferinde olduğu için takibe gelememiştir. Hastanın yaklaşık 1 haftadır şiddetli baş ağrısı olması üzerine acil servise başvurdu. Ateş: 36 °C, bilinç açık, oryante koopere idi. Ense sertliği saptanmadı. Bilgisayarlı beyin tomografisi normal saptanan hastanın beyin venografide sol transvers sinüste şüpheli akım olması nedeli ile sinüs ven trombozu ön tanısı ile hasta nöroloji kliniğine yatırıldı. Baş ağrısı şikayeti devam eden hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) 30 hücre/mm^3, protein: 48 mg/dl, glikoz: 48 mg/dl, eş zamanlı kan glikozu: 150 mg/dl saptandı. CD4 lenfosit: 16/mm^3, beyaz küre: 3.600/mm^3 C-reaktif protein: 5 mg/l, HIV-RNA: 13.9401 kop/ml saptandı. Tekrarlanan beyin venografi raporu normal olarak raporlanan hasta merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonu ön tanısı ile kliniğimize devralındı. Takiplerinde ateş ve bilinç bulanıklığı olmayan hastada çok şiddetli baş ağrısı atakları sırasında kasılma, bakışları tek bir noktaya dikme ve idrar inkontinansı gözlendi. Epilepsi ön tanısı ile elektroensefalografi (EEG) yapıldı. EEG'de ileri derecede zemin aktivite bozukluğu gösteren serebral biyoelektrik aktivite saptandı. BOS polimeraz zincir reaksiyonu menenjit panelinde *Cryptococcus neoformans/gatti* saptandı. Hastanın yatışı sırasıda alınan kan kültüründe de aynı etken üredi. Hastaya intravenöz (IV) lipozomal amfoterisin B 4 mg/kg 1x1 + flukonazol 1x800 mg/gün IV + trimetoprim – sulfametoksazol (400/80) 1x1 tb ile indüksiyon tedavisi başlandı. Baş ağrısı şikayeti devam eden ve göz dibi incelemesinde papil ödem saptanan hastaya aralıklı olarak 2 kez daha boşaltıcı lumbal ponksiyon (20-30 cc BOS alınarak) yapıldı. Takiplerinde baş ağrısı geriledi. Hastaya anti-retroviral tedavi (tenofovir emtrisitabin + Dolutegravir) yatışının 30. gününde başlandı. Takipte herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hasta yatışının 6. haftasında flukonazol 1x400 mg tb ile konsolidasyon tedavisinin ve ART tedavisinin devamı önerisiyle taburcu edildi. Sonrasında en az üç ay boyunca CD4 sayısı >100 olana kadar sekonder profilaksi uygulanması planlandı.

Sonuç: HIV enfekte hastalarda kriptokok menenjit kliniği silik seyredebilir ve tek belirtisi baş ağrısı olabilir. Özellikle immünkompremize konakta kriptokoka bağlı merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarının farklı klinik tablolar ile prezente olabileceği, diğer nörolojik hastalıkları taklit edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Cryptococcus neoformans*, HIV/AIDS, menenjit

[PS-053]

Büllöz Selülit Kliniği ile Karışan Alerjik Kontakt Dermatit Olgusu

Begüm Bektaş, Fatma Yılmaz Karadağ, Burcu Işık Gören, Haluk Vahaboğlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Alerjik kontakt dermatit, derinin bazı maddeler ile temas etmesinden hemen veya birkaç gün sonra gelişen geçikmiş tip reaksiyonudur. Hafif olgular eritemli, kepekli plaklar, ciddi olgular ise temas yerlerinde vezikül ve büllerle karakterizedir. Tedavide topikal ya da sistemik kortikosteroid kullanılabilir. Alerjik kontakt dermatit klinik tablosu büllöz selülit ile karışabilmektedir. Büllöz selülit ön tanısıyla başlanan ampirik antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen steroid tedavisi ile klinik düzelme gösteren bir olgu sunularak büllöz selülit ile alerjik kontakt dermatit kliniğinin karışabileceğine dikkat çekilmek istenmiştir.

Olgu: Yetmiş üç yaşında, kadın hasta üç gün önce başlayan sol dirsek etrafında ağrı, şişlik ve kızarıklık şikayetleriyle acile başvurdu. Şikayetlerinin ilk gününde dış merkezde selülit tanısı ile oral sefaklor ve topikal jel (essin + dietilamin salisilat) reçete edilmiş. Ertesi gün kızarıklık ve ağrının artması üzerine ortopedi uzmanı tarafından tedavisi gentamisin 1x160 mg ve sefazolin 3x1 gr intramusküler olarak düzenlenmiş. Topikal jel kullanımına devam etmesi önerilmiş. İki günlük tedavi süresince kızarıklık yayılmış, büllöz lezyonlar oluşmuş. Hastanın başvurusunda genel durumu iyi, vitaller stabildi. Sol aksiller bölgeden el bileğine kadar kızarıklık, ısı artışı, şişlik, hassasiyet, yer yer erode büllöz lezyonlar vardı (Resim 1a). Ayrıca sol meme areola kısmında kızarıklık ve bül oluşumu gözlendi. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz ve böbrek fonksiyon testlerinde bozukluk saptandı (Tablo 1). Direkt grafide gaz görülmedi. Ultrasonografik incelemede apse ve tromboz saptanmazken bulgular selülitle uyumluydu. Meropenem 3x1 gr, linezolid 2x600 mg ve klindamisin 3x600 mg intravenöz başlandı. Tedavinin üçüncü gününde lökositoz ve CRP geriledi fakat lezyonlarında belirgin iyileşme olmadı. Tedaviye üç günlük prednol (1 mg/kg, iv) eklendi. Hastanın lezyonlarında belirgin gerileme ve ağrıda azalma oldu. Tedavi kesildikten sonraki 48 saat içinde tekrardan kızarıklık ve ağrı arttı. Manyetik rezonans görüntülemesinde bursit ve miyozit izlendi. Tüm antibiyotikler kesildi yeniden prednol (1 mg/kg) başlandı. Prednol tedavisi altında kızarıklık, sıcaklık, şişlik ve ağrı belirgin azaldı (Resim 1b). Hasta oral prednol tedavisinin kademeli azaltılması planlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen steroid tedavisiyle gerileyen ve steroid kesildiği zaman lezyonlarda alevlenme meydana gelen ayrıca sol kolun, sol meme alt kısmına temas eden kısmında da benzer lezyonun olması tablonun alerjik reaksiyon olduğunu düşündürdü. Hastanın kullandığı jelin adipoz doku tarafından emilmesi ve dönem dönem salınması da alerjik reaksiyonun alevlenme sebebi olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Büllöz selülit, kontakt dermatit, steroid



Resim 1. Tedavi öncesi ve sonrası lezyonlar

Tablo 1. Laboratuvar parametreleri

	İlk başvuru	Steroid kullanımı	Steroid kesimi	Steroid tekrar başlanması	Taburcu
Beyaz küre	14.500	8.100	5.100	6.400	7.400
Nötrofil (%)	93,9	85,0	61,3	75,7	82,7
Eozinofil (%)	0,5	1,1	1,6	1,4	0,7
Hemoglobin	8,8	8,3	8,0	8,4	10,4
Htc	27	24	24	25	31
PLT	103.000	95.000	219.000	206.000	202.000
CRP (mg/dl)	39,71	19,98	9,01	3,36	0,4
AST/ALT	44/20	22/12	19/22	16/19	13/17
Üre/Kreatinin	86/2,61	64/0,69	21/0,49	17/0,47	49/0,68

[PS-054]

İmmünosüpresif Konakta *Ralstonia pickettii* Etkenli Kateter Enfeksiyonu: Olgu Sunumu

Alper Tahmaz[1], Özgür Günal[1], Süleyman Sırrı Kılıç[1], Sevil Alkan Çeviker[2], Eda Köksal[1], Cemanur Aygün[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

Giriş: *Ralstonia pickettii*, insanlarda nadiren enfeksiyonlara sebep olan *Pseudomonas* grubundan Gram-olumsuz, aerobik, oksidaz pozitif, fermente olmayan bir basildir. Son yıllarda *R. pickettii* bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda fırsatçı bir patojen olarak tanımlanmıştır. *R. pickettii* düşük virülanslı bir mikroorganizma olmasına rağmen, özellikle sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlarda bakteriyeminin bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu olgu sunumunda immünosüpresif olgularda alışılmışın dışında enfeksiyöz patojenlerinde enfeksiyona sebep olabileceğini göstermek amacı ile *R. pickettii* etkenli kateter (port) ilişkili kan dolaşım enfeksiyonu olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Metastatik meme kanseri sebebiyle ayda bir fulvestrant tedavisi alan 48 yaşındaki kadın olgumuz acil servise 38,7 °C ateş şikayeti ile geldi. Ateş dışında başka şikayeti yoktu. Olgunun fizik muayenesinde ateş dışında özellik yoktu. Lökosit 8.300/mm^3 (%87 PNL), CRP: 133 mg/l, prokalsitonin: 0,23 ng/ml'idi. Hastanın bir ay önceki yatışında kan kültüründe ve port kateter kültüründe *R. pickettii* üremesi olması üzerine yatışında amikasin 1x1 gr ve sefepim 3x2 gr başlandı. Tedavi öncesi ateşli dönemde alınan kan ve port kateter kültüründe *R. pickettii* üredi. Kültür sonuçları ile olgunun tedavisi dördüncü günde sefepim ve amikasin kesilip piperasilin/tazobaktam 3x4,5 gr olarak düzenlendi. Kemoterapisi bitmiş olan hastanın port kateteri çekildi, kateter ucu kültüründe de *R. pickettii* üredi. Olguda tedavi değişikliği öncesi alınan kontrol kan kültürlerinde üreme olmadı. Endokarditin dışlanması açısından transtorasik ekokardiyografide vejetasyon saptanmadı. Olgunun tedavisi 14 güne tamamlanıp sıhat ile taburcu edildi.

Sonuç: İnsanlarda kontamine çözeltilere maruz kalmadan *R. pickettii* enfeksiyonu nadirdir ve organizmanın sadece kültürde izolasyonu genellikle enfeksiyondan ziyade laboratuvar kontaminasyonuna atfedilir. Bu nedenle, olgumuzda da olduğu gibi *R. pickettii* ile enfeksiyon tipik olarak organizmayı hedefleyen tedavi ve/veya enfekte olmuş bir kaynağın çıkarılması, sonucunda klinik iyileşme olduğunda *R. pickettii* etkenli bir enfeksiyon teşhis edilmiş olur. Endovasküler argümanları olan immün sistemi baskılanmış hastaların alışılmışın dışında enfeksiyöz patojenler ile enfekte olabilecekleri akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Ralstonia pickettii*, bakteriyemi, immünosüpresif

[PS-055]

Diyabetik El Enfeksiyonlarında Görülen Risk Faktörleri, Etken Patojenler ve Tedavi Yönetimi

Yekta Özkılıç[1], Kaan Gürbüz[2], Yakup Ekinci[2], Esma Eren[1], İlhami Çelik[1]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

[2]Kayseri Şehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kayseri

Giriş: Diyabetik el enfeksiyonu için risk faktörleri ve bu hastaların prognozunun değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Kayseri Şehir Hastanesi'ne başvuran diyabetik el enfeksiyonları ayrıntılı bir şekilde retrospektif olarak incelendi. Etik kurul onayı alındı. Bu çalışmaya Aralık 2015 ve Ekim 2018 arasında diyabetik el enfeksiyonu kriterlerini karşılayan 76 hasta dahil edildi. Enfeksiyon öncesi ve hospitalize edildikleri zamanki HgA1c düzeyleri, kan glikoz düzeyleri, hospitalizasyon anındaki CRP-sedim-beyaz küre düzeyleri kaydedildi. Hastaların yönetiminde kullanılan operasyon yöntemi, hastaların yara kültüründe üreyen mikroorganizmalar incelendi. Steril şartlarda alınan kültürde 2 ve üstü etken izole edildiği durumda miks tip enfeksiyon olarak kabul edildi.

Bulgular: Bu retrospektif çalışmaya toplam 76 hasta dahil edildi. Hastaların 64 tanesi (%84,2) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 49 idi. Elli dokuz hasta sağ elini baskın olarak kullanmaktaydı. Hastaların lezyonu en fazla sağ eldeydi (%78,7). Kırk iki hastada eşlik eden hipertansiyon, 13 hastada

koroner arter hastalığı, 11 hastada astım, 6 hastada kronik böbrek yetmezliği var idi. Yedi hastada iş kazası, 6 hastada yanık, 6 hastada kıymık batması, 5 hastada tırnak batması ve 5 hastada travma öyküsü vardı. Hastaların enfeksiyon öncesi ortalama HbA1c düzeyi 5,6'ydı. Hastaların enfeksiyon öncesi ortalama 19 ay diyabet tanısı ile takibi mevcuttu. Hastaların enfeksiyon nedeniyle başvuruları sırasında ortalama kan glikozları 335 mg/dl, ortalama HbA1C düzeyi 8,9'du. Başvuru sedim hızı ortalama 28, CRP düzeyi ortalama 37,8, başvuru beyaz küre ortalama 9.000 idi. Lezyonun lokalize olduğu bölge en sık parmaklar olarak saptanmıştı. Yirmi sekiz (%34) hastaya ray ampütasyonu, 5 hastaya ampütasyon + flep rekonstrüksiyon, 7 hastaya drenaj ve yara bakımı, 5 hastaya açık ampütasyon uygulandı. Etkenler incelendiğinde 36 hastada miks tip enfeksiyon mevcuttu. On iki hastada MRSA, 4 hastada enterokok ve yalnızca 2 hastada *E. coli* etken idi.

Sonuç: Diyabetik el enfeksiyonları tedavisi zor olan ve uzuv kaybıyla seyredebilen enfeksiyonlardır. Hastalara erken cerrahi müdahale yapılması ve antibiyotik tedavisi başlanması prognozu belirlemek açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik el enfeksiyonları, etken patojenler, risk faktörleri

[PS-056]

Selülit Olgularının Klinik Özellikleri, Predispozan Faktörleri ve Maliyet Analizi

Aziz Ahmad Hamidi[1], İsmail Türköz[2]

[1]Karabük Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Karabük

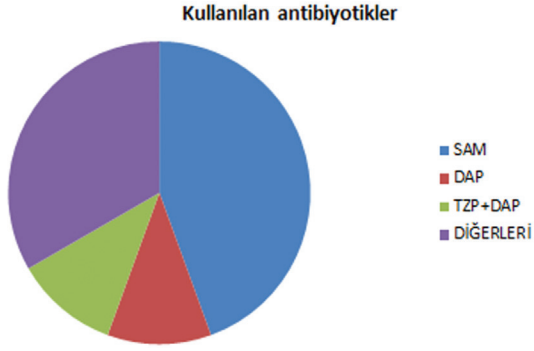
[2]Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Zonguldak

Giriş: Derideki alt dermiş tabakası ve deri altı yağ dokusunun mikroorganizmalarca başlatılan enflamasyon tablosu, selülit olarak adlandırılmaktadır. Bu tablonun gelişmesindeki önemli predispozan durumlardan biri ayak parmaklarındaki yüzeyel mantar enfeksiyonlarıdır. Tine pedis ve onikomikoz varlığı selülit patogenezinde önemli rol oynayarak bakterilerin deri ve deri altı dokulara geçişini kolaylaştırmaktadır. Selülit tanısıyla servisimizde yatarak tedavi gören olguların klinik ve demografik özelliklerinin belirlenmesi, predispozan faktörlerin saptanması ve maliyet analiz yapılması amaçlandı.

Olgu: Temmuz 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında selülit tanısıyla Karabük Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'nde yatarak tedavi gören 21 olgu ve Aralık 2019 ile Ocak 2020 tarihleri arasında Zonguldak Atatürk devlet hastanesi enfeksiyon hastalıkları servisine yatan 6 olgu ve bu olgulara ait hastane kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Selülit tablosunun yanı sıra yüksek ateş ve genel durum bozukluğu gibi sistemik enfeksiyon bulguları olan hastalar hastaneye yatırılarak izlendi. Olguların yaş, cinsiyet, tutulduğu ekstremite, laboratuvar bulguları ve yatış süresini içeren bilgiler elektronik ortama kaydedildi. Hastaların yatış süresince harcanan mali miktarı hastane faturalama biriminden temin edildi. Nekrotizan fassit, diyabetik ayak enfeksiyonu ve erizipel olarak tanı alan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Sonuç: Çalışma koşullarına uyan 27 (erkek: 12, kadın: 15) hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaş 65,03 idi. Olguları 2'si üst ekstremitede olup (travma öyküsü mevcut) geri kalanı alt ekstremitede ve tek taraflıydı. Olguların 13'ünde (%48,14) selülit tablosu sağ ektremitede olup 8'inde (%29,6) bül saptandı. Predispozan faktörler açısından olguların 9'unda (33,3) DM, 14'ünde (51,85) obesite, 23'ünde (%85,1) tinea pedis ve 19'unda (%70,3) onikomikoz sapandı. Altı olguda tekrarlayan selülit vardı. Ortalama lökosit sayısı 12.868/mm^3, ortalama CRP: 101,2 mg/dl, ortalama prokalsitonin 2,85 ng/dl (n=21) olarak saptandı. Hastaların kan kültürlerinde üreme olmadı. Ortalama yatış süresi 9 (3-16 gün arasında) gün olarak saptanırken hastane maliyeti 1.610,258 (465,83-2.774,41) Türk lirası olarak saptandı. Olgularımızın ileri yaşta olduğu ve kadın cinsiyetinin daha ön planda olduğu gözlendi. Olguların %85,1'inde tinea pedis, %70,3'ünde onikomikoz saptandığından en önemli predispozan faktör olarak bu iki hastalığın varlığı dikkati çekmektedir. Onikomikoz ve tinea pedisin tedavi edilebilen hastalıkları olduğu halde hastalarca ciddiye alınmadığı görülmektedir. Hastaların tinea pedis ve onikomikoz konusundaki bilgi azlığı bu sonuçların oluşmasına neden olabilmektedir. Ayrıca hastane yatışı gerektiren selülit hastalığının artan maliyete neden olduğu tespit edildi. Tinea pedis ve onikomikoz tedavisi ve önlenmesi konusunda hastalara daha fazla bilgi verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Selülit, mantar enfeksiyonları, maliyet



Şekil 1. Hastalarda kullanılan antibiyotikler

[PS-057]

Kurumumuzdaki Sağlık Çalışanlarının 2019-nCoV Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumunun Değerlendirilmesi

Sevda Özdemir Al, Tuba İlgar, İlknur Esen Yıldız, Uğur Kostakoğlu, Ayşe Ertürk

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Koronavirüs'ler (CoV) üst solunum yolu enfeksiyonundan, ağır solunum yetmezliği gibi daha ciddi hastalıklara neden olabilen geniş bir ailedir. 2019-nCoV olguları ilk olarak 2019 Aralık ayında Çin'de görüldü ve dünyaya yayılarak korku ve paniğe yol açtı. Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı tarafından olgu tanımları yapılarak oluşturulan acil eylem planının bir ögesi de bilgilendirme yapılmasıydı. Bu yazıda kurumumuzda düzenlendiğimiz bilgilendirme toplantısı öncesinde hastanemiz çalışanlarının konu hakkındaki bilgi ve tutum düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu değerlendirme hastanemizde Şubat 2020'de yapılan COVID-19 bilgilendirme toplantısına katılan sağlık çalışanlarına toplantı öncesinde gerçekleştirildi. Bu tanımlayıcı anket çalışmasına dahil edilen 100 sağlık çalışanına 2019-nCoV hastalığı ile ilgili anket uygulandı. Uygun istatistik yöntemleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Anketi cevaplayan sağlık çalışanlarının yaş ortancası 27 (17-51) yıl saptandı, 58'i (%58) kadındı. Katılımcıların meslek grupları ve çalışma yıllarına göre anket sorularına verdikleri cevaplar Tablo 1'de gösterildi. Doktorların MERS-CoV'u daha önce duyma oranı (%96,9) diğer sağlık çalışanlarına kıyasla (%67,6) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha

yüksek bulundu (p=0,001). "Koronavirüs'ü nerelerden duydunuz" sorusuna enfeksiyon doktorlarından duydum cevabını veren doktorların oranı (%93,8), diğer katılımcıların oranına göre (%58,8) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,000). 2019-nCoV bulaşma yolları için katılımcılardan 86 kişi "damlacık ile" yanıtını verdi, gruplar arasında bu cevabı işaretleme oranı açısından anlamlı fark yoktu. Bu soruya "cansız yüzey" ve "hayvanlar ile temas" cevabını veren doktorların oranı diğer katılımcıların oranına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla; p=0,006, p=0,000). Hastalıkta görülen belirtilere en sık ateş, öksürük, nefes darlığı cevapları verilirken, katılımcıların 11'i Türkiye'de 2019-nCoV olgusu görüldü cevabını verdi. Ölüm oranına doktorlar, diğer sağlık çalışanlarına kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla oranda doğru cevap verdi (p=0,039). "Olgudan korunma yolları" sorusuna doktorların tamamı "el yıkama" cevabını verirken bu oran diğer katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek idi (p=0,011). Bu soruya verilen diğer cevaplar açısından meslek grupları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) ve "el yıkama" cevabı verenlerin yaş ortancaları (ortalama: 27 yıl), bu cevabı işaretlemeyenlere göre (ortalama: 22 yıl) anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0,03). Anket sorularına verilen cevaplarla meslek yılları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 1).

Sonuç: 2019-nCoV hastalığı hakkında düzenli eğitim toplantılarının devam etmesi gerekliliği, doktorların ön planda eğitime katkıda bulunması ve bu konuda bilgi kirliliğinin önlenmesi için erken toplantıların yapılması; ayrıca korunma önlemlerinden maske takmanın yanında el yıkamanın da tekrar vurgulanması gerektiği görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: 2019-nCoV, bilgi düzeyi, sağlık çalışanları

Tablo 1. Katılımcıların meslek grupları ve meslek yıllarına göre anket sorularına verdikleri cevapların dağılımı

	Meslek n (%)		p	Meslek n (%)			p
	Doktor (n=32)	Diğer (n=68)		0-5 yıl (n=57)	6-15 yıl (n=20)	>15 yıl (n=23)	
Cinsiyet							
Kadın (n=58)	10 (31,3)	48 (70,6)	0,000	34 (59,6)	11 (55)	13 (56,5)	0,924
Erkek (n=42)	22 (68,8)	20 (29,4)	0,000	23 (40,4)	9 (45)	10 (43,5)	0,924
Aşağıdakilerden hangilerini duydunuz?							
SARS-CoV (n=80)	27 (84,4)	53 (77,9)	0,453	42 (73,7)	19 (95)	19 (82,6)	0,115
MERS-CoV (n=77)	31 (96,9)	46 (67,6)	0,001	44 (77,2)	15 (75)	18 (78,3)	0,967
2019-nCoV (n=79)	26 (81,3)	53 (77,9)	0,705	46 (80,7)	18 (90)	15 (65,2)	0,123
Koronavirüs'ü nerelerden duydunuz?							
Televizyon (n=23)	7 (21,9)	16 (23,5)	0,854	14 (24,6)	4 (20)	5 (21,7)	0,904
Gazete-kitap-broşür (n=75)	26 (81,3)	49 (72,1)	0,322	47 (82,5)	14 (70)	14 (60,9)	0,110
Enfeksiyon doktoru (n=70)	30 (93,8)	40 (58,8)	0,000	40 (70,2)	14 (70)	16 (69,6)	0,999
2019-nCoV hangi yollar ile bulaşmaktadır?							
Damlacık (n=86)	29 (90,6)	57 (83,8)	0,279	49 (86)	15 (75)	22 (95,7)	0,150
Solunum (n=73)	19 (59,4)	54 (79,4)	0,035	37 (64,9)	17 (85)	19 (82,6)	0,109
Cansız yüzey (n=26)	14 (43,8)	12 (17,6)	0,006	13 (22,8)	4 (20)	9 (39,1)	0,254
İnsandan insana (n=81)	25 (78,1)	56 (82,4)	0,615	45 (78,9)	17 (85)	19 (82,6)	0,818
Hayvan ile temas (n=46)	23 (71,9)	23 (33,8)	0,000	25 (43,9)	10 (50)	11 (47,8)	0,876
Çin'den gelen kargo (n=19)	6 (18,8)	13 (19,1)	0,965	6 (10,5)	3 (15)	10 (43,5)	0,003
2019-nCoV olgularında hangi belirtiler görülebilir?							
Ateş (n=96)	31 (96,9)	65 (95,6)	0,617	55 (96,5)	19 (95)	22 (95,7)	0,954
Öksürük (n=84)	31 (96,9)	53 (77,9)	0,016	46 (80,7)	17 (85)	21 (91,3)	0,499
Nefes darlığı (n=81)	31 (96,9)	50 (73,5)	0,006	46 (80,7)	17 (85)	18 (78,3)	0,851
Pnömoni (n=48)	24 (75)	24 (35,3)	0,000	29 (50,9)	7 (35)	12 (52,2)	0,427
Böbrek yetmezliği (n=24)	14 (43,8)	10 (14,7)	0,002	14 (24,6)	5 (25)	5 (21,7)	0,958
Türkiye'de 2019-nCoV olgusu oldu mu?							
Evet (n=11)	3 (9,4)	8 (12,5)	0,467	7 (12,5)	2 (11,1)	2 (9,1)	0,912
Hayır (n=87)	29 (90,6)	56 (87,5)	0,467	49 (87,5)	16 (88,9)	20 (90,9)	0,912
Ölüm oranı kaçtır?							
Doğru (n=57)	23 (71,9)	34 (50)	0,039	34 (59,6)	11 (55)	12 (52,2)	0,813
Yanlış (n=43)	9 (28,1)	34 (50)	0,039	23 (40,4)	9 (45)	11 (47,8)	0,813
2019-nCoV hastalığını tedavi edecek bir ilaç var mıdır?							
Evet (n=8)	1 (3,2)	7 (10,9)	0,195	4 (7,3)	2 (11,8)	2 (8,7)	0,843
Hayır (n=87)	30 (96,8)	57 (89,1)	0,195	51 (92,7)	15 (88,2)	21 (91,3)	0,843
Olgudan korunma yolları nelerdir?							
El yıkama (n=89)	32 (100)	57 (83,8)	0,011	49 (86)	18 (90)	22 (95,7)	0,450
Maske takma (n=90)	29 (90,6)	61 (89,7)	0,597	51 (89,5)	18 (90)	21 (91,3)	0,970
Seyahatten kaçınma (n=56)	16 (50)	40 (58,8)	0,407	28 (49,1)	14 (70)	14 (60,9)	0,234
C vitamini kullanımı (n=22)	8 (25)	14 (20,6)	0,619	10 (17,5)	5 (25)	7 (30,4)	0,424
Hasta ile temas eden biri için en az kaç gün izlem gerekir?							
Doğru (n=83)	30 (93,8)	53 (77,9)	0,05	49 (86)	16 (80)	18 (78,3)	0,654
Yanlış (n=17)	2 (6,3)	15 (22,1)	0,05	8 (14)	4 (20)	5 (21,7)	0,654
Hastalığın aşısı var mıdır?							
Evet (n=0)	0 (0)	0 (0)	0,680	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,133
Hayır (n=99)	32 (100)	67 (98,5)	0,680	57 (100)	19 (95)	23 (100)	0,133

[PS-058]

Osteomiyelitin Eşlik Ettiği Diyabetik Ayak Enfeksiyonlarında Yumuşak Doku Kültürü ile Kemik Doku Kültürünün Karşılaştırılması

Şule Damlaca[1], Serpil Erol[2], Seniha Şenbayrak[2], Bora Edim Akalın[3], Serkan Tuna[4]

[1]Üsküdar Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Diyabetik ayak enfeksiyonlarında (DAE), eşlik eden osteomiyelit tanı ve tedavi sürecini, osteomiyelitsiz olgulara göre zorlaştırmaktadır. Diyabetik ayak osteomiyelitinde etkeni belirlemek için standart yöntem kemik dokusundan yapılan kültürdür. Ancak kemik doku örneği elde etmek invazif bir işlem olduğu için sıklıkla başvurulmaktan kaçınılan bir yöntemdir. Bu nedenle osteomiyelit tedavisi çoğu zaman yumuşak doku kültürlerine dayandırılmakta ya da ampirik olarak düzenlenmektedir. Çalışmamızda kemik ve yumuşak doku kültürlerindeki üremeler karşılaştırılarak, kemik dokudan örnekleme yapılamadığı durumlarda, yumuşak doku kültürlerinin osteomiyelite neden olan etkeni öngörmedeki ve tedaviyi yönlendirmedeki başarısını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya İstanbul'daki 3. basamak bir hastanede, 1 Nisan 2017 ile 1 Nisan 2018 tarihleri arasında, osteomiyelitin eşlik ettiği DAE nedeniyle kemik debridmanı veya ampütasyon yapılan 18 yaş üzerindeki 36 hasta dahil edildi. Otuz altı hastanın verileri prospektif gözlemsel olarak irdelendi. Debridman veya ampütasyon sırasında alınan yumuşak doku kültürleri ile kemik doku kültürleri karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler IBM SPSS İstatistik 22 kullanılarak yapıldı. Yumuşak doku ve kemik doku kültürünün uyumu Mc-Nemar testi ve kappa uyum katsayısı ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 36 hastanın 7'si (%19,5) kadın, 29'u (%80,5) erkek, yaş ortalaması 64,2±11,6 (43-86) idi. Wagner sınıflamasına göre hastaların 14'ü (%38,9) evre 3, 17'si (%47,2) evre 4, 5'i (%13,9) evre 5 diyabetik ayak yarasına sahipti. En sık yara lokalizasyonu ayak tabanı idi. Osteomiyelit tanısı hastaların 28'inde (%77,7) klinik ve direkt grafi ile, altısında (%16,6) manyetik rezonans görüntüleme ile, 1'inde (%2,8) tomografi ile, 1'inde (%2,8) histopatoloji ile kondu. Kemik ve yumuşak doku kültürlerinden en sık izole edilen etkenler *P. aeruginosa* (%16,6), KNS (%15,1) ve *E. coli* (%13,6) idi. Hastaların %55,5'inde hem kemik hem yumuşak doku kültürlerinde aynı mikroorganizma saptandı. Beş (%13,9) hastada yumuşak doku kültüründe üreme olmasına rağmen kemik doku kültüründe üreme olmadı. Bir (%2,8) hastada kemik dokuda etken saptandı ancak yumuşak doku kültüründe üreme olmadı. Bir (%2,8) hastada kemik ve yumuşak doku kültürlerinde farklı etkenler üredi. Dokuz (%25) hastada ise her iki kültürde de etken saptanamadı. 29 (%80,5) hastada kemik ve yumuşak doku kültürleri uyumlu bulundu. Kemik doku ve yumuşak doku kültürleri üreyen etkenler açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05, kappa uyum katsayısı: 0,574).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre diyabetik ayak osteomiyelitinde etkeni tahmin ettirmede yumuşak doku kültürleri kemik doku kültürleri yerine kullanılabilir. Ancak bu sonucun daha büyük serilerle desteklenmeye ihtiyacı vardır.

Anahtar Kelimeler: Osteomiyelit, kemik, diyabet

[PS-059]

HIV Enfekte Kaposi Sarkomu Olgularımızın Değerlendirilmesi

Cemile Didem Özdemir, Azat Abul, Ahmet Refik Konyalı, Ayşe İnci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Kaposi sarkomu insan herpes virüs-8 ile ilişkili nadir görülen malign anjiyomatöz bir neoplazidir. İlk kez 1872'de Moritz Kaposi tarafından tanımlanmış ve 1980'lerde edinsel immün yetmezlik sendromu ile ilişkisi ortaya çıktıktan sonra daha sık görülmeye başlanmıştır. Multifokal bir neoplazm olan Kaposi sarkomu HIV enfekte olgularda deri, ağız boşluğu, gastrointestinal sistem ve solunum sistemini tutabilmekte, deride ve diğer organlarda vasküler nodüller ile ortaya çıkabilmektedir. Tanı klinik ve histopatolojik inceleme ile konur. Çalışmamızda HIV enfekte Kaposi sarkomu olgularımızın demografik verilerinin ve laboratuvar parametrelerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza; 2017-2019 yılları arasında hastanemizde takip edilmiş olan HIV enfekte Kaposi sarkomu olan olgular dahil edilmiştir. Olguların retrospektif olarak bilgisayar kayıtları incelenerek tanı sırasındaki yaş, cinsiyet, CD4, HIV-RNA düzeyi, ART kullanımı ve patoloji sonuçları kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza HIV enfekte Kaposi sarkomu tanılı 8 olgu alınmıştır. Olguların yaş ortalamasının 44,8 erkek oranının %100 olduğu belirlendi. Olgularımızın CD4 ortalaması 279, HIV-RNA ortalaması ise 2.855.915 IU/ml olarak belirlendi. Olgularımızın demografik özellikleri, laboratuvar parametreleri ve patoloji sonuçları Tablo 1'de görülmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda HIV enfekte Kaposi sarkomu olgularımızın yaş ortalamasının 44,8 CD4 ortalamasının 279,5 olduğu belirlendi. Olgularımızın %50'sinde HHV8 (+) saptandı. Katkılarından dolayı patoloji kliniğine teşekkür ederiz.

Anahtar Kelimeler: HIV, Kaposi sarkomu

Tablo 1. Olgularımızın demografik özellikleri, laboratuvar parametreleri ve patoloji sonuçları

	Yaş	Cinsiyet	CD4 Düzeyi	HIV-RNA (IU/ml)	Patoloji (HHV8)	Art kullanımı
Olgu 1	65	Erkek	196	2145215600	-	+
Olgu 2	45	Erkek	435	2423613	+	+
Olgu 3	41	Erkek	132	4213477	+	+
Olgu 4	33	Erkek	5	6358835	-	+
Olgu 5	46	Erkek	24	407000	+	+
Olgu 6	29	Erkek	24	0	-	+
Olgu 7	52	Erkek	429	548682	+	+
Olgu 8	48	Erkek	991	0	-	+

[PS-060]

Tıp Fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde AIDS Bilgi Düzeyi

Nazlım Aktuğ Demir[1], Hatice Esranur Kıratlı[1], Mustafa Hasan Özlü[2], Ali Rıza Kesinle[2], Esra Yıldıztekin[2], Fatma Betül Yiğit[2], Furkan Ahmet Başdaş[2], Necip Karaca[2], Nisa Dirican[2], Özge Sönmez[2], Pelin Bacak[2], Samet Yıldırım[2]

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

[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya

Giriş: Edinsel immün yetmezlik sendromu (AIDS), insan immün yetmezlik virüsünün (HIV) neden olduğu ülkemizde ve dünyada önemli bir halk sağlığı problemidir. Tıp Fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültesi öğrencileri kan-kan ürünleri ile temas ihtimali ve cinsel aktif yaş grubunda bulunmaları nedeni ile risk altındadır. Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesinin HIV ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeyi planladık.

Gereç ve Yöntem: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Topluma Dayalı Tıp Uygulaması çerçevesinde 11 tane 3. sınıf öğrencimiz ile birlikte HIV ile ilgili eğitim semineri planlandı. Seminer öncesi öğrencilerimize HIV ile ilgili eğitim verildi, literatür taraması yaptırıldı ve 25-30 dakikalık eğitim slaytları hazırlatıldı. Eğitimin etkinliğini ölçmek için seminer öncesi ve sonrası uygulanmak üzere 23 sorudan oluşan anket hazırlandı. Planlanan farklı günlerde, farklı öğrenciler tarafından sınıflara ayrı ayrı olmak üzere akran eğitimleri verildi. Eğitim öncesi anketler, sunumu yapan bir öğrenci dışında 10 öğrenci tarafından kodlanarak dağıtıldı ve toplandı. Yirmi beş - otuz dakikalık eğitim sonrası her anket ilk anketi dağıtan kişi tarafından kodlanarak dağıtıldı ve toplandı. Eğitim sonrası ankete, eğitim öncesi ankete eğitimi nasıl değerlendirirsiniz sorusu eklendi. Eğitim semineri veremeyen 3 öğrenci anket verilerini SPSS 18 programına aktardı. İstatistik analizde $p<0,05$ istatistik olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Eğitim öncesi ve sonrası anketleri tam olan ve sorulara tam cevap veren 736 kişi çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların 441'i kadın 295'i erkekti. Yaş ortalaması 21,02±2,2 olarak saptandı. Tıp fakültesinden 277, diş hekimliği fakültesinden 459 öğrenci çalışmamızda yer aldı. Eğitim öncesinde en çok doğru cevap verilen soru %99,3 ile "Cinsel ilişki ile AIDS bulaşır mı?" sorusu, en sık yanlış cevap verilen sorular %26,2 ile "AIDS aynı havuzu kullanmakla bulaşır mı?" ve "Ortak banyo kullanımı ile AIDS geçer mi?" olarak saptandı. Bilgi içeren sorulardan alınan toplam puan eğitim öncesinde 14,2±1,7 ve eğitim sonrasında 17,0±1,5 idi. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puanlarda anlamlı artış gözlendi (p=0,002).

Sonuç: HIV/AIDS ile mücadele için en önemli basamak korunmadır. Yapılan çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin sınıf ilerledikçe HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyinin arttığını ve eğitim sonrası puanlarda eğitim öncesi puanlara göre anlamlı artış olduğunu saptadık. Bu durum, tıp ve diş hekimliği fakülteleri başta olmak üzere üniversite çağındaki gençlerde farkındalık ve bilgi düzeyinin eğitimle artırılabileceğini göstermektedir. HIV/AIDS gibi toplum sağlığı açısından önem taşıyan konuların birinci sınıftan itibaren ders programları içerisinde işlenmesinin sağlanması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, HIV/AIDS, tıp ve diş hekimliği fakültesi öğrencileri

Tablo 1. Eğitim öncesi sonrası doğru cevap oranlarının karşılaştırılması

Sorular	Eğitim öncesi doğru cevap	Eğitim sonrası doğru cevap	p değeri
AIDS hastalığının etkeni HIV virüsüdür?	704 (%95,7)	716 (%97,3)	0,073
Cinsel ilişki ile AIDS bulaşır mı?	731 (%99,3)	731 (%99,3)	1,000
Kan yoluyla AIDS bulaşır mı?	724 (%98,4)	730 (%99,2)	0,210
Ortak eşya kullanımı ile AIDS geçer mi?	720 (%97,8)	728 (%98,9)	0,152
Sarılma ile AIDS geçer mi?	518 (%70,4)	692 (%94,0)	0,001
Öpüşme ile AIDS geçer mi?	594 (%80,7)	667 (%90,6)	0,001
Ortak banyo kullanımı ile AIDS geçer mi?	193 (%26,2)	689 (%93,6)	0,001
AIDS aynı havuzu kullanmakla bulaşır mı?	193 (%26,2)	689 (%93,6)	0.001
AIDS gebelikte anneden bebeğe bulaşır mı?	644 (%87,5)	713 (%94,6)	0,001
Emzirme ile AIDS bulaşır mı?	408 (%55,4)	678 (%92,1)	0,001
Bu hastalığın bulaşı önlenebilir mi?	653 (%88,7)	712 (%96,7)	0,001
İlaç tedavisi var mı?	250 (%34,1)	625 (%85,0)	0,001
AIDS hastası sağlıklı çocuk sahibi olabilir mi?	487 (%66,2)	712 (%96,7)	0,001
AIDS'li hastalar normal yaşamlarına devam edebilirler mi?	587 (%79,8)	710 (%96,5)	0,001
AIDS'li hastalar askerlik yapabilir mi?	470 (%63,9)	689 (%93,6)	0,001
Hastaların bilgilerini doktoru başkalarıyla paylaşabilir mi?	580 (%78,8)	715 (%97,1)	0,001
Aşısı var mı?	581 (%78,9)	651 (%88,5)	0,001

[PS-061]

Enfektif Endokarditte Cerrahi: Ne Zaman?

Sarp Singil[1], Diğdem Özer Yıldırım[2], İlkay Akbulut[1], Şükran Köse[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

[2]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Balıkesir

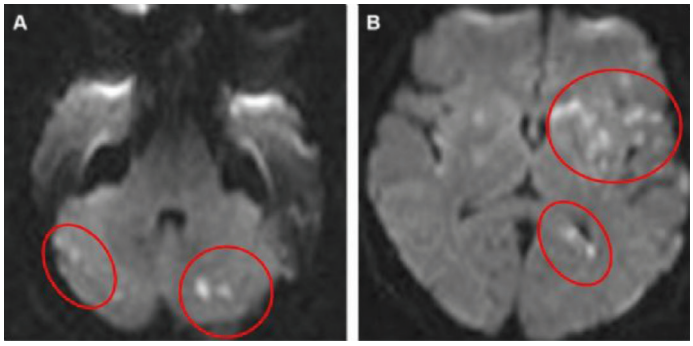
Giriş: Enfektif endokardit (İE) nadir ancak yüksek mortaliteye sahip bir hastalıktır. Ülkemizde İE tanılı hastalarda en sık izole edilen etken *Staphylococcus aureus*'tur (SA). Multidisipliner yaklaşım gerektiren İE'de cerrahinin gerekliliği ve zamanlaması, teoride olmasa bile pratikte hep tartışılagelmiştir. Bu çalışmada, metisilin dirençli SA'nın (MRSA) etken olduğu, cerrahi müdahale zamanlaması tartışmalı bir İE olgusu ele alınmıştır.

Olgu: Koroner arter hastalığı tanılı, kapak hastalığı olmayan 62 yaşında erkek hasta, ürosepsis nedeniyle yatarak tedavisinden 15 gün sonra ateş ile tekrar başvuruyor. Hastanın genel durumu kötü, bilinç uykuya meyilli, ateş 38,9 °C, ense sertliği yok ve sol hemiparezi mevcutken; tetkiklerinde lökosit 18740 /ul (%88 nötrofil), C-reaktif protein (CRP): 44 mg/dl, prokalsitonin (Prc) 0,74 µg/l idi. Ateş etiyolojisi araştırılan ve kültürleri alınarak ampirik meropenem 2*1 gr başlanan hastanın 24 saat sonra durumunda ve

enfeksiyon belirteçlerinde kötüleşme olması üzerine teikoplanin 12 mg/kg ekleniyor. Bilinç durumu için çekilen MR'de yaygın noktasal tarzda akut iskemik infarkt alanları saptanıyor. Tedavinin 48. saatinde kan kültürlerinde MRSA ürüyor. Mevcut tedavi kesilerek daptomisin 6 mg/kg başlanıyor. Beyinde çoklu infarkt alanları ve MRSA üremesi olması sebebiyle 2 kez yapılan transtorasik ekokardiyografisinde vejetasyon saptanamıyor. Israr edilerek transözefageal ekokardiyografide (TÖE) yapılıyor ve mitral kapakta 1,5*1,3 cm hareketli vejetasyon görülerek daptomisin tedavisi kesilerek vankomisin 2*1 gr başlanıyor. İzlemde kan kültürlerinin negatif sonuçlandığı ve akut faz reaktanlarının gerilediği görülüyor. Kalp damar cerrahisi (KDC) elektif cerrahi öneriyor ancak 3. basamak hastaneye sevkinin gerektiğini belirttiği için dış merkezdeki enfeksiyon hastalıkları hekimiyle görüşülerek servisimize kabul ediliyor. Kabulündeki tetkiklerinde lökosit 8700 /ul, CRP: 12,6 mg/dl, Prc: 0,1 µg/l, eritrosit sedimentasyon hızı 143 mm/saat idi. Servisimize kabulünün ertesi günü kardiyoloji ve KDC'nin de katılımıyla konseyde tartışılarak operasyon kararı alınan hastanın TÖE dahil tetkikleri ve preoperatif hazırlıkları hızla tamamlandı. Operasyon planıyla KDC'ye devredildi. Hasta post-op 4. saat yoğun bakımda eksitus oldu.

Sonuç: İE'de cerrahi endikasyonları teorik anlamda net olmakla beraber, pratikte cerrahların yapılacak kapak replasmanı sonrası kapağın tekrar enfekte olacağı, kültür negatifliği sağlanmadan opere edilmeyeceği gibi gerekçelerle cerrahi müdahaleyi ötelediğini görmekteyiz. MRSA'ya bağlı sol kalp İE'de Ulusal Uzlaşı Raporumuza göre antibiyoterapinin tamamlanmasından bağımsız, hastaya ilk yatışta ameliyat yapılmalıdır. Cerrahi kararı verildiğinde, hasta günler içinde ameliyat edilmelidir. Acil cerrahi endikeyse antibiyotiğin başlanması yeterlidir; kültür negatifliği beklenmez.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, kapak cerrahisi endikasyonları



Şekil 1. Bilateral noktasal tarzda akut iskemik infarkt alanları

[PS-062]

Sağlık Meslek Yüksekokulunda Eğitim Alan Öğrencilerin Antibiyotik Kullanımı Hakkındaki Farkındalıkları

Banu Tuncay[1], Aslı Aykaç[2], Ahmet Özer Şehirli[3], Nedim Çakır[4]

[1]Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa, KKTC

[2]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyofizik Anabilim Dalı, Lefkoşa, KKTC

[3]Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa, KKTC

[4]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa, KKTC

Giriş: "Akılcı ilaç kullanımı" başlığı altında incelenen akılcı antibiyotik kullanımı, gelecek kuşakları da tehdit eden bir halk sağlığı sorunu olan antibiyotik direnç gelişiminin önlenmesinde önemli bir yol haritası çizmektedir. Bu çalışmada, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinin antibiyotik kullanımı hakkında farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Katılımın gönüllülük esasına dayandığı araştırmaya 212 öğrenci katılmıştır. Katılımcılara anket uygulamasından önce; çalışma hakkında sözlü bilgilendirme yapılarak onam formu imzalatılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte anket; sosyo-demografik özelliklerini ve antibiyotik kullanımı hakkında farkındalıklarının değerlendirildiği 31 adet sorudan oluşmaktadır. Veriler SPSS (Ver. 24.0) programı kullanılarak analiz edilmiştir ($p<0,05$).

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalamasının 20,33±2,50, %53,8'i (n=114) kadın ve %41,5'sinin (n=88) yurtta yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların antibiyotiğe ihtiyaç duydukları zaman antibiyotiği hangi yolla edindikleri sorgulandığında %77,4'ünün (n=164) doktora giderek antibiyotiği reçete ettirdiği ve doktor muayenesi sonrası %47,2'sine (n=100) antibiyotik reçete edilmediği belirlenmiştir. Ateşin (%49,5 n=105) en sık antibiyotik reçete edilme nedeni olduğu belirlenmiştir. Antibiyotik kullanım ile ilgili verilen önermelerden "2x1 olarak reçete edilen antibiyotik 12 saatte 1 olmak üzere her gün aynı saatte alınması gerekir" önermesi %76,9 (n=163) "doğru" bir önerme olarak işaretlenmişken, "2x1 olarak reçete edilen antibiyotik sabah ve akşam istenen saatte kullanılabilir" önermesi %10,4 (n=22) "doğru" bir önerme olarak işaretlenmiştir. Bağımsız değişkenlerden cinsiyet ile antibiyotik temin etme, "son altı ay içinde doktora gitme sıklığı", ve "prospektüsü okuma" değişkenleri arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 1).

Sonuç: Öğrencilerin eğitim müfredatları (teorik/uygulamalı dersler) gereğince edindikleri bilgilerden, akılcı antibiyotik kullanımı hakkında farkındalıkları mevcut olmakla birlikte antibiyotik tedavisine uyum konusunda bilgi eksiklikleri olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı antibiyotik kullanımı, sağlık meslek yüksekokulu öğrencileri, antibiyotik kullanım farkındalığı

Tablo 1. Katılımcıların antibiyotik kullanım bilgi, tutum ve davranışları (n=212)

		Cinsiyet n (%)		p
		Kadın	Erkek	
Antibiyotik temin şekli	Evdeki kullanma	2 (%0,9)	10 (%4,7)	0,008
	Arkadaşından	-	1 (%0,5)	0,281
	Doktorun yazdığı reçete ile eczaneden	24 (%11,3)	7 (%3,3)	0,004
	Doğrudan eczaneden alma	-	1 (%0,5)	0,126
Son 6 ay içinde doktora gitme sıklığı	Hiç	25 (%11,8)	42 (%19,8)	0,010
	1 defa	40 (%18,9)	33 (%15,6)	0,830
	2 defa	18 (%8,5)	16 (%7,5)	0,916
	2'den fazla	31 (%14,6)	7 (%3,3)	0,000
Prospektüs inceleme alışkanlığı	Var	96 (%45,2)	71 (%33,5)	0,037
	Yok	18 (%8,5)	27 (%12,7)	0,040

[PS-063]

Kliniğimizde Takip Edilen Geriatrik Enfeksiyonların Değerlendirilmesi

Hatice Kübra Bağış, Ayşe İnci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

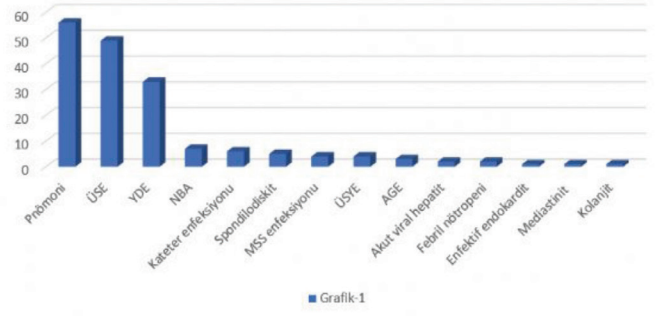
Giriş: Tüm dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır ve yaşlı nüfusta enfeksiyon gelişmesine predispozan faktörler immün değişiklikler, malnütrisyon, komorbidite, polifarmasi, dirençli mikroorganizmalar, sosyo-ekonomik düzey olabilmektedir. Bu çalışmada amacımız, kliniğimizce takip edilmiş olan geriatrik yaş grubundaki hastalarda görülen enfeksiyon hastalıklarının tanı dağılımlarının ve eşlik eden komorbid hastalıkların oranının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada hastanemiz enfeksiyon hastalıkları kliniğinde 01/03/2018-01/03/2019 tarihleri arasında yatırılarak takip ve tedavi edilen hastalar değerlendirildi. Hastalarımızda yaş sınırı 65 yaş olarak belirlenmiştir. Veriler bilgisayar kayıtları incelenerek retrospektif olarak araştırıldı, hastaların yatış tanıları ve altta yatan hastalıkları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamızda kliniğimizde yatırılarak takip ve tedavi edilen 555 hasta değerlendirildi. Bu hastalardan 184'ünün (%33,2) geriatrik hasta grubu olduğu belirlendi. Hastaların hastaneye yatışına neden olan enfeksiyon tanıları değerlendirildiğinde en sık toplamda %66,7 ile pnömoni, ardından üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) ve yumuşak doku enfeksiyonunun (YDE) olduğu görüldü. Olgularımızın hastaneye yatış tanıları Grafik 1'de görülmektedir. Toplam yatış nedenlerinin %75'ini (138/184) oluşturan pnömoni, ÜSE ve YDE tanısı alan hastalarda altta yatan ek hastalıkları ise Tablo 1'de görülmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda en sık görülen hastalıkların; Pnömoni, ÜSE, YDE, NBA, kateter enfeksiyonu olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak geriatrik grupta en sık görülen enfeksiyon hastalıklarının benzer olduğu ancak örneğin Tartar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada en sık görülen 5 hastalığın sıklık sırasıyla ÜSE, pnömoni, YDE, ekstrapulmoner tüberküloz ve AGE olarak görüldüğü, Artvin'den yapmış olunan çalışmada ise ilk 5 hastalıkta sıklık sırasıyla YDE, ÜSE, pnömoni, AGE, Kırım-Kongo olarak saptandığı ve hastanemizden yapmış olduğumuz çalışma sonuçları; görülen hastalıkların bölgesel ya da hastane bazında bazı farklılar gösterebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, komorbidite, pnömoni



ÜSE: Üriner sistem enfeksiyonu, YDE: Yumuşak doku enfeksiyonu, NBA: Nedeni bilinmeyen ateş, AGE: Akut gastroenterit.

Grafik 1. Olgularımızın tanı dağılımları

Tablo 1. Olgularımızın altta yatan hastalıklarının dağılımları (n/%)

Pnömoni		
	n	**(%)**
Hipertansiyon	33	58,9
Diabetes mellitus	17	30,3
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	14	25
Konjestif kalp yetmezliği	11	19,6
Alzheimer	11	19,6
Kronik böbrek yetmezliği	5	8,9
Astım	4	7,1
Akciğer kanseri	2	3
ÜSE (üriner sistem enfeksiyonu)		
Hipertansiyon	31	63,2
Diabetes mellitus	23	46,9
Benign prostat hipertrofisi	16	32,6
Mesane kanseri	7	14,2
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	7	14,2
Konjestif kalp yetmezliği	6	12,2
Prostat kanseri	3	6,1
Polikistik böbrek hastalığı	1	2
YDE (yumuşak doku enfeksiyonu)		
Hipertansiyon	22	66,6
Diabetes mellitus	22	66,6
Konjestif kalp yetmezliği	10	30,3
Tinea Pedis	9	27,2
Periferik arter hastalığı	6	18,1
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	4	12,1
Staz dermatiti	3	9

[PS-064]

Bruselloz Kaynaklı Hemofagositik Sendrom Olgu Sunumu

İrfan Binici, Zekiye Hakseven, Ali İrfan Baran, Hüsameddin Atay, Yusuf Arslan

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Giriş: Hemofagositik sendrom (HFS) aşırı sitokin salınımı sonucu gelişen kontrolsüz hemofagositozun görüldüğü nadir bir hastalıktır. Ateş ve splenomegali kliniğiyle beraber hiperferritinemi, hipertrigliseridemi, hipofibrinojenemi ve sitopeni bulguları tanıda yol göstericidir. HFS; ailesel (primer/genetik) veya akkiz (sekonder) olmak üzere sınıflandırılır. Bu sunuda Gaucher tanılı bir hastada bruselloz tanısı konan akkiz bir HFS olgusu sunuldu.

Olgu: On dokuz yaşındaki kadın olgumuz 10 gündür olan ateş, gece terlemeleri, halsizlik, öksürük, yaygın eklem ve kas ağrıları nedeniyle başvurdu. Kırsal alanda yaşayan olgunun yedi yıldır bilinen gaucher hastalığı ve bu nedenle ilaç kullanım öyküsü vardı. Hayvancılık uğraşı, taze otlu peynir tüketimi, hayvanlarında düşük ve yakınlarında bruselloz geçirme öyküsü vardı. Fizik muayenesinde bilinç açık, genel durum orta-kötüydü. Ateş: 39,3 °C, tansiyon arteriyel: 105/61 mmHg, nabız: 133/dk ve sistem muayenelerinde sağ akciğer bazalinde raller, hepatosplenomegali ve alt ekstremitelerde ekimotik lezyonlar saptandı. Laboratuvarında CRP: 156, lökosit: 650/ul, nötrofil: 400/ul, platelet: 24.000/ul, ALT: 25 U/l AST: 208 U/l kreatinin: 0,6 mg/dl, LDH: >2000 U/l, CK: 2887 U/l, fibrinojen: 141 mg/dl, ferritin: 3305 ng/ml, trigliserit: 286 mg/dl, sodyum: 134 mmol/l idi. Batın ultrasonografisinde hepatosplenomegali saptandı. Olguya nötropenik ateş nedeniyle meropenem tedavisi başlandı. Ateşleri bu tedavi altında düşmeyen ve brusella wright testi 1/1280 saptanan olguda pansitopeni, splenomegali, hepatit tabloları ile beraber yüksek ferritin değeri olması nedeniyle 2009 tanı kriterlerine göre bruselloza sekonder HFS tanısı kondu. Kemik iliği örneklemesi onam alınamadığından yapılamadı. Kan kültürlerinde üreme olmayan olgunun tedavisi doksisiklin ve gentamisin olarak revize edildi ve bu tedavi ile klinik yanıt alındı. Steroid tedavisi antibiyoterapi ile yanıt alındığından verilmedi.

Sonuç: HFS yaşamı tehdit eden ve hatta ölümcül seyredebilen bir tablodur. Akkiz nedenler arasında enfeksiyonlar, maligniteler, otoimmün ve bazı metabolik hastalıklar sayılabilir. Tedavi hedefi iki basamaklıdır. İlk basamakta meydana gelen aşırı enflamatuvar sürecin baskılanması ve kontrol altına alınması hedeflenirken ikinci basamakta ise destek ve altta yatan nedene yönelik tedavi verilmelidir. Olgumuzda da olduğu gibi ateş ve pansitopeni tablosuna eşlik eden yüksek ferritin düzeyleri ve splenomegali tablosu mortalitesi yüksek olan HFS tablosunu akla getirmeli ve özellikle endemik bölgelerde ayırıcı tanıda brusellozun düşünülmesi erken tedavi açısından önemlidir. Bu olgu ile birlikte son iki yılda kliniğimizde bruselloza sekonder beş HFS tanısı konup tüm olgular başarı ile tedavi edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, hemofagositik sendrom, Gaucher

[PS-065]

Kuzey Kıbrıs'ta 2016-2019 Yılları Arasında Saptanan İmport Sıtma Olguları: İlk Veriler

Emrah Güler[1], Ahmet Özbilgin[2], İbrahim Çavuş[2], Tamer Şanlıdağ[3], Kaya Süer[4]

[1]*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deneysel Sağlık Bilimleri Araştırma Merkezi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa*

[2]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı, Manisa*

[3]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa*

[4]*Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Lefkoşa*

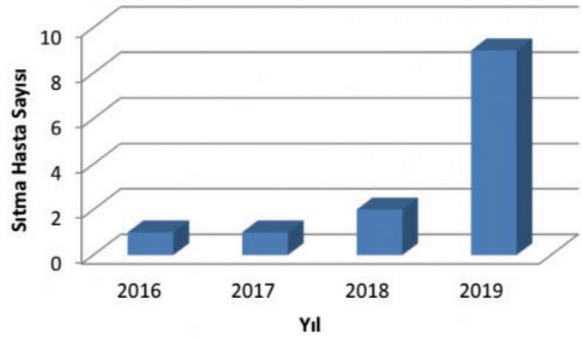
Giriş: Sıtma, halen daha günümüzde bazı bölgelerde yüksek düzeyde mortalite oluşturan bir enfeksiyon hastalığıdır. Özellikle hastalığın endemik olduğu Afrika ülkelerinden, eradike edildiği bölgelere seyahat eden insanlar nedeniyle gelecekte de önemini koruyacağı düşünülmektedir. Çalışmamız, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) import sıtma olgularındaki artışa dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda, 2016-2019 tarihleri arasında hastanemizde sıtma tanısı almış 13 sıtma olgusu incelemeye alındı. Tüm olgular klinik olarak değerlendirildikten sonra tanı amacıyla; Giemsa boyalı ince yayma ve kalın damla preparatları incelendi, ayrıca malarya hızlı antijen testleri ve 5 hastaya gerçek-zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (rt-PCR) ile genotip tayini yapıldı. Hastalar yaş, cinsiyet ve mevsimsel açıdan değerlendirildi.

Bulgular: Sıtma olgularının 11'i (%84,4) erkek ve 2'si (%15,6) kadındı. Sıtma enfeksiyonu ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (p=0,358). Hastaların 10'unda (%76,9) *Plasmodium falciparum*, 2'sinde (%15,4) *Plasmodium vivax* ve 1'inde (%7,7) *Plasmodium ovale* sıtması saptanmıştır. Yıllar içindeki dağılımda, 2019'daki olgu sayısı (n=9) diğer yıllara göre anlamlı derecede artmıştır (p=0,003) (Grafik 1). Ayrıca sıtmanın en sık sohbahar mevsiminde (8/13, %61,5) görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 1).

Sonuç: Kuzey Kıbrıs'ta sıtmanın eradikasyonu başarı ile sağlanmış olmakla birlikte, günümüzde import olguların artmasından dolayı yerli olgu çıkması açısından bir risk görülmektedir. Özellikle endemik bölgeden seyahat öyküsü bulunan, ateş ve titreme bulguları olup, laboratuvar testlerinde trombositopeni saptanan hastalarda sıtma enfeksiyonu ilk akla gelen hastalık olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, sıtma, import



Şekil 1. Yıllara göre sıtma olgu sayısının dağılımı

Tablo 1. Sıtma olgularının ay ve mevsimsel dağılımı												
Mevsim		İlkbahar			Yaz			Sonbahar			Kış	
Ay	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat
Olgu (n)	-	1	-	3	-	1	3	4	1	-	-	-
Toplam		1 (%7,7)			4 (%30,8)			8 (%61,5)			0 (%0)	

[PS-066]

Seronegatif Kedi Tırmığı Hastalığı Olgusu

Didem Çelik, Eren Arkalı, Şükran Köse

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kedi tırmığı hastalığı tipik olarak kendi kendine sınırlı bölgesel lenfadenopati ile karakterize hastalıktır, *Bartonella henselae*, olgularının çoğunda etiyolojik ajandır. *B. hensel*'nin inokülasyonunu takiben, organizma tipik olarak bölgesel lenfadenopati olarak ortaya çıkan lokal enfeksiyona neden olur. Bununla birlikte, bazı bireylerde mikroorganizma karaciğer, dalak, göz, merkezi sinir sistemine dağılabilir. Çalışmamızda serolojik olarak negatif saptanıp klinik ve histopatolojik özelliklere göre kedi tırmığı tanısı konulan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk iki yaşında kadın hasta, sol koltuk altında yavaş büyüyen şişlik nedeniyle polikliniğe başvurdu. Hastanın 2 ay önce kedi tarafından sol ikinci parmağından ısırılıp tırmalandığı ve sistemik sorguda ek yakınması olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede vital bulguları stabildi, kedinin ısırdığı sol el 2. parmak dorsalinde eritemli ortası soluk nodüler görünümde deri lezyonu gözlendi (Resim 1), sol aksiller bölgede eritemsiz, mobil, hassas en büyüğü 3x2 cm olan birkaç adet lenf nodu palpe edildi. Sistemik muayenede ek patoloji saptanmadı. Hastanın tam kan sayımı, biyokimya, sedimentasyon, C-reaktif protein tetkik sonuçları normal sınırlardaydı. Toksoplazma IgM-IgG, Bartonella endirekt floresan antikor (IFA) tetkikleri yapıldı. Akciğer görüntülemesinde patoloji gözlenmedi. Ultrasonografide aksiller bölgede en büyüğü 35x19 mm boyutlarında korteksi kalınlaşmış, yağlı hiluslu birkaç adet lenf nodu gözlendi (Resim 2). Cerrahi birimi tarafından LAP eksizyonu yapılan hastanın patoloji sonucu "lenf nodu parankiminde interfolliküler alanlarda yaygın mikapse formasyonları dikkati çekmiştir. Nötrofillerle infiltre nekroz odaklarından oluşan apse formasyonlarını histiositik hücrelerin çevrelediği gözlenmiştir. Nötrofil infiltrasyonunun yer yer subkapsüler alanlara yayıldığı izlenmiştir, bulgular kedi tırmığı hastalığı ile uyumludur." şeklinde yorumlandı. Ancak hastanın Bartonella IFA tetkikinin negatif gelmesi üzerine hastada lenfadenopatiye neden olabilecek diğer nedenler araştırıldı. EBV, CMV, HSV, VDRL-RPR, Rose Bengal, Wright aglütinasyon, Anti HIV, Rubella, Parvovirus, Kabakulak, Kızamık, *Salmonella* tetkikleri negatif olarak sonuçlandı. Hastanın isteği üzerine patoloji preparatları 3 ayrı patolog tarafından yorumlandı ve bulguların kedi tırmığı hastalığıyla uyumlu olduğu teyit edildi. Hastaya azitromisin tedavisi başlandı. Kontrol muayenesinde aksiller lenfadenopatileri persiste etmekteydi ancak boyutlarında küçülme gözlendi.

Sonuç: Kedi tırmığı hastalığında tanı, karakteristik klinik özelliklere ve kedi temasının geçmişine dayanarak yapılır. Ayırıcı tanıda bakteriyel adenit, mikobakteriyel enfeksiyonlar, EBV, CMV, HIV, Toksoplazma düşünülebilir. Tanı çoğunlukla bir enzim immünoassay veya IFA ile doğrulanır. Bununla birlikte, serolojik testin ciddi eksiklikleri vardır ve negatif bir serolojik test, karakteristik klinik özelliklere sahip bir hastada kedi tırmığı hastalığını dışlamamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kedi tırmığı hastalığı, *Bartonella henselea*, endirekt floresan antikor



Resim 1. Kedinin tırmaladığı bölgede sol el 2. parmak dorsalinde yüzeyi hiperemik eritemli, ortası soluk deri lezyonu

[PS-067]

Burkitt Lenfoma ile Başvuran HIV/AIDS Olgusu

İrfan Binici, Hüsameddin Atay, Ali İrfan Baran, Zekiye Hakseven, Gökhan Yüksek

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile ilişkili non-hodgkin lenfomaların (NHL) en sık görülen alt tipleri, büyük B-hücreli lenfoma ve burkitt lenfomalardır. AIDS tanımlayıcı kanserler etkili antiretroviral tedavinin bulunmasından kısa bir süre sonra düşüşe geçmesine rağmen HIV ile enfekte olmuş kişilerde genel popülasyondan hala daha fazla görülmektedir. Bu sunuda Burkitt lenfoma tanısı aldıktan sonra HIV/AIDS tanımlanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli üç yaşında erkek olgu boğaz ağrısı, yutmada zorlanma, ara ara olan karın ağrıları ve halsizlik şikayetleri ile 1 ay önce kulak burun boğaz hastalıkları kliniğine başvurmuştu. Boyun manyetik rezonans görüntüleme ile sol palatin tonsilde 3 santimetrelik kontrast tutan yumuşak doku saptanması üzerine bu dokudan punch biyopsi alınmıştı. Olgu; punch biyopsi sonucunun Burkitt lenfoma (ki67 proliferasyon indeksi: %100) raporlanması üzerine hematoloji kliniği tarafından yatırıldı. Pozitron emisyon tomografi görüntülemesinde sol palatin tonsil loju, bilateral servikal, hiler ve aksiller lenf nodları ile akciğer ve karaciğerde

patolojik artmış ^{18}F-FDG tutulumu saptandı. Tarafımıza anti-HIV pozitifliği nedeniyle danışılan olgunun kemoterapi rejimi ertelendi. HIV-RNA: 8730 IU/ml ve Western Blot pozitifti. Sifiliz ve hepatit saptanmayan olgumuzda diğer viral markerler de negatif idi. Laboratuvarında beyaz küre: 3360/ul, hemoglobin: 10,5 U/l, platelet: 82.000 U/l, kreatinin: 0,93 mg/dl, ALT: 50 U/l, AST: 24 U/l, C-reaktif protein: 15 mg/l, sedimentasyon: 39 mm/sa, CD4: 312 ve CD8: 1857 idi. İlaç-ilaç etkileşimlerine dikkat edilerek tenofovir disoproksil fumarat-emtristabin ve dolutegravir tedavisi, kemoterapi ajanları ile kombinasyon olacak şekilde başlandı ve bu tedavi ile üçüncü ayda viral baskılanma sağlandı. Olguya 4 kür kemoterapi verildikten sonra tekli rejim talebi oldu. HLA-B5701 ve integraz direnci negatifliği görüldükten sonra takibinin 12. ayında dolutegravir-abakavir-lamuvidin tedavisine geçildi. Viral baskılanma sağlanan olgumuz düzenli şekilde poliklinik takiplerini sürdürmektedir.

Sonuç: Burkitt lenfoma yetişkin NHL'nin %1-2'sini oluşturduğu genel popülasyonla karşılaştırıldığında, HIV pozitif hastalarda, literatüre bağlı olarak AIDS'i tanımlayan lenfomaların %10-35'ini oluşturmaktadır. Kombine antiretroviral tedavinin kullanılmasından bu yana, HIV enfeksiyonu olanlarda NHL insidansı önemli ölçüde azalmıştır. Olgumuzda da olduğu gibi AIDS tanımlayıcı malignitesi olanlarda (diffüz büyük B-hücreli lenfoma, Burkitt lenfoma, Kaposi sarkomu, primer santral sinir sistemi lenfoması, servikal karsinom ve diğer tüm non-Hodgkin lenfomalar) anti-HIV testinin istenmesi erken tanı, etkili HIV ve malignite tedavisi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Burkitt lenfoma, HIV, AIDS

[PS-068]

Bruselloza Bağlı Epididimoorşit Olgusu

Emine Parlak, Mehmet Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Bruselloz ülkemizde endemik olup daha sık Doğu Anadolu, İç ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir. Tüm organ ve sistem tutulumlarına ait semptom ve bulgular olabilmektedir. Değişik klinik şekillerde ortaya çıkarak birçok hastalığı taklit edebilir. Kas iskelet tutulumundan sonra ikinci en sık tutulum genitoüriner sistemdir. Genitoüriner tutulum, epididimit, orşit, epididimoorşit, prostatit, sistit, pyelonefrit, interstisyal nefrit, eksüdatif glomerulonefrit, seminal vesikülit, renal and testikuler apse şeklindedir. Genitoüriner brusellozun en önemli komplikasyonu epididimoorşitdir. Ateş, terleme, iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı, eklem ağrıları, baş ağrısı, testislerde şişlik ve ağrı gibi bulgularla kendini gösterir. Genitoüriner brusellozu olan hastanın kliniğini, laboratuvar bulgularını, tedavi ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu: Elli sekiz yaşında erkek hasta, iki haftadır ateş, titreme, testiste şişlik, genel vücut ağrısı ve terleme şikayetleri ile yatırıldı. Kabul sırasında vital bulguları ateş 38,7 °C, kan basıncı 150/90 mmHg ve nabız 80 atım/min idi. Fizik muayenesinde karaciğer kot altından 2 cm, dalak 1 cm palpabl idi. Öyküsü derinleştirildiğinde öncesinde sağlıklı olduğu, hayvancılıkla uğraştığı, süt ve süt ürünleri tükettiği öğrenildi. Laboratuvar bulgularında; lökosit: 93900/mm^3 (nötrofil: %76,5, monosit: %8,1), hemoglobin 12,5 g/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 62 mm/saat ve C-reaktif protein: 144 mg/l idi. Biyokimyasal testlerinden AST: 36 IU/l, ALT: 46 IU/l idi. BUN: 23,83 mg/dl, kreatinin 1,07 mg/dl bulundu. Rose Bengal lam aglütinasyon testi pozitif, ELISA brusella IgG, IgM pozitif, Wright tüp aglütinasyon testi 1/640 titrede pozitif idi. Skrotal ultrasonografisinde sol epididimoorşit tespit edildi. Doksisiklin 2x100 mg ve rifampisin 1x600 mg başlandı. Tedavi ile birlikte şişlik geriledi. Antibiyoterapi sonrası tamamen düzeldi. Tedavi altı haftaya tamamlanarak kesildi. Tedavi sonrasında tam iyileştiği görüldü. Kontrollerinde relaps gelişmedi.

Sonuç: Brusellozun en sık görülen genitoüriner sistem komplikasyonu epididimoorşittir. Genelde hastalığın akut döneminde görülür. Genelde medikal tedaviye yanıt alınır. Endemik bölgelerde orşit, akut, kronik enfeksiyon ve testiküler kitle ayırıcı tanısında bruselloz mutlaka olmalıdır. Skrotal şişme, ağrı, kızarıklık, ateş ve terleme en sık görülen semptomlardır. Anamnezde meslek, hayvan teması ve yeme alışkanlığı mutlaka sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, epididimoorşit, testiküler kitle

[PS-069]

Karbapenem Dirençli *Klebsiella pneumoniae*'nin Etken Olduğu Beyin Apsesi: Bir Olgu Sunumu

Tamer Tunçbilek[1], Çağlar Kavak[2], Birol Şafak[3], İlknur Erdem[2]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Tekirdağ

[2]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

[3]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

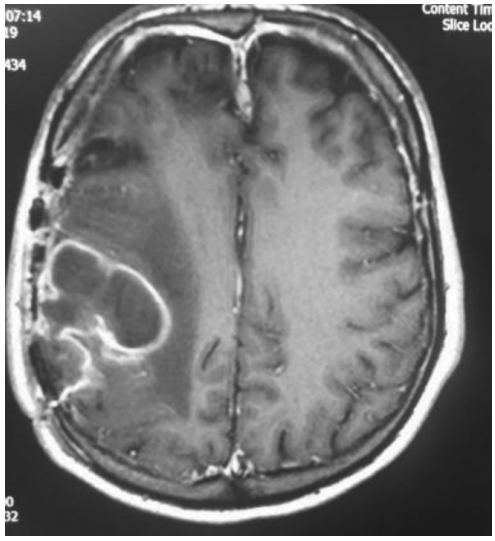
Giriş: Karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae* (KDKP) suşları ile gelişen enfeksiyonlar, antibiyotik tedavi seçeneklerinin sınırlı olması nedeni ile tedavisi zor ve yüksek mortalite ile seyreden enfeksiyonlardır. En sık görülen enfeksiyonlar pnömoni, kan dolaşım enfeksiyonu ve idrar yolu enfeksiyonlarıdır. KDKP enfeksiyonlarının tedavisinde tedavi rejimleri net olarak belirlenebilmiş değildir, yayınlar kombinasyon tedavilerini destekleyicidir. Monoterapi alan olgularda tedavi başarısızlığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Tedavide önerilen kolistin, tigesiklin, fosfomisin ile kombinasyonlar veya bu antibiyotiklerden en az birisi ile karbapenem kombinasyonlarıdır. Karbapenem MIC değeri <=8 mg/l µg/ml ise karbapenem kombinasyon sonuçlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Burada KDKP'nin etken olduğu ve başarılı olarak tedavi edilen bir beyin apsesi olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi altı yaşında erkek hasta, dış merkezde akut subdural hematom operasyonu sonrasında serebral apse tanısı ile 2. operasyonunu olmuş. Hasta 2. operasyon sonrası ateş yüksekliği olması üzerine beyin apsesi tanısı ile opere edilmek üzere hastanemize gönderilmiş. Multipl apseleri olan hastada (Şekil 1) ultrason eşliğinde apse lokalize edilip drenaj yapıldı, kapsülotomi uygulandı. Hastaya meropenem (3x2 g, İV) ve vankomisin (2x1 g, İV) başlandı. Operasyonda alınan apse materyali mikrobiyoloji ve patolojiye gönderildi. Bu tedavinin 3. gününde apse kültüründe KDKP ürediği bildirildi. Bakterinin meropenem MIC değeri >=16 µg/ml, kolistin MIC değeri 1 µg/ml idi. Disk difüzyon sonuçlarına göre amikasin, tigesiklin ve trimetoprim-sulfametoksazol duyarlı idi. Hastanın tedavisi meropenem (3x2 g, İV) + kolistin (4x150 mg, İV) + tigesiklin (1x100 mg, İV yükleme sonrası 2x50 mg, İV) olarak düzenlendi. Erken postoperatif dönemde MR'de loj içi hipointens görüntünün ve etrafındaki kontrastlanmanın azaldığı görüldü. Patolojiye gönderilen raporda sağ parietal lobda apse alanları içeren doku fragmanlarının görüldüğü bildirildi. Takiplerinde elektrolit bozukluğu (hipomagnezemi, hipofosfatemi, hipokalsemi, hipopotassemi) gelişen hastada elektrolit bozukluğunun kolistine bağlı olabileceği düşünüldü. Tedavinin 41. gününde kolistin kesildi, fosfomisin (4x4 g, İV) başlandı, meropenem ve tigesiklin devam edildi. Postoperatif 2. ayda çekilen MR'de apse lojunun belirgin olarak küçüldüğü, çevresel ödemin

ve kontraslanmanın belirgin olarak azaldığı görüldü. Tedavisi 68. günde (fosfomisin 28. günde) kesilen hasta ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi. Üç aydır ayaktan takip edilmekte olan hastanın genel durumu iyidir. Bir ay önceki MR'de sağ frontoparietalde ensefalomalazi alanları görüldü.

Sonuç: KDKP enfeksiyonlarının tedavisinde kombinasyon tedavisi önerilmektedir; ancak hangi antimikrobiyal kombinasyonların düzenlenmesi ile ilgili prospektif klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Beyin apsesi, karbapenem direnci, *K. pneumoniae*



Şekil 1. Olgunun hastanemize gelişindeki ilk manyetik rezonans bulguları. Multipl, lobüle, irregüler kontrast tutan apse formasyonu. Komşu kemikte trabekülasyon kaybı, frontal durada kontrast tutulum ve kalınlaşma görülmekte

[PS-070]

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesinde Takip Edilen Gebelerde Toksoplazma Seroprevalans ve IgG Avidite Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Roshan Hoshyar Baban[1], Kaya Süer[2], Meryem Güvenir[3], Emrah Güler[1], Emine Ünal Evren[4], Hakan Evren[4], Nedim Çakır[2]

[1]*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa*

[2]*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa*

[3]*Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Lefkoşa*

[4]*Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Girne*

Giriş: Toksoplazmoz genellikle asemptomatik seyreden, tüm organları etkileyebilen, *Toxoplasma gondii*'nin neden olduğu protozoal bir enfeksiyondur. *T. gondii*'nin tanısında mikroskopik olarak gösterilmesi veya kültürde üretilmesi çok zor olduğu için serolojik yöntemler tercih edilmektedir. Akut toksoplazmoz geçiren kişilerde ortaya çıkan IgM antikorları serumda çok uzun süre ile pozitif olarak saptanabilir. Bu durum yanlış akut enfeksiyon tanılarına yol açmaktadır. Yapılan araştırmalarda, düşük aviditenin sonuçları son 3-4 ay içinde enfeksiyonun ortaya çıktığını, yüksek avidite sonuçlarının ise en az 6 ay önce enfeksiyonun meydana geldiğini göstermektedir. Akut ve kronik toksoplazmozun ayırıcı tanısında avidite testleri kullanılmaktadır. Çalışmamızda hastanemizde takip edilen gebelerde toksoplazma seroprevalansı ve avidite değerlerini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 2015-2018 yılları arasında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran gebelerin toksoplazma testleri retrospektif olarak incelendi. 1.348 sağlıklı gebenin Toksoplazma immünglobülin M (Toxo IgM) ve Toksoplazma immünglobülin G (Toxo IgG) antikor sonuçları retrospektif olarak mikrobiyoloji laboratuvarı kayıtlarından incelendi. Tokso IgM ve Tokso IgG antikorları ELISA (Abbott i1000) ile çalışıldı. Akut ve kronik toksoplazmozun ayırıcı tanısı gereken gebelerde Toksoplazma immünglobülin G avidite (Tokso IgG avidite) testleri ELISA ile yapıldı.

Bulgular: Bu çalışmada, gebelerin ortalama yaşı 29,03±5,095, 572'sinin (%42,4) KKTC, 746'sının (%55,3) Türkiye ve 30'unun (%2,3) diğer ülkeler uyruklu olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada gebe kadınlarda Toxo IgM pozitifliği %1,4, Toxo IgG pozitifliği %17,5 olarak saptanmıştır. Toxo IgG düşük avidite pozitifliği sadece bir gebe kadında saptanmıştır. **Sonuç:** Çalışmamızda gebe kadınlarda Toxo IgG pozitifliği; %17,5, Toxo IgM; %14 ve Toxo IgG aviditesi; yüksek avidite: %75, sınırda avidite: %16,7 ve düşük avidite: %8,3 olarak bulundu. Çalışmanın sonucunda tokso IgG pozitifliği oranları birçok ülkeye göre düşük olarak saptandı.

Anahtar Kelimeler: Avidite, seroprevalans, toksoplazmoz

[PS-071]

Chlamydia trachomatis Tonsilliti Olgu Sunumu

Kaya Süer[1], Sebine Teymurova[2], Meryem Güvenir[3], Emrah Güler[5], Emine Ünal Evren[4], Hakan Evren[4], Nedim Çakır[1]

[1]*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa*

[2]*Azerbaycan Tıp Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bakü, Azerbaycan*

[3]*Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Lefkoşa*

[4]*Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Girne*

[5]*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa*

Giriş: Tonsillit tablosu rutin olarak polikliniklerde sıklıkla karşılaşılan klinik bir tablodur. Ancak anamnezdeki özellikler nedeni ile ayırıcı tanı daha dikkatli yapılmalıdır. Tonsillit kliniği gösteren hastalarda antibiyotik tedavisine başlanmadan önce alınan iyi bir anamnez ve sistemik muayene yapılmasının önemini vurgulamak açısından, bir *Chlamidya trachomatis* tonsilliti olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu: Ateş, boğaz ağrısı, yutkunma güçlüğü ve halsizlik şikayeti ile özel bir kliniğe giden hastaya bakteriyel tonsillit ön tanısı ile sulbaktam-ampisilin oral olarak başlanmış. Yedi günlük tedavinin sonucunda klinik olarak şikayetleri devam eden hasta başka bir özel kliniğe başvurmuş. Hastaya tekrar bakteriyel tonsillit tanısı konularak bu kez seftriakson 2x1 1 gr IM olarak başlanmış. Seftriakson ile başlanan tedavinin beşinci gününde hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Yirmi üç yaşındaki erkek hasta, şikayetinin 12. gününde kliniğimize başvuran hastanın alınan detaylı anamnezinde dikkat çeken bilgi, kişinin homoseksüel olduğu ve partnerinde ise yakın zamanda *Chlamidya trachomatis* üretriti tanısının konulmuş olmasıydı. Hastanın fizik muayenesinde tonsil ve tonsil dışında membranöz eksüdatif lezyonlar

yanında servikal lenfadenopatileri saptandı. Hastanın tam idrar tetkikinde nadir lökosit saptandı. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde: Lökosit 15,27x10^3/ul, nötrofil %81,14, lenfosit %9,45, monosit %9,41, Trombosit: 312x10^3/ul, ALT: 39 U/l, AST: 62 U/l, LDH: 239 U/l, CRP: 19,18 mg/dl, Sedimentasyon: 39 mm/saat, Strep A antijen testi negatif, boğaz kültüründe normal boğaz florası saptandı. Hastanın anamnezindeki bilgiye bağlı olarak alınan nazofarengeal örnek *Chlamydia trachomatis* açısından değerlendirildi. PCR yöntemi ile hastada *Chlamidya trachomatis* pozitif olarak saptandı. Hastanın tedavisine doksisiklin tablet 100 mg 2x1 oral olarak başlandı. Takibinin 1. haftasında ateş kontrol altına alındı, tonsillerdeki klinik tablo geriledi ve hastanın genel durumunun düzelmesi üzerine taburcu edildi.

Sonuç: Yıllar içerisinde değişen seksüel davranışlar nedeniyle cinsel yolla bulaşan etkenlerin saptandığı anatomik alanlarda değişiklikler görülmektedir. Membranöz eksüdatif tonsillit ayırıcı tanısında bakteriyel etkenler yanında hastanın anamnezindeki özellikler nedeniyle etken mikroorganizmanın saptanması yol gösterici olabilir. Bakteriyel tonsillit ön tanısı ile tedaviye başlanmadan önce alınan detaylı anamnez, hastanın sistemik muayenesinin eksiksiz olarak yapılması ve rutin laboratuvar incelemelerinin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Chlamydia trachomatis*, tonsillit

[PS-072]

Primer Psoas Apsesi: Bir Olgu Sunumu

Handan Alay, Fatma Kesmez Can, Nagihan Bülbül Çolak, Mehmet Parlak, Emine Parlak, Kemalettin Özden

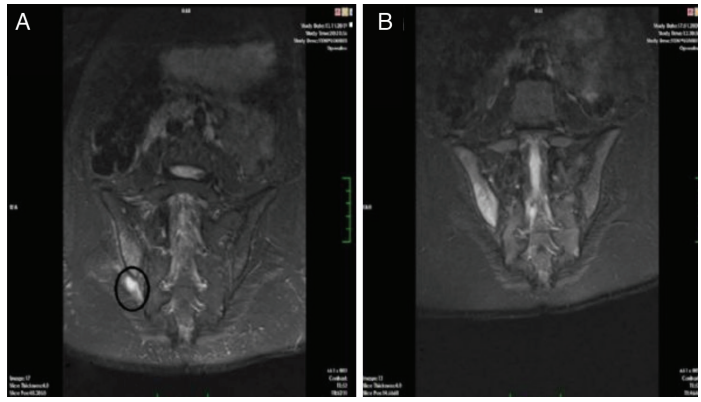
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Psoas apsesi tipik klinik bulgusu olmayan, tanıda ileri görüntüleme tekniklerine ihtiyaç duyulan bir enfeksiyon hastalığıdır. Primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Sekonder psoas apsesi genellikle yatan bir hastalıkların komplikasyonu olarak görülürken, primer psoas apsesinin en sık sebebi *Staphylococcus aureus*'tur. Genellikle vücudun başka bir bölgesindeki enfeksiyon odağından hematojen yayılım sonucu gelişir. Bu çalışmada altta yatan kronik hastalığı olmayan, ateş yüksekliği ve kalça tutukluğu şikayetiyle başvuran ve psoas kasında apse tespit edilen bir olgu sunduk.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 5 ay önce vajinal yolla doğum yapan, 19 yaşında kadın hasta yaklaşık 4 gündür olan titremeyle yükselen ateş, bulantı, kusma ve bel ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde genel durum orta, oryante-koopereydi. Ateş yüksekliği 38 °C, tansiyon arteriyel 100/60 mmHg, nabız 115/dk, solunum sayısı 22/dk idi. Hastanın servikal ve aksiller bölgede milimetrik lenfadenopatisi vardı. Diğer sistem bulguları normaldi. Laboratuvarında; beyaz küre 4.160/ul (%80 NE), hemoglobin 11 g/dl, trombosit 167.000/ul, C-reaktif protein (CRP) 187 mg/l, procalsitonin 6,8 ng/ml, sedimentasyon 76 mm/sa, AST 165 U/l, ALT 74 U/l idi. Takiplerinde ateş yüksekliği devam eden hastadan kan kültürleri alındı. Hastaya ampirik olarak seftriakson 2×1 gr IV tedavisi başlandı. Hastaya enfektif endokardit şüphesiyle EKO yapıldı, normal olarak geldi. Yataktan kalkamayacak kadar şiddetli bel ağrısı olması nedeniyle hastaya lumbosakral MR çekildi. MR'de sağ iliopsoas kası içerisinde sakroiliak eklem aralığına uzanım gösteren 18×14 mm ebatlı apse ve sağ sakroileit saptandı. Girişimsel radyoloji tarafından apse materyalinin drenajı uygun görülmedi. Apse etiyolojisinin araştırılmasına yönelik brucella aglütinasyon testi, PPD ve quantiferon istendi. Hastanın alınan kan kültürlerinden 2 tanesinde metisilin duyarlı *S. aureus* üremesi oldu. Brucella test sonuçları negatif, PDD 2 mm ve quantiferon tüp 2 pozitif olarak sonuçlandı. Seftriakson tedavisi altında hastanın bel ağrısı geriledi, ateş, CRP, sedimentasyon ve procalsitonin değerleri normal sınırlara geldi. Parenteral tedavisi 4 haftaya tamamlanan hasta oral tedaviyle (sodyum fusidat 3x500 mg + siprofloksasin 2x500 mg tablet) taburcu edildi. Tedavinin 2. ayında çekilen MR'de apse odağının kaybolduğu görüldü.

Sonuç: Psoas apsesi kliniğinin spesifik olmaması ve nadir görülen bir durum olması nedeniyle tanıda zorluklara neden olabilmektedir. Ateş yüksekliği ve bel ağrısı olan hastalarda mutlaka görüntüleme teknikleri ile apse ve kemik tutulumları araştırılmalıdır. Endemik bölgelerde *M. tuberculosis* ve *Brucella* türlerinin de etken olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Staphylococcus aureus*, psoas apsesi, primer enfeksiyon



Şekil 1. A) Sağ iliopsoas kasta apse görünümü. B) tedavi ikinci ayında apse gerilemesi

[PS-073]

Nefrektomi ile Sonlanan Bir Pyelonefrit Olgusu: Karbapeneme Dirençli *Klebsiella pneumoniae*

Esma Eren[1], Recep Civan Yüksel[2], İlhami Çelik[1]

[1]*Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Kayseri*

[2]*Kayseri Şehir Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Kayseri*

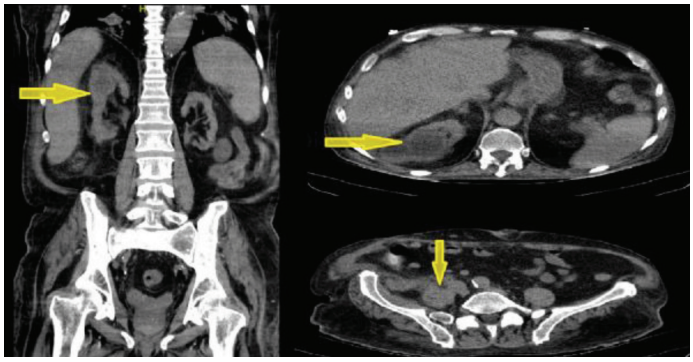
Giriş: Karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae*'nin etken olduğu sağlık bakım ilişkili enfeksiyonlar son yıllarda giderek artmaktadır. Artan çoklu ilaç direncine bağlı olarak tedavi seçenekleri çok sınırlıdır. Uzun süre hastanede yatış, geniş spektrumlu antibiyotik almış olmak, santral venöz kateter varlığı ve hemodiyalize girmek bu enfeksiyonlar için risk faktörleridir (1). Tedavi seçeneklerinin kısıtlı ve etkinliklerinin değişken olması nedeni ile bu enfeksiyonların prognozu kötüdür (3). Biz burada karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae*'ye bağlı pyeonefrit ve perirenal apse gelişen bir olguyu sunmaktayız.

Olgu: Altmış üç yaşında erkek hasta, sağ subklavyen kalıcı kateterden hemodiyalize girdiği sırada ateşi ve hipotansiyonu olması üzerine hastaneye yatırılmıştır. Hipertansiyona bağlı kronik böbrek yetmezliği tanısı ile on yıldır hemodiyaliz öyküsü vardır. Başvurusundan 1 ay önce üriner sistem enfeksiyonu nedeni ile ertapenem tedavisi almıştır. Hastada yapılan tetkiklerde kreatinin: 6,9 mg/dl, ALT: 20 U/l, hemoglobin: 6,8 g/dl, beyaz küre: 3.720 103/µl, Plt: 59 103/µl ve prokalsitonin: 10,8 103/µl bulunmuştur. Batın ultrason tetkikinde sağ böbrekte pyelonefrit saptanması üzerine meropenem 500 mg/gün başlanmıştır. Takibinde ateşi devam eden ve klinik

yanıt alınamayan hastaya batın BT çekilmiştir ve sağ böbrek üst kısımda perirenal alanda apse saptanmıştır (Şekil 1). Ultrason eşliğinde drenaj kateteri takılan hastanın gönderilen apse örneğinde Karbapeneme dirençli *K. pneumoniae* üremesi olmuştur. Kolistin 75 mg/gün tedavisi eklenen hastada 7. günde klinik yanıt alınamamıştır ve kan kültüründe Karbapeneme dirençli *K. pneumoniae* üremesi olmuştur. Üroloji tarafından açık ameliyat ile yıkama planlanan hastanın operasyon sırasında apsenin yayıldığı tüm böbreği sardığı görülmüş olup, odak kontrolü amacıyla nefrektomi + yıkama işlemi yapılmıştır. Tedavisi 20. günde devam eden hastanın hemodinamisi stabil seyretmektedir.

Sonuç: Karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae*'ye bağlı enfeksiyonlar ağır morbidite ile seyreden sağlık bakım ilişkili enfeksiyonlardır. Tedavisi oldukça zordur ve neden olduğu komplikasyonlar nedeni ile maliyeti de yüksektir. Enfeksiyon kontrol önlemlerine dikkat edilmeli, karbapenem kullanımı kısıtlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karbapenem direnci, pyelonefrit, sağlık bakım ilişkili enfeksiyonlar



Şekil 1. Perirenal apsenin batın bilgisayarlı tomografi görüntüsü

[PS-074]

İmmünosüprese Konakta Gelişen *Lophomonas blattarum* Pnömonisi

Melike Demir[1], Hüseyin Aytaç Erdem[1], Orçun Zorbozan[2], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1], Hüsnü Pullukçu[1], Seray Töz[2], Nevin Turgay[2], Mehmet Sezai Taşbakan[3]

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

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı, İzmir

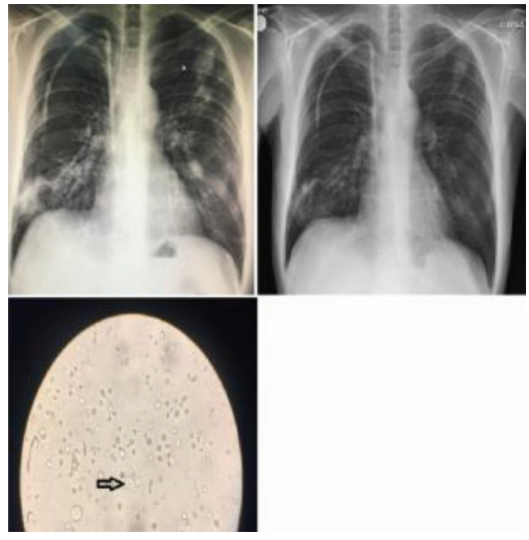
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Bronkopulmoner protozoon enfeksiyonlarının sıklığı son yıllarda immün yetmezlikli hastaların sayısındaki artışa bağlı olarak artmıştır. Bu posterde immünsüprese konakta gelişen *L. blattarum* pnömonisi sunulmuştur.

Olgu: Kırk iki yaşında erkek hasta non-hodgkin lenfoma nedeniyle kemoterapi öyküsü olup izlemde gelişen miks selüler hodgkin lenfoma nedeniyle otolog kök hücre nakli, sonrasında relaps hodgkin lenfoma sebebiyle kemoterapi, radyoterapi almış, allojenik kök hücre nakli yapılmıştır. İzleminde deri akciğer graft-versus-host hastalığı (GVHH) gelişmiştir. Fungal pnömoni nedeniyle vorikonazol başlanmıştır. Nefes darlığı, kahverengi balgam yakınmasıyla acil servise başvurmuştur. Akciğer yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisinde (YRBT) ayırıcı tanıda *Pneumocystis jirovecii (P. jirovecii)* pnömonisi (PCP), fungal pnömoni ve GVHH olması üzerine, immünsüprese konakta gelişen pnömoni ön tanısıyla göğüs hastalıkları servisi izlemine alındı. Oksijen desteğine rağmen hipoksemik seyreden hastaya ampirik olarak meropenem 3x1 gr, trimetoprim sulfametoksazol 3x5 mg/kg/gün, gansiklovir 2x5 mg/kg/gün başlandı. Vorikonazol tedavisine devam edildi. Etkenin saptanabilmesi için hastanın sağ akciğer orta lobundan bronkoalveolar lavaj (BAL) yapıldı, bakteriyoloji, mikoloji, mikobakteriyoloji, parazitoloji, seroloji ve patolojiye gönderildi. Bakteriyolojik üremesi olmayan hastanın parazitoloji direkt bakısında *P. jirovecii* görülmemesi üzerine trimetoprim-sulfametoksazol tedavisi kesildi. Kanda CMV-DNA 449600 pozitif ve BAL'de CMV-DNA pozitif saptandı, klinik şüphe doğrultusunda başlanmış olan gansiklovir tedavisine devam edildi. İzlemde solunum sıkıntısı azaldı, efor kapasitesinde artış görülen hastanın 12. gün çekilen kontrol akciğer grafisinde yeni gelişen nodüler lezyonlar nedeniyle YRBT tetkiki tekrarlandı, önceki tetkik ile kıyaslandığında her iki akciğer alt lobta takipte yeni gelişen konsolidasyon sahaları ve parankimal infiltrasyonlar yanı sıra alt lob süperiyorda ve üst loblarda hafif düzensiz konturlu çevresinde buzlu cam alanları da barındıran parankimal infiltrasyonlar izlenmiş olup görünüm atipik ve fırsatçı enfeksiyonlar lehine değerlendirilmiştir (miks tipte CMV ve fungal enfeksiyon?) olarak raporlanması üzerine bronkoskopi tekrarlandı. Sol akciğer üst lobdan alınan BAL örneğinin parazitolojik incelemesinde *L. blattarum* trofozoitleri görüldü. Tedaviye metronidazol tablet 3x500 mg olarak eklendi. Ampirik olarak başlanmış olan meropenem tedavisi 14. günde sonlandırıldı, gansiklovir 21 gün sonunda oral tedaviye geçildi. Metronidazol sonrası akciğer grafisinde regresyon ve kliniğinde belirgin düzelme görülen olgu 14 günlük tedaviyle taburcu edildi.

Sonuç: İmmünsüprese hastalarda gelişen pnömonilerin tedaviye rağmen izlemde yeni gelişen enfeksiyon ataklarında bronkoskopik örnekleme önem taşımaktadır. Klinik olarak diğer solunum yolu enfeksiyonlarından ayrılamayan *L. blattarum'nin de* immünosüprese konaklarda akciğer enfeksiyonu etkeni olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *L. blattarum*, immün yetmezlik, metronidazol



Şekil 1. Tedavi öncesi ve sonrası akciğer grafisi ile parazitin mikroskobik görüntüsü

[PS-075]

Kene Temas Öyküsü Olmayan Kırım-Kongo Kanamalı Ateş Olgusu

Pınar Çayıröz[1], Mehmet Umut Çayıröz[2], Betül Nur Bacanak[3]

[1]*Burdur Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Burdur*

[2]*Bucak Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Burdur*

[3]*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Isparta*

Giriş: Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA); ateş yüksekliği, halsizlik, yaygın eklem/vücut ağrısı, ishal, vücudun çeşitli bölgelerinde kanama tablosuyla seyredebilen zoonotik bir hastalıktır. Bu olguda kene temas öyküsü olmayan, hemorajik dönemde başvuran bir KKKA olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi yedi yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan, hayvancılık yapan kadın hasta 5 gündür olan ateş yüksekliği, baş ağrısı, halsizlik, vücut ağrısı, kanlı ishal, bulantı-kusma ve 2 gündür de idrarından kan gelmesi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öncesinde ilçe devlet hastanesi acil servise başvuran hastada üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülmüş hastaya amoksisilin klavulonat ve semptomatik tedavi reçete edilmişti. Şikayetleri gerilememesi üzerine polikliniğimize başvuran hastanın fizik muayanede ateşi 38,3 °C idi. Bilateral yanaklarda ve sırtta makülopapüler döküntüsü mevcuttu. Diğer sistem muayaneleri olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 13,77 g/dl, lökosit: 1.600/mm³, nötrofil: 790/mm³ (%49,49), lenfosit: 530/mm³ (%32,83), trombosit: 81.170/mm³, AST: 328 U/l, ALT: 180 U/l, LDH: 808 U/l, CK: 1.582 IU/l, CRP: 1,3 mg/l, tam idrar tahlili: 805 eritrosit, +3 hemoglobin, brusella Rose Bengal: negatif, olası viral enfeksiyonlar açısından istenilen CMV, toksoplazma, rubella IgM negatif; CMV, toksoplazma, rubella IgG pozitif; HBsAg negatif, antiHBc IgM negatif, ant-HBs negatif, anti HAV IgM negatif, anti HAV IgG negatif, anti HCV negatif, anti HIV negatif, EBV VCA IgM negatif, VCA IgG pozitif, EBNA IgG negatif bulundu. Hastanın öyküsünde kene teması bulunmamakla birlikte ateş yüksekliği, kanama ve döküntüsü olan hastada mevcut laboratuvar bulgularıyla birlikte Kırım-Kongo kanamalı ateşi olabileceği düşünülerek serum örneği alındı ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarı Daire Başkanlığı'na gönderildi. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı Süleyman Demiral Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne sevk edildi. Hastanın KKKA PCR sonucu pozitif olarak geldi. On gün serviste yatarak takip edilen, semptomatik tedavi verilen, takiplerinde kanama şikayeti gerileyen kontrol hemoglobin: 11,9 g/dl, lökosit: 4.700/mm³, nötrofil: 2.400/mm³ (%51,2), lenfosit: 1.700/mm³ (%35,9), trombosit: 234.000/mm³, AST: 49 U/l, ALT: 105 U/l olan hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: KKKA hastalarının sadece %60'ında kene temas öyküsü alınabilmektir. Olgumuz 2019 yılında Burdur ilinde görülen sporadik iki olgudan biri olup; kene temas öyküsü olmayan fakat hayvancılıkla uğraşan ve ateş yüksekliği, kanama bulguları ve döküntü ile başvuran hastalarda KKKA da ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kırım-Kongo kanamalı ateşi, kene teması, hayvancılık

Tablo 1. Olgunun laboratuvar takibi sonuçları

Parametreler	1. gün	4. gün	5. gün	Taburculuk 10. gün	1. ay kontrol
Lökosit	1.600/mm³	2.600/mm³	3.300/mm³	4.700/mm³	6.970/mm³
Nötrofil	790/mm³ (%49,49)	1.200/mm³ (%45,9)	1.300/mm³ (%39,8)	2.400/mm³ (%51,2)	4.060/mm³ (%58,35)
Lenfosit	530/mm³ (%32,83)	1.100/mm³ (%42,2)	1.500/mm³ (%46,6)	1.700/mm³ (%35,9)	2.180/mm³ (%31,35)
Hemoglobin	13,77 g/dl	11,6 g/dl	12,6 g/dl	11,9 g/dl	12,77 g/dl
Trombosit	81.170/mm³	97.000/mm³	129.000/mm³	234.000/mm³	215.000/mm³
ALT	180 U/l	384 U/l	318 U/l	105 U/l	37 U/l
AST	328 U/l	450 U/l	266 U/l	49 U/l	29 U/l
LDH	808 U/l	612 U/l	-	-	224 U/l
CK	1.582 IU/l	133 IU/l	-	-	65 IU/l
PT	11,4 sn	10,7 sn	10,2 sn	10,6 sn	-
aPTT	26,1 sn	29,3 sn	29,6 sn	25,2 sn	-
INR	1,14	-	-	-	-
CRP	1,3 mg/l	-	-	-	1 mg/l

ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, LDH: Laktat dehidrogenaz, CK: Kreatin kinaz, INR: International normalized ratio, aPTT: Aktive parsiyel tromboplastin zamanı, PT: Protrombin zamanı, CRP: C-reaktif protein

[PS-076]

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Düşünülen Hastada Kan Kültüründe Bir Zoonoz Çıktı

Emine Parlak, Zülal Özkurt, Fatma Can, Ayşe Albayrak, Handan Alay, Mehmet Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Kırım-Kongo kanamalı ateşinin (KKKA) dünya coğrafyasında en sık görülen viral kanamalı ateştir. Etkeni, Bunyaviridae ailesinin Nairovirüs cinsine mensup bir RNA virüsüdür. Virüs insanlara enfekte kenelerin tutunması ile veya viremik hayvanlara ait kan, doku ve vücut sıvıları ile temasla veya nasokomiyal bulaşır. Bruselloz hayvanlardan insanlara Brucella grubu bakteriler ile bulaşan bir hastalıktır. Dünyada yaygın olarak görülen ve bölgemizde de endemik olarak görülen önemli bir zoonozdur. Bruselloz farklı sistemleri tutabilir. Bel ağrısı ve yüksek ateş şikayeti ile endemik bölgeden geldiği için KKKA ön tanısı kliniğe başvuran bir hasta sunulmuştur. Birçok hastalığı taklit edebilen brusellozun, KKKA ayırıcı tanısında da akılda tutulmasını vurgulamak için bu olguyu paylaştık.

Olgu: Kırk beş yaşında erkek hasta yüksek ateş ve bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastada kene tutunma öyküsü yoktu. Yapılan vücut taramasında kene tespit edilmedi. Hastanın Mayıs ayında endemik bölgeden gelmesi nedeni ile KKKA düşünüldü. KKKA için Erzurum Halk Sağlığı Kurumu'na serum örneği gönderildi. Fizik muayenesinde şuur açık, oryantasyon ve kooperasyon tamdı. Vücut sıcaklığı 39 °C, nabız 100/dk, tansiyon arteriyel 110/60 mm/Hg bulundu. Karaciğer orta klavikuler hatta kosta altından 1-2 cm, dalak 3-4 cm ele geliyordu. Laboratuvar tetkikleri incelendiğinde beyaz küre: 5.890/mm³, trombositler: 200.000/mm³, hemoglobin: 13,9 g/dl, aspartat transaminaz: 75U/l, alanin transaminaz: 60 U/l, kreatin kinaz: 919 µ/l, laktat dehidrogenaz: 437 U/l, sedimentasyon: 46/saat, C-reaktif protein: 118 mg/l idi. Rose-Bengal testi pozitif bulundu. *Brucella* aglütinasyon titresi 1/360 tespit edildi. KKKA virüs PCR sonucu negatif olarak geldi. Kan kültüründe *Brucella* spp. üredi. Radyolojide MR'de spondilit tespit edildi. Tetradox ve streptomisin başlandı. Kulakta çınlama başladı. Tedavisi tetradox, rifampisine değiştirildi. Ağrıları azaldı. Sonraki takiplerinde kliniği tamamen düzeldi.

Sonuç: Hastanın hayvancılık mesleği, ateş yüksekliği, bel ağrısı olması ve endemik bölgeden gelmesi nedeni ile yatışta KKKA düşünüldü. KKKA testlerinin negatif gelmesi nedeni ile Bruselloz araştırıldı. Bruselloz önemli bir enfeksiyon hastalığıdır. Endemik bölgelerde ateş yüksekliği, eklem ağrıları, hematolojik bulgular, değişik sistem tutulumlarında ayırıcı tanıda bruselloz düşünülmelidir. KKKA ayırıcı tanıları içinde bruselloz bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Kırım-Kongo kanamalı ateşi, zoonoz

[PS-077]

İntegraz İnhibitörleri Yaşlanmakta Olan HIV Hastalarında İyi Bir Seçenek Olabilir

Yasemin Akkoyunlu[1], Abdurrahim Koçyiğit[2], Eray Metin Güler[2], Gülay Okay[1], Turan Aslan[3]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

[3]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş: HIV pozitif hastalarda integraz inhibitörü içeren antiretroviral tedavinin oksidatif stres değerleri ve tiyol-disülfit homeostazı üzerine etkisininin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne başvuran 30 tedavi naif HIV pozitif hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalardan antiretroviral tedavi öncesi (grup 1) ve tedavinin 6. ayında (grup 2) olmak üzere 2 defa serum alındı. Otuz yaş eşleştirmeli sağlıklı gönüllü (grup 3) kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. Serum total antioksidan durum (TAD), total oksidatif durum (TOD) otomatize ölçüm yöntemi ile saptandı. Serum malondialdehit (MDA) and protein karbonil (PK) içerikleri spektrofotometrik olarak ölçüldü. Oksidatif stres indeksi (OSİ) ve disülfit seviyeleri matematiksel olarak hesaplandı.

Bulgular: Tedavi öncesi alınan serumlarda TOD, OSI, MDA ve PK değerleri antiretrovirallerin 6. ayındaki değerlere kıyasla anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0,001). Toplam ve native tiyol değerleri HIV hastalarında hem tedavi öncesi hem tedavi sonrası dönemde kontrol grubuna kıyasla belirgin düşük saptandı (p<0,001). HIV hasta grubunda her iki dönemde de PK ve MDA değerleri kontrol grubuna göre yüksek bulundu (p<0,001). Korelasyon analizinde; tedavi naif grupta CD4 T-lenfosit sayısı ile MDA (r=-0,582, p<0,001) ve yaş (r=-0,371, p=0,048) negatif, TAD ise pozitif olarak ilişkiliydi. Kontrol grubunda ise yaş TOD (r=0,421, p=0,023) ile pozitif ilişkili olarak saptandı.

Sonuç: Yaşlanmakta olan HIV pozitif hastalarda uzun süreli kullanım göz önüne alındığında integraz inhibitörleri, yaşa bağlı zaten artmakta olan oksidasyonu diğer antiretrovirallerin aksine azalttığı için iyi bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, integraz inhibitörü, oksitadif stres

Tablo 1. Oksidatif stres ve tiyol-disülfit homeostaz verilerinin ortalamalarının karşılaştırılması

Parametreler	Grup 1	Grup 2	Grup 3
TAS (mmol Trolax Eq/l)	1,87 (±2,56)[a]	2,03 (±2,45)[b]	2,09 (±2,46)
TOS (µmol H_2O_2/l)	20,49 (±5,65)[ab]	12,05 (±4,07)[b]	11,14 (±3,41)
OSİ	24,83 (±18,02)[ab]	10,25 (±5,89)[b]	7,38 (±4,13)
DİS (µmol/l)	27,4 (±107.74)[b]	45,1 (±108,15)[b]	23,3 (±91,86)
MDA (µmol/ml)	18,3 (±6,76)[ab]	10,9 (±6,66)[b]	7,6 (±5,96)
PK (nmol/mg)	1339,9 (±486,75)[ab]	959,1 (±365,48)[b]	911 (±313,15)
TT (µmol/l)	351,7 (±146)[ab]	473,6 (±178,11)[b]	586,7 (±133,22)
NT (µmol/l)	296,9 (±137,97)[ab]	383,5 (±161,05)[b]	540,1 (±136,79)

[a]: p<0,01 grup 2 ile karşılaştırma, [b]: p<0,05 grup 3 ile karşılaştırma

[PS-078]

HPV-DNA Varlığının Mesanenin Ürotelial Karsinomunda Prognostik Değeri: İki Yıllık İzlem Sonuçları

Mehmet Sarıer[1], Nevgün Sepin[2], Meltem Demir[3], Mestan Emek[4], Ahmet Soylu[5], Erdal Kukul[1]

[1]Medical Park Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya
[3]Medical Park Hastanesi, Klinik Biyokimya Kliniği, Antalya
[4]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya
[5]Gözde Akademi Hastanesi, Üroloji Kliniği, Malatya

Giriş: Onkojenik bir virüs olan insan papilloma virüsü (HPV) ile anogenital karsinomlar arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Yalnız, yakın anatomik komşuluğuna rağmen HPV'nin mesanenin ürotelial karsinomu (MÜK) ile ilişkisi tartışmalıdır. Yakın zamanda yapılan meta-analiz ve taze örnekte HPV-DNA araştırılan olgu kontrol çalışmalarında HPV-DNA varlığı ile MÜK arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu klinik çalışmanın amacı HPV (+) MÜK ile HPV (-) MÜK hastalarının izlem sonuçlarını değerlendirmek ve HPV-DNA varlığının MÜK'deki prognostik değerinin ortaya konmasıdır.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak - 30 Kasım 2018 tarihleri arasında Antalya Medical Park Hastanesi Üroloji Kliniği'nde mesanede nüks yada primer mesane tümörü nedeniyle, mesane tümörünün transüretral rezeksiyon operasyonu planlanan hastalardan işlem öncesi ilk işeme idrarında ve üretral sürüntüden PCR ile HPV-DNA araştırıldı. Patolojik evre >=T2 ile mesanenin ürotelial karsinom dışı tümör hastaları çalışmadan çıkartıldı. PCR sonuçlarına göre hastalar 2 gruba ayrıldı. Takipleri kliniğimizde düzenli yapılan HPV-DNA (+) 19 MÜK hastası ile HPV-DNA (-) 38 MÜK hastası tümör rekürrensi ve progresyon açısından değerlendirildi.

Bulgular: İki grup arasında yaş, takip süresi, sigara öyküsü ve tümör evresi açısından fark yoktu (sırasıyla, p=0,576, p=0,368, p=0,054 ve p=0,454) (Tablo 1). Takipler sonucunda 19 HPV (+) MÜK hastanın %47,3'ünde en az bir kez tümör rekürrensi görüldü. Buna karşın 38 HPV (-) MÜK hastada bu oran %36,8'di (p=0,445). Takip süresince 2 gruptaki hastaların tümör derecesi ve klinik evresinde bir değişiklik saptanmadı.

Sonuç: Mesanenin ürotelial karsinomunda HPV-DNA varlığı tümör rekürrensi açısından değerlendirildiğinde oransal olarak kötü prognostik değeri ile dikkat çekmektedir yalnız bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu konuda daha geniş serili ve uzun izlem süreli çalışmalar yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: HPV, mesanenin ürotelial karsinomu, PCR

Tablo 1. Grupların demografik yapısı ve izlem sonuçlarının dağılımı

	HPV (-) MÜK (n=38)	HPV (+) MÜK (n=19)	p değeri
Yaş (yıl)	64,7±11.5	61,4±13,9	0,576
Erkek	%81,5 (31)	%89,4 (17)	-
Kadın	%18,5 (7)	%10,6 (2)	-
Sigara öyküsü	%55,2 (21)	%78,9 (15)	0,054
Yüksek dereceli tümör	%47,4 (18)	%57,9 (11)	0,454
Düşük dereceli tümör	%52,6 (20)	%42,1 (8)	-
Klinik evre pTa	%50,0 (19)	%68,4 (13)	-
Klinik evre pT1	%50,0 (19)	%31,6 (6)	-
Rekürrens	%36,8 (18)	%47,3 (9)	0,445
Takip süresi (ay)	26,1±6.9	27,5±7,3	0,368

[PS-079]

Palyatif Bakım Ünitesine Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı Gözüyle Bakış

Gülnur Kul[1], Müge Kılıç[2]

[1]Kırıkhan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Hatay
[2]Kırıkhan Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Hatay

Giriş: Palyatif bakımın amacı, hastaların ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi, beslenme desteği, psikososyal destek, hasta konforunun sağlanması ve bakımı, hasta ve ailesinin eğitimi ile hastanın fonksiyonel durumunun artırılmasına odaklı olup, disiplinlerarası bir ekiple bu hizmetin sunulmasıdır. Tercihen bu ekipte iç hastalıkları, tıbbi onkoloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji, nöroloji ve fizik tedavi uzman doktoru bulunması istenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım gerektiren hastalıklar motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer vs), ileri dönem organ yetmezlikleri, tedaviye cevapsız kanserler, çocuklarda genetik/konjenital ilerleyici hastalıklardır. Ayrıca kronik hastalığı olup bakıma muhtaç kişilerde ortaya çıkan enfeksiyon atakları da palyatif bakım ünitelerinde tedavi edilebilmektedir. Çalışmamızda; hastanemiz palyatif bakım ünitesine enfeksiyon hastalıkları uzmanı gözüyle retrospektif değerlendirilme yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında hastanemiz palyatif bakım ünitesine yatan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastane işletim sistemi ve arşiv dosyaları taranarak enfeksiyon odakları, tetkik sonuçları ve taburculuk durumları değerlendirildi.

Bulgular: Hastanemiz palyatif bakım ünitesi 26 yataklı 1. basamak bir birimdir. Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında yaş ortalaması 76 (19-104) olan 197 hasta yatışı yapılmıştır. Hastaların yalnızca 40'ı mevcut kanser tanılarına bağlı olarak oral alımının düzenlenmesi, ağrı yönetiminin sağlanması amacıyla yatırılmıştır. Servisimizde yatışı sırasında enfeksiyon tanısı olan 84 (%42) hasta mevcuttu. Kırk dört hasta pnömoni, 27 hasta üriner sistem enfeksiyonu, 7 hasta dekübit ülseri, 2 hasta gastroenterit, 4 hasta yumuşak doku enfeksiyonu tanısıyla yatırıldı. Mevcut enfeksiyon tanılarına yönelik alınan kültürlerin sonucunda 19 hastada idrar kültüründe, 3 hastada yara kültüründe ve 3 hastada balgam kültüründe üreme gözlendi. Hastaların yatışı ve taburculuklarındaki beyaz küre ve C-reaktif protein değerleri Tablo 1'de görülmektedir. Takibimizdeki 63 hasta tedavisi tamamlanarak taburcu, 10 hasta kendi isteğiyle taburcu ve 11 hasta eks olmuştur.

Sonuç: Dünyada palyatif bakım birimleri ve programları daha çok onkoloji hastalarına odaklanmakta ve çalışmalar bu alanda yoğunlaşmaktadır. Görüldüğü üzere mevcut ekip içinde enfeksiyon hastalıkları uzmanı bulunmamaktadır. Ancak yaşlı nüfus, kronik hastalıklar ve yatağa bağımlı hasta sayısındaki artış malignite dışı hastalarda da palyatif bakım ihtiyacını ve farkındalığını artırmaktadır. Ayrıca mevcut hastalıkları nedeniyle çoklu ilaç kullanımı olan bu hastalarda antibiyotik kullanımının yöntemini de önem arz etmektedir. Enfeksiyon hastalıkları uzmanları olarak bu hastaların tedavilerini yoğun bakım ünitesindeki hastaların tedavileri gibi yakından izlemek hastaların yaşam kalitesini artıracaktır.

Anahtar Kelime: Palyatif bakım ünitesi

Tablo 1. Hastaların yatışı ve taburculuklarındaki beyaz küre ve C-reaktif protein değerleri

	Yatıştaki ortalaması (min-maks)	Çıkıştaki ortalaması (min-maks)
Beyaz küre sayısı	12900x106/l (4900-27800)	8000x106/l (3700-18600)
C-reaktif proteini (normal aralık 0-5 mg/l)	140 mg/l (7-454)	45 mg/l (1-361)

[PS-080]

Entekavir Tedavisine Bağlı Menstruel Siklus Bozukluğu Gelişmiş Bir Olgu

Taliha Karakök, Şerife Altun Demircan, Esra Kaya Kılıç, Sami Kınıklı

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Entekavir kronik hepatit B tedavisinde kullanılan potent bir guanozin analoğu olup yapılan kontrollü çalışmalar sonucunda tedavide etkin ve güvenli olduğu bilinmektedir. Nadiren olgu sunumları şeklinde yan etkileri bildirilen ilacın en sık görülen yan etkileri arasında karaciğer enzim yükseklikleri, baş ağrısı, baş dönmesi, deri döküntüsü yer almaktadır. Literatürde menstruel döngü ve seks hormonları üzerinde etkisi bildirilmemiştir. Burada entekavir tedavisi ile ilişkilendirilen adet düzensizliği (menometroraji) olan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Ailede hepatit B öyküsü olan ve 14 yıldır kronik hepatit B (KHB) tanısı ile takipli hastaya Kasım 2017'de HBeAg (-), anti-HBe (+), AST ve ALT normal, HBV-DNA: 10.500 IU/ml iken karaciğer biyopsisi yapıldı. Biyopside HAİ: 3, evre: 3 saptanması üzerine 1 Aralık 2017'de entekavir tedavisi başlandı. Entekavir tedavisinin birinci ayında hastada adet düzensizliği başlamıştı. Yaklaşık 1,5 yıl süren bu şikayet sonrası hasta jinekoloji polikliniğine başvurmuştu. Yapılan jinekolojik muayenede patolojik bulgusu olmayıp LH, FSH, TSH, prolaktin ve estradiol düzeyleri normal saptanmıştı. Ek ilaç ve madde kullanımı olmayan, jinekolojik muayenesinde ve yapılan tetkiklerinde özellik saptanmayan hastanın bu süre zarfında yaşamındaki tek değişiklik entekavir kullanmaya başlaması idi. İlaç ile birlikte başlayan bu şikayetin ilaca bağlı bir yan etki olabileceği düşünülerek entekavir tedavisi iki yılın sonunda karaciğer enzimleri ve böbrek fonksiyon testleri normal, HBV-DNA (-) iken tenofovir disoproksil (TDF) olarak değiştirildi. Tedavi değişikliğinin beşinci ayında olan hastanın tedavi değişikliği sonrası birinci ayında menometrorajisi normale dönmüş olup şikayeti tamamen gerilemiştir.

Sonuç: Literatürde entekavire bağlı bildirilmiş adet düzensizliği olgusuna rastlanmamış olup adet düzensizliği olan hastalarda entekavirin böyle bir yan etki yapabileceği akılda tutulmalı ve premenopozal dönemde entekavir kullanan KHB hastaları adet düzensizliği açısından sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Entekavir, menstruel siklus

[PS-082]

Enfektif Endokardit Nedeni ile Takipli Hastada Gelişen Dress Sendromu: Olgu Sunumu

Elif Nur Özbay Haliloğlu[1], İrem Akdemir Kalkan[1], Leyla Tatar[2], Mehmet Serhat Birengel[1]

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

[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

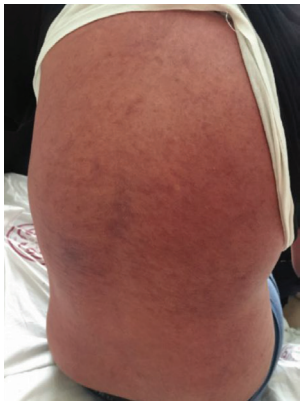
Giriş: DRESS (eozinofili ve sistemik semptomların eşlik ettiği ilaç reaksiyonu) sendromu gecikmiş tip ilaç hipersensitivite reaksiyonudur. Sorumlu ilacın alınmasından 2-7 haftaya kadar DRESS sendromu ortaya çıkabilmektedir. DRESS sendromu insidansı 1/5.000-10.000'dir. Aşağıda enfektif endokardit nedeni ile vankomisin ve piperasilin tazobaktam tedavisi almakta olan hastada gelişen DRESS sendromu sunulmuştur.

Olgu: Kırk altı yaşında erkek hasta, ateş ve halsizlik şikayeti ile dış merkezde transtorasik ekokardiyogramında; aort kapakta vejetasyon saptanması enfektif endokardit ön tanısı ile ampisilin ve gentamisin tedavisi başlanılmış. Hastanın tarafımızca devralındında transözefageal ekokardiyogramında; aort kapakta 10x9 mm olmak üzere multipl vejetasyonlar, ciddi aort yetmezliği olarak raporlandı ve kalp damar cerrahisinde aort kapak replasmanı operasyonu yapıldı. Takibinde hastane kökenli pnömoni tablosunun da eşlik etmesi nedeni ile sulbaktam ampisilin ve gentamisin 13. gününde kesilip; piperasilin tazobaktam ve vankomisin tedavisine geçildi. Piperasilin tazobaktam ve vankomisin 40. gününde gövde ve ekstremitelerde basmakla solan, birleşme eğiliminde makülopapüler, eritemli döküntüleri ve laboratuvar incelemesinde nötropenisi gelişmesi üzerine ilaç erüpsiyonu ön tanısı ile piperasilin tazobaktam kesildi (Resim 1). Hastanın eşlik eden 39 °C ateşi olması nedeni ile meropenem 3x2 gr iv başlanıldı. Hastanın döküntüleri artma eğiliminde olması, kaşıntı ve ateş eşlik etmesi nedeni ile dermatolojiye danışıldı. Fizik muayenesinde; genel durumu orta, vücut ısısı; 40 °C, gövde ve ekstremitelerde makülopapüler ekzantem, nikolsky bulgusu negatifti,oral mukozada üst damakta enantem ve yüzde ödem mevcuttu. Muayenede lenfadenopatiye rastlanmadı. Laboratuvar ve serolojik incelemelerinde eozinofilisi ve kreatin yüksekliği dışında özellik yoktu. Hastanın eşlik eden akut böbrek yetmezliği tablosu olması nedeni ile kreatinin takibi yapıldı. Hastaya vaskülit, ilaç erüpsiyonu ve DRESS sendromu ayırıcı tanısına yönelik biyopsi yapıldı. Ateş yüksekliği devam eden hastadan septik emboli ekarte edebilmek için transtorasik eko görüldü, ek patolojiye rastlanmadı. Dermatoloji tarafınca DRESS sendromu düşünülen hastaya 1 mg/kg/gün dozunda sistemik steroid başlanıldı. Hastanın lezyonları geriledi. Hastada özellikle piperasilin tazobaktam ve vankomisinin uzun süreli kullanımına bağlı DRESS sendromu düşünüldü. Steroid tedavisi orale geçildi, doz azaltılarak kesildi. Biyopsi sonucu DRESS sendromu ile uyumlu geldi. Hastanın tıbbi bilgileri ve görüntülerinin kullanılabilmesi için yazılı onam alındı.

Sonuç: DRESS sendromu etiyopatogenezi net değildir. Ateş, döküntü, lenfadenopati ve sıklıkla eozinofiliyle seyreder. Karaciğer daha sık olmakla birlikte lenf gangliyonu ve böbrek tutulumu, daha az oranda kalp ve akciğer tutulumu görülebilir. İlaç kullanma öyküsüyle birlikte ateş, deri döküntüsü, lenfadenopati ve iç organ tutulumu bulguları olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. DRESS sendromunun tedavisinde öncelikle sorumlu olduğu

düşünülen ilaç kesilmelidir. Ciddi olgularda sistemik kortikosteroid ve İVİG verilebilinir.

Anahtar Kelimeler: DRESS sendromu, eozinofili, ilaç aşırı duyarlılığı



Resim 1. Tüm vücutta yaygın makülopapüler döküntüleri

[PS-083]

HIV, Kaposi Sarkomu ve Tedavisi

Sinem Akkaya Işık, Ayça İlbak, Deniz Kakaliçoğlu, Elif Sofuoğlu, Birol Balçın, Elif Sofuoğlu, Derya Özyiğitoğlu, Rıza Aytaç Çetinkaya, Levent Görenek

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: HIV ile enfekte kişiler çeşitli kliniklerle hastanelere başvurabilir. Bazı klinik bulgular ve tanılar HIV tanımlayıcı hastalık olarak nitelendirilmektedir. Bildirimizde Kaposi sarkomu nedeniyle başvuran HIV ile enfekte hastanın tanı ve tedavisini inceleyeceğiz.

Olgu: Elli bir yaşında erkek hasta anal bölgede ülsere lezyon ve kondillomlar, sağ dış kulak yolu, oral kavite, sağ sternal alan ve koltuk altında infilter viyolose plak nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde anti-HIV pozitif saptanan hastanın ayrıca lezyondan alınan biyopsisi Kaposi sarkomu (yama evresi) ile uyumlu olarak sonuçlandı. Polikliniğimize başvuran hastanın HIV-RNA: 911.849 IU/ml, CD4 hücre sayısı 46/mm^3 sonuçlandı. Kaposi organ tutulumu açısından incelenen hastanın sağ mastoid hücrelerde havalanma kaybı, effüzyon (otomastoidit), her iki akciğer üst segmentlerde en büyüğü 5 mm olan milimetrik nodüller, aksilla, mediastinal, mezenterik ve servikal bir santimetrenin altında çok sayıda lenf nodu mevcuttu (Resim 1). Hastaya göğüs hastalıkları tarafından bronkoskopi uygulandı. Alınan bronkoalveoler lavaj örneğinde bening sitoloji mevcuttu, Kaposi tutulumu tespit edilmedi ve ARB-mikobakteri PCR negatifti. BAL örneğinde HHV-8 PCR bakılamadı (hastanede olmaması nedeniyle). Hastaya FTC/TDF/DTG başlandı. Hasta onkolojiye danışıldı ve klinik evre 4 olan hastaya radyoterapi 2 kür uygulandı. Ancak kontrolünde yeterli cevap alınamadığı düşünülen hastaya onkoloji tarafından pegile lipozomal doksorubisin ile 7 kür kemoterapi uygulandı. Hastanın lezyonları ve öksürük şikayeti geriledi. Osteoporozu olan hastanın HLAB5701 hipersensitivitesi olmaması üzerine DTC/ABC/3TC geçildi. Toplam tedavinin 12. ayında HIV-RNA saptanamayacak düzeye gerileyen hastanın CD4 130/mm^3'tür.

Sonuç: Kaposi sarkomu deri lezyonları yanında organ tutulumu yapabilmektedir. Bu durumda tedavi değişebilmektedir. Bu nedenle Kaposi sarkomunun yaygın tutulumu olan hastalar organ tutulumu açısından incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kaposi sarkomu, kemoterapi



Resim 1. Kaposi sarkomu

[PS-084]

Bir Olgu Nedeniyle Herpes Simpleks Tip 1 Ensefaliti ve Anti-NMDA Reseptör Antikor Ensefaliti Birlikteliği

Ülkü Öztoprak Siyah, Salih Cesur, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Metin Özsoy, Hüseyin Esmer, Selin Şenol, Gülşah Gelişigüzel, Sami Kınıklı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Herpes simpleks ensefaliti seyrinde anti-NMDA reseptör antikorlarının üretiminin tetiklenebileceği ve anti-NMDA reseptör antikor ensefalitinin klinik olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Bu yazıda 30 yaşında kadın hastada HSV-tip 1 ensefaliti ile birlikte anti-NMDA reseptör antikor ensefaliti saptanan bir olgu sunularak literatür gözden geçirildi.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta bulantı, baş dönmesi baş ağrısı ateş sonrasında gelişen nöbet, kısa süreli bilinç kaybı şikayetleri ile acil servise başvurdu. İlk değerlendirmede uykuya meyilli, istemsiz ekstremite hareketleri, davranış değişiklikleri saçma konuşmaları mevcuttu. Gözleri spontan açık ancak bilinci bulanıktı. Yer ve zaman oryantasyonu bozulmuştu. Ağrılı uyaranlara anlamsız sözel yanıt mevcuttu, ense sertliği saptanmadı, diğer sistem muayeneleri normaldi. Biyokimyasal parametreleri normal sınırlarda, lökosit sayısı 12.000/mm^3 idi. Kraniyal difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) T2 ağrılıklı serilerde sinyal değişiklikleri sağda insular korteks, frontal lob ve temporal lobta kortikal şişme ve geniş difüzyon kısıtlamaları izlendi. Tanımlanan tüm bu değişiklikler herpes ensefaliti yönünden anlamlı olarak değerlendirildi. Lomber ponksiyonda (LP) BOS berrak, renksiz görünümde olup, hücre sayımında 130/mm^3 lökosit, %95 lenfosit idi. Protein 592 mg/dl, glikoz 70 mg/dl (eş zamanlı kan glikozu 110 mg/dl) olarak saptandı. Gram-boyamada bakteri, Ehrlich-Ziehl-Neelsen boyamada aside dirençli basil görülmedi. BOS örneğinden HSV-DNA polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi istendi. Klinik ve laboratuvar sonuçları ile HSV ensefaliti düşünülerek asiklovir 3x750 mg intravenöz (i.v.) yolla başlandı. BOS'de HSV-1 DNA PCR sonucu pozitif olarak saptandı. BOS kültürlerinde (aerop ve mikobakteri) üreme saptanmadı. EEG'de sağ hemisfer frontotemporal bölgede periyodik lateralize epileptiform deşarjlar görüldü epileptik odak olan hastaya entiepileptik başlandı. Kontrol kraniyal

MRG'de insular korteks ve temporal lobta kortikal şişme, unkal herniasyon, mezensefalona bası olması nedeniyle hastaya mannitol 3x150 mldozunda başlandı. Tedavi sonrası çekilen kraniyal MRG'de unkal herniasyon, bası bulguları difüzyon kısıtlamaları geriledi. Hastanın i.v. asiklovir tedavisi 21 güne tamamlandı.Hastanın başvurusunda mevcut olan kişilik ve davranış bozukluğu mevcut tedavisi rağmen düzelmedi, manik durum, fikir uçuşmaları, ajitasyonları devam etti. Nörolojiye danışılan hastaya anti-NMDA ensefaliti ön tanısıyla LP yapıldı, BOS'de 120/mm^3 lökosit saptandı, BOS'da anti -NMDA reseptör antikoru 1/1000 pozitif geldi Hasta intravenöz immünoglobülin tedavisi için nöroloji kliniğine devredildi.

Sonuç: Sonuç olarak, Herpes ensefaliti tedavisine rağmen kişilik ve davranış bozukluğu gibi psikiyatrik septomları devam eden hastalar anti-NMDA reseptör antikor ensefaliti açısından araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Herpes simpleks ensefaliti, anti-NMDA reseptör ensefaliti, tanı

[PS-085]

Acil Serviste Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi

Hande Aydemir[1], Mehmet Ali Tüz[1], Hilal Hocagil[2], Cüneyt Hocagil[2], Nihal Piskin[1], Güven Çelebi[1], Fürüzan Köktürk[3]

[1]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

[2]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Zonguldak

[3]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Zonguldak

Giriş: Acil servise başvuran hastaların enfeksiyon hastalıkları konsültasyon (EK) gerekliliği ve enfeksiyon hastalıkları uzmanınca (EHU) değerlendirilen hastaların izlemi konusunda yeterince veri bulunmamaktadır. Çalışmamızda hastanemizin acil servisindeki EK'lerinin değerlendirilmesi, ön tanıların ve sonrasında kesinleşen tanıların belirlenmesi ve bu değişkenlerin <65 ve >=65 yaşındaki hastalar arasında karşılaştırılması planlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışma Ocak 2017-Aralık 2019 tarihlerinde Zonguldak Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin Acil Servisi'ne başvuran ve EHU'dan konsültasyon istenen hastalarda yapıldı. EHU'nun değerlendirip takibinin ayaktan veya yatırılarak yapıldığı erişkin hastalar çalışmaya alındı. <65 yaş ve >=65 yaş hastalar değişkenler açısından karşılaştırıldı. Olası enfeksiyöz odak ve etken/etkenlere yönelik ampirik tedavileri, izlemleri, klinik, mikrobiyolojik ve radyolojik yanıtları ve enfeksiyon ilişkili mortalite oranları kaydedildi. İstatistiksel analiz için SPSS 19.0 software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanıldı. Verilerin dağılımı Shapiro-Wilk testi ile belirlendi. Devamlı değişkenlerin iki grup karşılaştırması için sample t-test veya Mann-Whitney U test, kategorik değişkenlerde ise Pearson'ın ki-kare testi veya Fisher Exact ki-kare testi kullanıldı. P<0,05 anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: EK'nin çoğunun nedenini (%29,1) yüksek ateş oluşturmaktaydı. Acilde en sık koyulan tanılar pnömoni (%24,9), deri yumuşak doku enfeksiyonları (DYDE) (%19,7) ve üriner sistem enfeksiyonuydu (%16,4). Pnömoni (p=0,026) ve akut enfeksiyöz diyare (p=0,006) yaşlı hastalar arasında, DYDE (p=0,004) ve santral sinir sistemi enfeksiyonu (p=0,012) ise <65 yaş grubunda yaygındı. Dört yüz iki hastanın 16'sı dış merkeze sevk edildiğinden takibi yapılamadı. Kalan 386 hastanın hastane içi ve poliklinik takipleri kaydedildi. Yatırılan 286 hastanın 139'unun (%48,6) yatışı enfeksiyon hastalıkları servisine yapıldı. Hastaların 64'ünün (%15,9) tanısı enfeksiyöz dışıydı. Pnömoni (%23,8), DYDE (%20,2), üriner sistem enfeksiyonu (%15,8) en sık konulan kesin tanılardı. Pnömoni (p=0,027) ve akut enfeksiyöz diyare (p=0,018) yaşlı hastalar arasında, DYDE (p=0,015) ise <65 yaş hastalar arasında daha yaygın olan kesin tanılardı. Antibiyotik tedavisi hastaların 335'ine (%83,3) başlandı. En sık kullanılan antibiyotikler kinolonlardı (%27,6). Antibiyotik başlanan hastaların %20,9'unda tedavi yetersizliği nedeniyle spektrum genişletildi. Acildeki ilk tanılar ile izlemde konulan kesin tanılar incelendiğinde <65 yaş hastaların %9.6'sında, >=65 yaş hastaların %14,5'inde uyumsuzluk olduğu görüldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,197).

Sonuç: Hastaların acil serviste ön tanı oluşturulduktan sonra düzenli takiplerinin yapılmasının kesin tanıların oluşması ve tedavinin doğru planlanması için önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu, enfeksiyon hastalıkları uzmanı

[PS-086]

Gram-olumlu ve Gram-olumsuz Bakterilerin Antibiyotik Duyarlılıklarının Flow Sitometri Yöntemi ile Belirlenmesi

Hüseyin Hatipoğlu[1], Gülay Erman[2], Mehmet Köroğlu[1], Mustafa Altındiş[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Günümüzde, antibiyotik direnci küresel bir sorun haline gelmiştir. Antibiyotik direncinin önüne geçilmesi ve tedavinin daha erken yönlendirilebilmesi için antibiyotik duyarlılıklarının hızlıca belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmasında Gram-olumlu ve Gram-olumsuz bakterilerin *in vitro* antibiyotik duyarlılıklarının belirlenmesi amacıyla flow sitometri yöntemi kullanımı ve sonuç verme süresinin kısaltılması amaçlanmıştır.

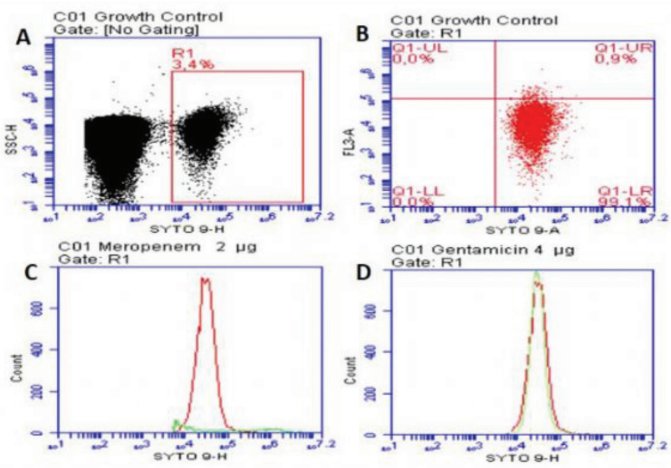
Gereç ve Yöntem: Altı standart suş ile 11 klinik izolat bu çalışmada incelenmiştir. Tüm suşların antibiyotik duyarlılıkları; VITEK 2 otomatize sistemi, sıvı mikrodilüsyon ve flow sitometrik yöntem ile test edilmiştir. Antibiyotik dilüsyonları güncel EUCAST kılavuzuna göre belirlenmiştir. Flow sitometrik analiz öncesi mikroplaktaki bakteri süspansiyonları, 120 rpm ve 35-37 °C'de 2 saat inkübe edildikten sonra 100 µl okuma tüplerine alınmıştır. Daha sonra her tüpe 10 µl Syto 9 ve 10 µl Propidium iodid boyası eklenerek karanlık ortamda 15 dk bekletilmiştir. Flow sitometrik analizde, üreme kontrol kuyucuğu ile antibiyotikli kuyucuklar FL1-H grafiğinde üstü üste getirilerek karşılaştırılmış ve antibiyotikli kuyucuklarda en az %55 oranında bakteri sayısında azalma duyarlılık kriteri olarak kabul edilmiştir (Şekil 1).

Bulgular: Flow sitometrik yöntemle belirlenen antibiyotik duyarlılık ile BMD ve VITEK 2 sistemi arasında saptanan uyum oranları sırasıyla; iki *E. coli* suşu için (%92,3, %84,6), dört *K. pneumoniae* suşu için (%88,7, %81,8), iki *P. aeruginosa* suşu için (%73, %73), iki *A. baumannii* kompleks suşu için (%81,8, %81,8), iki *S. aureus* suşu için (%86,1, %81,2), üç *Enterococcus* spp. suşu için (%81,8, %88,8) olarak saptanmıştır.

Sonuç: Flow sitometrik yöntemle yapılan antibiyotik duyarlılık çalışmaları ile BMD ve VITEK 2 sistemi arasında yüksek düzeyde uyum saptanmıştır. Gram-olumsuz bakterilerde Gram-olumlulara göre flow sitometri ve diğer yöntemlerin uyumunun daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Antibiyotik duyarlılık testlerinin sonuç verme süresini 12-14 saat kısaltmaktadır. Ancak henüz tüm laboratuvarlarda kullanılabilecek şekilde

standardize edilememiştir. Antibiyotik duyarlılıklarının flow sitometri ile belirlenmesi konusunda daha detaylı ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Flow sitometri, antimikrobiyal duyarlılık, MİK



Şekil 1. *K. pneumoniae* 700603 ATCC suşunun flow sitometrik yöntem ile üreme kontrol kuyucuğunun kapılama işleminin dot blot grafik görüntüleri, amikasin ve seftazidim duyarlılık overlay grafikleri

Kırmızı Pik: Üreme kontrol kuyucuğu, Yeşil Pik: Antibiyotikli kuyucuk, A: Klebsiella pneumoniae 700603 nolu ATCC suşunun SSC-H/FL1-H (Syto 9-H) kanalında floresan boyalarla boyanmış hücrelerin dot blot grafiğinde kapılama işlemi, B: Kapılama işlemi yapılan hücrelerin FL3-A(PI-A)/FL1-A(Syto9-A) kanalında hücrelerin dot blot grafiği görüntüsü) Sonuç: Duyarlı C: Seftazidim 4 µg/ml duyarlılık durmunun overlay grafiği ile gösterilmesi Sonuç: Dirençli D: Sefoksitin tarama (GSBL tarama) duyarlılık durmunun overlay grafiği ile gösterilmesi. Sonuç: GSBL pozitif

[PS-087]

HIV Hepatit B Ko-enfekte Bir Olguda IRIS?

Ülkü Üser, Figen Sarıgül Yıldırım, Arzu Emre

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte hastalarda ortak bulaş yollarının olması nedeniyle hepatit B (HBV) ko-enfeksiyonu sık görülmektedir. HIV/HBV ko-enfeksiyonu sıklığı çeşitli çalışmalarda %6-13 arasındadır. HIV/HBV ko-enfeksiyonu olan hastalarda antiretroviral tedavideki gelişmelere rağmen ko-enfeksiyona bağlı karaciğer hasarının hızlı ilerlemesi önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Günümüzdeki tedavi kılavuzlarına göre HBV/HIV koenfenksiyonu olan hastalar hem HIV hemde HBV'ye karşı etkili bir tedavi verilmelidir. Ko-enfeksiyonda tedavinin amacı virüsün baskılanması ve karaciğer hasarının yavaşlatılmasıdır. Ancak antiviral tedaviye yanıt oranının düşük olması yanında ilaç toksisitesi, ilaç etkileşiminin sık olması, bağışıklığın yeniden kazanılmasında yangı sendromu (IRIS) gibi durumlar bu hastaların tedavisini zorlaştırmaktadır.

Olgu: Olgumuz çok sayıda partneri, damar içi madde ve alkol kullanımı olan 34 yaşında erkek biseksüel hasta. Dört yıldır HBV enfeksiyonu olduğunu biliyor fakat takiplere gitmiyor. İki ay önce hemoroid operasyonu öncesi HIV(+) bulunmuştu. Doğrulama testi sonucu ile bize başvurusunda CD4: 126 hücre/µl, HIV-RNA: 4,25x105 kopya/ml, AST: 120 U/l, ALT: 89 U/l, AFP: 1,48 idi. Hepatit B enfeksiyonu nedeniyle tedavi almayan hastanın serolojik incelemesinde HBsAg (+), antiHBs (-), HBeAg (-), HBeAb (+) ve HBV-DNA: 6910 IU/ml saptandı. Hastanın batın ultrasonda karaciğer paterni heterojen incegranüler, grade1 hepatosteatoz saptandı. Hastaya onayı alınarak karaciğer biyopsisi yapıldı, biyopsi sonucu hepatik aktivite indeksi: 8, fibrozis 3 (İSHAK) saptandı. Olgunun tedavisi Tenofovir disproksil fumarat (TDF) + Emtristabin 1x1, Dolutegravir 1x1 ve trimetoprim/sulfametoksazol (TMT/SXT) 1x1 oral düzenlendi. Hastanın 1. ay sonra kontrolünde halsizlik dışında şikayeti yok. Yapılan tetkiklerde CD4: 240 hücre/µl, HIV-RNA: 65 kopya/ml, HBV-DNA: 144 IU/ml, ALT: 223 U/l, AST: 239 U/l, GGT: 65 U/l, ALP: 123 IU/l, totalprotein: 7,7 g/dl, albümin: 2,9 g/dl, total bilirubin 2 mg/dl, direkt bilirubin 1,2 mg/dl, PT: 19 sn, INR: 1,5 saptandı. Hastanın antiretroviral tedavisinin 6. haftasında halsizlik şikayetinde artış, bulantı, kusma, idrar renginde değişiklik, sarılık şikayeti başladı. Batın ultrason ve portalvendopler akut patoloji saptanmadı. TMP/SXT tedavisi ilaç toksisitesi düşünülerek kesildi. Hastadan gastroenteroloji konsültasyonu istendi. Yapılan tetkiklerde AST: 404 U/l, ALT: 717 U/l, ALP: 134 IU/l, GGT: 78 U/l total bilirubin: 5,8 mg/dl direk bilirubin: 4,4 mg/dltotal protein: 7,5 g/dl, albumin: 3,1 g/dl, INR 1,3 saptandı. Olgumuzun karaciğer enzimlerinde artışın sebebi: 1. ilaca bağlı hepatotoksisite? 2. Otoimmün hepatit? 3. Yeni bir hepatit enfeksiyonu etkeni? [sitomegalovirüs (CMV)? sifiliz? vb.] 4. IRIS? olduğu düşünülerek istenen otoimmün belirteçler ve diğer hepatit etkenlerine yönelik testlerde patoloji saptanmadı. Bu bulgularla hastada IRIS düşünülerek biyopsi önerildi ancak hasta kabul etmedi ve kortikosteroid tedavisi verildi. Hasta ART tedavisinin 3 ayında HIV-RNA: negatif, HBV-DNA: negatif CD4: 282 hücre/µl, AST: 44 U/l, ALT: 67 U/l, ALP: 34 U/l. Tüm şikayetleri gerileyen hasta halen poliklinik takiplerine düzenli olarak gelmektedir.

Sonuç: HIV'nin karaciğer hücreleri üzerinde doğrudan sitopatik etkisi olması nedeniyle HBV/HIV ko-enfekte hastalarda siroz, sondönem karaciğer hastalığı ve hepatoselüler karsinom sık görülür. Bu nedenle bu hastalarda zaman kaybetmeden tedaviye başlanılması önemlidir. IRIS ART sonrası immün sistem iyileşmesiyle HBV ile ilişkili karaciğer hastalığının alevlenmesi olarak değerlendirilir. ART başlanmasından 6-12. haftadan sonra CD4 sayısındaki yükselmeyle ALT'nin yükselmesi ile birlikte karaciğer sentez fonksiyonlarında bozukluk, akut hepatit B semptom ve bulguları ile seyreder. IRIS'nin ART ilişkili hepatotoksisite ve diğer viral enfeksiyonlardan ayrımı zordur. Bu nedenle HIV/HBV ko-enfekte hastalarda başlanacak antiretroviral tedavinin uygunluğu ve hastaların düzenli izlemleri önem arzetmektedir.

Anahtar Kelime: HIV/HBV ko-enfekte IRIS

[PS-088]

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Akılcı Antibiyotik Kullanımı

Hatice Burcu Açıkalın Arıkan, Tuna Demirdal

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

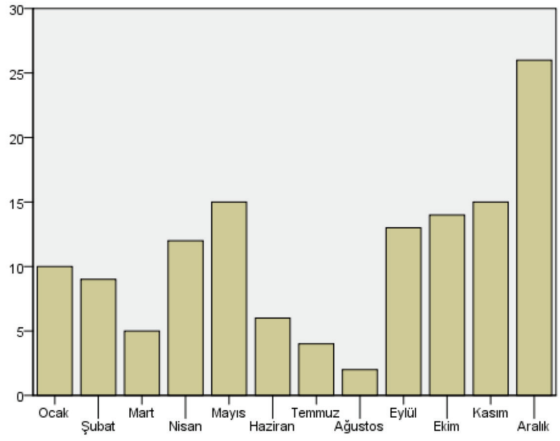
Giriş: Ayaktan hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) özellikle kış aylarında hastaneye başvuruların en sık nedenleri arasındadır. Enfeksiyonda klinik olarak viral-bakteriyel etken ayrımının yapılması zordur. Ancak enfeksiyonların %90'ının viral kaynaklı olduğu bilinmektedir. Bu durum akılcı antibiyotik kullanımında sorunlara yol açmaktadır. Bu çalışmamızda, polikliniğimize ÜSYE semptomları ile başvuran hastalara uygulanan tedavi yaklaşımlarını inceledik.

Gereç ve Yöntem: Çalışma retrospektif olarak tasarlandı. Polikliniğimize 2019 yılında başvuran, Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD10) kodu J06 ve alt kırımları-akut üst solunum yolu enfeksiyonları tanısı olanlar çalışmaya dahil edildi. Eşlik eden ko-enfeksiyonu ve alt solunum yolu enfeksiyonu olan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların demografik özellikleri, başvurduğu tarih, lökosit ve lenfosit sayıları, C-reaktif protein (CRP) değeri, boğaz kültürü tetkikleri ve reçeteleri incelendi.

Bulgular: Çalışma koşullarını sağlayan 131 hasta tarandı. Hastaların %55'i (n=72) kadın %45'i (n=59) erkekti. Hastaların %34,3'ü (n=45) kış, %32,1'i (n=42) sonbahar, %24,4'ü (n=32) ilkbahar, %9,2'i (n=12) yaz aylarında başvurmuştu (Grafik 1). Toplamda 27 (%20,6) hastada hemogram, 24 (%18,3) hastada CRP, 4 (%3,1) hastada boğaz kültürü tetkiki istenmiş olup, 104 (%79,4) hastadan herhangi bir tetkik istenmemişti. Hastaların %41,2'sine (n=54) sadece semptomatik tedavi, %41,2'sine (n=54) antibiyoterapi, %11,5'ine (n=15) antiviral tedavi, %6,1'ine (n=8) hem antibiyotik hem antiviral tedavi birlikte başlanmıştı. En fazla reçete edilen antibiyotik %22,1 (n=29) oran ile beta-laktam-beta-laktamaz inhibitörleriydi (Tablo 1). %9,2 (n=12) 3. kuşak sefalosporin, %6,1 (n=8) makrolid, %3,1 (n=4) 2. kuşak sefalosporin, %3,1 (n=4) 3. kuşak kinolon, %3,1 (n=4) penisilin, %0,8 (n=1) 4. Kuşak kinolon antibiyotik reçete edilmişti. En sık başvuru Aralık ayında %19,8 (n=26) olup en fazla antiviral tedavi %21,7 (n=5) ile aralık ve ocak aylarındadır.

Sonuç: ÜSYE'nin sadece %5-10'unda etiyoloji bakteriyel ve çoğunluğunu grup A streptokoklar oluşturmasına rağmen, poliklinikte antibiyotik yazılma oranı %41,2 olarak görülmüştür. Antibakteriyel tedavide ilk tercih penisilinlerdir fakat poliklinikte %3,1 oranında tercih edildiği gözlenmiştir. Özellikle hızlı antijen testi yapılmasının bu oranı düşüreceğini ve akılcı antibiyotik eğitimlerinin devamlılığının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akılcı antibiyotik, ÜSYE



Grafik 1. Hasta sayısının aylara göre dağılımı

Tablo 1. Reçete edilen ilaçların aylara göre dağılımı

AY/İLAÇ	Penisilin	B-laktam + B-laktamaz inh	Makrolid	2. Kuşak SS	3. Kuşak SS	3. Kuşak kinolon	3. Kuşak kinolon	Oseltamivir	Toplam
Ocak		4	1					5	10
Şubat		4			1			1	6
Mart	1	2		1				2	6
Nisan	2	2	2		1	1		2	10
Mayıs	1	3	2		1	2		2	11
Haziran		2		1					3
Temmuz					1				1
Ağustos						1			1
Eylül		1		1	5			1	8
Ekim		4	1					1	6
Kasım		1		1				4	6
Aralık		6	2	3			1	5	17
Toplam	4	29	8	7	9	4	1	23	85

[PS-089]

Yoğun Bakım Hastaları ve Çevre Örneklerinde *Candida auris* Araştırılması

Tuğba Ayhancı[1], Şeyda Durna[1], Mehmet Köroğlu[1], Yakup Tomak[2], Mustafa Altındiş[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: *Candida auris*, rutin fenotipik ve biyokimyasal tanı yöntemlerin kullanıldığı birçok yöntemde yanlış tanımlanması, kısa sürede salgınlara yol açması ve mevcut antifungallere dirençli suşlarının bulunması ile önemli bir patojendir. Bu çalışmada, hastanemiz çeşitli yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) *C. auris*"nin varlığının araştırılması ve böylece sürveyans ve sanitasyon çalışmalarına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Etik izinler sonrası, Aralık 2019-Şubat 2020 tarihlerinde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, anestezi ve reanimasyon (n=45), göğüs hastalıkları (n=9), dahiliye (n=7), nöroloji (n=13), cerrahi (n=16) yoğun bakım üniteleri ve inme (n=10) ünitesinde yatan 100 erişkin hasta, 100 hasta yatağı, 18 elektrik düğmesi ve hasta ile teması olan 20 personelin el süürüntü örnekleri şeklinde toplam 218 örnek prospektif taranmıştır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, klinik tanısı, YBÜ'de yatış süresi, SOFA skoru, Glasgow koma skoru (GKS), APACHE II skoru, altta yatan hastalığı, kolonizasyon için risk faktörleri (travma öyküsü, geniş spektrumlu antibiyotik/antifungal kullanımı, hemodiyaliz, kan transfüzyonu, cerrahi operasyon, enfeksiyon öyküsü, dirençli bakteri enfeksiyon varlığı, total parenteral nütrisyon kullanımı ve invazif girişim, kateter vb.) hasta takip formlarına kaydedilmiştir. Kültür örnekleri, hastanın aksilla ve inguinal bölgesinden Stuart transport besiyeri ile komposit süürüntü örneği şeklinde alınmıştır. Süürüntü örnekleri alındıktan hemen sonra penisilin (20 U/ml), kloramfenikol (16 µg/ml) ve siprofloksasin (5 µg/ml) içeren Sabouraud Dekstroz Agara (SDA) ekilerek hem oda sıcaklığında hem de 37 °C'de olmak üzere iki farklı sıcaklıkta en az 2 hafta inkübe edilmiştir. Üreyen kolonilerden Gram-boyama yapılmış, üreyen *Candida* suşları germ tüp testi ve CHROMagar *Candida* Medium (BD) ve kütle spektrofotometresi (VITEK MS®) ile tanımlanmıştır.

Bulgular: Çalışmada değerlendirilen hastaların 49'u kadın, 51'i erkek olup, yaş aralığı 16-94'tür (ortalama kadınlarda 67,9±16,2, erkeklerde 68,5±16,2). YBÜ'de yatan hastanın 49'unda (27'si kadın) mantar üremesi saptanmış, çevre örnekler ve personel taramalarında üremeşmiştir. Hiç *C. auris* saptanmamış, üreyenler içinde en sık *C. glabrata*, ikinci sıklıkta *C. albicans* saptanmıştır (Tablo 1). Kültür alınan hastalardan biri hariç hepsinde tek tür *Candida* üremesi olmuş, yalnız bir hastada *C. kefyr* ve *C. glabrata* aynı örnekten izole edilmiştir (Tablo 1).

Sonuç: *C. auris*, son yıllarda tanımlanmış yeni bir tür olmakla beraber sağlık bakımı ile ilişkili ciddi salgılanlara yol açmaktadır. Tarama sonucunda hastanemiz YBÜ'lerinde *C. auris* saptanmamıştır ancak son dönemlerde artış gösterdiği bilinen *C. albicans* dışı kandidalardan *C. glabrata* en sık izole edilen tür olmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Candida auris*, yoğun bakım ünitesi, invazif mantar enfeksiyonu

Tablo 1. İzole edilen mantarların türlere göre dağılımı

Maya türü	n	%
*Candida glabrata**	19	38
Candida albicans	16	32
Candida parapsilosis	6	12
Candida tropicalis	3	6
*Candida kefyr**	3	6
Saccaromyces cerevisiae	2	4
Candida crusei	1	2
Toplam	50	100

*Bir hastada *C. keyfir* ve *C. glabrata* olmak üzere iki mantar türü izole edilmiştir

[PS-090]

Kronik Hepatit C Enfeksiyonlu Hastalarda Hepatit C Virüs Genotiplerinin Dağılımı

Gonca Demirbüken, Nurettin Erben, Saygın Nayman Alpat, Gaye Usluer

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Hepatit C virüsü (HCV), Flaviviredae ailesinden zarflı tek iplikli bir RNA virüsüdür. HCV bütün dünyada siroz ve karaciğer kanserinin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmada Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran HCV-RNA pozitif olgularda yaş, genotip, cinsiyet dağılımının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran HCV-RNA pozitif saptanan 18 yaş ve üzeri olgular dahil edilmiştir. Hastane kayıt sistemi kullanılarak retrospektif olarak HCV-RNA-pozitif olan olguların yaş, cinsiyet ve HCV genotipleri ve intravenöz (IV) uyuşturucu madde kullanımı kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 2016-2019 yılları arası enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri, anti-HCV ve HCV-RNA testi pozitif saptanıp, genotipleri belirlenen 93 kronik HCV hastası dahil edildi. Hastalar ile ilgili demografik bilgiler, HCV genotipleri, IV uyuşturucu madde kullanımı kayıtlardan retrospektif olarak incelendi. Hastaların 33'ü (%35,5) kadın, 60'ı (%64,5) erkek idi. Hastaların 21'inde (%22,6) IV ilaç kullanımı mevcut idi. Yapılan genotiplendirme sonuçlarına göre; 7 (%0,075) hastada genotip 1; 11 (%11,8) hastada genotip 1a; 51 (%54,8) hastada genotip 1b; 2 (%2,1) hastada genotip 2; 1 (%1,1) hastada genotip 2b; 18 (%19,3) hastada genotip 3; 2 (%2,1) hastada genotip 4; 1 (%1,1) hastada miks genotip (genotip 1a/3) saptanmıştır. IV ilaç kullanımı olan 21 hasta içinde genotip dağılımı incelendiğinde 13 (%61,9) hastanın genotip 3; 5 (%23,8) hastanın genotip 1a; 1 (%4,7) hastanın genotip 1; 1 (%4,7) hastanın genotip 1b; 1 (%4,7) hastanın miks genotip 1/3a olduğu görüldü.

Sonuç: HCV genotiplerinin tayini hastalığın tedavisi, seyri, süresi ve prognozu ile ilgili bilgiler vermesi yönünden önemlidir. Çalışmamızda da en sık genotip 1b olduğu; IV uyuşturucu madde kullanımı olanlarda en sık genotip 3 olduğu görülmüştür. Genotip dağılımının belirlenmesi bulaş kontrolü, taranacak popülasyonun belirlenmesi açısından da önem arz etmektedir. Bu sebeple genotip dağılımını ve risk gruplarındaki özel popülasyonlardaki genotip dağılımını belirleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Genotip, hepatit C

[PS-091]

2014-2019 Yılları Arasında Sağlık Personelinin El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi

Fatma Aybala Altay, Esengül Şendağ, Yunus Gürbüz, Asiye Tekin, Ganime Sevinç, Fadime Callak Oku, Gönül Çiçek Şentürk, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Ankara

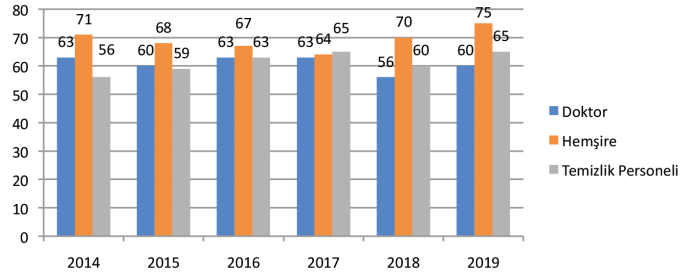
Giriş: El hijyeni, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolünde en güvenilir, en uygulanabilir ve maliyeti düşük bir yöntemdir. Bu çalışmada Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarının el hijyeni konusundaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Ocak 2014-Aralık 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma süresince 3.000 hekim, 4.050 hemşire, 1.700 temizlik personeli, 200 diğer personel olmak üzere toplamda 8.950 kişi gözlemlenmiştir. Gözlemler, 5 endikasyon (hasta ile temastan önce, aseptik işlemlerden önce, vücut sıvılarının bulaşma riskinden sonra, hasta ile temastan sonra, hasta çevresi ile temastan sonra) gözlenecek biçimde yapılmıştır. Gözlemler enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından, "el hijyeni gözlem formu" kullanılarak yapılmıştır. Sonuçlar INFLINE ile analiz edilmiştir. Hesaplamalarda "İlgili dönemde uygun el hijyeni gözlem sayısı/toplam el hijyeni gözlem sayısı x100" formülleri kullanılmıştır.

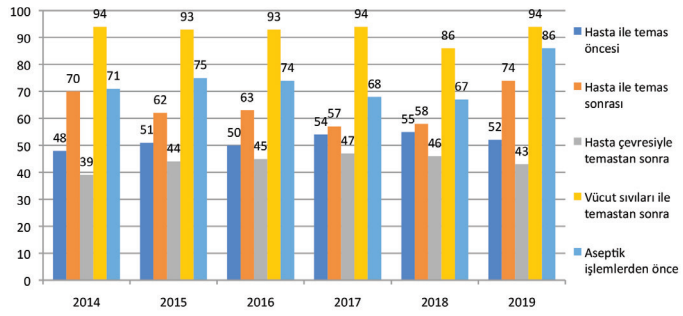
Bulgular: Çalışma süresince el hijyeni uyumunun meslek gruplarına göre incelenmesi Grafik 1'de verilmiştir. Çalışmanın yapıldığı beş yıl dikkate alındığında el hijyenine en yüksek uyumun genel olarak hemşirelerde olduğu görülmüştür. 2019 yılı itibariyle hekim ve hemşire grupları ile birlikte diğer tüm personelin de %60 el hijyeni uyumunu yakaladığı görülmüştür. Grafik 2'de 2014-2019 yılları arası 5 endikasyonda el hijyeni uyumu görülmektedir. Tüm yıllarda genel olarak bakıldığında el hijyeni uyumunun; vücut sıvıları ile temastan sonra en yüksek olduğu, hasta çevresi ile temastan sonra düşük olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Hizmet kalite standarlarının (HKS) 2011 yılında yürürlüğe girmesi ile el hijyeni eğitimlerinin; el hijyeninin önemi, endikasyonları ve yöntemleri başlıklarını içerecek şekilde yılda en az bir kez tüm meslek gruplarına verilmesinin zorunlu hale gelmesi sağlık çalışanlarında farkındalık yaratmıştır. El hijyeni gözlemlerinin YBÜ'lerde, klinik çalışanlarınında, invazif birimlerde ve seçilmiş poliklinik kapsamında olması, el hijyeni eğitimleri etkinlikleri ve malzeme desteğinin sağlanması; sağlık çalışanlarında yıllar içerisinde el hijyeni uyumu ile ilgili duyarlılığı artırmıştır. Tüm meslek grupları göz önüne alındığında el hijyeni uyumunun yıllara göre hemşirelerde en yüksek düzeyde olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: El hijyeni, endikasyon, uyum



Grafik 1. 2014-2019 meslek gruplarına göre ve 5 endikasyonda el hijyeni uyumu (%)



Grafik 2. 2014-2019 yılı 5 endikasyonda el hijyeni uyumu (%)

[PS-092]

Çağlar Öncesinden Gelen Hastalık ve Klinik Deneyimimiz

Pınar Gürkaynak, Günay Tuncer Ertem, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Şerife Altun Demircan, Kader Arslan, Sami Kınıklı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Sifiliz erken tanı konup tedavi edilmezse ciddi klinik tablolara neden olabilen bir hastalıktır. Dünyada ve ülkemizde HIV prevalansının artmasına paralel sifiliz olguları da artmaktadır. Bu çalışmada, polikliniğimize çeşitli nedenlerle başvuran ve sifiliz tanısı alan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında sifiliz tanısı alarak kliniğimizde takip edilmiş olan 18 yaş üstü 23 hasta retrospektif olarak incelendi. Tanı klinik bulgular ve serolojik testler (VDRL, anafilaksi TPHA ve/veya ELISA IgG) ile konuldu. Serolojik testlerle doğrulanmış şankr ile başvuran hastalara primer sifiliz; döküntü veya condüloma lata ile başvuran hastalara sekonder sifiliz; başvurusunda asemptomatik olup son bir yılda semptom tarifleyen hastalar erken latent; son bir yıldan uzun süre önce semptomu olan ya da süreyi hatırlamayan hastalar geç latent olarak kabul edildi. Okuler tutulumu olan veya asemptomatik olup BOS'de lökosit saptanan hastalar nörosifiliz olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, bulaş yolları, hastalık süreçleri ve laboratuvar değerleri incelendi. Tedavi bitiminden sonraki üçüncü veya altıncı aylarda gelen hastalarda VDRL testi istendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortancası 44,5 (25-77 yaş) olup 16'sı (%69,6) erkek, 7'si (%30,4) kadındı. Hastaların klinik özellikleri Tablo 1'de özetlendi. Asemptomatik olan ve BOS'de 30 lökosit saptanan bir HIV hastası ve okuler tutulumu (sifilitik koriyoretinit, papillit, vitreit veya panüveit) olan beş

hastaya nörosifiliz tanısı konuldu. Nörosifiliz olgularının özellikleri Tablo 2'de gösterildi. Tüm hastaların VDRL ortancası 1/8, TPHA ortancası 1/2560 saptandı. Üçüncü veya altıncı ayda kontrole gelen tüm hastaların VDRL titrelerinde azalma görüldü. Üçüncü ayda kontrole gelen 10 kişide VDRL ortancası 1/4, altıncı ayda kontrole gelen sekiz kişide VDRL ortancası 1/2 saptandı.

Sonuç: Ülkemizde HIV olgularının hızlı artışla beraber sifiliz prevalansı da artış göstermiştir. Sifiliz tanısı alan hastalar diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar özellikle HIV açısından taranmalıdır. Altı nörosifiliz hastamızın üçünde HIV pozitif saptanmıştır. Sifilize bağlı okuler tutulum açısından göz hekimlerinin farkındalığı ve tecrübesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sifiliz, nörosifiliz, HIV

Tablo 1. Sifiliz olgularının özellikleri

	n	%
Başvuru sebebi[1] (n=23)		
Tarama	10	43,5
Penil Şankr + İnguinal lap	1	4,3
Döküntü	5	21,7
Görme bozukluğu	4	17,3
Akıntı	1	4,3
Oral aft	2	8,6
Alopesi	2	8,6
Dilde şankr	1	4,3
Condilama lata	2	8,6
Bulaş yolu (n=23)		
Bilinmeyen	11	47,8
Riskli cinsel temas	7	30,4
Eş/partner seropozitifliği	5	21,7
Sifiliz evresi (n=23)		
Primer	1	4,3
Sekonder	6	26,1
Erken latent	1	4,3
Geç latent	15	65,2
Tedavi (n=23)		
1 doz Benzatin Penisilin 2.4 milyon Ü	3	13
3 doz Benzatin Penisilin 2.4 milyon Ü	15	65,2
14 gün Kristalize Penisilin	4	17,3
14 gün Seftriakson	1	4,3
Koenfeksiyon(n=10)		
HIV	5	21,7
HBV	2	8,6
HPV	2	8,6
Gonore	1	4,3

[1]Birden fazla yanıt mevcuttu

[PS-093]

Altı Ay Ara ile Farklı Patojenlere Bağlı Enfektif Endokardit Gelişen Olgu

Marisa Marku, Elif Nur Yılmaztürk, Elif Tükenmez Tigen, Volkan Korten

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Enfektif endokardit (EE) romatolojik kalp hastalığı, sağlık bakımı ve intravenöz ilaç kullanımı ile ilişkili olarak meydana gelebilir. Tanıda kültür pozitifliği yanında transözefagial ekokardiyografi (TEE), transtorasik ekokardiyografi (TTE) önemli yer tutmaktadır. TEE, TTE'ye göre daha daha sensitiftir (>%90). Tekrar eden endokardit olguları nadir olmasına rağmen risk faktörlerinin devam etmesine bağlı olarak görülmektedir. Olgumuz altı ay ara ile farklı patojenlere bağlı endokardit gelişmesi açısından önemli ve öğreticidir.

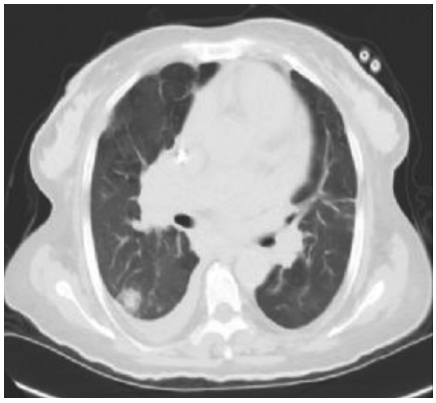
Olgu: Hipertansiyon, pulmoner tromboemboli, atrial fibrilasyon, Graves Hastalığı, kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan 53 yaşında kadın hasta karın ağrısı ve ateş nedeniyle acile başvurdu. İki senedir kateterden diyalize alınan hastanın 1 haftadır diyaliz sırasında üşüme titreme eşlik eden ateşinin olduğu ve 6 ay önce kardiyak vejetasyon saptandığı ve kan kültüründe E. *faecalis* üremesi ile EE tedavisi aldığı öğrenildi. Vitallerinde ateş 38,8 °C, nabız 108/dk, tansiyon 73/52 mmHg idi. Fizik muayenesinde konuşmada yavaşlama, kardiyak oskültasyonda apekste sistolik üfürüm, batında sol üst kadranda hassasiyet saptandı. Sağ juguler tünelli kalıcı kateterde enfeksiyon bulgusu saptanmadı. Tetkiklerinde beyaz küre: 9500 /µl, NEU: 8.700/µl, HGB: 7,5 PLT: 53.000 µl, CRP: 206 mg/l, prokalsitonin: 16 µg/l idi. Batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) dalakta enfarkt (Şekil 1) ve Toraks BT'de parankimde septik emboli ile uyumlu nodüller lezyonlar (Şekil 2) saptandı. Beyin MRG iskemi ile uyumlu idi. Yapılan TTE de ileri aort ve mitral kapak yetmezliği (MY) olarak değerlendirildi. TEE'de aort kapakta 14 mm fibriller vejetasyon ile uyumlu kitle ve aort kapak perforasyonu saptandı. Prostetik kapak olmayan hastaya ampirik antibiyoterapi başlandı. Alınan üç set kan kültürünün üçünde de Metisilin dirençli *S. aureus* üremesi oldu. İmmunolojik fenomenlere ait bulgu saptanmadı. Vasküler fenomenlere ait olarak pulmoner septik emboli saptandı. Duke kriterlerinden 2 major, 3 minor kriteri karşılamakta idi. Aort kapakta perforasyon gelişen ve ileri MY'si olan hasta hemodinamik kötüleşmesi öngörülerek hızlıca KVC tarafından aort ve mitral kapak replasmanı operasyonuna alındı. Operasyon esnasında alınan vejetasyon piyojen kültüründe üreme olmadı. Etkene yönelik tedavisi 6 haftaya tamamlandı.

Sonuç: KBY nedeni ile kateterden hemodiyalize giren hastalar EE açısından risk altındadır. Olgumuz diyaliz kateteri nedeni ile altı ay içinde iki kez EE geçirmesi ve ciddi kardiyovasküler operasyon gerektirmesi açısından öğretici ve dikkat çekici bir olgudur. EE tedavisi alan hastalarda risk faktörleri devam ettiği sürece enfeksiyonun tekrar edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, metisilin dirençli *S. aureus*, septik emboli



Şekil 1. Splenik infarkt ile uyumlu 6x5 cm hipodens alan



Şekil 2. Sağ akciğer alt lob 2 cm nodül (septik emboli)

[PS-094]

İye Tanısıyla Yatan Hastalarda Nitrofurantoin ve Fosfomisin Duyarlılıkları

Hüseyin Doğuş Okan, Aylin Çalıca Utku, Gökçen Gürgök Budak, Aslı Vatan, Ertuğrul Güçlü, Oğuz Karabay

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Üriner sistem enfeksiyonlarında artan antibiyotik direnci tedavi seçeneklerinin daralmasına yol açmaktadır. Bu araştırmamızda 2019 yılında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları kliniğinde üriner sistem enfeksiyonu tanısı almış olgulardaki patojenlerin nitrofurantoin ve fosfomisin duyarlılıkları araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2019-31 Aralık 2020 tarihleri arasında kliniğimizde üriner sistem enfeksiyonu tanısıyla yatan hastaların idrar örneklerinden izole edilen mikroorganizmaların nitrofurantoin ve fosfomisin duyarlılıkları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: 2019 yılında kliniğimizde üriner sistem enfeksiyonu tanısıyla yatan toplam 139 hastanın idrar kültüründe üreme saptandı. Olguların %61,3'ü nitrofurantoin duyarlı iken, %77'si fosfomisin duyarlı bulundu. Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) pozitifliği 81 bakteride saptandı, *E. coli* suşlarının 51'i, *Klebsiella pneumoniae* suşlarının 31'i GSBL pozitifti. GSBL pozitif suşların nitrofurantoin ve fosfomisin duyarlılıkları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda kliniğimizde yatan hastalarda fosfomisin duyarlılığı nitrofurantoine göre daha iyi bulunurken, GSBL pozitif patojenlerde fosfomisin *Klebsiella* suşlarında daha iyiyken *E. coli* suşlarında fark bulunmamıştır. Dirençli alt üriner sistem enfeksiyonları için fosfomisin tedavisi alternatif olarak düşünülebilirse de *Klebsiella* söz konusu olduğunda antibiyotik direnç testinin tedavi yönetimi için mutlaka gerekli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotik direnci, fosfomisin, nitrofurantoin

Tablo 1. GSBL pozitif *E. coli* ve *Klebsiella pneumoniae*'nin nitrofurantoin ve fosfomisin duyarlılıkları (%)

	GSBL *E. coli*	GSBL *Klebsiella*
Nitrofurantoin	86	28
Fosfomisin	84,6	42,8

[PS-095]

Diyabetik Ayak Enfeksiyonlarında Nadir Görülen Bir Etken: *Arcanobacterium haemolyticum*

Tuncer Karpuz[1], Beyza Sezer[2], Özlem Koyuncu Özyurt[1], Betil Özhak[1], Özge Turhan[2], Gözde Öngüt[1], Dilara Öğünç[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: *Arcanobacterium haemolyticum* özellikle gençlerde farenjite yol açabilen, ancak sistemik invazif hastalığın nadir bir nedeni olan Gram-olumlu basildir. Burada *A. haamolyticum*'ye bağlı diyabetik ayak enfeksiyonu olgusu sunulmuştur.

Olgu: On yıldır diyabeti olan 45 yaşındaki erkek hasta, sol ayak beşinci parmak proksimalinde yara, kızarıklık, şişlik şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. Hastanın beşinci parmak proksimalinde ısı artışı, ödem ve pürülan, kötü kokulu akıntısı mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde, beyaz küre sayısı 14,890/µl, nötrofil %66,1, hemoglobin 11,8 gr/dl, C-reaktif protein 7,76 mg/dl, glikoz 155 mg/dl idi. Kültür için doku biyopsi örneği alındıktan sonra piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. Hastadan alınan doku biyopsi örneği, 48 saatlik inkübasyondan sonra koyun kanlı agarda etrafında dar bir β-hemoliz zonu olan koloniler ürediği gözlendi. Katalaz negatif, reverse CAMP testi pozitif ve Gram-olumlu çomak olduğu belirlenen izolat MALDI-TOF MS ile *A. haemolyticum* olarak tanımlandı. Yatışı sırasında genel durumu iyi, vitalleri stabil seyreden hastanın C-reaktif protein 1,53'e geriledi. Daha sonra 40 °C'ye varan ateşinin olması nedeniyle linezolid eklendi. Alt ekstremite MR'sinde sol 5. metatarsal kemik distali proksimal falanksta medüller ödematöz sinyal intensite değişiklikleri ve kortikal silinme bulguları osteomiyelit lehine yorumlanmıştır. Sol ayak 5. parmak metatarsının orta hattındaki fistülize alanın 1 cm proksimalini içerecek şekilde parmak amputasyonu uygulandı. Hasta kontrole çağrılarak taburcu edildi. *A. haemolyticum*, yavaş üremesi, Gram-boyamada *Corynebacterium* spp.'ye benzer görünümü ve kanlı agarda zayıf hemoliz oluşturma özellikleri nedeniyle rutin laboratuvarda izolasyonu zor bir bakteridir. İnsan veya tavşan kanlı agarın kullanılması daha büyük koloni ve geniş hemoliz oluşturmasına yol açtığından izolasyonu kolaylaştırabilmektedir.

Sonuç: Genellikle farenjit etkeni olarak kabul edilen *A. haemolyticum*'un deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarına da yol açabildiği, özellikle diyabet gibi altta yatan hastalığı olan bireylerde osteomiyelit gibi invazif enfeksiyonlara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diabetes mellitus, *Arcanobacterium haemolyticum*, yumuşak doku enfeksiyonu

[PS-096]

Erysipelothrix rhusiopathiae'ye Bağlı Enfektif Endokardit Olgusu

Özlem Koyuncu Özyurt[1], Tuncer Karpuz[1], İrem Tümkaya Kılınç[1], Betil Özhak[1], Özge Turhan[2], Gözde Öngüt[1], Dilara Öğünç[1], Selim Yalçınkaya[3]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: *Erysipelothrix rhusiopathiae* katalaz negatif, sporsuz, hareketsiz, pleomorfik Gram-olumlu bir basildir. *Erysipelothrix rhusiopathiae* doğada yaygın olarak görülen, özellikle domuzlarda olmak üzere balıklarda, kuşlarda ve evcil memeli hayvanlarda bulunan bir bakteridir. İnsanlara bulaş genellikle enfekte hayvanlarla temas sonucu meydana gelmektedir. İnsanlarda *Erysipelothrix rhusiopathiae* lokalize deri enfeksiyonu (erizipeloid), yaygın deri enfeksiyonu ve sıklıkla endokardit ile ilişkili septisemik bir enfeksiyona neden olabilir. Enfeksiyonun en sık görülen formu erizipeloid olup, sıklıkla el ya da parmaklarda görülür. Sistemik enfeksiyon daha nadir olup genellikle sepsis ve endokardit ile karakterizedir. Burada *Erysipelothrix rhusiopathiae*'a bağlı gelişen enfektif endokardit olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Hayvancılıkla uğraşan, hemolitik anemi tanısıyla dış merkezde takip edilen, 7 aydır prednol tedavisi alan 35 yaşında kadın hasta, kilo kaybı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleriyle hematoloji polikliniğine başvurmuştur. İleri tetkik ve tedavi amacıyla yatışı yapılan hastanın rutin tetkikleri yapılmıştır. Bu sırada ateşi olan hastadan alınan kan kültüründe *Erisipelothrix rhusipathiae* üremesi olması üzerine enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenen hastaya seftriakson başlanmıştır. Ekokardiyografi bulguları; ciddi derecede mitral yetmezlik, hafif derecede triküspid yetmezliği, ciddi derecede aort yetmezliği, aort kapağında 9x12 mm boyutlarında 2 ayrı vejetasyon, mitral kapakta milimetrik boyutta çok sayıda vejetasyon olarak tanımlanmıştır. Hasta enfektif endokardit olarak değerlendirilmiş ve kardiyoloji servisine yatırılmıştır. Takip eden kontrol kan kültürlerinde üreme görülmemiştir. Hastanın enfeksiyon hastalıkları önerisiyle tedavisi 6 haftaya tamamlanmıştır. Kardiyolojide takip edilen hasta kapak replasmanı açısından kalp ve damar cerrahisine devredilmiştir.

Sonuç: *Erysipelothrix rhusiopathiae* ile insan enfeksiyonu nadir ve hastalıkla ilgili klinik bilgilerimiz kısıtlıdır. Klinik örneklerden *E. rhusiopathiae* izole edildiğinde daima raporlanmalıdır. Özellikle endokarditi olan olgularda kandan izole edilen Gram-olumlu basiller difteroid basil olarak raporlanmamalı, uygun antimikrobiyal tedavi için tür düzeyinde tanımlama yapılmalıdır. Nadir görülen bir etken olmasına rağmen *E. rhusiopathiae*'nin enfektif endokardite neden olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Erysipelothrix rhusiopathiae*, enfektif endokardit

[PS-097]

HHV-8 Pozitif Diffüz Büyük B-Hücreli Lenfoma Tanılı HIV Olgusu

Ali İrfan Baran, Deniz Ulutaş, İrfan Binici

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Giriş: *Human herpesvirü*s-8 (HHV-8); ilk defa AIDS'li olgularda sıkça gelişen Kaposi sarkomu lezyonlarında tanımlanmış, Herpesviridae ailesinin yeni bir üyesidir. Daha az sıklıkla plazmablastik lenfoma, multicentric Castleman hastalığı (MCD), primer efüzyon lenfoması (PEL), non-Hodgkin lenfoma (NHL) ve çeşitli atipik lenfoproliferatif maligniteler ile ilişkilendirilmiştir. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile ilişkili non-Hodgkin lenfomaların en sık görülen alt tipleri, büyük B-hücreli lenfoma ve burkitt lenfomalardır. Kliniğimizde takip edilen HIV pozitif bir olguda gelişen DBBHL sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli bir yaşında erkek hasta dış merkezde HIV tanısı almış ve hastaya tenofovir + emtrisitabin + dolutegraviri içeren antiretroviral tedavi (ART) başlanmış. Hasta tarafımıza başvurduğunda dış merkezde başlanmış olunan ART'yi öncesinde düzensiz kullandığını, son 1 aydır da kullanmadığını belirtti. Hastanın başvurusunda son 3 ayda 25 kilo kaybı, halsizlik, her iki bacakta ve karında şişlik şikayetleri mevcuttu. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde sağ submandibuler, servikal bölgede düzensiz sınırlı, 3x4 cm ebatlarında multipl lenfadenopati, bilateral pretibial ödem saptandı. Kaşektik görünümlü hastanın solunum ve kardiyovasküler sistem muayenesinde özellik saptanmadı. Laboratuvar bulgularında beyaz küre: 6.500/ul (%68,7 nötrofil, %26,3 lenfosit), hemoglobin: 7,3 g/dl, Htc: %21, PLT: 32.000/ul, ESH: 43 mm/sa, CRP: 50 mg/dl, anti-HIV olumlu idi. HIV-RNA: 876.700 kopya/ml, CD4+ T-lenfosit sayısı: 169 hücre/µl saptandı ve hastaya PCP için Tmp/Smz 160/800 mg/gün profilaksisi başlandı. Bisitopenisi nedeniyle hematolojiyle konsülte edilen hastaya gerekli replasman yapıldı ve periferik yayma, sonrasında da kemik iliği biyopsisi planlandı ve yapılan kemik iliği biyopsisinde malignite bulgusu izlenmedi. Hastanın sağ boyun posterioservikaldeki 4x3x3 cm lik malignite şüphesi olan lenf bezinden eksizyonel biyopsi yapıldı ve patolojisi *HHV-8* pozitif Diffüz Large B-Cell lenfoma olarak raporlandı (Ki-67 proliferasyon indeksi %100). Hasta onkolojiyle konsülte edildi ve genel durum bozukluğu nedeniyle kemoterapi başlanması uygun görülmedi. Hasta tanı aldıktan 19 gün sonra takipte eksitus olmuştur.

Sonuç: *HHV-8* ilişkili maligniteler en sık Kaposi sarkomu olmak üzere akkiz immün yetmezliği olanlarda görülebilmektedir. Akkiz immün yetmezliği olanlarda *HHV-8* ilişkili diğer nadir malignitelerin de gelişebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: HHV-8, AIDS, diffüz büyük B hücreli lenfoma

[PS-098]

Hematolojik Maligniteli Hastalarda *Saprochaete capitata* Enfeksiyonu: İki Olgu Sunumu

Eda Horuz[1], Tuncer Karpuz[2], Özgül Çetinkaya[2], Özge Turhan[1], Betil Özhak[2], Ece Vural[3], Ozan Salim[3], Gözde Öngüt[2], Dilara Öğünç[2]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Antalya

Giriş: İnvazif fungal enfeksiyonlar (İFİ), bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindendir. İFİ'de etken genellikle Aspergillus ve Candida türleridir. Fungemili hastaların, kan kültürlerinde üreyen mayalar her zaman Candida türü olmayıp, yaklaşık %5'inde etken Candida dışı maya mantarlarıdır. İmmün sistemi baskılanmış hastalarda görülen, daha nadir bir etken olan *Saprochaete capitata* (eski adıyla *Magnusiomyces capitatus, Blastoschizomyces capitatus, Geotrichum capitatum* veya *Trichosporon capitatum* olarak da bilinen) hematolojik maligniteli hastalarda nispeten daha sık görülmektedir. İklimsel faktörlerin *S. capitata*'nın neden olduğu enfeksiyonların epidemiyolojisinde seçici bir rol oynadığı bildirilmiştir. Olguların çoğu (%87) Avrupa'da, özellikle Akdeniz Bölgesi'nde görülmektedir. Burada, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Servisi'nde tedavi edilmekteyken kan kültürlerinde *S. capitata* saptanan iki olgu sunulmuştur.

Olgu 1: T-hücreli akut lenfoblastik lösemi (T-ALL) tanısı konulan 41 yaşında erkek hastaya (siklofosfamid, vinkristin, doksorubisin ve prednisolon) HYPER-CVAD kemoterapisi ve profilaktik mikafungin tedavisi verildi. Takiplerinde febril nötropeni gelişen, ishali ve oral mukozitleri olan hastaya meropenem, vankomisin tedavisi eklendi. Febril nötropeninin devam ettiği dönemde kan kültüründe *S. capitata* üredi. İntravenöz antibiyoterapinin 7. gününde ateşleri devam eden hastaya preemptif olarak vorikonazol eklendi, mikafungin profilaksisi kesildi. Vorikonazol tedavisinin 9. gününde kan

kültürü steril olan hastanın tedavisi 21 güne tamamlanarak, oral tedavi ile takip edilmektedir.

Olgu 2: Akut miyeloid lösemi (AML) tanısı alan 65 yaşında erkek hastaya kemoterapi protokolü ile posakonazol profilaksisi başlandı. Febril nötropenisi olan hastanın invazif Aspergillus açısından klinik, radyolojik değerlendirmesi yapıldı. Alınan kan kültüründe *S. capitata* üremesi olan hastanın antifungal tedavisine vorikonazol ile devam edilmektedir.

Sonuç: *S. capitata* immün yetmezliği özellikle nötropenisi olan hastalarda etken olabilen sistemik bir patojendir. *S. capitata* gibi nadir türler ile oluşan invazif enfeksiyonlar yüksek mortalite ile seyretmektedir. Fungemi ile ilişkili yüksek mortaliteyi azaltmak, uygun antifungal tedaviye mümkün olduğunca erken başlamak için etkenin tür düzeyinde tanımlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: *Saprochaete capitata*, hematolojik malignite

[PS-099]

Koryoretinit ile Tanı Alan Nörosifiliz Olgusu

Sümeyye Köşger, Mine Filiz, Sevgi Sökülmez Yıldırım, Yavuz Çekli, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Sifiliz, spiroketal bir bakteri olan *Treponema pallidum*'un neden olduğu multisistemik kronik bir hastalıktır. Nörosifiliz, hastalığın merkezi sinir sistemi tutulumuyla giden her dönemde gözlenebilen klinik formudur. Nörosifilizde göz tutulumu her dönemde karşımıza çıkabilmekle birlikte, sıklıkla tersiyer dönemde görülmektedir ve bu tutulum nörosifilizin ilk ve tek bulgusu olabilmektedir. Bu nedenle biz de göz tutulumu ile tanı alan nörosifiliz olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 64 yaşında kadın hasta iki hafta önce başlayan gözde kızarıklık, yanma şikayetleriyle dış merkez göz hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Oküler muayenesi sifiliz ile uyumlu koryoretinit olarak değerlendirilmesi üzerine hasta kliniğimize yönlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde üç aydır olduğunu belirttiği gövdede belirgin yaygın makülopapüler tarzda döküntüler dışında patolojik bulgu saptanmadı (Resim 1). Şüpheli cinsel ilişki öyküsü olmayan hastanın yapılan tetkiklerinde Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) negatif, *Treponema pallidum* "hemagglutination assay" (TPHA) testi 1\320 titrede pozitif, "Fluorescent treponemal antibody absorption" (FTA-ABS) testi pozitif, Sifiliz IgM + IgG pozitif, anti-HIV negatif, toksoplazma IgM ve IgG negatif saptandı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) materyalinin direkt mikroskobik incelemesinde hücre görülmedi. BOS glikoz: 56 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri: 108 mg/dl), BOS protein: 56 mg/dl, BOS VDRL negatif, BOS TPHA: 1/320 titrede pozitif saptandı. Nörosifiliz olarak değerlendirilen hastaya 6x4 milyon IU kristalize penisilin G tedavisi başlandı. Hasta diğer nörolojik komplikasyonlar açısından kraniyel manyetik rezonans görüntüleme yapılarak nöroloji kliniğine danışıldı. Hastanın görüntülemesinde nörosifiliz düşündürür başka patoloji saptanmadı. Tedavisinin 8. gününde hasta göz hastalıkları kliniğine konsülte edildi. Oküler muayenesinde sifilitik koryoretinit tablosunda belirgin düzelme saptandı. Tedaviyle hastanın döküntülerinin gerilediği görüldü. Penisilin tedavisinin 14 güne tamamlanmasının ardından hasta taburcu edildi.

Sonuç: Nörosifiliz birçok farklı klinik tabloya neden olabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Nörosifiliz, *T. pallidum* ile enfekte olan olguların yaklaşık %5'inde gelişir. Hastalığa bağlı oftalmolojik bulgular merkezi sinir sistemi tutulumunun önemli göstergelerindendir. Tüm oküler sifiliz olguları nörosifiliz gibi tedavi edilmelidir. Gözle ilgili en sık görülen klinik tablo üveittir; ancak papillit ve interstisyel keratit gibi farklı klinik bulgular da görülebilmektedir. Göz bulgularının dolaşımdaki ve BOS'deki immün kompleks birikimine bağlı olduğu düşünülmektedir. Klinik bulguları birçok üveit tipini taklit edebildiği için tüm üveit olgularında akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Sifiliz, üveitin tedavi edilip kür sağlanabilen nedenlerinden biri olarak büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koryoretinit, nörosifiliz, penisilin



Resim 1. Sifilize bağlı makülopapüler döküntüler

[PS-100]

İdrar Yolu Enfeksiyonu Nedeniyle Yatan Hastalarda İzole Edilen Mikroorganizmalar ve Duyarlılıkları

Aylin Çalıca Utku, Hüseyin Doğuş Okan, Gökçen Gürgök Budak, Aslı Vatan, Ertuğrul Güçlü, Oğuz Karabay

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: İdrar yolu enfeksiyonları (İYE), günümüzde tüm yaş gruplarında en sık karşılaşılan bakteriyel enfeksiyonlardır. Yirmi-50 yaş arası kadınlarda daha sık görülmekle birlikte, 65 yaş üzerinde kadın erkek oranı eşitlenmektedir. Çalışmamızda, İYE tanısıyla servisimizde yatan hastaların enfeksiyon etkenlerini ve antibiyotik duyarlılıklarını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2019-31 Aralık 2019 tarihleri arasında kliniğimize İYE tanısıyla yatırılan hastaların idrar örneklerinden izole edilen mikroorganizmalar ve antibiyotik duyarlılıkları retrospektif olarak araştırıldı.

Bulgular: 2019 yılında İYE tanısıyla servise yatırılmış 139 hastanın idrar kültüründe üreme saptandı. Üreme saptanan hastaların 68'i kadın (%48,9) olup yaş ortalaması 59,9 (19-90); 71'i erkek (%51,1) olup yaş ortalaması 65,5 (21-86) idi. İzole edilen mikroorganizmaların 6'sı Gram-olumlu, 133 Gram-olumsuz bakteriydi. En sık izole edilen mikroorganizma *Escherichia coli* (%53,2) idi. *E. coli*'yi sırasıyla; *Klebsiella pneumoniae* (%33,8), *Pseudomonas aeruginosa* (%3,5), *Proteus mirabilis, Enterobacter cloacae, Enterococcus faecalis* (%2,1), *Enterococcus faecium* (%1,4), *Klebsiella oxytoca* ve *Staphylococcus lugdunensis* izledi. *Enterobacteriaceae* kökenlerinde genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL), 82 bakteride saptandı. *E. coli* suşlarının 51'i, *Klebsiella pneumoniae* suşlarının 31'i GSBL pozitifti. En fazla duyarlı antibiyotik karbapenemler, en az duyarlı olan seftriakson idi. İdrar kültüründe üreyen mikroorganizmaların antibiyotik duyarlılıkları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: İYE etkeni olarak izole edilen bakterilerin çoğunluğu Gram-olumsuz bakterilerdir. Ampirik tedavide başlanacak antibiyotiği seçerken o bölgenin antibiyotik direnci göz önüne alınmalıdır. Başarılı bir tedavi için etken tanımlanması ve antibiyotik duyarlılığı gereklidir. Merkezimizde İYE tanısıyla yatırılan hastaların tedavisinde 3. kuşak sefalosporin direnci yüksek saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotik duyarlılığı, bakteri, idrar yolu enfeksiyonu

Tablo 1. Mikroorganizmalara göre antibiyotik duyarlılıkları (%)

Antibiyotik	*E. coli* (n=74)	*K. pneumoniae* (n=47)	Toplam (n=139)
Seftriakson	13,3	7,1	10
Piperasilin-tazobaktam	65,5	35,7	52,7
Ertapenem	94,4	80	85,2
Meropenem	93	76,9	80,2
İmipenem	97,5	77,7	84,8
Amikasin	71,2	73,3	70,8
Gentamisin	64,2	52,1	57,4
Siprofloksasin	25	19,1	26
TMP-SMX	40,8	17	31,5

TMP-SMX: Trimetoprim sulfametoksazol

[PS-101]

2008-2019 Yılları Arasında Vankomisin Dirençli Enterokok Sürveyansı

Asiye Tekin, Ganime Sevinç, Gönül Çiçek Şentürk, Esengül Şendağ, Fadime Callak Oku, Yunus Gürbüz, Fatma Aybala Altay, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

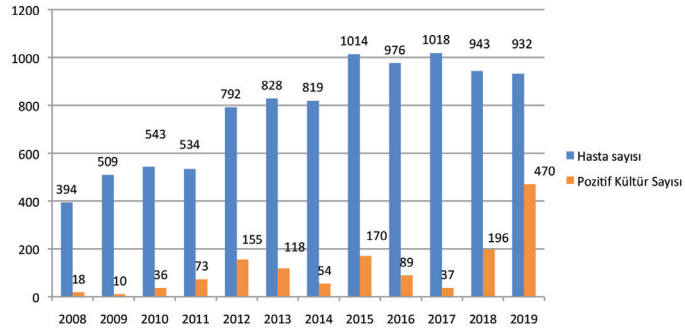
Giriş: Vankomisine dirençli enterokok (VRE), vankomisin adı verilen geniş spektrumlu antibiyotiğe dirençli olan enterokoktur. İnsanlarda VRE sıklıkla gastrointestinal sistemde kolonize olmaktadır. Bu kolonizasyon, semptom vermeden uzun süre devam edebilir ve diğer hastalara geçişte rezervuar olarak rol oynayabilir. Vankomisin direnci özellikle hastanede uzun süre antibiyotik kullanan ve uzun sürekli yatan hastalarda önemli bir problemdir. Bu çalışma ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2008-2019 yılları arasında VRE sürveyansı sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Enfeksiyon Kontrol Ekibi tarafından hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde, hematoloji ve onkoloji kliniklerinde haftalık olarak rektal sürüntü kültürleri ile VRE kolonizasyonu sürveyansı yapılmaktadır. Son altı yıllık sürede bu kliniklerde yatarak izlenen hastalardan elde edilen kolonizasyona neden olan ve enfeksiyon etkeni olarak tanımlanmış VRE izolatları kayıt altına alınmış ve SPSS 20,0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

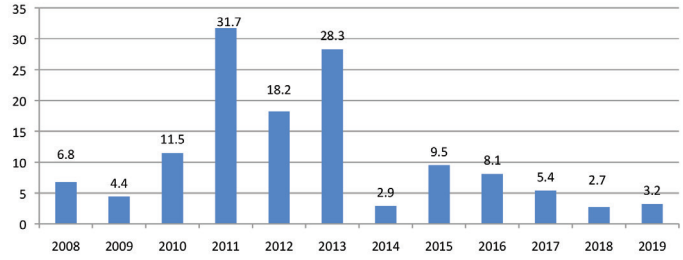
Bulgular: 2008-2019 yılları arasında toplam 9.402 hastadan 17.878 rektal sürüntü kültürü alınmıştır. Toplam 1.069 hastada VRE kolonizasyonu saptanmıştır. Aynı dönemde alınan klinik örneklerden 402'si yoğun bakım ünitesi, 314'ü dahili ve cerrahi klinikler olmak üzere toplam 716 enterokok izolatı etken olarak tanımlanmıştır. VRE'nin üretildiği klinik örneklerin 22'si (%31,42) idrar, 35'i (%50) kan, 10'u (%14,28) yara, 2'si (%2,85) BOS, 1'i (%1,42) periton sıvısı olarak belirlenmiştir. VRE'nin enfeksiyon etkeni olarak belirlendiği hastaların 34'ünde (%25,75), enfeksiyon öncesi dönemde mikroorganizmanın rektal sürüntü kültürü ile varlığının gösterildiği belirlenmiştir (Grafik 1, 2).

Sonuç: Rektal sürüntü kültürleri ile VRE taraması yapılmasına rağmen, ancak hastaların yarısında VRE enfeksiyonu öncesinde kolonizasyonun gösterilmesinin olanaklı olduğu saptanmıştır. Yıllara göre bakıldığında rektal sürüntü taramalarında taranan hasta sayıları ile beraber VRE kolonizasyonu artmıştır. Ancak SHİE etkeni olarak aldığımız VRE oranı azalmaktadır. Bu da sürveyans çalışmalarının sürdürülmesi, standart önlemlere her hastada uyum gösterilmesi, temizlik prosedürlerine ve el hijyenine uyumun artırılması, VRE kolonizasyonu ve enfeksiyonu sıklığının azalmasına katkısı olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Direnç, enterokok, vankomisin



Grafik 1. Yıllara göre hasta sayısı ve pozitif kültür sayılarının dağılımı



Grafik 2. Yıllara göre etken enterokok izolatlarında vankomisin direnci (%)

Tablo 1. Yıllara göre etken olarak belirlenen vre izolatlarının dağılımı

	Kan	İdrar	Yara	Periton sıvısı	BOS	Toplam
2008	1	2	0	0	0	3
2009	4	0	0	0	0	4
2010	4	3	1	0	0	8
2011	7	3	2	1	0	13
2012	5	2	3	0	0	10
2013	2	7	3	0	0	12
2014	0	0	0	0	1	1
2015	1	1	1	0	1	4
2016	5	1	0	0	0	6
2017	3	2	0	0	0	5
2018	2	0	0	0	0	2
2019	1	1	0	0	0	2
Toplam	35	22	10	1	2	70

[PS-102]

HIV/AIDS Tanılı İki Olguda Kaposi Sarkomu, Sifiliz, ITP Tanılarının Değerlendirilmesi

Leman Yagubova[1], Zeynep Türe Yüce[1], Gamze Kalın Ünüvar[1], Fatma Cevahir[2], Ayşegül Ulu Kılıç[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Kurulu, Kayseri

Giriş: İnsan immün yetmezliği virüsü (HIV), oluşturduğu immün reaksiyonlar ve immünosüpresyon nedeniyle fırsatçı enfeksiyonlar ve otoimmün olaylara neden olabilir. Bu bildiride HIV enfeksiyonu ile Kaposi sarkomu, immün trombositopenik purpura'nın (ITP) birlikte görüldüğü iki olgu sunuldu.

Olgu 1: Elli yaşında erkek hasta iki güngür devam eden yüksek ateş ve halsizlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bir yıl önce bilateral alt ve üst ekstremitelerde papüloz döküntüler nedeniyle "Lichen Planus" tanısı konularak tedavi uygulandığı ancak tedaviye yanıt alınamaması, döküntü renginin mor renge dönmesiyle yapılan deri biyopsisi sonucu Kaposi sarkomu olarak rapor edildiği öğrenildi. Bu nedenle yapılan anti-HIV testi de pozitifti. İleri tetkik için servise yatırıldı. CD4 değeri 81 olması nedeniyle profilaktik trimetoprim-sulfametoksazol tedavisi başlandı. Antiretroviral tedavisi de elvitegravir-kobisistat-emtrisitabin-tenofovir alafenamid olarak düzenlendi. Yatışının 2. gününde hastada ÜSYE semptomları gelişmesi nedeniyle tedaviye levofloksasin, oseltamivir eklendi. Kontrol VDRL pozitif gelmesi ve penisillin alerjisi nedeniyle doksisiklin 2x100 mg tedavi başlandı. Doksisikline karşı da ilaç alerjisi geliştiği için stoplandı. Yatış esnasında trombositleri 17.000 mg/dl'ye geriledi. Periferik yaymasında atipik hücre izlenmedi. Hastada HIV enfeksiyonuna bağlı trombositopeni düşünüldü. Bütün antibiyotikleri kesilerek antiretroviral tedaviye devam edildi. Antiretroviral tedavi sekizinci gününde ateş yanıtı alındı ve trombosit sayısı normal sınırlara yükseldi.

Olgu 2: Otuz dokuz yaşında, yedi yıldır edinilmiş immün yetmezlik sendromu ile takipte olan ancak tedavisini düzenli almayan erkek hasta, son iki haftadır mevcut olan diş etleri ve burunda kanama ve deride ekimoz şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Trombosit düzeyi 2000 mg/dl olması üzerine ileri tetkik, tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Sağ tibia ön yüzünde laterale yayılan keskin sınırlı ve ısı artışı olmayan hiperemi fonunda deri yüzeyinden kabaran ekimotik plak görüldüğü için "Kaposi Sarkomu" şüphesi ile "Punch biyopsi" yapıldı. Vaskülopatik reaksiyon olarak raporlandı. CD4 sayısı 141 olan hastanın antiretroviral tedavisi abacavir-lamivudin-dolutegravir olarak düzenlendi. Trombositopenisi devam eden hastanın direkt antiglobulin (Coombs) testi pozitif geldi. ITP tanısı ile metilprednizolon 1 mg/kg tedavisi başlandı. Ancak yanıt alınamaması nedeniyle IVIG 1 mg/kg ve eltrombopag olamin 1x50 mg tedavisi eklendi. Eltrombopag olamin tedavisinin otuzuncu gününde trombosit değerleri yükselmeye başlayan hasta abacavir-lamivudin-dolutegravir + eltrombopag olamin tedavileri ile taburcu edildi.

Sonuç: HIV'nin kendisi, ko-enfeksiyonlar ya da kullanılan ilaçlar nedeniyle retiküloendotelyal sistem etkilenmekte, hastalar dirençli trombositopeni ile başvurabilmektedir. Tanı ve tedavi takibinde multidisipliner yaklaşım önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, ITP, Kaposi sarkomu

[PS-103]

Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlara Neden Olan *Clostridium difficile*

Ganime Sevinç, Asiye Tekin, Gönül Çiçek Şentürk, Esengül Şendağ, Fadime Callak Oku, Yunus Gürbüz, Fatma Aybala Altay, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *Clostridium difficile* enfeksiyonları, antibiyotikle ilişkili ishallerde ve nozokomiyal ishallerde etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve 2016-2019 yılları arasında antibiyotikle ilişkili ishal ön tanısı ile *C. difficile* toksin sonuçlarının prospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada hastanemizin Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na *Clostridium difficile* Toksin A ve B'nin tespiti Certest Biotec *Clostridium difficile* GDH+Toxin A+Toxin B kiti İmmünokromatografik yöntemi (Lateralflow) ile yapılmıştır. Verilerin bilgisayara kayıt edilmesinde Microsoft Excel programı kullanılmıştır.

Bulgular: 2016 yılında gönderilen 80 adet dışkı örneğinin 29'u (%36,3) yatan hastalara, 51'i (%63,7) poliklinik hastalarına aittir. 2017 yılında gönderilen 72 adet dışkı örneğinin 26'sı (%36,1) yatan hastalara, 46'sı (%63,9) poliklinik hastalarına aittir. 2018 yılında gönderilen 332 adet dışkı örneğinin 53'ü (%16) yatan hastalara, 279'u (%84) poliklinik hastalarına aittir. 2019 yılında ise gönderilen 546 adet dışkı örneğinin 64'ü (%12) yatan hastalara, 482'ü (%88) poliklinik hastalarına aittir. Alınan örneklerin 2016 yılında 7'sinde (%8,8), 2017 yılında 4'ünde (%5,6), 2018 yılında 2'sinde (%0,6) ve 2019 yılında 20'sinde (%3,7) *C. difficile* toksin sonuçları pozitif çıkmıştır. *C. difficile* toksin sonuçları pozitif çıkan hastalardan; 2016 yılında ikisi enfeksiyon hastalıkları, biri nefroloji, biri dahiliye, biri hematoloji servisinde yatan hastalara ve ikisi poliklinik hastalarına aittir. 2017 yılında biri yoğun bakım ünitesinde, biri dahiliye servisinde yatan hastalara ve ikisi poliklinik hastasına aittir. 2018 yılında ise alınan örneklerin ikisi de poliklinik hastasıdır. 2019 yılında dördü hematoloji servisinde, biri tıbbi onkoloji servisinde, biri kulak burun boğaz servisinde yatan hastalara ve on dördü ise poliklinik hastasına aittir. *C. difficile* toksin sonuçları pozitif gelen ve hastanemizde yatan hastaların antibiyotik öyküsü mevcuttur. Ancak poliklinikten başvuruda bulunan hastalara ait dosyalarında tedavi öncesi antibiyotik kullanımı ve tanı aldıktan sonra tedavilerine ait veri bulunamamıştır. Yatan altı hastanın tedavi sonrası kontrol toksin testleri negatif gelmiştir. Bir hasta test sonucu çıkmadan vefat ettiği için tedavi başlanamamış ayrıca kontrol toksin testleri bakılamamıştır ve bir hasta taburcu edildikten sonra test sonucu çıktığı için tanı aldıktan sonra tedavilerine ait veri bulunamamış ayrıca kontrol toksin testleri bakılamamıştır.

Sonuç: Hastanemizde SHİE'lerde *C. difficile* sıklığının 2016 yılında %0,4, 2017 yılında %0,2, 2018 yılında %0 ve 2019 yılında %0,4 olduğu görülmüştür. Çevre kontaminasyonu, sağlık çalışanlarının elleri ve kullanılan araç gereçler *C. difficile*'nin sporları ile kontaminasyonu sonucu bulaş riski de artmaktadır. *C. difficile* toksin pozitif hastaların erken tanısı, spesifik tedaviye başlanması ve hastaların izolasyona alınması ve etkili enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanması açısından son derece önemlidir. Antibiyotiklerin yaygın ve sıklıkla uygunsuz kullanılması ciddi bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Bu nedenle akılcı antibiyotik kullanım ilkelerine dikkat edilmeli ve uygunsuz antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotik, *Clostridium difficile*, ishal

Tablo 1. ***Clostridium difficile*** **toksin A ve B'nin pozitif çıktığı yatan hastalara ait demografik bilgiler ve laboratuvar sonuçları**

Yıl	Yaş	Cinsiyet	Tedavi öncesi kullandığı antibiyotik	*C. difficile* tedavisinde kullanılan antibiyotik	Gaitada lökosit	Gaitada eritrosit	Gaita makroskopisi
2016	69 yaş	Kadın	Tigesiklin Ampisilin-sulbaktam Kolistin Daptomisin Vankomisin Beta-laktam	Metronidazol	30-40 lökosit	Az sayıda eritrosit	Görülmedi
	77 yaş	Kadın	Ampisilin-sulbaktam Linezolid	Metronidazol	Görülmedi	Görülmedi	Görülmedi
	61 yaş	Erkek	Siprofloksasin	Metronidazol	Çok sayıda görüldü	Çok sayıda görüldü	Görülmedi
	40 yaş	Erkek	Klaritromisin Piperasilin-tazobaktam	Metronidazol	Görülmedi	Görülmedi	Görülmedi
	28 yaş	Erkek	Vankomisin	Metronidazol	Çok sayıda görüldü	Çok sayıda görüldü	Görülmedi
2017	98 yaş	Kadın	Kolistin Daptomisin Piperasilin-tazobaktam Teikoplanin Linezolid İmipenem Levofloksasin	-	Çok sayıda görüldü	Çok sayıda görüldü	Görülmedi
	80 yaş	Erkek	Levofloksasin	Bilinmiyor	3-4 lökosit	Görülmedi	Görülmedi
2018	*C. difficile* toksin sonuçları pozitif çıkan hastalar poliklinik hastasıdır						
2019	49 yaş	Erkek	Piperasilin-tazobaktam Teikoplanin Meropenem	Metronidazol	Görülmedi	Görülmedi	Mukus görünümlü gaita
	46 yaş	Erkek	Piperasilin-tazobaktam Meronem	Metronidazol	Görülmedi	Görülmedi	Yumşak görünümlü gaita
	73 yaş	Erkek	Klaritromisin Seftriakson	Metronidazol	Görülmedi	Görülmedi	Görülmedi
	86 yaş	Erkek	Meropenem Linezolid	Metronidazol	Çok sayıda görüldü	Az sayıda görüldü	Sıvı görünümlü gaita
	75 yaş	Erkek	-	Metronidazol	Çok sayıda görüldü	Nadir görüldü	Sıvı görünümlü gaita

[PS-104]

Hipofosfatemi Gelişen Kronik Hepatit B Hastalarında Tenofovir Alafenamid Fumarat Tedavisi Başlayalım mı?

Aylin Çalıca Utku, Hüseyin Doğuş Okan, Gökçen Gürgök Budak, Aslı Vatan, Ertuğrul Güçlü, Oğuz Karabay

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Sakarya

Giriş: Tenofovir disoproksil fumarate (TDF) ve tenofovir alafenamid fumarat (TAF), kronik hepatit B (KHB) tedavisinde primer ilaçlardır. Son kılavuzlar 60 yaş üstü hastalarda, kemik hastalığı, kronik böbrek hastalığı ve hipofosfatemide (<2,5 mg/dl) TDF yerine TAF kullanılmasını önermektedir. Bu çalışmada hipofosfatemi nedeniyle TAF tedavisi başlanan KHB hastaları değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: 2019 senesinde KHB tanısıyla takipli olup serum fosfor düzeyi <2,5 mg/dl olan ve TAF tedavisi başlanan hastalar retrospektif olarak araştırıldı.

Bulgular: 2019 senesinde 51 hastaya TAF tedavisi başlandı, hipofosfatemi nedeniyle TAF tedavisi başlanan hasta sayısı 7 (%13,7) idi. Hastaların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların TDF tedavisi sırasındaki, yani TAF tedavisi başlamadan 90 gün önceki fosfor düzeyleri ile TAF tedavisinin 90. günündeki fosfor düzeyleri istatistiki olarak değerlendirildi (p=0,2).

Sonuç: TDF'nin KHB hastalarında değişen derecelerde hipofosfatemiye neden olduğu düşünülmektedir. Hipofosfatemi riski nedeniyle hastalarda TDF yerine entekavir veya TAF tedavisi önerilmektedir. Çalışmamızda hipofosfatemi nedeniyle TAF tedavisi başlanan hastaların fosfor düzeyleri açısından istatistiki fark saptanmamıştır. Fosfor düzeylerinin daha uzun süreli takibinin uygun olabileceği, ayrıca fosforca zengin gıdaların alımını artırmanın da faydalı olacağını ve daha geniş olgu sayısıyla KHB hastalarının tedavisiyle ilişkili hipofosfateminin araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, hipofosfatemi, tenofovir alafenamid

Tablo 1. Hipofosfatemi nedeniyle TAF başlanan hastaların özellikleri							
Hasta	**Cinsiyet**	**Yaş**	**TDF kullanım süresi (yıl)**	**TAF tedavisi başlamadan 90 gün önce fosfor düzeyi**	**TAF tedavisi 0 gün fosfor düzeyi**	**TAF tedavisinin 90 günü fosfor düzeyi**	**Ek hastalık**
1	Erkek	37	5	4,2	2,3	5,2	Adrenal yetmezlik nedeniyle steroid kullanıyor
2	Kadın	50	10	VY	2,4	3,6	Hipertansiyon, postmenapozal osteoporoz
3	Erkek	35	4	3,5	2,2	3	Yok
4	Erkek	52	7	2,8	2	3,3	Yok
5	Erkek	42	6	3,1	2,3	3	Yok
6	Erkek	55	8	1,9	2,1	2,1	Yok
7	Erkek	53	1	2,5	2	1,7	HCC
VY: Veri yok							

[PS-105]

Tekrarlayan Sırt Ağrısıyla Seyreden Vertebral Aktinomikoz Olgusu

Hasan Yonca[1], Mustafa Dağlı[2], Neslihan Kayahan Satış[2], Gülden Yılmaz[1], Bilgin Bahadır Başgöz[2], Cumhur Artuk[1], İsmail Yaşar Avcı[1], Kenan Sağlam[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş: Aktinomikoz, *Actinomyces israelii* ve diğer *Actinomyces* türlerinin neden olduğu kronik lokalize veya hematojen bir anaerobik enfeksiyondur. Aktinomikoz tanısı en çok atlanan hastalıklardan birisidir. Bu nedenle yavaş ilerleyen, kronik gidişli, kitle benzeri özellikler gösteren, sinüs yollarının oluştuğu, kısa süreli ampirik antimikrobik tedavi ile geçici iyileşme ve relapsların görüldüğü lezyonlarda akla gelmelidir. Bu yazıda vertebral aktinomikoz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bir aydır ara ara artıp azalan, yürüme ve ayakta durmakla artan, bıçak saplanır tarzda sırt ağrısı nedeniyle başvuran 29 yaşında kadın hasta hospitalize edildi. Altı yıl önce, doğum sonrası başlayan şiddetli sırt ağrısı nedeniyle dış merkeze başvuran ve ağrı kesici, kas gevşetici ilaçlar reçete edilen hastanın şikayeti tedaviyle gerilemişti. İki yıl önce şikayetinde artma ile tekrar dış merkeze başvurusunda yapılan vertebral manyetik rezonans görüntülemede (MRG) torakal 10 (T10) vertebrada fraktür olduğu söylenmiş ve korse, ağrı kesici, istirahat verilen hastanın şikayeti gerilemişti (Şekil 1). Hastanın yatışında yapılan MRG: "T10 da dejenerasyon lehine değerlendirilen sinyal kaybı ve lomber 1 (L1) vertebra sol süperiorunda ödem lehine değerlendirilen parlamalar görüldü." şeklinde raporlandı. Kan testlerinde patoloji saptanmadı ve yapılan pürified protein derivative (PPD) testi sıfır milimetre ölçüldü. Hastaya girişimsel radyoloji tarafından biyopsi yapıldı ve biyopsi materyali: "Fibrinokartijilenöz doku parçacıkları yanı sıra, yoğun olarak aktinomiçese bağlı sülfür granülleri izlenmektedir." şeklinde raporlandı. Patoloji sonucuna göre vertebral aktinomikoz olarak değerlendirilen hastaya 14 gün Penisilin G 6x4 milyon IU intravenöz (İV) uygulandı. Oral penisilin ile taburcu edilen hasta iki ay sonra MRG tekrarlanmak üzere kontrole çağrıldı. Hastanın kontrol muayenesinde şikayetinde gerileme olduğu görüldü.

Sonuç: Aktinomikozis; granülomatöz apse veya tümör benzeri lezyonlar oluşturur ve %5 oranında spinal yerleşim gösterir. Genellikle komşuluk yoluyla torakstan yayılır. Elde edilen materyalden direkt bakı ile sülfür granüllerinin görülmesi veya anaerobik kültürde 2-4 haftada dişe benzer aktinomikoz kolonilerinin üretilmesi tanıda önemlidir. Omurga tüberkülozunu taklit eder. MRG'de granülomatöz çevresel kontrast tutan, kitle etkisi olan, kemik dokuda ise litik lezyonlar izlenir. Vertebral ve paravertebral tutulum, makroapse veya disk tutulumu olmayan kitleyi taklit eden granülom şeklinde izlenebilir. Sağaltımda penisilin, ofloksasin kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, vertebra, penisilin



Şekil 1. Vertebra manyetik rezonans görüntüleme

[PS-106]

Sağlık Çalışanlarında Gerçekleşen Kesici-delici Alet Yaralanmaları

Asiye Tekin, Ganime Sevinç, Gönül Çiçek Şentürk, Esengül Şendağ, Fadime Callak Oku, Yunus Gürbüz, Fatma Aybala Altay, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

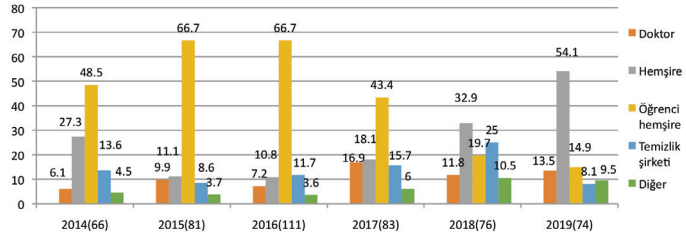
Giriş: Kan yolu ile bulaşan bazı hastalıklar açısından sağlık çalışanları artık önemli bir risk grubu olarak kabul edilmektedir. Hastane ortamında verdikleri sağlık hizmetleri sırasında kontamine kesici-delici alet yaralanmaları sonucu HBV, HCV ve HIV patojenlerin bulaşması açısından risk altındadır. Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde son 6 yıl içerisinde bildirilen kesici-delici alet yaralanmalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2014-31.12.2019 tarihleri arasında hastane çalışanları tarafından yaralanma bildirimi sonrası "Kesici-delici Alet Yaralanmaları Bildirimi ve Takibi Formu" enfeksiyon kontrol ekibi tarafından doldurulmuş ve veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastanemiz 779 yataklı 3. basamak sağlık kuruluşudur. 3547 sayıda personel çalışmaktadır. Çalışmaya dahil edilen sürede toplam 491 sağlık çalışanı yaralanma ile başvurmuştur. Yıllara göre yaralanma oranına bakıldığında 2014'te %1,7, 2015'te %2,3, 2016'da 3,03, 2017'de 2,2, 2018 yılında %2,12 ve 2019 yılında %2,08 olarak saptanmıştır. Yaralanması sonrasında sağlık çalışanlarının (8) %1,6'sına hepatit B immünoglobulini yapılmış, (50) %10,2'si başlangıç antiHBs sonucu negatif olduğundan hepatit B aşılama programına alınmış, (21) %4,3'üne antiHBs düzeyinin düşük olması nedeniyle tek doz hepatit B aşısı yapılmıştır.

Sonuç: Hastanemizde yapılan çalışmada; öğrenci hemşire/ATT/hemşire yardımcılarında gerçekleşen kesici-delici alet yaralanmalarının oranları 2017 yılında öğrenci sayısındaki azalmayla birlikte gerilemiş ve 2018 yılında invazif girişim yetkisi olmayan hemşire yardımcısı ve sağlık bakım teknisyenlerinin staja gelmesiyle yaralanma oranı en düşük seviyeye gerilediği görülmektedir (Grafik 1). Bu durum 2018 ve 2019 yıllarındaki yaralanma oranının düşmesinin nedeni olarak açıklanabilir. En sık yaralanma yaşanan saat aralığının mesai saatleri olmasının nedeni bu saatler arasında aktif çalışan personel sayısının ve iş yükünün fazla olması ayrıca öğrenci hemşirelerin gündüz mesaisinde görev almaları olabilir. Kırım-Kongo kanamalı ateşi tanısı alan ve HIV pozitif kaynakla kontamine olmuş alet ile yaralanan birer sağlık çalışanına profilaksi başlanarak takibe alınmıştır. Profilaksi sonrası yapılan kontrollerde bulaş tespit edilmemiştir. İzlem dönemi boyunca takip edilen sağlık çalışanlarında HBV, HCV, HIV pozitifliği saptanmamıştır. Hastanemizde işe ilk giriş muayenesi ve periyodik kontrollerin yapılmasına rağmen personel yaralanma takipleri esnasında yaralanan sağlık çalışanlarının (50) %10,2'si başlangıç antiHBs sonucu negatif olduğundan hepatit B aşılama programına alınmıştır. Sonuç olarak aşı ile korunabilir hastalıklar için tüm sağlık çalışanlarında aşılamaya yönelik farkındalığın artırılmasına, çalışanların duyarlılığının güçlendirilmesine gereksinim olduğunu düşünmekteyiz. Konu ile ilgili olarak işe başlangıç aşamasında yapılan aşılama programlarının takibi esnasında çalışanların merkezi bilgilendirme/uyarı yöntemi ile hatırlatmaların yapılması sayesinde aşı programlarına uyumun daha efektif olacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, bulaş, kesici-delici alet yaralanmaları



Grafik 1. Yıllara göre meslek gruplarında görülen kesici-delici alet yaralanma oranları %

Tablo 1. Sağlık çalışanlarındaki yaralanmaların epidemiyolojisi

		%
Cinsiyet	Kadın	73,3
	Erkek	26,7
Yaralanmanın oluş zamanı	08:01-16:00	82,3
	16:01-24:00	13,6
	24:01-08:00	4,1
Birimler	Dahili klinikler	21
	Cerrahi klinikler	20,4
	Yoğun bakım üniteleri	16,7
	Acil	14,1
	Ameliyathane	10,4
	Kan alma	5,5
	Poliklinik	3,5
	Anjiyo ünitesi	1,8
	Radyoloji ünitesi	1,6
	Laboratuvar	1,4
	Hemodiyaliz	1
	Diğer	2,6
Alet	İğne ucu	75,8
	Lanset	13,6
	Bisturi	4,5
	Cerrahi alet	2
	Kateter	1,6
	Kırık cam malzemeler	0,6
	Diğer	1,8
Yaralanma şekli	İnvazif işlem sırasında/sonrasında	35,2
	İğne ucunu kesici-delici alet kutusuna atarken	13,8
	Kan şekeri ölçümü sonrası	13,6
	Hastadan kan alırken	10
	Ameliyat esnasında	7,9
	Hastane atıklarını toplarken	7,1
	Enjektör kapağını kapatırken	4,3
	Başkasının elindeki kesici-delici alet ile yaralanma	2,4
	Diğer yaralanmalar	5,5

Tablo 1. Devamı		
		%
İlk müdehale	Yaralanan bölgeyi sabunlu su ile yıkama	85,1
	Yaralanan bölgeyi sıkma, kanatma veya hiçbir şey yapmama	14,9
Kaynağın kan yolu ile bulaşan hastalığı	Yok	57,4
	HBsAg	8,8
	Anti HCV	5,7
	Anti-HIV	0,2
	Kırım-Kongo kanamalı ateş (KKKA)	0,2
	Bilinmiyor	27,7
Koruyucu ekipman kullanımı	Evet	81,9
	Hayır	18,1

[PS-107]

Üç Önemli Fırsatçı Enfeksiyon ile Prezente Olan HIV Enfeksiyonu Olgusu

Fatma Kacar, Esma Eroğlu, Arzu Tarakçı, Fatma Çölkesen, Şule Özdemir Armağan, Selver Can

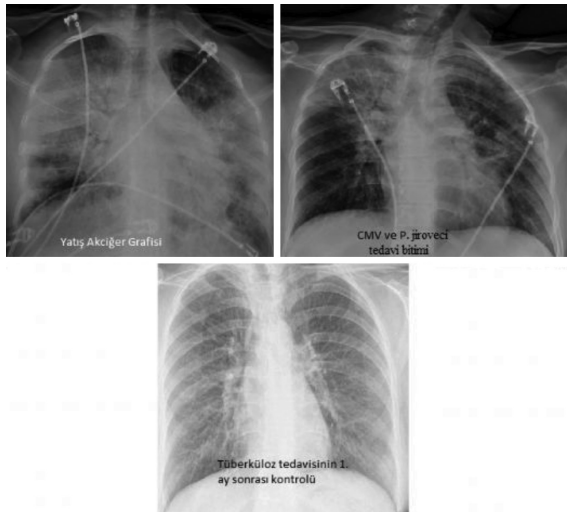
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) enfeksiyonu, virüsün etkisiyle bağışıklık sisteminin giderek baskılandığı kronik bir hastalıktır. HIV/AIDS'de aktif tüberküloz gelişme riski 20 ila 37 kat, progresyon gösterme oranı, %30 (normalde %10) artmaktadır. Pnömoni nedeni ile takibi esnasında HIV tanısı alan ve pnömoni etkenlerinin HIV'ye bağlı fırsatçı mikroorganizmalar olduğu anlaşılan bir olgu sunuldu.

Olgu: Otuz yedi yaşında evli, Suriyeli kadın hasta; 3-4 gündür solunum sıkıntısı, nefes darlığı, ateş, iştahsızlık, halsizlik, 3-4 ayda 10 kg zayıflama şikayeti ile acil polikliniğe gelmiş ve akciğer grafisinde yaygın infiltrasyon, asidoz, genel durum bozukluğu nedeni ile göğüs yoğun bakım ünitesine yatırılmıştı. Tetkiklerinde; Ph: 7,3, prokalsitonin: 0,096 ng/ml, beyaz küre: 11.200/mm^3, Hgb: 10,6 g/dl, ALT: 5 Ü/l, AST: 32 Ü/l, Alb: 1,65 g/dl, CRP: 224 mg/l olarak saptanmıştı. Ampirik olarak meropenem + moksifloksasin + oseltamivir ve steroid başlanan hasta iki gün sonra entübe edilmişti. Solunum yolu virüsleri negatif, balgam kültüründe artmış maya hücreleri saptanarak tedaviye kaspofungin eklenmişti. Tarafımızca konsülte edilerek istenen anti-HIV: (+) 1.250, CD4: 0/mm^3, CD8: 276/mm^3, CD4/CD8: 0, PPD: (-), balgamda ARB 3 kez (-), bronkoskopi ile alınan sekresyonda: TBC PCR: (-) bulundu. Toraks BT'de her iki akciğerde buzlu cam şeklinde dansite artışı ve yamalı konsolide alanlar, plevrada düzensizlikler izlendi. *Pneumocystis jiroveci* pnömonisi düşünülerek TMP-SMX başlandı ve tedavinin 3. (yatışının 13.) gününde ateş normale geriledi. Üç gün sonra ateş tekrarladı. BAL örneğinde CMV-DNA: 9030 kopya/ml bulundu, akciğer dokusunda inklüzyon cisimcikleri gösterilemedi, klinik ve radyolojik uyumdan dolayı gansiklovir başlandı. Tedavinin 7. gününde CRP: 11 mg/dl, sedim: 122/saat, Hgb: 7,8 gr/dl oldu, akciğer grafisi hafif düzeldi hasta ekstübe edildi (Şekil 1). HIV-RNA: 180.000 Ü/l, HIV direnç (-), HLA B57 (-) saptandı. Elvitegravir + kobisistat + emtrisitabin + tenofovir alafenamid başlandı, TMP-SMX ve gansiklovir tedavisi 21. günde stoplandı. Akciğer grafisindeki yaygın tutulum düzeldi, sağ üst zonda infiltrasyon devam etti. Solunum sekresyon kültüründe (HIV tedavisinin 18. günü) *M. tuberculosis* üredi. INH, PRZ, EMB, Rifabutin başlandı. Antiretroviral tedavi + dörtlü anti-TBC ve azitromisin + TMP-SMZ profilaksisi ile taburcu edildi. HIV tedavisinin 1. ayında HIV-RNA: 150 kopya/ml CD4: 32/mm^3, CD8: 960/mm^3, hemoglobin: 14,3 g/dl oldu. Dokuz ayın sonunda anti-TBC tedavi, CD4 >50 olunca MAC, CD4 >200 olunca TMP-SMX profilaksileri stoplandı.

Sonuç: HIV enfeksiyonlu hastalar fırsatçı enfeksiyonlarla başvurabilir. Ayrıca tüberküloz HIV viremisini yükseltip, HIV'ye bağlı CD4 T-lenfosit sayısında azalmayı hızlandırabilir. *Pneumocystis jiroveci* pnömonisi insidansı CD4 sayısı düşük HIV enfekte bireylerde fırsatçı enfeksiyonların önde gelen nedenlerindendir. Sunulan HIV olgusunun, üç önemli fırsatçı enfeksiyon ile prezente olması dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, *Pneumocystis jiroveci*, tüberküloz



Şekil 1. Tedavilerle akciğer grafisindeki değişimler

[PS-108]

Çoklu İlaca Dirençli *Klebsiella pneumoniae* Suşlarında Aztreonam/Avibaktam, Kolistin/Apramisin ve Meropenem/Apramisin Kombinasyonlarının *İn Vitro* Etkinlikleri

Ümit Kılıç, Mehmet Köroğlu, Mehmet Ölmez, Mustafa Altındiş

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Karbapenemaz üreten *Klebsiella pneumoniae* kökenleri, mortalitesi yüksek enfeksiyonlara neden olmakta ve her geçen gün bu bildirimlerin sayısı artmaktadır. Yeni antibiyotik çalışmalarının istenilen etkinlikte olmaması ve karbapenem gibi son seçenek ilaçlara karşı direnç gelişimi, tedavideki alternatifleri oldukça daraltmıştır. Çalışmamızda, karbapenemaz üreten *Klebsiella pneumoniae* suşlarında; aztreonam/avibaktam, kolistin/apramisin ve meropenem/apramisin kombinasyonlarının *in vitro* etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde yapılan rektal sürüntü tarama kültürlerinden ve çeşitli klinik örneklerden izole edilen suşlar içerisinden karbapenem dirençli olup karbapenemaz ürettiği saptanan ve yaygın ilaca dirençli olan 38 *K. pneumoniae* suşu çalışmaya dahil edildi. Bakteri tanımlama ve antibiyotik duyarlılık çalışmaları VITEK 2® (bioMerieux, Fransa) otomatize sistemi ve broth mikrodilüsyon yöntemi ile yapıldı. Karbapenemaz üretimi, fenotipik olarak Modifiye Hodge testi ve Rapidec® Carba NP testleri, genotipik olarak da real-time polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi (Gene Xpert Carba-R kiti, Cepheid, ABD) ile belirlendi. Suşların

tümünde aztreonam/avibaktam, meropenem/apramisin kombinasyonları ve kolistin dirençli 26 suşta ise kolistin/apramisin kombinasyonunun etkinliği checkerboard yöntemi ile çalışıldı.

Bulgular: Aztreonam ve avibaktam, tek başlarına tüm suşlarda yüksek minimal inhibitör konsantrasyon (MİK) değerlerine sahip olup, tüm suşlar aztreonama dirençli saptandı. Buna rağmen aztreonam/avibaktam kombinasyonunun tüm suşlarda sinerjik etkinliğinin olduğu saptandı. Aynı zamanda aztreonamın kombinasyon MİK değerlerinin EUCAST sınır değerine göre %94,7 oranda duyarlılık sınır aralığında olduğu gözlendi. Apramisin tek başına, suşların 30/38'inde (%79) etkili iken 8 suş (%21) dirençli bulundu. Kolistin dirençli 26 suşun checkerboard yöntemi ile yapılan sinerji çalışmasında kolistin ve apramisin kombinasyonu, suşların 4'ünde sinerjik (%15,3), 8'inde antagonist (%30,7), 14'ünde ise aditif (%54) etkili olarak tespit edildi. Meropenem/apramisin kombinasyonunun ise, 20 suşta sinerjik (%52), 12 suşta aditif etkili (%31) olduğu saptandı. Kalan 6 suşta kombinasyon MİK değerleri yüksek (>128 µg/ml) olduğundan sinerji yorumu yapılamadı.

Sonuç: Aztreonam/avibaktam kombinasyonunun, metallo-beta-laktamaz da dahil olmak üzere karbapenemaz üreten extensively drug resistant *K. pneumoniae* suşlarında *in vitro* sinerjik etkinliğinin yüksek olduğu ve tedavide oldukça umut vaadedici olduğu görülmüştür. Meropenem/apramisin kombinasyonunun, kolistin dirençli suşlar dahil büyük oranda etkili bulunması, gelecekteki tedavi seçenekleri açısından dikkate değerdir. Kolistin dirençli suşlarda denenen kolistin/apramisin kombinasyonunun ise sinerjik etkinliği düşük bulundu. Buna rağmen bu suşlarda tek başına apramisinin düşük MİK değerlerine sahip olması, klinik araştırmalar ve tedavi için potansiyel oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Klebsiella pneumoniae*, avibaktam, apramisin

[PS-109]

Atipik Klinikle Seyreden Herpes Ensefaliti: Olgu Sunumu

Aylin Çalıca Utku[1], Adem Şimşek[1], Onur Taydaş[2], Oğuz Karabay[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Sakarya

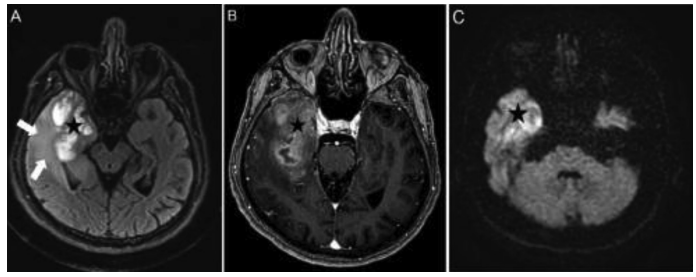
[2]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sakarya

Giriş: Herpes simpleks virüsü, sporadik ensefalitin en sık nedenidir. Ateş, baş ağrısı, bilinç ve davranış değişikliği, ense sertliği yaygın klinik bulgulardır. Vakit kaybetmeden antiviral tedavinin başlanması hayat kurtarıcıdır. Acil servise karında şişlik şikayeti ile ayaktan başvuran ve ateşi olmayan, takip sırasında konvülsiyon geçirmesi nedeniyle yapılan tetkikler ile ensefalit tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

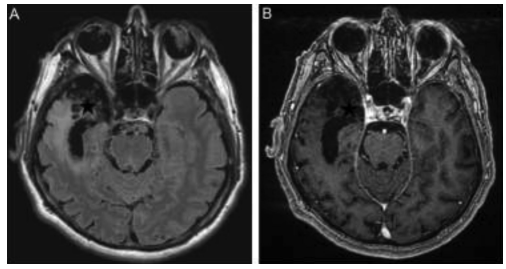
Olgu: Elli sekiz yaşındaki erkek hasta, iki gündür olan karında şişlik, baş dönmesi, mide bulantısı şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Hipertansiyon nedeniyle antihipertansif tedavi başlanıp izlenirken iki kez jeneralize konvülsiyon geçirdi. Hastadan istenen nöroloji konsültasyonda MR ile; sağ temporal lob ulkus düzeyinde ve mezial temporal lobda difüzyon kısıtlanması saptandı, tanımlanan bulgular bu düzeydeki enfarkt ya da herpes ensefaliti ile ilişkili olabileceği raporlandı (Şekil 1, 2). Herpes ensefaliti şüphesi ile enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi, hastanın genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oryante idi, ateşi yoktu, ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları saptanmadı, lomber ponksiyon yapıldı, 28 lökosit sayıldı, BOS glikoz 84 (eş zamanlı kan şekeri: 126), BOS protein: 74,5 mg/dl saptandı, ensefalit tanısıyla hasta enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Seftriakson 2*2 gr ve asiklovir 3*750 mg tedavisi başlandı. BOS kültüründe üreme olmadı. BOS PCR; herpes simpleks virüs tip 1 pozitif bulundu. Hastanın tedavisi tamamlandıktan sonra taburcu edildi.

Sonuç: Herpes ensefaliti kliniği, yüksek ateş, baş ağrısı ve bilinç bulanıklığı ile karakterizedir, fokal ya da jeneralize nöbetler ortaya çıkabilir. Herpes simpleks ensefalitinin akut evresinde nöbet görülme oranı %63'tür (1). Tanıda BOS'de polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yöntemiyle HSV-DNA saptanması altın standart olup, tipik radyolojik lezyonların bulunması da önemlidir. Olgumuzda olduğu gibi ateş, baş ağrısı, bilinç bulanıklığı, ense sertliği gibi bulgular olmasa bile; hastada nöbet görülmesi ve radyolojik şüphe varlığında; vakit kaybedilmeden tanısal işlemlerin ardından tedaviye başlanması hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ensefalit, herpes simpleks



Şekil 1. MR bulguları. A-C) Hastanın hastanemize ilk başvurduğunda çekilen manyetik rezonans (MR) görüntülerinde T2-FLAIR görüntüsünde (A) sağ temporalde kortikal-subkortikal heterojen iç yapıda düzensiz sınırlı hiperintens lezyon (siyah yıldız) ve çevresinde eşlik eden ödem izleniyor. Post kontrast görüntüde (B) lezyonda periferik kontrast tutulumu dikkat çekiyor (siyah yıldız). Difüzyon ağırlıklı görüntüde (C) ise lezyonun dizfüzyon kısıtlaması gösterdiği izleniyor (siyah yıldız)



Şekil 2. A, B) Hastanın tedavi sonrası manyetik rezonans (MR) görüntülerinde T2-FLAIR görüntüsünde (A) lezyonu tamamen kaybolduğu ve bu düzeyde lökoensefalomalazi geliştiği görülüyor (siyah yıldız). Post kontrast görüntüde (B) bu düzeyde kontrastlanmanın olmadığı görülüyor (siyah yıldız)

[PS-110]

Trombosit Süspansiyonlarında, Bakteriyel Kontaminasyonun Otomatize Kan Kültürü ve Flow Sitometri Yöntemi ile Araştırılması

Mehtap Bolat[1], Hüseyin Hatipoğlu[2], Mehmet Köroğlu[2], Mustafa Altındiş[2]

[1]Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kan Bankacılığı ve Transfüzyon Güvenliği Yüksek Lisans Öğrencisi, Sakarya

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Bu çalışmada, aferez trombosit süspansiyonlarındaki bakteriyel kontaminasyon otomatize sisteme uyumlu özel trombosit kültür şişeleri ve flow sitometri yöntemi ile araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Transfüzyon Merkezi'nde hazırlanan rutinde alınan 50 adet aferez trombosit süspansiyonu ile standart suşlar ve klinik izolatların kullanıldığı 33 aferez trombosit süspansiyonu bakteriyel kontaminasyon yönünden incelenmiştir. Beş farklı standart suş ve 6 farklı klinik izolat ile spike örnekler (100, 101, 102 CFU/ml) hazırlandıktan sonra (1 ml bakteri süspansiyonu + 1 ml trombosit süspansiyonu) BacT/ALERT® BPA şişelerine ekildi. Eş zamanlı olarak oda ısısında ve 35±2 °C'de 16-18 saat inkübe edilen örnekler, flow sitometri cihazı ile analiz edildi. İnkübasyon sonrası sonra 3 kez dondurup çözme ile trombositler parçalandı ve 500 rpm/3 dk santrifüj işlemini takiben pelletten flow sitometrik analiz yapıldı. Rutinde alınan 50 adet aferez trombosit süspansiyonu alındığı gün özel trombosit kültür şişelerine ekilerek otomatize kan kültür sistemine konuldu ve aynı örnekler oda ısısında ve 35±2 °C'de tutularak flow sitometrik yöntemle 1, 3 ve 5. günlerde) analiz edildi.

Bulgular: Standart suşlar ve klinik izolatlarla hazırlanan spike örneklerin tümünde BacT/ALERT® BPA ile 12-18 saatte pozitiflik saptandı. Oda ısısında inkübe edilen örneklerden *S. aureus* (klinik ve standart suş), *E. fecalis* (standart suş) ve *P. aeruginosa* klinik izolatı kullanılan 12 örnekte (%36); etüvde inkübe edilen örneklerden 22'sinde (%66) flow sitometrik analizde bakteriyel kontaminasyon saptandı. Spike örneklerin 9'unda (%13) saptanmadı (*E. coli*, *S. epidermidis* ve *E. fecalis*). BacT/ALERT® BPA ile 50 aferez trombosit örneğinin 1'inde pozitiflik (Bacillus simpleks) saptandı. Bu örneklerde flow sitometri ile pozitiflik saptanmadı.

Sonuç: Trombosit süspansiyonlarında bakteriyel kontaminasyonun belirlenmesi amacıyla kullanılan özel kan kültürü şişeleri ve flow sitometri yöntemi arasında yüksek oranda uyum gözlenmiştir. Ancak flow sitometri yönteminin bu alanda kullanımı çok yeni olduğundan daha geniş ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Transfüzyon güvenliği, kan bileşeni, trombosit süspansiyonu

[PS-111]

Sağlıklı Genç Bir Erişkinde Semptomatik Akut CMV Enfeksiyonu

Tuğçe Damarsoy, Nebil Arslan, Hasan Tahsin Gözdaş, Fatma Sırmatel, Hayrettin Akdeniz

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: İmmün sağlam kişilerde CMV enfeksiyonu genellikle asemptomatiktir. Semptomatik olgularda en sık görülen tablo mononükleoz sendromudur. Nedeni bilinmeyen ateşin sebepleri arasındadır. Bu bildiride ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve bel ağrısı ile başvuran ve akut CMV enfeksiyonu tanısı alan genç bir erişkin hasta sunulmuştur.

Olgu: Yirmi beş yaşında erkek hasta ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve bel ağrısı nedeniyle enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Bilinen bir hastalığı yoktu. On beş gündür daha çok geceleri olan ateş, gece terlemesi, 20 günde 5 kilo kaybı, bel ağrısı şikayetleri mevcuttu. Hayvancılık ve kene teması öyküsü yoktu. Hastanın başvurusunda beyaz küre: 7,46 K/ul (n=4,5-11) nötrofil: 3,21 K/ul (n=1,8-7,3) hemoglobin: 14,2 g/dl (n=11,5-17,5), trombosit: 287.000 K/ul (n=140.000-400.000) glikoz: 82 mg/dl (n=75-100) üre: 26 mg/dl (n=12-42) kreatinin: 0,97 mg/dl (n=0,57-1,11) ALT: 36 U/l (n=0-55), AST: 31 U/l (n=5-34) Na: 136 mmol/l (n=136-145) K: 4,3 mmol/l (n=3,5-5,5) INR: 1,01 (n=0,8-1,3) CRP: 12,3 mg/l (n=0-5), sedimentasyon: 33 (n=0-30) idi. Çekilen boyun USG'sinde sağ submandibuler lap ve milimetrik reaktif lenf nodları izlendi. Abdomen USG'de dalak boyutu 135 mm olup normalden büyük olarak izlendi. Ayırıcı tanıda bruselloz düşünülen hastanın brusella Rose Bengal ve wright testi negatif olarak sonuçlandı. Viral hepatit markerları ve antiHIV negatifti. Romatoloji bölümü tarafından romatolojik hastalık düşünülmedi. Bakılan tetkiklerde anti-CMV IgM: 6,44 pozitif (n=0-0,84), anti-CMV IgG: 75,8 pozitif (n=0-5,99), CMV IgG avidite testi %27,61 düşük avidite olarak saptandı. Hastaya antiviral tedavi başlanmadan izlem planlandı. İki hafta sonraki poliklinik kontrolünde şikayetleri geçmişti. Kontrol USG'sinde dalak boyutları 120 mm olup normal olarak izlendi.

Sonuç: İmmün sağlam kişilerde CMV enfeksiyonu semptomatik seyredebilir. Bu nedenle, klinik olarak viral enfeksiyon düşünülen olgularda CMV'den şüphelenmek; erken tanıya yardımcı olacak ve gereksiz tetkiklerin yapılmasını engelleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Sitomegalovirüs, viral enfeksiyon

[PS-112]

İstanbul'da Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi: İki Olgu Sunumu

Ceyda Geyiktepe Güçlü, Mediha Bozkurt, Filiz Pehlivanoğlu, Gönül Şengöz, Mustafa Yıldırım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

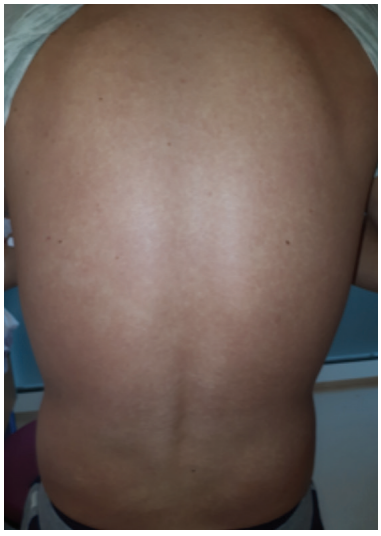
Giriş: Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA), keneler tarafından taşınan zoonotik bir enfeksiyondur. Hastalık ülkemizde ilk olarak 2002 yılında dikkatleri çekmiştir. En yüksek 2009 yılında 1.318 olgu görülmüştür. Olguların büyük çoğunluğu İç Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesi'nden özellikle Tokat, Sivas, Çorum, Erzurum'dan gelmektedir. Bu yazıda İstanbul'da saptanan 2 KKKA olgusu sunulmuştur.

Olgu 1: Bilinen kronik hastalığı olmayan İstanbul'da yaşayan 22 yaşında erkek hasta; acil servisimize ateş, bulantı, sulu dışkılama, yaygın ağrı şikayetleriyle başvurdu. Başvurusundan 6 gün önce Doğu Anadolu'dan gelen kurbanlık hayvanla temas sonrası dış merkezde sağ bacaktan kene çıkartılmış, laboratuvar sonuçları normal saptanmıştır. Gelişinde patolojik fizik muayene bulgusu yoktu. Laboratuvarında; CRP: 9 mg/dl, AST: 78 U/l, beyaz küre: 1710/mm^3, nötrofil: 770/mm^3, lenfosit: 820/mm^3, LDH: 380 U/l, PLT: 80.000/ml, hemoglobin: 14,9 g/dl idi. Hastaya temas ve damlacık izolasyonu uygulandı. Yatışının 2. gününde AST: 147 U/l, PLT: 34.000/ml, CK: 370 U/l, LDH: 370 U/l saptandı. Ampirik olarak seftriakson 2 gr/gün ve doksisiklin 2*100 mg/gün tedavisi başlandı. Takibinin 3. gününde şikayetleri geriledi, INR: 1,02, ALT: 189 U/l, AST: 132 U/l, LDH: 319 U/l, CK: 69 U/l, CRP: 0,8 mg/dl, PLT: 80.000/ml olarak sonuçlandı. KKKA IgM (+), KKKA IgG (-), KKKA PCR (+), *Borrelia* IgM ve IgG (-), *R. conorii* IgM ve IgG (-) bulundu. Hastanın antibiyoterapisi kesildi. Yatışının 5. gününde klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta taburcu edildi.

Olgu 2: Bilinen kronik hastalığı olmayan İstanbul'da yaşayan 25 yaşında erkek hastanın 5 gün önce Erzurum'dan gelen kurbanlık hayvanla teması sonrasında ayak bileğinden dış merkezde kene çıkartılmıştır. Tetkiklerinde anormallik saptanmamıştır. Sonrasında ateş, eklem ağrısı, yüzden başlayıp gövdeye ve ekstremitelere yayılan eritematöz döküntü gelişince acile başvurmuştur (Resim 1). Başvurusunda beyaz küre: 1.720/mm^3, PLT: 63.000/ml, nötrofil: 1.050/mm^3, lenfosit: 420/mm^3, INR: 1, AST: 286 U/l, ALT: 164 U/l, LDH: 550 U/l, CK: 1447 U/l saptanmıştır. Hastaya seftriakson 2 gr/gün ve doksisiklin 2*100 mg/gün tedavisi başlandı. Deri biyopsisi yapıldı. Yatışının ilk günü ateşi düşen hastanın 2. günde döküntüleri kayboldu. *R. conorii* IgM ve IgG (-), *Borrelia* IgM ve IgG (-), KKKA PCR (+), KKKA IgM ve IgG (-) sonuçlanmıştır. Kontrol tetkiklerinde beyaz küre: 6.300/mm^3, PLT: 311.000/ml, AST: 86 U/l, ALT: 207 U/l olan hasta taburcu edildi. Patolojisi viral erüpsiyonla uyumlu geldi.

Sonuç: Ani gelişen ateş, döküntü, trombositopeni, karaciğer fonksiyonlarında bozulma ve kurbanlık hayvan teması olan hastalarda endemik bölgelere seyahat öyküsü olmasa bile kene kaynaklı hastalıklar, özellikle KKKA hatırlanmalı ve ayırıcı tanılar arasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, kene, döküntü



Resim 1. İkinci olgunun vücudunda saptanan yaygın eritematöz döküntü

[PS-113]

Nocardia farcinica'ya Bağlı Dissemine Nokardiyoz Olgusu

Şükran Sevim, Şerife Altun Demircan, Fatma Şebnem Erdinç, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Ayşe Büyükdemirci, Selin Şenol, Sami Kınıklı

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *Nocardia* enfeksiyonları immünosüpresif hastalarda fırsatçı enfeksiyonlara neden olmaktadır. En sık yerleşim yeri solunum sistemi olmakla birlikte deri ve yumuşak doku, santral sinir sistemi (SSS) ve diğer organ tutulumlarına neden olmaktadır. Bu olguda pemfigus vulgaris (PV) nedeniyle immünosüpresif tedavi alan hastada *Nocardia farcinica*'nın etken olduğu SSS enfeksiyonun eşlik ettiği dissemine enfeksiyonu sunuldu.

Olgu: Yetmiş üç yaşında kalp yetmezliği, iatrojenik diabetes mellitus, dislipidemi ve hipertansiyon tanıları olan kadın hasta PV tanısı ile yaklaşık bir yıldır deltakortil 25 mg, mikofenolat mofetil ve rituksimab tedavisi almaktaydı. Dermatoloji kliniğinde rituksimab 6. kür tedavisi için yatan hastanın başlangıçta olmayan, yatışı sırasında sol omzunda ve karnında nodüler lezyonlar saptandı. Bilinç açık, oryantasyon ve kooperasyon tam, vital bulguları normaldi. Fizik muayenede çene, omuz, karın ve dizde nodüler şişlikler ve karın bölgesinde hiperpigmente lezyonlar görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde CRP 21 mg/dl olması haricinde özellik yoktu. Omuzdaki nodülden alınan aspirasyon kültüründe *N. farcinica* üremesi olması üzerine duyarlılık sonucuna göre intravenöz imipenem 4x500 mg başlandı. Yüzeyel doku ultrasonografide sol omuzda, sol mandibuler bölgede, suprapubik bölgede, batın sol tarafında ve pubis superiorunda multipl yoğun içerikli kistik lezyonlar saptandı. İmipenem dördüncü günde santral yan etki (halüsinasyon) gelişmesi ve santral tutulum da olması nedeni ile tedavi intravenöz meropenem 3x2 g ve linezolid 2x600 mg olarak değiştirildi. Toraks BT'de sağ akciğerde nodüller, dinamik MR'de pankreasta ve sol böbrekte, kraniyal MR'de parietal, temporal ve oksipital loblarda *Nocardia* apsesi ile uyumlu olduğu düşünülen lezyonlar raporlandı. Dissemine tutulum olması nedeni ile hastanın mevcut tedavisine amikasin eklendi. Birinci ay kontrol abdomen ve kraniyal MR'de lezyonlarda minimal gerileme görüldü. Takiplerinde solunum sıkıntısı, genel durum bozukluğu ve hipotansiyon gelişmesi nedeniyle yoğun bakım ünitesine alındı, yatışının üçüncü ayında hasta kardiyak arrest nedeni ile kaybedildi.

Sonuç: *Nocardia* türleri içerisinde *N. farcinica* en dirençli ve dissemine olma riski en yüksek olan türdür. Genel olarak trimetoprim-sulfametoksazol duyarlı olan bu tür hastadan izole edilen suşta dirençli saptanmıştır. SSS tutulumunun eşlik ettiği dissemine tutulumlarda mortalite ve morbidite yüksek olduğundan immünosüpresif bireylerde ortaya çıkan apse ve nodüler lezyonlarda *Nocardia* açısından klinik ve laboratuvar değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Nocardia farcinica*, immünosüpresif tedavi, dissemine tutulum

[PS-114]

Aynı Ailede Hazır Gıda Kaynaklı İki Botulismus Olgusu

Mirkan Bulğak, Tuna Demirdal

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Botulizm, *Clostridium botulinum* tarafından üretilen botulinum nörotoksininin (BoNT) neden olduğu nadir, fakat ölümcül olabilen flask paralizi sendromudur. Botulismus kaynağı olarak genellikle konserve yiyecekler gösterilse de, bu iki olgumuzda kapalı poşette satılan hazır mantı hastalık nedeni olarak saptanmıştır.

Olgu 1: Bilinen kronik hastalığı olmayan 54 yaşında kadın hasta bir gün önce eşiyle birlikte marketten aldığı hazır mantıyı yedikten sonra başlayan bir defa siyah renkli dışkılama, çift görme, görmede bulanıklık, yutma güçlüğü, nefes almada güçlük şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Acil serviste klinik olarak botulismus tanısı konan hastaya, halk sağlığı kurumundan temin edilen botulismus anti-toksini uygulanmıştı. Beyin görüntülemelerinde patolojik bulguya rastlanmayan hasta anestezi yoğun bakım kliniğine yatırılmıştı. Yatışı sırasında yapılan EEG ve EMG tetkikleri olağan sonuçlanmış. Batın BT ise "ince barsak mezenterinde ödem ve reaktif lenf nodları, bu bulgu non-spesifik olup, enfektif süreçleri desteklemektedir" şeklinde raporlanmıştır. Havayolu açık tutulan hastanın, yatışının 10. gününde diplopi, ishal ve nefes almada güçlük şikayetleri tamamen geriledi. Yutma güçlüğü kısmen düzelen hasta enfeksiyon hastalıkları servisine nakil alındı. Yedi gün serviste takip edilen, katı yiyecekleri de yutabilecek duruma geldikten sonra poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.

Olgu 2: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 54 yaşında erkek hasta bir gün önce eşiyle birlikte marketten alınan hazır mantı yedikten sonra başlayan 3 defa yeşil renkli ishal, halsizlik, çift görme, bulanık görme, yutma güçlüğü şikayetleriyle acil servise başvurdu. Acil serviste botulismus ön tanısı konan hastaya halk sağlığı kurumundan temin edilerek botulismus anti-toksini uygulandı. Beyin görüntülemelerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hasta enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Servimizde yatışı sırasında göz hastalıkları ve nöroloji kliniklerine konsülte edildi. Klinik ve laboratuvar açısından başka bir tanı düşünülmedi. Yumuşak gıdayla beslenen hastada önce blenderize, daha sonra katı gıdalara geçildi. Hafif yutma güçlüğü olan hasta 14. günün sonunda poliklinik kontrolüyle taburcu edildi.

Sonuç: Hızlı tanı, yoğun bakım sağlanması ve antitoksin uygulanması botulismus tedavisinin temel taşlarını oluşturur. Antitoksin sağlık müdürlüklerinden temin edilebilmektedir. Hazır gıda yeme öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda klinik bulgular uygunsa botulismus da düşünülmelidir.

Anahtar Kelime: Botulismus

[PS-115]

HIV/AIDS Hastalarında Nadir Bir Bağışıklığın Yeniden Yapılanmasına Bağlı Yangı Sendromu (IRIS) Nedeni: Scabies

Sarp Singil, Kamil Mert, İlkay Akbulut, Sabri Atalay, Şükran Köse

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Bağışıklığın Yeniden Yapılanmasına Bağlı Yangı sendromu (IRIS), HIV ile enfekte bireylerde antiretroviral tedavinin (ART) başlanmasından sonra bağışıklık sistemindeki düzelmeye bağlı olarak çeşitli süreçlere karşı verilen aşırı yanıt durumudur. Tanısı konulmamış bir enfeksiyonun alevlenmesi şeklinde "maskelenmiş IRIS" veya tedavi edilen bir enfeksiyon tablosundaki kötüleşme olarak tarif edilen "paradoksal IRIS" olarak 2 farklı formda karşımıza çıkar. Bu posterde, nadir IRIS etkenlerden birisi olan scabiese bağlı bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Otuz yaşında, bilinen komorbiditesi olmayan evsiz hasta, disfaji, ağızda yara ve vücutta yaygın kaşıntı şikayetleriyle başvurdu. Orofarengeal kandidiyaz tanısı konulan ve anti-HIV pozitif saptanan hastanın yatışı yapıldı. Genel durumu orta, bilinci açık, kooperasyon ve oryantasyonu tamdı. Fizik muayenede ateşi 37,10 ˚C, kan basıncı 145/70 mmHg, nabız sayısı 85/dk olarak saptandı. Oral mukozada beyaz renkli plaklar ve ön kol ve bacak distal yüzlerinde ekskoriasyon ve likenifikasyon alanları, gövde ön-arka yüzü ve fasyal deride eritemli makülopapüler vasıfta döküntü görüldü. Laboratuvar bulgularında lökosit: 2,8x103/ul, hemoglobin: 12,4 g/dl, hematokrit: %, trombosit: 130x103/ul, sedimentasyon: 38 mm/saat, C-reaktif protein: 3,3 mg/l, prokalsitonin: 0,02 µg/l, HIV-RNA: 9.070.000 kopya/ml, CD4 + T-lenfosit sayısı: 70/mm^3 olarak saptandı. Yapılan gastrointestinal sistem endoskobisi *Candida* özefajitiyle uyumlu hastaya 14 gün flukonazol tedavisi uygulandı. Akut HIV enfeksiyonu tanısı konulan olguya tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin ve dolutegravir başlandı. Yaygın döküntü ve kaşıntısı olan hastaya klinik olarak scabies tanısı kondu ve buna yönelik olarak permetrin losyon ve şampuan uygulandı. Bu tedaviden yanıt alınamaması üzerine betametazon/gentamisin pomad ve setirizin tablet başlandı. ART başlangıcından bir hafta sonra döküntü ve kaşıntı şikayetleri arttı. Ekstremite ve gövdedeki lezyonlarda iyileşme olmadığı gibi, mons pubis ve peniste yeni lezyonlar gelişti. Alınan deri biyopsisinin patolojik incelemesi, artmış yangısal süreç ve scabiesle uyumluydu. ART başlangıcından iki hafta sonra bakılan HIV-RNA: 224.000 kopya/ml, CD4+ T-lenfosit sayısı: 296/mm^3 saptandı. Yirmi beş günlük tedaviye rağmen kaşıntı ve lezyonların devam etmesi üzerine kükürt/goudron vegetal (Wilkinson pomad) üç gün süreyle uygulandı ve tedaviye non-steroid anti-enflamatuvar ilaç eklendi. Bu tedaviyle kaşıntı ve döküntüsü gerileyen olgu şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: ART başlangıcıyla bilikte gelişen immün restorasyon, mevcut fırsatçı enfeksiyona ait semptomları paradoksal olarak kötüleştirebilir. Scabiesde IRIS tablosuna neden olabilecek nadir bir etken olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, IRIS, Scabies

[PS-116]

Nadir Görülen Bir Kandida Tipi: *Candida rugosa*

Seda Zor Çakıllı, Esma Eren, İlhami Çelik

Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

Giriş: İnvazif mantar enfeksiyonları, ağır seyirli ve tedavisi zor enfeksiyonlardır. Kandidalar tüm invazif mantar enfeksiyonu etkenlerinin %70 kadarını oluşturur. *Candida rugosa* oldukça nadir görülen bir etkendir ancak son zamanlarda artan sıklıkta görülmektedir. Kateter ilişkili fungemiye neden olabilmektedir. Flukonazol ve polien grubu antifungallere karşı azalmış duyarlılık görülebileceği için tedavide güçlükler yaşanabilmektedir. Salgınlar yapabileceği gözönünde bulundurulmalıdır. Biz burada yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi ettiğimiz bir *C. rugosa*'ya bağlı kandidemi olgusunu sunmaktayız.

Olgu: Kırk bir yaşında kadın hasta, nazofarinks kanseri nedeni ile kemoterapi almakta iken başağrısı şikayeti ile başvurmuş. İmmünosüpresif durumdaki hastada yapılan tetkikler sonucu beyin apsesi saptanmıştır. Cerrahi işlem ile apse boşaltımı için hastaneye yatırılan hastanın işlem sonrasında hemodinamisi bozulması üzerine ve yoğun bakım ünitesine alınmıştır. Destek tedaviler ve hemodinamik monitorizasyon için hastaya santral venöz kateter takılmıştır. Meropenem ve vankomisin tedavisi başlanan hastanın apse kültüründe üreme olmadığı için tedaviye mevcut hali ile devam edilmiştir. Antimikrobiyal tedaviye klinik yanıt alınmış ve hemodinamisi düzelmiş olan hastada tedavi 20. günde iken hastada tekrar ateş ve hipotansiyon gelişmiştir. Hastadan kan kültürü alınmış ve ampirik olarak tedaviye anidulofungin eklenmiştir. Kültür sonucunda *C. rugosa* üremiştir. Kateteri çekilmiş ve antifungal tedaviye devam edilmiştir. Hasta tedavinin 12. gününde kaybedilmiştir.

Sonuç: *C. rugosa* nadir görülen bir etken olmasına karşın mortal seyredebilmektedir. Önlemek için, enfeksiyon kontrol önlemlerine dikkat edilmeli, gereksiz invazif işlemden kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelime: *Candida rugosa*

[PS-117]

Sekelsiz İyileşen Tetanoz Olgusu

Zülal Özkurt[1], Bilgen Borulu[1], Esra Çınar Tanrıverdi[2], Ayten Çalkan[1], Mehmet Parlak[1]

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

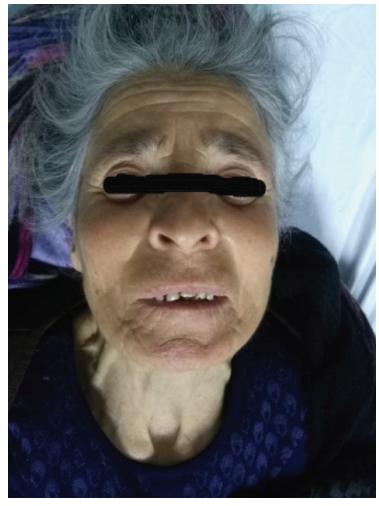
[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Tetanoz aktif ve pasif immünizasyon gibi koruyucu önlemler sayesinde günümüzde nadir görülen, ileri yaşlarda ölümcül seyredebilen nörotoksinlerle oluşan ağrılı tonik spazmlarla karakterize bir hastalıktır. Hastalarda solunum kaslarının tutulumu sonrası gelişen solunum yetmezliği nedeniyle mekanik ventilatör desteği gerekmektedir. Bu bildiride uygun immünizasyonu olmayan jeneralize tetanoz olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 75 yaşında kadın hasta çene hareketlerinde kısıtlılık, baş boyun ve sırtında ağrılı kasılmalar, ağzını açamama ve yutma güçlüğü şikayeti ile acil servise başvurdu. Öyküsünde 8 gün önce düşme sonrası sağ el bileğinde 3 cm'lik alanda toprakla kontamine cam kesisi olduğu, başvurdukları hastanede yaraya dikiş atıldığı, tetanoz aşısı olmayan hastaya tek doz tetanoz aşısının yapıldığı ancak tetanoz immünoglobulin yapılmadığı öğrenildi. Bilinci açık oryante-koopere idi. Vücut sıcaklığı 36,8 °C, solunum sesleri 22/dk, arteryel kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 78/dk olan olguda trismus, risus sardonikus, konuşma bozukluğu, yutma güçlüğü, ense sertliği ve kas rijiditesi vardı (Resim 1). Çekilen beyin tomografisinde patolojiye rastlanmadı. Hasta anamnez ve klinik bulgular eşliğinde tetanoz ön tanısıyla enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Loş ve sakin bir odaya alındı. Akıntısı ve kötü kokusu olmayan temiz görünümlü yara debritman amacıyla ortopedi kliniği tarafından değerlendirildi. 500 IU insan kaynaklı tetanoz immünoglobulin intramüsküler olarak uygulandı. 4x500 miligram metronidazol intravenöz olarak başlandı. Yutma güçlüğü nedeniyle oral alımı kesildi. Enteral beslenmeye geçildi. İlerleyen saatlerde tüm vücutta yaygın kas rijiditesi ve spazmların başlaması üzerine sedasyon ve mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duyulması nedeniyle anestezi yoğun bakım ünitesine devredildi. Entübe olup mekanik ventilatör desteği alan, midazolam infüzyonu ile sedatize edilen hastanın 20 gün kadar yoğun bakım ünitesinde tedavisi devam etti ve ekstübe olarak servisimize tekrar devir alındı. Vücut ağrıları ve ekstremite güçsüzlükleri için fizik tedavi kliniği tarafından önerilen egzersizlere başlandı. Hasta şifa ile sekelsiz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Ülkemizde her ne kadar tetanoz nadir görülse de tetanoz riski olan yaralanmalarda mutlaka hastanın aşı durumu iyi sorgulanmalıdır. Aşı ve immünoglobulin gerekliliği açısından doğru değerlendirilmesi ve immünoprofilaksinin tam olarak yapılması hayati önem taşımaktadır. Bu hasta bize erişkin bağışıklamasının önemini bir kez daha göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tetanoz, immünoprofilaksi



Resim 1. Hastanın yüzündeki trismus görünümü

[PS-118]

Serratia marcescens Suşlarının Etken Olduğu Anestezi İlişkili Menenjit Salgını

Hasan Selçuk Özger[1], Kübra Erbay[1], Fidan Sultanova[1], Murat Dizbay[1], Kenan Hızel[1], Özlem Güzel Tunçcan[1], Kayhan Çağlar[2], Meltem Yalınay Çırak[2], Fatma Nur Baran Aksakal[3]

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

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

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

Giriş: *Serratia marcescens* suşları özellikle yoğun bakım ünitelerinde önceden hazırlanmış kontamine sıvıların, dezenfektanların ve cerrahi aletlerin ortak kaynak olarak tanımlandığı nozokomiyal salgınlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada *S. marcescens*'nin etken olduğu nozokomiyal menenjit salgını değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde sezaryen sonrası ateş ve baş ağrısı ile hastaneye başvuran bir hastada postoperatif menenjit tanısı konulmuştur. Spinal anestezi ile sezaryen sonrası baş ağrısı şikayeti ile başvuran hasta sıklığında artış olduğu saptanmış ve salgın analiz yapılmasına karar verilmiştir. Salgın analizi kapsamında baş ağrısı ile başvuran hastaların medikal kayıtları ve ameliyat bilgileri değerlendirilmiştir. Baş ağrısına ateşin eşlik ettiği olgularda mikrobiyolojik örnekler alınmış ve radyolojik değerlendirmeler yapılmıştır. Operasyonların gerçekleştirildiği ameliyathanelerde anestezi çalışma alanından, spinal anestezi setlerinden, önceden hazırlanmış enjektörlerden, multi-doz şişelerden ve sık temas edilen yüzeylerden sürveyans kültürleri alınmıştır. Ortak ilaç ya da malzeme kullanımının salgın nedeni olabileceği öngörüldüğünden diğer cerrahi üniteler de *Serratia marcescens* enfeksiyonları açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yapılan değerlendirme sonucunda bir hastada beyin omurilik sıvısı (BOS) örneğinde, bir hastada ise kan örneğinde *S. marcescens* izole edilmiştir. Bir olguda klinik ve radyolojik olarak menenjit ön tanısı konulmuştur ancak onam alınamadığından lomber ponksiyon (LP) yapılamamıştır. Bir olguda klinik olarak menenjit ön tanısı konulmuştur ancak kontrendikasyon varlığı nedeniyle LP yapılamamıştır (Tablo 1). Sezaryen operasyonlarının aynı ameliyathane odalarında gerçekleştirildiği saptanmış ancak operasyon ekipleri arasında bir ortaklık saptanmamıştır. Alınan sürveyans kültürlerinde *S. marcescens* izole edilmemiştir. Diğer cerrahi bölümlerde de opere olan hastalar değerlendirildiğinde ortopedi, kalp ve damar cerrahisi ve göğüs cerrahisi bölümlerinde *S. marcescens* ilişkili cerrahi alan enfeksiyonlarının olduğu saptanmıştır. Sezaryen sonrası olgularda ve diğer cerrahi bölümlerde saptanan *Serratia* spp. suşlarının 'the arbitrarily primed polymerase chain reaction' yöntemi ile genetik benzerliklerinin olduğu saptanmıştır. Ancak, ortak bir kaynağa ulaşılamamıştır.

Sonuç: *Serratia* ilişkili salgınların önceden hazırlanmış sıvılar, tekrar kullanılan şırıngalar, kontamine cerrahi aletler, dezenfektanlar ve sabunlar ilişkili olarak gelişebildiği gösterilmiştir. Bu nedenle salgın analizi kapsamında önceden hazırlandığı tespit edilen ve farklı operasyonlar sırasında kullanılmaya devam edildiği düşünülen ilaçlar (multi-doz flakonlar) ve sıvılar öncelikle değerlendirilmiştir. Ancak ortak kaynak saptanmamış ve bunun örnek alınma zamanlaması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kaynak saptanması durumunda salgının kontrol edilmesi kolaylaşmaktadır. Bu durumlarda enfeksiyon kontrol önlemleri etkinliğinin artırılması salgını kontrol için önem taşımaktadır. Çalışmamızda bu önlemlerin tanımlanması, uygulanması ve denetimi ile salgın kontrolü sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, salgın, *Serratia marcescens*

Tablo 1.

Hasta no	Operasyon tarihi	Klinik	Mikrobiyoloji sonuç	Radyolojik sonuç	Tanı
1	28.08.18	Baş ağrısı Oryantasyon bozukluğu	Onam alınamaması nedeniyle LP yapılamamıştır	Bilateral serebellar hemisferde verteks düzleminde belirginleşen kortikal sinyal artışı ve meningeal kontrastlanma (menenjit?)	Menenjit
2	28.08.18	Baş ağrısı	Yok	4. ventrikül orta hatta normal boyut ve konfigürasyondadır. Her iki serebellar tonsil sivrileşmiş görünümde olup opiston bazion hattının altına uzanım göstermektedir (chiari tip 1?)	Postoperatif baş ağrısı
3	28.08.18	Ateş Baş ağrısı Bilinç bulanıklığı	Yok	Her iki lateral ventrikülde sıvı-sıvı seviyelenmesi, hemoraji açısından şüpheli olup 1 ay sonra kontrolü önerilir	Postoperatif baş ağrısı + cerrahi alan enfeksiyonu
4	28.08.18	Baş ağrısı Bilinç bulanıklığı	Yok	Kraniyal BT ve MR doğal	Postoperatif baş ağrısı Deliryum
5	23.08.18	Ateş Baş ağrısı Yara yerinde akıntı	Yok	Yok	Postoperatif baş ağrısı + cerrahi alan enfeksiyonu
6	28.08.18	Ateş Baş ağrısı Bilinç bulanıklığı	Yok	Periventriküler, subkortikal beyaz cevher alanlarında birkaç adet milimetrik boyutlu patolojik difüzyon kısıtlama bulgusunun eşlik etmediği non-spesifik gliotik sinyal değişiklikleri	Postoperatif baş ağrısı + cerrahi alan enfeksiyonu
7	28.08.18	Ateş Baş ağrısı	Yok	Yok	Postoperatif baş ağrısı + cerrahi alan enfeksiyonu
8	31.08.18	Baş ağrısı	Yok	Yok	Postoperatif baş ağrısı
9	10.08.18	Baş ağrısı Yara yerinde akıntı	Yok	Yok	Postoperatif baş ağrısı + cerrahi alan enfeksiyonu
10	07.08.18	Ateş Baş ağrısı Yara yerinde akıntı	Yok	Yok	Postoperatif baş ağrısı + cerrahi alan enfeksiyonu

Tablo 1. Devamı

Hasta no	Operasyon tarihi	Klinik	Mikrobiyoloji sonuç	Radyolojik sonuç	Tanı
11	12.09.18	Ateş Baş ağrısı Karın ağrısı	Serratia (kan)	Kraniyal BT ve MR doğal	Kan dolaşımı enfeksiyonu
12	21.09.18	Baş ağrısı Bilinç bulanıklığı	Yok	İnfratentorial bilateral serebral hemisfer ve supratentorial kortikal sinyal artımı ve sulkal mikrohemorajik sinyal intensite değişiklikleri (travmatik SAK?)	Postoperatif baş ağrısı Deliryum
13	01.10.18	Baş ağrısı Oryantasyon bozukluğu	Yok	Kraniyal BT ve MR doğal	Postoperatif baş ağrısı
14	19.09.18	Baş ağrısı	Serratia (BOS)	Sol pontoserebellar köşede araknoid kist	Menenjit
15	19.09.18	Baş ağrısı	Yok	Yok	Postoperatif baş ağrısı
16	02.10.18	Baş ağrısı Oryantasyon bozukluğu	Kraniyal ödem nedeniyle LP yapılamamıştır Kan kültüründe üreme yok	Kortikal sulkuslar silik görünümdedir. İntrakraniyal basınç artışı ve hafif parankimal ödem açısından anlamlı olabilir	Menenjit

[PS-119]

Sitomegalovirüs Tonsilliti ve Hepatiti Olgusu

Kaya Süer[1], Sebine Teymurova[2], Emrah Güler[3], Meryem Güvenir[4], Ferhat Erişir[5], Nedim Çakır[1]

[1]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

[2]Azerbeycan Tıp Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Bakü

[3]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

[4]Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Lefkoşa

[5]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Lefkoşa

Giriş: Tonsillit etkenleri farklılıklar gösterebildiğinden hastanın tanısında gecikmelere neden olmaktadır. Sıklıkla A grubu beta hemolitik streptokoklar etken olmakla beraber, viral etkenler de rol alabilir. Bakteriyel tonsillit kliniği gösteren hastalarda antibiyotik tedavisine başlanmadan önce sistemik muayene yapılmasının önemini vurgulamak açısından, bir sitomegalovirüs tonsilliti ve hepatiti olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu: Yirmi altı yaşındaki erkek hasta, dokuz gündür olan yüksek ateş, boğaz ağrısı ve yutkunma güçlüğü, halsizlik, iştahsızlık, idrar renginde koyulaşma ve göz aklarında sararma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde akut bakteriyel tonsillit ön tanısıyla sefuroksim 500 mg tablet 8 saat ara ile başlanmış. Hastanın altı günlük tedavisinin sonunda klinik şikayetlerinin devam etmesi üzerine seftriakson 2x1 gr IV olarak başlanmış. Seftriakson tedavisinin 3. gününde yüksek ateş, boğaz ağrısı ve yutkunma güçlüğü şikayetlerinde değişiklik olmaması ve idrar renginde koyulaşma, göz aklarında sararma, bulantı, iştahsızlık ve yaygın miyalji şikayeti eklenmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde ateş 39 °C, membranöz eksüdatif tonsillit tablosu, farenjit, servikal ön ve arka zincirlerde lenfadenopatiler, skleralarda subikterik görünüm, hepatosplenomegali saptandı. Tüm batın ultrasonografisinde karaciğer 192 mm, dalak 140 mm olarak bulundu. Laboratuvar tetkikleri lökosit 13,59x10^3/ul, nötrofil %27,94, lenfosit %71,31, monosit %11,84, trombosit: 241x10^3/ul, ALT: 616 U/l, AST: 166 U/l, LDH: 374 U/l, total bilirubin: 3,6 mg/dl, GGT: 151 U/l, ALP: 227 U/l, CRP: 1,84 mg/dl, sedimentasyon: 21 mm/saat, strep A antijeni negatif saptanan hastaya sistemik bulgularının da olması nedeni ile viral etkenler açısından tetkikleri istendi. Hastanın tonsillit ve hepatit bulguları nedeni ile ilk önce Epstein-Barr virüsü ve sitomegalovirüs açısından tetkikler istendi. EBV VCA IgM negatif, EBV VCA IgG pozitif olarak saptandı. Sitomegalovirüs IgM pozitif, sitomegalovirüs IgG pozitif olarak saptandı. Hastanın tonsillit ve hepatit tablosu nedeni ile parasetamol, %5 dekstroz ile semptomatik tedavi uygulanmaya başlandı. Antibiyotik kullanımı durduruldu. Hastanın takibinde karaciğer fonksiyonlarında ve tonsillit tablosunda gerileme olması nedeni ile semptomatik tedavi sürdürüldü. Takibinin 9. gününde klinik olarak şikayetleri belirgin gerileyen hasta istirahat verilerek kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Polikliniklere başvuran tonsillit öyküsü olan hastalarda genellikle akut bakteriyel tonsillit tanısı ile antibiyotik tedavisi başlanmaktadır. Tonsillit ayırıcı tanısında bakteriyel etkenlerle beraber viral etkenlerde rol alır. Bu nedenle tonsillit tanısı konulan hastaların tedavisinde antibiyotik kullanımına başlanmadan önce sistemik muayenin tamamlanmasının önemini gösteren bir olgu olarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sitomegalovirüs, tonsillit, hepatit

[PS-120]

Üniversite Hastanesinde 2015-2019 Yılları Arasında Yara Kültürlerinden İzole Edilen Mikroorganizmalar ve Antibiyotik Dirençleri

Hope Oyındamola Alaje[1], Emrah Güler[1], Meryem Güvenir[2], Hakan Evren[3], Emine Ünal Evren[3], Kaya Süer[4], Nedim Çakır[4]

[1]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

[2]Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Lefkoşa

[3]Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Girne

[4]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Girne

Giriş: Cerrahi sonrasında gelişen yara yeri enfeksiyonları sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar kapsamında değerlendirilmelidir. Ameliyat sonrası gelişen yara enfeksiyonları iyileşme süresinin uzamasına neden olan

bir faktördür. Ortopedi ve travmatoloji ve genel cerrahi bölümlerinden mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen apse/yara örneklerinden izole edilen mikroorganizmalar ve antibiyotik duyarlılık dağılımları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Ortopedi ve travmatoloji ve genel cerrahi servis/polikliniklerinden 01.09.2015 ile 31.12.2019 tarihleri arasında yatan ya da taburculuk sonrası ayaktan takip gören hastaların yara kültürlerinden üretilen mikroorganizmalar ve çeşitli antibiyotiklere direnç dağılımları retrospektif olarak incelendi. Örnekler, %5 kanlı agar, eozin methylene blue agar besiyerlerine ekildi ve 35 °C'de 24-48 saat inkübe edildi. Üreyen koloniler Phoenix 100 (BD Diagnostics, USA) sistemi kullanılarak tanımlandı ve EUCAST kriterlerine göre antimikrobiyal duyarlılıkları belirlendi.

Bulgular: Toplam 185 hastanın 123 (%66,5) ortopedi ve 62 (%33,5) genel cerrahi çalışmaya dahil edildi. Ortopedi kliniğinden gönderilen apse/yara örneklerindeki üreme oranı %45,5 (56/123) ve genel cerrahi bölümünde ise %56,1'dir (n=41/62). Genel cerrahi kliniğinden gönderilen kültür örneklerinin üreme oranının ortopedi kliniğinden gönderilen örneklere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,0008). Ortopedi ve genel cerrahi bölümlerinden gönderilen yara yeri örneklerinden Gram-olumsuz bakteriler arasında en sık izole edilen bakteri *Escherichia coli* (sırasıyla %11,4, %22,6) idi. Gram-olumlu bakteriler arasında ise en sık izole edilen bakteri ortopedide *Staphylococcus aureus* (%8,1) iken, genel cerrahide koagülaz negatif *Staphylococcus* türleri (%9,7) idi. MRSA görülme oranı ortopedide %50 (5/10) iken, genel cerrahiden gönderilen hiçbir yara yeri örneğinden MRSA saptanmamıştır. ESBL (+) *E. coli* pozitifliği (%64,3, 9/14) ortopedi kliniğinden genel cerrahiye göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,022). Her iki bölüm de dahil yalnızca üç hastada *Acinetobacter baumannii* izole edilmiş ve çoklu ilaca dirençli suşlar olduğu görülmüştür.

Sonuç: Hastanemizde yara yeri enfeksiyonlarında izole edilen mikroorganizmaların ve antibiyotik duyarlılıklarının bilinmesi, hem ampirik tedavilere yön verebilmek, ve akılcı antibiyotik kullanımı konusunda bilincin artırılmasını sağlamak, hem de direnç oranlarındaki artışın önüne geçebilmek adına önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotik, direnç, yara yeri

[PS-121]

Gastrointestinal Sistem Kanaması ile Seyreden Weil Hastalığı Olgusu

Abdullah Gölbol[1], Nuray Kasar[1], Yakup Demir[2]

[1]Kızıltepe Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Mardin

[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Leptospiroz, leptospira ailesinden *Leptospira interrogans*'ın yol açtığı, yaygın vaskülit ile karakterize akut, febril, sistemik ve zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Leptospirozisli hastaların %90'ında non-ikterik form görülür. Weil hastalığı leptospira enfeksiyonunun şiddetli seyreden formudur. Bu hastalarda hastalık hızla ilerleyerek yaklaşık 5-10 gün içersinde sarılık, böbrek yetmezliği, hemoraji, hipotansiyon ve komaya kadar giden bulgulara neden olmaktadır. Böbrek ve karaciğer bulguları baskındır. Bu yazıda takibinde gastrointestinal sistem (GİS) kanaması gözlenen bir Weil hastalığı olgusunu paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Otuz yaşında, ek hastalığı olmayan, sulama işçisi erkek hasta, bir haftadır ateş yüksekliği, genel durum bozukluğu, halsizlik, baş ağrısı şikayetlerine hematemez eklenmesi üzerine acil servise başvurdu. Hastanın FM'de genel durumu orta, bilinci uykuya meyilli idi. Ateş 38 °C, TA 80/45 mmHg, nabız 100/dakika, SS 18/dakika idi. Ense sertliği yoktu, konjonktivalarda hiperemi, skleralarda ve deride ikter vardı, diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın üç gün önce aynı şikayetlerle acil servise başvurduğu, üst solunum yolları enfeksiyonu reçetesiyle taburcu edildiği öğrenildi. Eş zamanlı başka sulama işçilerinin benzer klinik bulgularla başvuruyor olmasından leptospiroz ön tanısı düşünülen olgu, yoğun bakıma yatırılıp Weil hastalığı düşünülerek, non-spesifik bakteriyel enfeksiyonlar ekarte edilemediği için ampisilin sulbaktam, siprofloksasin, doksisiklin, bolus sıvı-destek tedavileri başlandı. Tedavi öncesi idrar kültürü ve 2 kan kültürü alındı. Kesin tanı amacıyla tedavi öncesi alınan serum örneği Ankara Etlik Veteriner Kontrol Merkez Araştırma Enstitüsü Müdürlüğü/Spiroket Hastalıkları Laboratuvarı'na gönderildi. Bolus sıvıya rağmen hipotansiyonu devam eden hastanın kontrol hemogramı istendi. Hemoglobin: 7 saptanması üzerine dahiliye konsültasyonu istendi. Aktif GİS kanama düşünülen hastanın oral alımı kesildi, PPI infüzyonu, eritrosit transfüzyonu başlandı. Hastanın üçüncü basamakta takip gerekliliği düşünülerek sevk edildi. Burada hastaya iki ünite eritrosit süspansiyonu, bir ünite trombosit aferezi, PPI, meropenem, metilprednizolon 60 mg/gün tedavileri başlandı. Yatışının üçüncü gününde hemoglobin ve trombosit değerleri yükselmeye başlayan, ABY'si, melenası gerileyen hastanın steroid ve PPI tedavileri kesildi. Tedavinin onuncu gününde klinik ve laboratuvar olarak iyileşen gösteren hasta önerilerle taburcu edildi. Başvurusunda alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı; *Brusella* tüp aglütinasyon testi, viral hepatit belirteçleri negatifti. Serumun leptospirozis yönünden MAT ile serolojik incelemesinde; leptospira IgM pozitifliği ile hastanın tanısı doğrulandı.

Sonuç: Sonuçta leptospirozda hastanın hastaneye başvurusu sırasında bile hemoraji ve Weil hastalığı kliniğiyle başvurmuş olabileceği akılda tutulmalı ve erken tanı ve tedavinin hayat kurtarıcı olabileceği hatırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanama, leptospiroz, Weil

Tablo 1. Hastanın laboratuvar verileri						
	3 gün önce	Yatış	Sevk öncesi	Sevk sonrası 1. gün	Sevk sonrası 3. gün	Sevk sonrası 7. gün
Beyaz küre	12.210	6.240	4.290	4.560	6.820	11.160
Trombosit	93.000	25.000	12.000	14.890	17.040	90.360
Hemoglobin	14,1	10	7	6,2	9,6	11,04
Kan üre nitrojen	19	66		131	58	25
Kreatinin	1,27	1,84		1,49	0,76	0,59
Aspartat aminotransferaz (AST)	53	62		42	42	34
Alanin aminotransferaz (ALT)	46	41		21	27	41
Total bilirubin	1,8	2,9		4,5	8,51	4,4
C-reaktif protein	12,79	14,48		7,8	9,06	1,1
Prokalsitonin				5,4	2,3	

[PS-122]

Lenalidomid ve Prednisolon Kullanan HBsAg Negatif Hastada Gelişen Hepatit B Reaktivasyonu

Sevil Alkan Çeviker[1], Alper Tahmaz[2], Emine Kübra Dindar Demiray[3]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

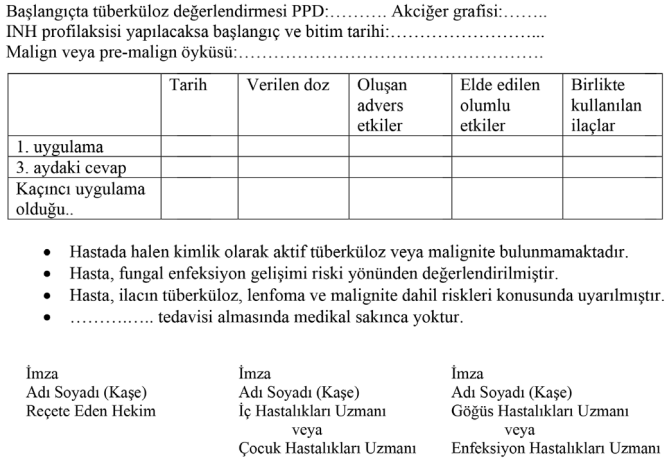
[3]Bitlis Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bitlis

Giriş: Lenalidomid immünostimülan grubunda olan pimer olarak multipl miyelom tanısında kullanılan ancak son zamanlarda relapsing polikondrit tanılı hastalarda da kullanmaya başlanan bir ajandır. Literatürde lenalidomid tedavisi HBV reaktivasyonu düşük riskli olarak bildirilmektedir. Ancak bu hastalar için standart bir profilaksi stratejisi yoktur. Bu olgu sunumunda relapsing polikondrit (RP) tanısı ile 2 aydır lenalidomid 1x25 miligram/gün ve yüksek doz (>20 mg/gün) prednizolon tedavileri kullanan HBsAg negatif hastada gelişen hepatit B reaktivasyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk yedi yaşında erkek hasta polikliniğimize halsizlik, idrar renginde koyulaşma, bulantı kusma şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünden 6 aydır RP tanısı ile 2 aydır lenalidomid 1x25 miligram/gün ve yüksek doz (>20 mg/gün) prednizolon tedavileri aldığı öğrenildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; ALT: 1436, AST: 1032, bilirubin T/D: 5,9/12,3, PLT: 170.000, HBsAg, antiHBc IgG ve antiHBcIgM: pozitif, HBeAg, anti-HBe, antiHBs, anti-HAV IgM/IgG ve anti-HCV ise negatif olarak saptandı. Hastanın tedavi öncesinde yapılan tetkiklerinde HBsAg: negatif, antiHBs: negatif olduğu görüldü. AntiHBc IgG tetkiki ise bakılmamıştı. Hastaya hepatit B aşısı önerildiği ancak hastanın yaptırmadığı öğrenildi. Ayrıca; aile öyküsü, transfüzyon öyküsü, şüpheli cinsel ilişki öyküsü yoktu. Hastadan ayırıcı tanı için batın USG'de istendi. Patoloji saptanmadı. HBV-DNA: 18.750 IU/ml olarak saptandı. Hastaya immünosüpresif tedaviler ile eş zamanlı, tenofovir disoproksil 245 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde karaciğer enzimleri normal sınırlara geriledi. Hasta tenofovir tedavisine devam etmek üzere poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: İmmünosüpresif tedavi (monoklonal antikor vb.) başlanacak hastalarda tedavi öncesi antiHBc IgG bakılması ve risk düzeyine göre profilaksi başlanması gereklidir. Lenalidomid rehberlere göre düşük riskli olmakla birlikte eş zamanlı kullanılan yüksek doz steroidin, yüksek risk oluşturduğu unutulmamalıdır. Ayrıca romatoloji/hematoloji tarafından tarafımıza yönlendirilen hastalara ait ilaç güvenlik formunda göğüs hastalıkları veya enfeksiyon hastalıkları uzmanı ibaresi yer aldığından çoğu zaman sadece göğüs hastalıkları uzmanları tarafından bu form onaylanmakta ve sunulan olgu gibi olguların görülme ihtimali artmaktadır. Biyolojik ajan kullanan bölümlerin farkındalığının artırılması ve bu formun tekrar düzenlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B reaktivasyonu, lenalidomid, prednisolon



Başlangıçta tüberküloz değerlendirmesi PPD:…….. Akciğer grafisi:……..
INH profilaksisi yapılacaksa başlangıç ve bitim tarihi:……...
Malign veya pre-malign öyküsü:……

	Tarih	Verilen doz	Oluşan advers etkiler	Elde edilen olumlu etkiler	Birlikte kullanılan ilaçlar
1. uygulama					
3. aydaki cevap					
Kaçıncı uygulama olduğu..					

- Hastada halen kimlik olarak aktif tüberküloz veya malignite bulunmamaktadır.
- Hasta, fungal enfeksiyon gelişimi riski yönünden değerlendirilmiştir.
- Hasta, ilacın tüberküloz, lenfoma ve malignite dahil riskleri konusunda uyarılmıştır.
- …….. tedavisi almasında medikal sakınca yoktur.

İmza
Adı Soyadı (Kaşe)
Reçete Eden Hekim

İmza
Adı Soyadı (Kaşe)
İç Hastalıkları Uzmanı
veya
Çocuk Hastalıkları Uzmanı

İmza
Adı Soyadı (Kaşe)
Göğüs Hastalıkları Uzmanı
veya
Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı

Resim 1. İlaç biyogüvenlik formu

[PS-123]

Brevundimonas diminuta'ya Bağlı Hemodiyaliz Hastasında Nadir Görülen Üriner Sistem Enfeksiyonu

Emrah Güler[1], Meryem Güvenir[2], Kaya Süer[3], Düriye Deren Oygar[4], Selçuk Kılıç[5], Nedim Çakır[1]

[1]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

[2]Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Lefkoşa

[3]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

[4]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

[5]T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Daire Başkanı, Ankara

Giriş: Önceden Pseudomonas genusuna dahil *Brevundimonas* spp., aerobik, Gram-olumsuz basil, non-fermentatif, polar flajellalı bir bakteri grubudur. İnsanda görülen enfeksiyonlardan genellikle *Brevundimonas vesicularis* sorumlu tutulmasına rağmen, özellikle immünokompromize hastalarda ciddi fırsatçı enfeksiyonlara neden olan az sayıda *Brevundimonas diminuta* olgusu rapor edilmiştir. Çevre koşullarında (su, toprak, bitkiler) yaygın olarak bulunan bu bakteriler, nadir olarak klinik örneklerden izole edilmektedir. İnsan enfeksiyonları genellikle kanser, siroz ve kistik fibrozis hastalarında görülmektedir. Literatürde *Brevundimonas* türlerinin başta bakteriyemi ve sepsis olmak üzere, daha az sıklıkla pnomöni, endokardit, keratit, idrar yolu enfeksiyonu ve çok ender olarak artrit ve menenjite neden olduğu belirtilmektedir. Beta-laktamlar ve florokinolon grubu dahil olmak üzere birçok antibiyotiğe dirençli olan *Brevundimonas* türleri, tedavide zorluklara neden olmaktadır. Nadir görülen bir bakteri olan *Brevundimonas diminuta*'nın, hemodiyaliz hastasında neden olduğu üriner sistem enfeksiyonu olgusu sunulmuştur.

Olgu: Tip 2 diabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği olan 78 yaşında erkek hasta dokuz yıldır haftada üç kez hemodiyaliz ünitesine girmekte ve rezidü idrarını temiz aralıklı kateter uygulayarak kendisi boşaltmaktadır. Hastanın ateş, titreme şikayetlerinin gelişmesi üzerine yapılan sistemik fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucunda üriner sistem enfeksiyonu ön tanısıyla kan ve idrar kültürü istendi. Hastaya sefiksim 400 mg tablet başlandı. İdrar kültüründe saptanan Gram-olumsuz basil Biomerieux vitek 2 bakteri identifikasyon cihazında *Brevundimonas diminuta* olarak tanımlanmıştır. Mueller Hinton besiyerinde yapılan antibiyogramda amikasin, imipenem, tikarsilin-klavulanat ve trimetoprim-sulfametoksazol duyarlı, betalaktamlar ve filorokinolonlara dirençli saptandı. Nadir görülen bir bakteri olması nedeni ile T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarı ile temasa geçilerek konfirmasyonu sağlandı. Sefiksim ile tedaviye cevap vermeyen hastaya trimetoprim-sulfametoksazol ile tedaviye geçildi, klinik ve laboratuvar olarak cevap alınarak tedavisi sağlandı.

Sonuç: Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda nadiren saptanan etkenlerde antibiyotik direnci ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Bu tür olgularda antibiyotik seçimi sırasında, antibiyogram sonucunda uygun dar spektrumlu antibiyotik seçimi tercih edilmelidir. Nadir saptanan bu etkenlerde antibiyotik direncinin önüne geçilmesi hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Brevundimonas diminuta*, hemodiyaliz, üriner sistem

[PS-124]

Tekrarlayan Üriner Sistem Enfeksiyonu Sonrası Malignite Tanısı Alan Olgu Sunumu

Tuba Başcıoğlu[1], İsmail Eren Polat[2], İlknur Esen Yıldız[1], Tuba İlgar[1], Uğur Kostakoğlu[1], Ayşe Ertürk[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Rize

[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Hastalıkları Kliniği, Rize

Giriş: Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) klinikte birçok hastalığın tanısı için yararlı bir testtir. Non-spesifik semptomları olan ve ESH yüksek saptanan hastalarda enfeksiyöz, enflamatuvar ve malign ve enfeksiyöz hastalıklar akla gelmektedir. Bu yazımızda tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu olan hastamızda tedavi sonrası kültürlerinde üremesizlik görülmesine rağmen sebat eden ESH yüksekliği sonrası tespit edilen malignite olgusu sunuldu.

Olgu: Yetmiş yaşında kadın hasta önce bulantı-kusma, sağ yan ağrısı, düşkünlük, halsizlik şikayetleri dış merkeze başvurmuş. Üriner sistem tanısıyla yatırılan hasta alınan idrar ve kan kültürlerinde genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) pozitif *E. coli* üremesi olması nedeniyle ileri tetkik ve tedavi amaçlı hastanemize sevk edilmiş. Özgeçmişinde 10 yıldır diabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği olan hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgu yoktu. Laboratuvar tetkikleri tabloda özetlenen hastaya üriner sistem, bakteriyemi tanılarıyla meropenem başlandı. Takiplerinde kliniği ve ESH dışında laborotuvar değerleri düzeldi. Ancak ESH sürekli olarak 100 mm/h üzerinde saptandı. ESH yüksekliğinin etiyolojisini araştırmak için tüberküloz, malignite, romatizmal ve otoimmün hastalıklar için ileri tetkikler planlandı. Hastanın immünoglobulin G, A, M değerleri referans aralıkta bulundu. Periferik yaymada rulo formasyonu görülmedi. Kappa hafif zincir, lambda hafif zincir normal referans aralığında, protein elektroforez, serum immün elektroforezinde patolojik özellik olmayan hastada multipl miyelom tanısı dışlandı. Anti-CCP ve romataid faktör negatif olup, C3, C4 normal referans aralığında görüldü. Anti ds DNA negatif, T spot negatif, bulundu. Tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Hastanın boyun, toraks, batın kontrastlı bilgisayar görüntülemeleri malignite açısından normal olarak sonuçlandı. Meme ultrasonografi ve mamagrofi, üst gastrointestinal sistem endoskopi ve kolonoskopisinde patolojik bulgu saptanmadı. Kliniği düzelen hasta öneriler ile taburcu edildi. Taburculuktan 5 gün sonra bulantı-kusma şikayetleri ile tekrar kliniğimize başvuran hasta tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu tanısıyla servisimize yatırılıp, meropenem tedavisi başlandı. Tetkiklerinde ESH yüksekliğinin (120 mm/h) sebat etmesi nedeniyle malignite açısından tekrar değerlendirilen hastaya kontrastlı abdomen manyetik rezonans görüntülemesi çekildi. Malignite lehine bulgu tespit edilmedi. Pozitron emisyon tomografi görüntülemesi yapıldı. Pankreas kuyruğunda pankreas kanseri ile uyumlu görünüm şeklinde raporlandı. Biyopsi yapıldı, patoloji sonucu pankreas adeno kanser olarak raporlandı. Hasta tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

Sonuç: ESH enfeksiyon varlığında artış gösteriyor olsa da 100 mm/saat ve üzerinde olması durumunda hastalık endeksi olarak kabul edilmeli ve mutlaka daha ileri testler yapılarak malignite başta olmak üzere diğer tanılar dışlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, sebat eden sedimentasyon yüksekliği, malignite

Tablo 1. Hastanın tetkik sonuçları			
Marker	**Yatış değerleri**	**Taburculuk öncesi değerler**	**Birim**
Serum glikoz	123	105	mg/dl
Kreatinin	9,5	9	mg/dl
Total protein	7,3	7,2	g/dl
Albümin	3,7	3,9	g/dl
Alanin aminotransferaz	12	14	U/l
Aspartat aminotransferaz	19	22	U/l
Sodyum-potasyum	138-3,7	139-3,8	mmol/l
Kalsiyum	10,1	10,2	mg/dl
Kreatin kinaz	45	61	U/l
CRP	15	7	mg/dl
ESH	103	115 mm/h	mm/h
Beyaz küre sayısı	23.150	15.000	U/l
Hemoglobin	10,3	11	g/dl
Trombosit sayısı	363.000	450.000	U/l

[PS-125]

Kliniğimize Başvuran Gebelerin İnfluenza Aşısı Yaptırma Durumu

İlknur Esen Yıldız, Tuba İlgar, Uğur Kostakoğlu, Ayşe Ertürk

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Rize

Giriş: İnfluenza virüsüne bağlı enfeksiyonlarda özellikle yüksek riskli gruplarda komplikasyon, hastane yatışları, mortalite ve morbidite oranları oldukça yüksektir. Gebeler ve çocukları da riskli grubun en önemlilerindendir. Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelerde risk gruplarında aşılamayı önermektedir. Kliniğimizde son bir buçuk aylık dönemde (Ocak-Şubat 2020) influenzaya bağlı pnömoni nedeniyle beş gebe hasta yatışı olmuştur. Bu nedenle amacımız polikliniğimize başvuran gebelerin grip aşısı yaptırma oranları ve yaptırmama nedenlerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Son bir yıl içinde gebeliği olup, çeşitli enfeksiyon tanılarıyla polikliniğimize başvuran annelerin gebeliklerinde grip aşısı yaptırma durumları sorgulandı. Hastalar telefonla aranarak polikliniğe çağrıldı. Yüzyüze anket yapıldı. Anket katılımcıların yaşı, eğitim durumları, yaşadıkları yer, meslekleri, eşlik eden risk faktörleri, grip aşısı yapılma durumu, yapılmadıysa nedenlerini içeren yedi sorudan oluşmaktadır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 133 gebenin yaş ortalamaları 33,1±5,8 (21-48) ve gebelik haftaları ortalama 20±7,3 (4-38) olarak bulundu. Hastaların demografik verileri Tablo 1'de görülmektedir. Gebelerin 120'sinde (%67,3) kronik hepatit B eşlik etmekte, dört hastada kalp hastalığı, 13 hastada guatr ve psikiyatrik bozukluklar gibi diğer komorbiditeler mevcuttu. Hastaların altısı gebeliği sırasında grip aşısı yaptırmış, 127 hasta yaptırmamıştı. Aşı yaptıran gebelerin; şehirde yaşam oranı %83,3 (n=5), %50'si (n=3) 20-30 yaş grubunda, %50'si (n=3) 30-40 yaş grubunda ve tamamı üniversite mezunu idi. Aşı yapılmama nedeni olarak; 127 gebe aşının önerilmediğini belirtirken, 29 gebe (%84,6) gribi hafif geçirdiği için, 48'i (%92,3) ise gribi önemsemediği, 15 gebe yan etkiden korktuğu için yaptırmadığını belirtti (yaptırmama nedeni olarak birden fazla cevap verilmiştir). Grip aşısı yaptırmayan gebelerin eğitim durumu ve mesleği, aşı yaptırmayanlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda gebelerin grip aşısı yaptırma durumlarının düşük olduğu neden olarak ise grip aşısının önemi ve yaptırmaları gerekliliği konusunda bilgilendirilmemiş oldukları görüldü. Gebelerin yüksek risk grubunda olduğunun bilincinde olunmalı, farkındalığın artırılması için, başta aile hekimliği, kadın doğum ve enfeksiyon hastalıkları kliniklerinin multidisipliner şekilde işbirliği yapılması eğitimlerin planlanması gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, gebelik, influenza aşısı

Tablo 1. Hastaların demografik verileri, *soruya birden fazla yanıt verilmiştir

	Özellik	n	%		Özellik	n	%
Meslek	Ev Hanımı	108	81,2	Doğum yerleşim	Şehir Merkezi	68	51,1
	Memur	15	11,3		Kırsal	65	48,9
	İşçi	2	1,5	Aşı yapılma oranı	Yapıldı	6	4,5
	Emekli	3	2,3		Yapılmadı	127	95,5
	Serbest Meslek	5	3,8	Aşı tavsiye edildi mi?	Önerildi	16	4,5
					Önerilmedi	117	95,5
Eğitim durumu	Okur Yazar	2	1,5	Yaptırmama nedenleri*	Aşıya Güvenmeme	6	2,3
	İlkokul	47	35,3		Aşının Önerilmemesi	127	49,0
	Ortaokul	21	15,8		Gribi Önemsememe	29	11,2
	Lise	19	14,3		Yan Etkilerinden Çekinme	15	5,8
	Üniversite	44	33,1		Medyanın Etkisi	78	30,1
					Hafif Geçirme	4	1,5

Tablo 2. Aşı yaptırmayan hastaların demografik verilerine göre karşılaştırılması (n=127)									
Özellik		**n**	**%**	**p**	**Özellik**		**n**	**%**	**p**
Doğum yerleşim	Şehir merkezi	63	49,6	0,9	Eğitim seviyesi	Okur yazar	2	1,6	<0,01
	Kırsal	64	50,4			İlkokul	47	37,0	
Meslek	Ev hanımı	107	84,3	<0,01		Ortaokul	21	16,5	
	Memur	14	11,0			Lise	19	15,0	
	İşçi	2	1,6			Üniversite	38	29,9	
	Emekli	3	2,4		Yaş (yıl)	20-29	32	25,6	0,03
	Serbest meslek	1	0,8			30-39	70	56	
						40-49	23	18,4	

[PS-126]

Everolimus Tedavisi Altında Eş Zamanlı Pnömonit ve İnvazif Pulmoner Aspergilloz

Aysel Köksal, Sabahat Çeken, Buket Demirhan, Hayriye Aşcı, Servet Kölgelier, Mustafa Ertek

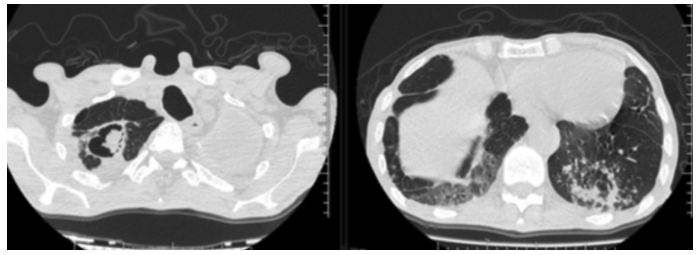
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Everolimus, solid organ transplantasyonunda (kalp, akciğer ve böbrek) klinik olarak kullanılan nonselektif mTOR (mammalian target of rapamycin) inhibitörüdür. Enfektif olmayan pnömonit, mTOR inhibitörleri içinde sınıfa bağlı bir yan etkidir ve çoğu zaman enfeksiyöz olmayan pnömoniti enfeksiyondan ayırmak kolay olmamaktadır. Bu olguda; everolimus tedavisi altında eş zamanlı pnömonit ve invazif pulmoner aspergilloz gelişen,başarıyla tedavi edilmiş bir hasta sunulmuştur.

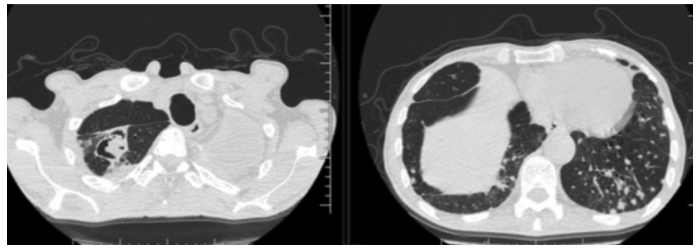
Olgu: Altmış altı yaşında erkek hastaya; kemik ve opere akciğer metastatik renal hücreli karsinom tanısıyla, dördüncü basamak everolimus tedavisine başlandı. Bir hafta sonra öksürük, göğüs ağrısı, D-dimer yüksekliği olması üzerine göğüs hastalıkları bölümü önerisiyle çekilen ventilasyon perfüzyon sintigrafisi "öncelikle parankimal akciğer hastalığını desteklemekle birlikte olası pulmoner tromboembolik süreçler ekarte edilemedi" şeklinde raporlandı. Göğüs hastalıkları tarafından düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisi başlandı. DMAH tedavisinin birinci ayının sonunda tedaviden fayda görmemesi ve takiplerinde ateş yüksekliği olmayan hastanın semptomlarının devam etmesi nedeniyle everolimusa bağlı pnömonit ön tanısıyla tıbbi onkoloji kliniğine yatırıldı ve intravenöz (IV) 1x60 mg metil prednizolon başlandı. Beş günün sonunda hastanın semptomları ve akut faz reaktanları düzeldi. Çekilen yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (HRCT) (şekil 1) "sağ akciğer alt lob süperiorunda 5 cm fungus topu ile uyumlu kavite ve sol akciğer alt lob bazal segmentlerde intertisyel akciğer hastalığını düşündüren konsolidasyon alanları" izlenmesi üzerine IV steroid tedavisi kesildi (Hastanın önceki toraks BT ve PET-BT görüntülemelerinde lezyonun izlenmediği raporlandı). Hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveoler lavaj (BAL) örneğinde galaktomannan antijeni 12 ng/ml olarak saptandı, mantar kültüründe ise *Aspergillus* spp. izole edildi. Hastanın eş zamanlı serum galaktomannanı 9 ng/ml olarak raporlandı. İnvazif pulmoner aspergilloz tanısı konularak vorikonazol yükleme 2x6 mg/kg, idame 2x4 mg/kg şeklinde IV antifungal tedavi başlandı. Takiplerinde ateşi düşen hastanın, vorikonazol tedavisinin yedinci günündeki galaktomannan antijeni sonucunun 0,1'e gerilediği görüldü. Hasta vorikonazol oral formuna geçilerek taburcu edildi. Poliklinik takibinde birinci ayın sonunda çekilen kontrol HRCT'sinde (Şekil 2) lezyon boyutlarının ve intertisyel tutulum alanlarının azaldığı, laboratuvar parametrelerinin normale geldiği görüldü. Vorikonazol tedavisine devam edildi. Poliklinik takiplerine devam ediliyor.

Sonuç: İmmünosüprese hastalarda, solunumsal semptomlar çoğunluğu enfeksiyöz olan çok çeşitli ayırıcı tanılarla ilişkilidir. Ayrıca mTOR inhibitörleri ile ilişkili pulmoner toksisite de sık görülmekte ve hayatı tehdit edici olabilmektedir. Everolimus tedavinin kesilmesi/doz azaltımı ve kortikosteroid tedavisi, pnömonit için ortak tedavi yaklaşımlarıdır. Enfeksiyon tanısı konulduğunda ise derhal uygun antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır. Everolimus tedavisi alan hastalarda bakteriyel, fungal, mikobakteriyel ve viral etkenlerle fırsatçı enfeksiyonlar olabilir. Bizim olgumuzda da intersitisyel pnömonitle beraber invazif aspegilloz gelişmiştir. Bu nedenle pnömonitten şüphe edilen olgularda öncesinde alternatif enfeksiyonların dışlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aspergillus, everolimus, pnömonit



Şekil 1. HRCT görüntülemede, sağ akciğer alt lob süperiorunda 5 cm fungus topu ile uyumlu kavite ve sol akciğer alt lob bazal segmentlerde intertisyel akciğer hastalığını düşündüren konsolidasyon alanları izlendi



Şekil 2. Tedavinin birinci ayındaki kontrol HRCT görüntülemede, lezyon boyutlarının ve intertisyel tutulum alanlarının azaldığı görüldü

[PS-127]

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi - Karma Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Hızlarının Yıllara Göre Karşılaştırılması

Cihan Yüksel, Servan Vurucu, Anıl Akça, Safiye Bilge Güçlü Kayta, Taylan Önder, Ebru Doğan, Nurcan Manav, Nihal Karaduman, Alper Şener

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi'nde son 11 yıla ait (2011 hariç) üriner kateter, mekanik ventilatör ve santral venöz kateter ilişkili enfeksiyon hızlarının epidemiyolojik olarak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2009-31 Aralık 2019 tarihleri arasında hastanemiz karma yoğun bakım ünitesinde enfeksiyon kontrol hekimleri ve enfeksiyon kontrol hemşirelerince günlük yapılan vizitler neticesinde elde edilen veriler düzenli kayıt altına alındı. Sistemde kayıtlı veriler yeniden analiz edilerek tablo ve grafik haline getirildi (Tablo 1, Grafik 1).

Bulgular: Çalışmada 10 yılda toplam 3591 hasta ve 36.568 hasta günü takip edildi. Bu sürede toplam 569 VİP, 254 Kİ-ÜSE, 90 Kİ-KDE tespit edildi. 2011 yılı verilerine ulaşılamadığı için çalışma içine dahil edilmedi. Ekibimize sertifikalı enfeksiyon kontrol hemşiresi 2012 yılında dahil olmuş olup bu yıldan itibaren sürveyans çalışması yapılmaya başlandı. Bu nedenle 2012 yılı ve sonrasının sürveyans duyarlılığı, öncesine göre daha fazla olarak saptanmıştır. 2018 Mart ayında yoğun bakım ünitesi yeni yerine taşınmış olup, 2018 Mart ve sonrası Tablo 1 ve Grafik 1'de ayrı olarak gösterilmiştir. Yoğun bakım ünitesinin taşınmasından sonra VİP hızında bir önceki seneye kıyasla hafif bir artış olduğu gözlenmektedir. Kİ-ÜSE hızında önce hafif bir artış meydana gelmiş olup sonrasında yeniden düşüş gözlenmiştir. SVKİ-KDE hızında ise önceki seneye kıyasla azalma meydana gelmiştir. Detaylı sayısal

bilgiler ve kıyaslamalar ekteki tablo ve grafikte mevcuttur. Zaman içinde el hijyenine verilen önemin artması, dezenfeksiyon yöntemlerinin standardize edilmesi ve denetiminin sağlanması, hizmet içi eğitimlerin sayısının ve sıklığının artması, yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım ünitelerinde daha aktif rol alması, hasta izolasyonlarının daha rahat sağlanması, yerinde gözlem ve eğitimlerin yapılması ile son 11 yıl birlikte değerlendirildiğinde 3 ayrı enfeksiyon hızında da azalma sağlanmıştır.

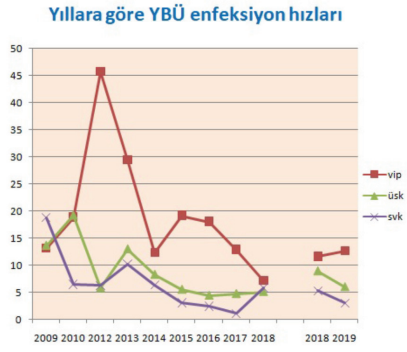
Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde invazif araç ilişkili enfeksiyon hızlarının düşürülmesinde öncelikle invazif araç kullanımının azaltılması gerekmektedir. Kullanım gerekliliğinin olduğu durumlarda ise hijyen kurallarına uymak hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle başta yoğun bakım çalışanları olmak üzere tüm sağlık personellerine gerekli eğitimin verilmesi, hedefe yönelik bilgilendirmeler yapılması, gereken önlemlerin alınması ve sık kontrollerinin yapılması, yoğun bakım ünitelerindeki kateter ilişkili enfeksiyonların azaltılmasında ciddi önem teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alet ilişkili enfeksiyon, sürveyans, yoğun bakım ünitesi

Tablo 1.

	Hasta sayısı	Hasta Günü	Ventilatör günü	VIP (sayı)	Ventilatör Kullanım Oranı	VIP hızı	Üriner Kateter Günü	Kİ-ÜSE (Sayı)	Üriner Kateter Kullanım Oranı	Kİ-ÜSE Hızı	Santral Venöz Kateter Günü	SVKİ-KDE (sayı)	SVK Kullanım Oranı	SVKİ-KDE Hızı
Genel YBÜ -2009	182	596	152	2	0,26	13,16	365	5	0,61	13,70	319	6	0,54	18,81
Genel YBÜ -2010	201	1310	742	14	0,57	18,87	1192	23	0,91	19,30	922	6	0,70	6,51
Genel YBÜ -2012	265	2143	918	42	0,42	45,75	2047	12	0,95	5,86	947	6	0,44	6,3
Genel YBÜ -2013	315	3089	1632	48	0,53	29,41	3060	40	0,99	13,07	1167	12	0,38	10,28
Genel YBÜ -2014	289	3485	1948	24	0,56	12,32	3363	28	0,96	8,33	1723	11	0,49	6,38
Genel YBÜ -2015	628	3992	1877	36	0,47	19,18	3776	21	0,95	5,56	1937	6	0,49	3,1
Genel YBÜ -2016	465	4378	2770	50	0,63	18,05	4267	19	0,97	4,45	2029	5	0,46	2,46
Genel YBÜ -2017	539	6056	3805	49	0,63	12,88	5663	27	0,94	4,77	2687	3	0,44	1,12
Genel YBÜ -2018 (Ocak, Şubat)	81	982	696	5	0,71	7,18	973	5	0,99	5,14	511	3	0,52	5,87

	Hasta sayısı	Hasta Günü	Ventilatör günü	VIP (sayı)	Ventilatör Kullanım Oranı	VIP hızı	Üriner Kateter Günü	Kİ-ÜSE (Sayı)	Üriner Kateter Kullanım Oranı	Kİ-ÜSE Hızı	Santral Venöz Kateter Günü	SVKİ-KDE (sayı)	SVK Kullanım Oranı	SVKİ-KDE Hızı
Genel YBÜ -2018 (Mart ve sonrası)	187	3708	3013	35	0,81	11,62	3678	33	0,99	8,97	2823	15	0,76	5,31
Genel YBÜ -2019	439	6829	5059	64	0,74	12,65	6797	41	1	6,03	5535	17	0,81	3,07



Grafik 1. Yıllara göre yoğun bakım ünitesi enfeksiyon hızları

[PS-128]

Seçilmiş Operatif Prosedürlerde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının ve Etkenlerinin Değerlendirilmesi

Servan Vurucu, Cihan Yüksel, Anıl Akça, Safiye Bilge Güçlü Kayta, Taylan Önder, Ebru Doğan, Nihal Karaduman, Nurcan Manav, Alper Şener

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE) cerrahi girişimi takiben, insizyonla açılan veya manipüle edilen alanda cerrahi prosedüre göre değişmekle birlikte 30 veya 90 gün içinde ortaya çıkan enfeksiyonlar olarak tanımlanmıştır. Genellikle yüzeyel deri enfeksiyonları şeklinde ortaya çıkmakta fakat ciddi CAE'ler deri altı dokulara ve organ boşluklarına uzanabilmekte, implante materyali kapsayabilmektedir. CAE mortalite, morbiditeyi, hastanede yatış süresini artırması ve tedavi maliyetlerini yükseltmesi bakımından önemlidir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde gelişen CAE'ler ve sebep olan etkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında prospektif olarak, laboratuvar ve kliniğe dayalı aktif sürveyans çalışması yapıldı. 2019 yılı içinde opere edilen hastalarda ameliyat kategorilerine göre gelişen CEA'ler izlendi. CAE tanısı Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ve Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı Rehberi Kriterleri'ne göre değerlendirildi.

Bulgular: Dört yüz altmış bir olgunun 12'sinde cerrahi alan enfeksiyonu tespit edildi. On iki olgunun 8'i kadın (%66,6), 4'ü erkek (%33,3) olup yaş ortalamaları 72,3 (44-92) idi. Genel CAE hızı %2,60 olarak tespit edildi. CAE tespit edilen hastaların 1'i (%8,3) yüzeyel CAE, 5'i (%41,6) derin CAE, 6'sı (%50) ise organ boşluk CAE idi. En fazla organ boşluk enfeksiyonu ise kalça protezi ameliyatlarından sonra görüldü. İzole edilen mikroorganizmalar *Pseudomonas* spp. (%21,4), *Enterococcus faecalis* (%21,4), *Acinetobacter* spp. (%14,2), *Klebsiella* spp. (%14,2), *Escherichia coli* (%7,1), *Klebsiella* (Enterobacter) *Aerogenes* (%7,1), *Staphylococcus* spp. (%7,1) ve *Streptococcus pyogenes* (%7,1) idi. *Pseudomonas* spp. izole edilen 3 olguda da karbapenem direnci gözlenmezken, *Acinetobacter* spp. etken olan olguların 1'inde (%50'sinde) karbapenem direnci mevcuttu. Etken olarak *Klebsiella* spp. bulunan 2 (%100'ü) ve *E. coli* tespit edilen 1 olguda (%100'ü) genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) ürettiği tespit edildi. *E. faecalis*'in etken bulunduğu 3 olgunun tamamı ampisilin duyarlı idi. *Staphylococcus* spp. izole edilen 1 olgu (%100'ü) metisilin/oksasilin dirençli, vankomisin duyarlı bulundu.

Sonuç: Etkili sürveyans ve enfeksiyon kontrol önlemlerinin özellikle yüksek riskli hastalarda CAE'yi önlemede etkili olduğu saptanmış, geri bildirimde bulunmanın da etkisi ortaya konmuştur. Bu nedenle her klinik uygun antimikrobiyal profilaksi ve ampirik tedavi için, kendi epidemiyolojik verilerini, CAE sıklığını ve etiyolojisini tanımlamalıdır. Böylece CAE ilişkili sağlık harcamaları, mortalite ve morbidite azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Antimikrobiyal direnç, cerrahi alan enfeksiyonu

Tablo 1. Prosedürlere göre cerrahi alan enfeksiyon hızları

Girişim adı	Ameliyat Sayısı	Enf. Sayısı	Genel Enf. Hızı (%)	Yüzeye l Enf. Sayısı	Yüzeyel Enf. Hızı (%)	Derin Enf. Sayısı	Derin Enf. Hızı(%)	Organ Enf. Sayısı	Organ Enf. Hızı(%)
Böbrek transplantasyonu	16	2	12,5	0	0,00	1	6,25	1	6,25
Diz protezi	55	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sinir sistemi cerrahisi	33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Koroner arter bypass cerrahisi (sadece göğüs insizyonu ile)	2	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Koroner arter bypass cerrahisi (göğüs-bacak insizyonuile)	84	2	2,38	0	0,00	2	2,38	0	0,00
Kolon cerrahisi	59	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Kalça protezi	82	7	8,54	1	1,22	1	1,22	5	6,10
Over cerrahisi	100	1	1,00	0	0,00	1	1,00	0	0,00
Pil cerrahisi	8	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Prostatektomi	22	0	0,00	0	0, 00	0	0,00	0	0,00
Toplam	461	12	2,60	0	0,22	5	1,08	6	1,30

[PS-129]

Anti-HIV ½ Pozitif Saptanan Hastaların Doğrulama Test Sonuçları ile Değerlendirilmesi

Azat Abul, Ayşe İnci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bu çalışmamızda bir eğitim ve araştırma hastanesinde mikro veya makro ELISA ile pozitif saptanan 115 örneğin doğrulama test sonuçları ile değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Temmuz 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında mikro ELISA veya makro ELISA testi pozitif saptanan 115 örneğin doğrulama testi sonuçlarını değerlendirmek ve hastaların yaşı, cinsiyeti, uyruğu örneğin gönderildiği klinik gibi bilgiler derlenmiştir.

Bulgular: Anti HIV ½ pozitif saptanan hastaların 81'i (%70,4) erkek, 34'ü (%29,5) kadın hastadır. Hastaların 17'si (%14,7) yabancı uyrukludur (13 kadın-4 erkek). Örneklerin 36'sı (%31,3) enfeksiyon hastalıkları, 32'si (%27,8) dahili bilimler, 24'ü (%20,8) cerrahi bilimler, 9'u (%7,8) dermatoloji, 8'i (%6,9) kadın doğum, 2'si (%1,7) yoğun bakım, 2'si (%1,7) iş yeri hekimliği ve 2'si (%1,7) girişimsel radyolojiden gönderilmiştir. Anti-HIV ½ pozitif saptanan hastaların yaş aralıklarına bakıldığında en sık pozitif saptanan grup 30-34 yaş grubuyken bunu 25-29 yaş grubu izlemiştir. Anti-HIV ½ pozitif saptanan 115 örneğin 82'si (%71,3) mikro ELISA ile, 33'ü (%28,6) makro ELISA ile çalışılmıştır. Mikro ELISA'da 56 pozitif, 26 negatif; makro ELISA'da 30 pozitif, 3 negatif saptanmıştır. Bir örneğin indetermine olarak saptanması üzerine 2 hafta sonra yapılan tekrarında pozitif saptanmıştır. Doğrulama sonucu pozitif saptanan en düşük mikro ELISA'da 3,48 S/Co, makro ELISA'da 27,86 S/Co iken negatif saptanan en yüksek mikro ELISA'da 8,69 S/Co, makro ELISA'da 10,23 S/Co olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Hastanemizde Eylül 2019 tarihinde Makro ELISA'ya geçiş olmasından ötürü örnek sayısı az olmakla birlikte Mikro ELISA'ya kıyasla gerçek pozitiflik oranı daha yüksektir. Sonuç olarak yeni tanı alan hastaların yaşları giderek düşmektedir. Çalışmamızda T.C. Sağlık Bakanlığı'nın resmi verilerine paralel olarak en sık benzer yaş gruplarında tanı aldığı görülmektedir. Kadın hastalarda yalancı pozitiflik daha sık görülmekte idi. Kadın doğum kliniğinde gönderilen 8 örneğin 6'sının doğrulama sonucunun negatif olarak belirlenmesi bu durumu destekler niteliktedir. Yeni tanı almış HIV ile yaşayan bireyin tanı konulmasından tedavi takibine kadar bir sürveyans sistemine ihtiyaç vardır. Bu ve benzeri çalışmalar sürveyans sistemine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: HIV, makro ELISA, mikro ELISA

Tablo 1. Anti HIV ½ pozitif saptanan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş	Erkek	Kadın	Toplam
20-24	5	0	5
25-29	10	4	14
30-34	22	7	29
35-39	6	7	13
40-44	9	4	13
45-49	9	4	13
50-54	5	3	8
55-59	8	1	9
60-64	5	1	6
65 ve üzeri	2	3	5
Toplam	81	34	115

[PS-130]

Bakteriyel Menenjitin Nadir Bir Komplikasyonu: Subaraknoid Kanama

Merve Bozdağ, Mine Filiz, Zehra Karacaer, Cumhur Artuk, Hanefi Cem Gül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Akut bakteriyel menenjit mortalitesi ve morbiditesi yüksek olduğu için erken tanı konulup, tedavi edilmesi gereken santral sinir sistemi enfeksiyonudur. Etiyolojide en sık *Streptoccus pneumiae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* gibi kapsüllü bakteriler rol oynar. Hastaların yaklaşık üçte birinde komplikasyonlar gelişir. Tromboz, vaskülit, akut serebral kanama ve anevrizma oluşumu bakteriyel menenjitin olası komplikasyonlarıdır. Subaraknoid kanama (SAK) menenjitin nadir görülen bir komplikasyonu olması nedeniyle, biz de menenjit sonrası SAK gelişen bir olgu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 59 yaşında erkek hasta; ateş, baş ağrısı, üst solunum yolu enfeksiyonu benzeri semptomlar ile acil servise başvurmaktadır. Hastanın bilinci konfüze, ateşi 38,2 °C, lökosit sayısı 19.000 hücre/l, C-reaktif protein 484 mg/dl saptandı. Fizik muayenesinde ense sertliği olan hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) direkt mikroskobik incelemesinde binlerce hücre/mm^3'te %90 nötrofil hakimiyeti olarak görüldü. BOS glikoz 2 mg/dl (eş zamanlı kan glikozu: 156 mg/dl), BOS protein: 694 mg/dl saptandı. Akut bakteriyel menenjit tanısıyla hospitalize edilen hastaya ampirik olarak seftriakson, vankomisin, ampisilin ve deksametazon tedavileri başlandı. BOS kültüründe *Streptoccus pyogenes* üremesi nedeniyle vankomisin ve ampisilin tedavisi kesildi. Yatışının yedinci gününde üst ekstremitede ani başlangıçlı güç kaybı gelişti ve yapılan nörolojik muayenesinde; sol üst ekstremite motor kuvvet 2/5 parezik, serebellar testler solda beceriksiz olarak değerlendirildi ve hastanın sola doğru ataksik yürüyüşü tespit edildi. Serebrovasküler olay açısından çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografide (BT) sağ frontal alanda akut hemoraji (Şekil 1) saptandı ve difüzyon manyetik rezonans görüntülemede (MRG) akut SAK ile uyumlu intensite değişiklikleri izlendi. Beyin cerrahisi kliniğini tarafından acil cerrahi işlem düşünülmeyen hastanın yakın takip ve gözlemi önerildi. Yatışının on sekizinci gününde çekilen kontrol kraniyal BT'sinde SAK'de

belirgin rezorbsiyon gözlenen hasta beyin cerrahisi poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Akut SAK erişkinlerde akut bakteriyel menenjitin nadir görülen bir komplikasyonudur. Literatürde çok az olgu vardır. Mekanizmanın subaraknoid boşlukta, menenjite bağlı enflamasyonla ilişkili, anevrizma rüptürü veya damar erozyonu oluşumundan kaynaklandığı düşünülmektedir. SVO komplikasyonu geliştiren hastaların, diğer komplikasyonsuz menenjit hastalarına göre prognozu daha kötüdür. Bu yüzden menenjit hastalarında yeni gelişen nörolojik patoloji varlığında nadir bir komplikasyon olan SAK'de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut bakteriyel menenjit, SAK



Şekil 1. Kraniyal bilgisayarlı tomografide (BT) sağ frontal alanda akut hemoraji gözlenmektedir

[PS-131]

İstanbul'da Bir Tersiyer Referans Hastenesinde Takipli HIV/AIDS Olgularında Hepatit B Serolojisi

Servet Öztürk, Derya Öztürk Engin, Semra Kavas, Onur Çolak, Canan Ağalar

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Hepatit B karaciğer sirozu ve hepatosellüler karsinomanın en önemli sebebidir. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde hepatit B ko-enfeksiyonunda; siroz ve hepatosellüler karsinoma (HCC) riskinin sağlıklı popülasyondan yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde hepatit B teşhis-takip-tedavi ve profilaksisi çok önemlidir. Biz de kliniğimizde takipli hastaların hepatit B verilerini irdelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2014-Ocak 2020 tarihleri arasında takip edilen 201 HIV/AIDS olgusu değerlendirmeye alındı. HIV/AIDS tanılı hastalar retrospektif olarak taranarak akut hepatit B, kronik hepatit B, doğal bağışıklık, siroz ve hepatit B aşılama oranları irdelendi.

Bulgular: Olguların 199'u Türk vatandaşı 2'si yabancı uyruklu idi. Hastalarımızın büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmakta idi (%93 erkek). Olguların tanı konulduğunda ortanca yaş 38 (yaş aralığı: 20-77) idi. Hastalarımızın %33'ü üniversite ve üzeri eğitim düzeyindeydi. Üç hasta akut hepatit B tablosuyla kliniğimize başvurmuş olup HIV/AIDS tanısı eş zamanlı olarak konmuştu. Bu üç hastanın tamamında spontan HBsAg serokonversiyonu gelişti. Hastalarımızın %50'si (100/201) antiHBs pozitif olup, bu olguların %54'ü (54/100) doğal bağışık, %46'sı (46/100) aşı ile bağışık idi. Hepatit B bağışık olmayan 101 hastanın 8'inde HBsAg pozitifliği saptanmış olup bu hastalardan bir tanesi hepatit B'ye bağlı karaciğer sirozu olarak değerlendirildi. Hepatit B tanılı hastaların tamamında antiretroviral tedavi içerisinde tenofovir bazlı rejimler tercih edildi. CD4 sayısı <200 olan hastalara hepatit B aşısı, yeterli immün yanıt oluşturabilmek için CD4 sayısı >200 ulaşınca uygulandı. Hepatit B bağışık olmayan 101 hastanın 11 tanesi akut-kronik hepatit olup 90 tanesine hepatit B aşılaması uygulandı. Hastaların tamamında aşı sonrası hepatit B için bağışıklık sağlandı.

Sonuç: Hastalar serolojik tetkiklerine göre aşılama gereksinimi açısından değerlendirilmelidir. HBV/HIV ko-enfeksiyonu olan tüm hastalar fibrozis düzeylerine bakılmaksızın tedavi edilmelidirler. Tüm hastalara kontrendikasyon yok ise ilk seçenek tenofovir bazlı antiretroviral rejim olmalıdır. Tenofovir kullanılamıyorsa alternatif olarak entekavir kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, hepatit B, ko-enfeksiyon

[PS-132]

Pneumocystis jirovecii Pnömonisi Sebebiyle Trimetoprim-Sulfametoksazol (TMP-SMX) Kullanımı Sonrası Gelişen Trombositopeni

Ahmet Mert Cavnar, Güle Çınar, Elif Nur Özbay Haliloğlu, Ebru Kaplan Atalay, Melike Yıldız

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: *Pneumocystis jirovecii* eskiden protozoon olarak sınıflandırılan, günümüzde mantar olarak kabul edilen bir etkendir. Tedavisinde kullanılan TMP-SMX yan etkileri açısından dikkatli olunmalıdır.

Olgu: Bilinen kalp yetmezliği, romatoid artrit, diabetes mellitus, hipertansiyonu olan 73 yaşında erkek hasta pnömoni ön tanısıyle acil servise gelmiş olup tarafımıza danışılmıştır. Hastanın gelişindeki CRP değeri 75 mg/l, prokalsitonin değeri 0,64 ng/ml, trombosit değeri 154x109/l olarak görülmüştür. Hastanın 5 lt/dk oksijen altında sPO_2 değeri 88 olarak ölçülmüştür. Klinik olarak kuru öksürük ve nefes darlığı mevcuttur. Solunum sesini dinlemekle bilateral azalmış ve akciğer bazalinde bilateral ral mevcuttur. Ateşi 38,1 ˚C, tansiyonu 110/60 mmHg olarak ölçülmüştür. Hastadan balgam kültürü, solunum yolu viral ve bakteriyel paneli gönderilmiştir. Hastadan alınan indüklenmiş balgam örneğinde *Pneumocystis jirovecii* etkeni saptanmıştır. Hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde; interstisyel fibrozis (ılımlı), plevral effüzyon, solda belirgin olmak üzere akciğerlerde yeni gelişimli buzlu cam opasiteleri görülmüştür. Hastaya *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi tanısıyla intravenöz (iv) TMP-SMX başlanmıştır (trimetoprim dozu 20 mg/kg/gün olacak şekilde, 4'e bölünmüş dozda). Hastanın trombosit sayısı tedavinin 3. günüde 101x109/l, 5. gün 64x109/l, 7. gün 44x109/l'ye düşmüştür. TMP-SMX'e bağlı trombositopeni düşünülüp TMP-SMX tedavisi kesilerek, primakin 30 mg/gün ve klindamisin iv 3x600 mg başlanmıştır. Tedavi değişimi sonrası trombosit değeri 2. gün 85 x109/l'ye, 4. günde 117x109/l'ye, 7. günde 172x109/l'ye yükselmiştir. Takiplerinde CRP değeri 18 mg/l'ye kadar gerilemiştir. Hastanın toplam tedavisi 21 güne tamamlanarak şifa ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: Trimetoprim-sulfametoksazol Gram olumlu ve Gram olumsuz etkenlere karşı etkili, *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi tedavi ve profilaksisinde kullanılan bir ajandır. Hematolojik yan etki olarak agranulositoz, aplastik anemi, lökopeni ve trombositopeni yapabilir. Tombositopeni TMP-SMX'in nadir görülen bir yan etkisidir. TMP-SMX'e bağlı trombositopeni genelde hafif-orta şiddette olur. İlaç ile indüklenen trombositopeni 3 farklı mekanizma ile gelişir. 1- direkt kemik iliğini etkileyerek trombosit fonksiyonlarını bozmak, 2- immün aracılı süreç ile antikor üretimi, 3- hapten formasyonu ile trombositopeni gelişimidir. TMP-SMX'e bağlı gelişen trombositopeni immün aracılıdır. İlaca bağlı antikorların gösterilmesi etiyolojiyi aydınlatmada faydalıdır. Fakat bu testin rutinde kullanımı yoktur. Testin düşük sensitivitesi, birçok merkezde kullanılmaması,

fiyat ve zaman kısıtlamaları tanıyı zorlaştırmaktadır. TMP-SMX'e bağlı gelişen trombositopeninin tedavisinde ilacın kesilmesi önerilir ve gerekli durumlarda kortikosteroit verilebilir. Birçok durumda ilacın kesilmesi yeterlidir. Sistemik kortikosteroidler anti-enflamatuvar ve trombopoetik etkilerinden dolayı kullanılabilirler. Nadiren trombosit transfüzyonu ve IVIG'de kullanılabilir. TMP-SMX günümüzde üriner enfeksiyonlarda, pulmoner enfeksiyonlarda ve toplum kökenli MRSA enfeksiyonlarında sıkça kullanılmaktadır. Hekimler bu ilacın nadir görülen yan etkisi olan trombositopeni açısından dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Pneumocystis jirovecii*, trimetoprim-sulfametoksazol, trombositopeni



Şekil 1. Olgunun PAAG görüntüsü

[PS-133]

Manisa İlinde Gebelerdeki Rubella Virüs ve Sitomegalovirüs Seroprevalansı

Naciye Badır, Talat Ecemiş, Sinem Akçalı

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Gebelikte geçirilen ve konjenital anomalilere sebep olan enfeksiyonlar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, mortalite ve perinatal morbiditenin en önemli sebepleri arasındadır. Konjenital enfeksiyon etkenlerinin başında rubella virüs ve sitomegalovirüs (CMV) gelmektedir. Gebelikte bu enfeksiyonların erken tanısı özelikle fetüs sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran gebelerde rubella virüs ve CMV seroprevalansını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Hafsa Sultan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerin sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Gebelerde rubella virüs ve CMV'ye karşı ELISA yöntemi ile test edilmiş anti IgG ve anti IgM antikorlarına ait sonuçlar incelendi.

Bulgular: 22-45 yaş aralığında ve 6-12 haftalık gebelik haftasında bulunan kadınların yaş ortalaması 29 ve gebelik haftası ortalaması 8'di. Toplam 790 gebeye ait anti rubella, 1.272 gebeye ait anti-CMV test sonuçları incelendi. Yedi yüz kırk sekiz (%94,6) anti-rubella IgG ve 16 (%2,02) anti-rubella IgM pozitifliği, 881 (%69,2) anti-CMV IgG ve 43 (%3,3) anti-CMV IgM pozitifliği tespit edildi, anti-rubella ve anti-CMV seropotizifliği sırasıyla %96,6 ve %72,5 hesaplandı.

Sonuç: İlimizde yüksek rubella virüs seropozitifliği tespit edildi. Anti-CMV IgG ve anti-CMV IgM negatif olan %27,9 gebenin CMV enfeksiyonu açısından risk taşıdığı sonucuna varıldı. Anti-Rubella IgG ve anti-Rubella IgM negatif olan 26 gebenin (%3,2) bağışık yanıt gelişmediği sonucuna varıldı. Bölgemizdeki gebelerde CMV enfeksiyonları halen önemini koruyan sağlık sorunları arasındadır. Bu virüs enfeksiyonları için rutin tarama programlarının uygulanması fetüs ve bebek sağlığı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, CMV, rubella

[PS-134]

Acil Servise Başvuran Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Tanılı Hastalardaki Antibiyotik Kullanımlarının İncelenmesi, Nokta Prevalans Çalışması

Sevil Alkan Çeviker[1], Mustafa Yılmaz[1], Emine Kadıoğlu[2], Murtaza Kaya[2], Harun Yıldırım[2], Abdil Coşkun[3], Cemile Uyar[1]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kütahya

[3]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kütahya

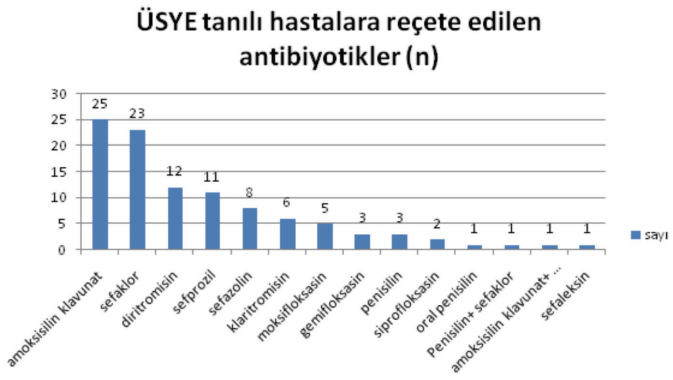
Giriş: Özellikle kış ve sonbahar aylarında acil servislere ayaktan hasta başvurularının en sık sebeplerinden birisi üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) olup, bu enfeksiyonlar aynı zamanda antibiyotik reçetelerinin de en sık sebeplerindendir. Türkiye İlaç ve Tıbbı Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi 2017 Rehberi, Ulusal Antibakteriyel İlaç Tüketim Sürveyansı- 2013 verilerine göre Kütahya DID ("Defined Inhabitant Dose"- Bir günde 1000 kişi başına düşen tanımlanmış günlük doz) değeri 40,97 (Türkiye ortalaması: 40,80 DID) olup bu değer ülke ortalamasının üzerindedir. Uygunsuz antibiyotik kullanımının engellenmesi aşamasında özellikle acil servislerde ÜSYE tanılı hastalarda gereksiz antibiyotik kullanımının engellenmesi gerekmektedir. Bu amaçla hastanemiz acil servise başvuran ÜSYE tanılı hastalardaki antibiyotik reçete edilme oranının incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Ana Hizmet Binası'na 03.02.2020 tarihinde başvuran akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait klinik tanılar ve reçeteler hastane otomasyon sistemi üzerinden retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma gününde acil servise başvuran 584 hastanın 173'ünün (%29,6) ÜSYE tanısı olduğu saptandı. Hastaların yaş ortalaması 37,51 (1-92) yaş olup 84 (%48,5) erkek, 89'u (%51,5) kadın idi. Reçetelerdeki antibiyotik tercih yollarına bakıldığında; 11 (%6,35) reçetede intramüsküler (im), 2 (%1,15) reçetede ım ardından oral, 91 (%52,6) oranında ise oral yoldan antibiyotik reçete edildiği saptandı. Altmış dokuz (%39,8) reçetede ise antibiyotik reçete edilmemişti. Tercih edilen antibiyotiklerin dağılımı Grafik 1'de verildi.

Sonuç: Sonuç olarak ÜSYE etkenlerinin çoğu viral olduğu bildirildiğinden, antibiyotiklerin gereksiz ve yanlış kullanılımını engellemek amaçlı, kanıta dayalı olarak karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotik, acil servis



Grafik 1. ÜSYE tanılı hastalara reçete edilen antibiyotikler

[PS-135]

Lenf Nodu, Deri ve Santral Sinir Sistemi Tutulumu Olan Ekstrapulmoner Tüberküloz Olgusu

Tuğçe Damarsoy, Kerem Hasan Dilcan, Hasan Tahsin Gözdaş, Fatma Sırmatel, Hayrettin Akdeniz

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Tüberkülozun başta akciğer olmak üzere her organı tutabilen bir hastalık olması ve her organda farklı semptomlarla ortaya çıkması hastalığın tanısını zorlaştırmaktadır. Bu bildiride epilepsi nöbeti ile gelen bir hastada lenf nodu, deri ve santral sinir sistemi tutulumu olan ve tüberküloz tanısı alan genç bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Yirmi bir yaşında erkek hasta, epilepsi nöbeti geçirmesi nedeniyle beyin cerrahisi polikliniğine başvurdu. Bilinen hastalık öyküsü yoktu. Kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol frontal lob anteriyorunda 9*10 mm boyutunda çevresi ödemli kitle saptanması üzerine beyin cerrahi servisine yatırıldı. Kontrastlı kraniyal MRG raporunda kitlenin öncelikle enfeksiyoz granülamatöz patolojiler lehine yorumlanması üzerine servisimize devir alındı. Hastanın Kongolu olduğu ve en son 3 yıl önce Kongo'ya gittiği öğrenildi. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, hayvancılık ile uğraşma ve evcil hayvan besleme öyküsü yoktu. Hastanın başvurusunda BEYaz küre: 4,48 K/ul (n=4,5-11) nötrofil: 2,13 K/ul (n=1,8-7,3) hemoglobin: 14,6 g/dl (n=11,5-17,5), trombosit: 146.000 K/ul (n=140.000-400.000) glikoz: 82 mg/dl (n=75-100) üre:19 mg/dl (n=12-42) kreatinin: 0,81 mg/dl (n=0,57-1,11) ALT: 58 U/l (n=0-55), AST: 34 U/l (n=5-34) Na: 134 mmol/l (n=136-145) K: 4,6 mmol/l (n=3,5-5,5) INR: 1,17 (n=0,8-1,3) CRP: 91 mg/l (n=0-5), sedimentasyon: 27 (n=0-30) idi. Viral hepatit markerları ve antiHIV negatifti. Hastaya nokardiyoz? aktinomikoz? ön tanıları ile ampisilin-sulbaktam ve trimetoprim-sulfametoksazol tedavisi başlandı. Yirmi iki gün tedavi alan hastanın akut faz reaktanlarında belirgin düşüş gözlenmedi. Boyunda, skalpte ve aksillada ortası ülsere nodüler lezyonları saptanan hastaya dermatoloji bölümü tarafından deri biyopsisi yapıldı. Boyun MRG'de bilateral servikal zincirde nekrotik alanlar içeren lenfadenopatiler izlenmesi üzerine kulak burun boğaz bölümü tarafından eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Deri ve lenf nodundan yapılan biyopsi raporu epiteloid histiyosit, langhans tipi dev hücrelerle karakterli granülomlar ve granülom merkezinde kazeifikasyon nekrozu olarak sonuçlandı. Biyopsi materyalinden yapılan kültürlerde üreme olmadı. PPD deri testi 12 mm olarak ölçüldü. Ayırıcı tanıda tularemi düşünülen hastada tularemi mikroaglütinasyon testi negatif sonuçlandı. Lenf nodu, deri ve santral sinir sistemi tutulumlu tüberküloz düşünülerek hastaya izoniazid 300 mg, rifampin 600 mg, pirazinamid 1.500 mg, etambutol 1.500 mg olmak üzere dörtlü antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavi başlandıktan sonra hastanın akut faz reaktanlarında belirgin düşüş gözlendi. Hastaya 9-12 aylık antitüberküloz tedavisi planlandı. Hastanın tedavisi halen devam etmektedir.

Sonuç: Tüberküloz; sık görülen multisistemik bir hastalık olduğundan, birçok farklı semptom ve bulgu ile kendini gösterebilir. Tüberküloz düşünülen olgularda tanı için destekleyici testler yapılmalı, uygun dokulardan biyopsi alınmalı, yeterli kanıt varsa anti-tüberküloz tedavi başlanmalıdır.

Anahtar Kelime: Ekstrapulmoner tüberküloz

[PS-136]

Kuzey Kıbrıs'ta İzole Edilen Metisilin Dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) Suşlarında Antibiyotik Direnç ve Virülans Genlerinin Araştırılması

Tchamou Potindji[1], Danyar M. Hameed Amin[1], Emrah Güler[1], Buket Baddal[2]

[1]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

[2]Yakın Doğu Üniversitesi DESAM Enstitüsü, Mikrobiyal Patogenez Çalışma Grubu, Lefkoşa

Giriş: Metisilin dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA), hastane ve toplum kökenli enfeksiyonlardan sorumlu olan en önemli ajanlardan biridir. Metisilin direnci penisilin bağlayan protein-2A'yı (PBP-2A) kodlayan *mecA* geni ile ilişkilidir. Panton-valentine lökosidin (PVL) sentezi MRSA enfeksiyonlarında önemli bir virülans faktörü kabul edilmekte ve PVL pozitif suşların doku nekrozu ve apse formasyonu ile ilişkili olduğu gözlenmektedir. Çalışmada, Kuzey Kıbrıs'ta farklı klinik örneklerden izole edilen MRSA suşlarında *pvl* ve *mecA* genlerinin varlığı araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda izole edilen ve Vitek 2 otomatize sistem ile MRSA olarak tanımlanan 50 *S. aureus* suşu çalışmaya dahil edildi. Suşların direnç fenotipi sefoksitin disk difüzyon testi ile konfirme edildi. DNA ekstraksiyonu konvansiyonel metodlarla yapıldı ve suşlarda *nuc* ve *mecA* genlerinin varlığı multipleks polimeraz zincir reaksiyonu (MPZR) ile araştırıldı. İzolatlarda *pvl* gen varlığı PCR yöntemi ile belirlendi.

Bulgular: Tüm izolatlar *nuc* pozitif olarak saptandı. İzolatların %100'ünün (50/50) sefoksitin inhibisyon zon çapları <22 mm olarak belirlendi. *mecA* pozitifliği suşların %88'inde (44/50) görülürken, %12 (6/50) örnek *mecA* negatif idi. Çalışma sonucunda 12 (%24) izolat PVL-pozitif bulundu.

Sonuç: Vitek 2 otomatize sistem 6 MSSA örneğini MRSA olarak tanımlamıştır. PCR, MRSA tanısında altın standard olarak kullanılmalıdır. Hastanemizde PVL prevalansı %24 olarak tespit edilmiştir. Sonuçlarımız Kuzey Kıbrıs'taki klinik suşlarda ilk PVL verilerini rapor etmektedir.

Anahtar Kelimeler: *mecA*, MRSA, PVL

[PS-137]

Terminal Dönem Kanser Hastasında Gelişen Nadir Bir *Brevundimonas* Pnömonisi

Safiye Bilge Güçlü Kayta[1], Alper Şener[1], Fatih Kamış[2], Öznur Çetinağaç[2]

[1]*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale*

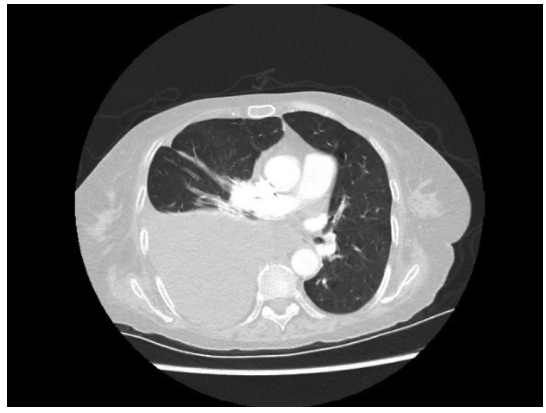
[2]*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale*

Giriş: Daha önce *Pseudomonas* türleri arasında sınıflandırılan *Brevundimonas*, gram-olumsuz, non-fermentatif, aerobik bir basildir. Çoğunlukla katalaz ve oksidaz pozitif olup, nadiren insanda enfeksiyon etkenidir. Biz bu yazıda, terminal dönem bir malignite hastasında meydana gelen *Brevundimonas* pnömonisi olgusunu sunmak istedik.

Olgu: Kolon adenokarsinom tanılı, karaciğerde multipl metastazları olan 66 yaş kadın hasta; özgeçmişinde üç ay önce kolonda lümeni kaplayan kitle nedeniyle cerrahi ve kanser tanısına yönelik bir kür kemoterapi öyküsü mevcuttu. Akut başlangıçlı nefes darlığı nedeniyle başvurduğu acil serviste çekilen pulmoner anjiyo BT'si "Sol akciğer posterobazalde subsegmental pulmoner emboli, sağda masif plevral effüzyon izlenmiştir. Sağ akciğer alt lobda effüzyona komşu atelektazi görünümü mevcuttur." olarak yorumlandı. Göğüs hastalıkları tarafından boşaltıcı torasentez denendi ancak mayi gelişi olmadı. İşlem sonrası çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde minimal pnömotoraksla uyumlu görünüm mevcuttu. Hastanın takip ve tedavisi için iç hastalıkları servisine yatışı yapıldı. Takibinin 7. gününde solunum sıkıntısı derinleşen hastada çekilen kontrol akciğer grafisinde pnömotoraksa ait hava görüntüsünün gerilediği ancak plevral efüzyonun artış gösterdiği görüldü. Göğüs cerrahisi tarafından boşaltıcı torasentez yapıldı. Hastadan balgam kültürü, iki set kan kültürü ve plevra sıvısı kültürü alındı. Balgam kültürü sonucu orofaringeal kontaminasyon olarak değerlendirildi ve kan kültürlerinde anlamlı üreme olmadı. Takibinin 10. gününde plevra sıvısı kültüründe *Brevundimonas* spp. üremesi oldu. Hastanın kliniğinin pnömoni ile uyumlu olması ve daha önce kliniğimizde *Brevundimonas* ile kontaminasyonun hiç görülmemesi nedeniyle hasta pnömoni olarak değerlendirildi. Hastanın kültür antibiyogramına yönelik piperasilin/tazobaktam iv 4x4,5 gram + amikasin iv 7,5 mg/kg dozda başlandı. Tedavinin 7. gününde genel durumda bozulma ve dispnede derinleşme nedeniyle tedaviye vankomisin iv 2x1 gram dozda eklendi. Tedavisinin 17. gününde hastada solunum arresti sonrası kardiyak arrest gelişti ve yapılan müdahaleye rağmen hasta eksitus oldu.

Sonuç: *Brevundimonas* türleri klinik örneklerde ve doğada nadiren izole edilen bakterilerdir ancak altta yatan malignite ve immünosüpresyon gibi durumlarda etken olabileceği ve ciddi enfeksiyon tablosuyla karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Brevundimonas*, pnömoni



Şekil 1. Toraks BT

[PS-138]

Hastanemize Ayaktan Başvuran ve Yatan Hastalardan İzole Edilen Üriner Sistem Enfeksiyonu Etkenleri ve Direnç Oranları

Havva Avcıküçük[1], Nilgün Altın[2]

[1]*29 Mayıs Devlet Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

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

Giriş: Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) hastane kaynaklı ve hastane dışında sık görülen enfeksiyonlardır. Ancak antimikrobiyal direnç paterninde ki değişimler ampirik tedaviyi zorlaştırmaktadır. Bu nedenle ÜSE'nin etkin tedavisinde uygun antibiyotik seçilebilmesi için bölgesel antibiyotik direnç profillerinin belirlenmesi ve düzenli sürveyansı önemlidir. Biz bu çalışmamızda hastanemize 2018 yılında başvuran poliklinik hastaları ile beraber yatan hastalarımızın ÜSE etkenlerinin bakteri dağılımı ve antimikrobiyal direnç oranlarını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2018-31 Aralık 2018 tarihleri arasında polikliniker ve yataklı servislerden ÜSE şüphesi ile gönderilen orta akım idrar örnkelerinden izole edilen mikroorganizmalar ve antibiyotik direnç oranları retrospektif olarak incelenmiştir. Bakteri tanımlamaları konvansiyonel yöntemler ve vite-2 compact otomatik tanımlama ve duyarlılık cihazı (bioMeriux, Fransa) kulanılarak yapılmıştır. Antibiyotik duyarlılık testi EUCAST (Europian Committe on Antimicrobial susceptibility Testing) standartlarına uygun olarak disk difüzyon yöntemi ile vitek 2 compact cihazı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Bir yıllık süreçte elde edilen toplam 2.051 idrar kültür sonucu çalışmamıza dahil edildi. Bunların %91,7'si poliklinik, %8,3'ü yataklı servislerdendi. Etkenlerin %89,4 Gram-olumsuz basil, %10,6'sı Gram-olumlu kok idi. En sık iki etken *E. coli* (%70,4) ve *Klebsiella* spp. (%12,4) idi. Gram-olumlu kokların çoğunluğu *S. agalactiae* (%3,7) ve *Enterococcus* spp.'den (%3,5) oluşmaktaydı. Enterokoklar arasında en sık etken *E. faecalis* idi. *S. saprophyticus*, *S. agalactiae* ve *S. aureus* üreyen örneklerin tamamı polikliniklerden başvuran hastalardan izole edildi. *Enterobacteriaceae* ailesine ait bakterilerde en yüksek antibiyotik direnci ampisiline karşı (%61,4) iken, en düşük direnç amikasin (%1,0), karbapenemler (%0,5-1,7), fosfomisin (%0,3) ve nitrofurantoine (%1,3) karşı idi. *S. agalactiae* suşlarının hepsi penisilin, vankomisin, teikoplanin, linezolid duyarlıydı. Tüm enterokoklar arasında ampisilin direnci %15,3 iken, *E. faecalis* suşlarının tümü ampisiline duyarlıydı. Sadece bir

hastadan izole edilen *E. faecium* suşunda vankomisin direnci saptandı. *S. saprophyticus* izolatlarında %53,6 oksasilin direnci saptandı.

Sonuç: Ayaktan ve yatan hastalarda ampirik tedavi için kullanılan antibiyotiklere direnç oranları ve etken patojen spektrumundaki faklılıklar nedeni ile başarılı bir tedavi için; ÜSE etkenlerinin tanımlanması, antibiyogram testleri, hastane ve iller düzeyinde sürveyanslarının yapılması mutlaka gereklidir. Bu veriler gerek yatan hasta gerekse ayaktan hastalar için ampirik tedavide yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Üriner sistem enfeksiyonu, direnç, sürveyans

[PS-139]

Plasmodium vivax Etkenli Reaktive İmport Sıtma: Olgu Sunumu

Alper Tahmaz, Özgür Günal, Süleyman Sırrı Kılıç, Eda Köksal, Cemanur Aygün

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

Giriş: Yurtdışına seyahat sonrası hastaneye en sık başvuru nedenleri ateşli hastalıklardır. Sıtma, özellikle sahra altı Afrika ve tropikal bölgeye seyahat sonrası görülen ateşli hastalığın en önemli nedenidir. Son yıllarda ülkemizde olguların çoğunu yurtdışı kaynaklı importe olgular oluşturmaktadır. İnsanda enfeksiyona neden olan sıtma parazitleri *Plasmodium vivax, P. ovale, P. falciparum, P. malaria* ve *P. knowlesi*'dir. Ülkemizde en sık *P. vivax* etken iken *P. vivax* dışı etkenler import olgu olarak kabul edilmektedir. *P. vivax* ve *P. ovale*'de hiponozoidlere bağlı reaktivasyonlar görülebilir. Bu olgu ile 18 ay sonra reaktive olan *P. vivax* etkenli import olgu olabileğini göstermeyi amaçladık.

Olgu: Otuz yaşında erkek olgu acil servise 10 gündür olan üşüme, titreme ve ateş şikayeti ile geldi. Hastanın fizik muayenesinde 38,8 ˚C ateş ve splenomegalisi mevcuttu. Olgumuzun özgeçmişinde 18 ay önce Etiyopya'dan Türkiye'ye dönmüş ve Etiyopya'da iken 3 kere sıtma geçirmiş. Yatışı sırasındaki laboratuvar incelemesinde lökosit: 7.000 /µl, hemoglobin: 14,6 g/dl, trombosit: 119.000/µl, C-reaktif protein: 40,9 mg/l, glikoz: 98 mg/l, kan üre azotu: 33 mg/dl, kreatinin: 1,2 mg/dl, aspartat transaminaz: 58 U/l, alanin transaminaz: 47 U/l idi. Yatışında ateşli dönemde alınan kalın damla ve ince damla yaymalarında plazmodium formları saptanmadı. Kan kültürlerinde takipte üreme olmadı. Olgunun kan numuneleri ileri tetkik için Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Laboratuvarı'na gönderildi. Olgunun batın ultrasonografisinde splenomegali dışında başka patolojik bulgu saptanmadı. Olgunun takiplerinde 40. saatte tekrar üşüme titreme ile başlayan 39 ˚C'ye yükselen ateşi oldu. Olgunun ateşli dönemde yaymaları tekrarlandı. Aynı gün kendi isteği ile taburcu oldu. Taburculuktan bir gün sonra ilk başvurusunun dördüncü gününde olgunun Halk sağlığına gönderilen yaymaları plazmodium açısından negatif, Plasmodium Dipstick Testi ise *Plasmodium vivax* açısından pozitif raporlandı. *P. vivax* pozitif sıtma çıkan olgu polikliniğe çağırılarak Artemether 20 mg/lumefantrine 120 mg oral tedavisi ve Primakin 30 mg baz tablet tedavisi başlandı. Takiplerde ateş şikayetleri geriledi.

Sonuç: Dünya'da seyahat, göç ve mevsimlik işçiler sebebi ile endemik olmayan bir bölgede ateş ile başvuran hastada sıtma görülebileceği unutulmamalıdır. Mortalitesi ve morbiditesi göz önünde bulundurulduğunda hızlı tanı konulması ve doğru tedavi uygulanması önemlidir. Özellikle olgumuz önceki sıtma ataklarının üzerinden uzun süre sonra sıtma atağı geçirmesi *P. vivax* ve *P. ovale* gibi reaktive olabilen sıtma türlerinin atlanmaması açısından önemliydi.

Anahtar Kelimeler: *Plasmodium vivax*, reaktivasyon, sıtma

[PS-140]

Neden Ateşleniyorum Doktor?

Arzu Tarakçı, Fatma Çölkesen, Esma Eroğlu, Fatma Kacar, Selver Can, Şule Özdemir Armağan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Ülkemizde nedeni bilinmeyen ateşin en yaygın sebebi enfeksiyon hastalıklarıdır. Neoplazmlar ise %8-26 oranında görülmektedir. Timoma 8 aydan 90 yaşına kadar her yaşta görülebilir, ortalama görülme yaşı ise 53'tür. Timomaların %95'i anterior mediyasten yerleşimlidir. Tümörün bulunduğu lokalizasyona bağlı olarak, ağrı öksürük, ses kısıklığı, nefes darlığı en sık görülen semptomlardır. Daha nadir olarak kilo kaybı ve ateş ile belirti verebilmektedir. Bu yazıda ateş ve nefes darlığı ile başvuran bir hastada saptanan timoma olgusu sunulmuştur.

Olgu: Elli bir yaşında erkek hasta ateş ve nefes darlığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Anamnezinde son 1 ay içerisinde 3 kez ateş atağı, nefes darlığı ve göğüste baskı hissi şikayetleri ile çeşitli sağlık kuruluşlarına başvurduğu, reçete edilen oral antibiyoterapi ile şikayetlerinin hafiflediği ancak tam olarak düzelmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş 38,2 dereceydi, solunum sesleri bilateral doğaldı, kalp sesleri ritmik ve üfürüm yoktu. Diğer sistem muayenelerinde de patoloji saptanmadı. Tetkiklerinde lökosit: 14.900/mm^3 (%65 nötrofil), CRP: 190 mg/l, PCT: 0,07 ng/ml, sedim: 36 mm/saat, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, CK-MB ve troponin normal aralıktaydı ve EKG'si normaldi. Ateş etiyolojisine yönelik kültürleri, idrar tetkiki, PA akciğer grafisi, D-dimer, tiroid fonksiyon testi ve ANA istendi, sonuçlar normal olarak değerlendirildi. Hasta göğüs hastalıkları ve kardiyoloji ile konsülte edildi ancak hastada primer olarak pulmoner ve kardiyak patoloji düşünülmedi. Hastaya ampirik olarak Seftriakson 2x1 gr başlandı ve toraks BT istendi. Takibinin 3. günü ateşi düştü ancak diğer şikayetleri devam etti. Toraks BT raporunda "Ön mediastende 47x60x55 mm boyutlarda lobüle konturlu homojen yumuşak doku dansitesinde içerisinde birkaç adet kaba kalsifikasyon alanı izlenen kitlesel lezyon (timoma?)" saptandı, akciğerde enfeksiyöz patoloji saptanmadı. Hastanın antibiyoterapisi kesilerek göğüs cerrahi ile konsülte edildi, timoma nedeniyle operasyon planlandı.

Sonuç: Ateş, çoğunlukla enfeksiyon hastalıklarına ait bir semptom olmakla birlikte nadiren neoplazm belirtisi de olabilmektedir. Tekrarlayan ateş atakları olan bu olguda nefes darlığı ve göğüste baskı hissi semptomlarının varlığı nedeniyle kardiyak ve pulmoner patolojiler ön planda düşünülmüştür. Yapılan tetkikler sonucunda ateş nedeni olarak timoma saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, nefes darlığı, timoma

[PS-141]

Deriden Protez Kapağa Bir Yolculuk: *Corynebacterium striatum* Enfektif Endokarditi

Sevda Özdemir Al[1], Enes Dalmanoğlu[1], Ertan Zengin[2], Uğur Kostakoğlu[1], İlknur Esen Yıldız[1], Ayşe Ertürk[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

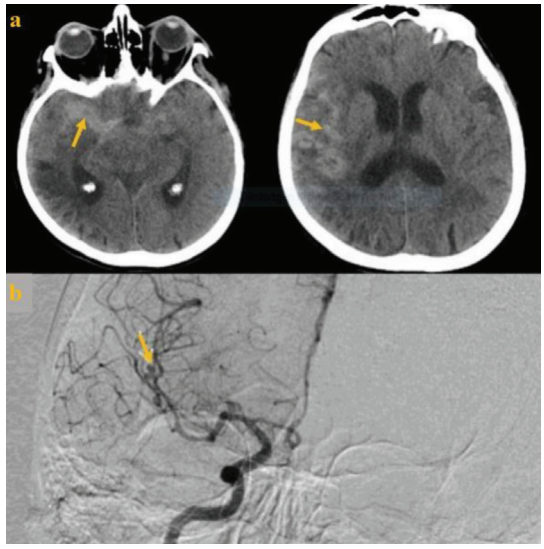
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Difteri olmayan *Corynebacterium* türleri insan florasında özellikle deri ve mukozalarda bulunabilen nonfermentatif Gram-olumsuz basillerdir. Protez kalp kapağı varlığında enfektif endokardit etkeni olarak karşımıza çıkabilir. Kliniğimizde takip ettiğimiz serebrovasküler kanama ile komplike *Corynebacterium striatum* etkenine bağlı enfektif endokardit olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş bir yaşında kadın hasta, 1 aydır devam eden aralıklı ateş ve sağ kalça ağrısı yakınmaları ile 1 hafta önce dış merkeze başvurdu. Bakteriyemi ön tanısı ile kan kültürleri alınmasını takiben başlanan meropenem ve teikoplanin tedavilerinin 4. gününde ateşlerinin kontrol altına alınamaması üzerine merkezimize kabul edildi. Öyküsünde bilinen 1 yıldır kronik böbrek yetmezliği tanısı ile haftada üç gün arteriyovenöz fistülden hemodiyalize giriyor, hipertansiyon ve 6 yıl önce mitral valv replasmanı tanıları ile antikoagülan ve antihipertansif kullanımı mevcut. Fizik muayenede genel durum orta, bilinç açık, oryante koopere, vücut sıcaklığı 38,5 °C, kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 67 atım/dk, solunum sayısı 19 saptandı. Solunum sesleri ve kardiyak oskültasyonda mitralde mekanik ses mevcuttu, üfürüm duyulmadı. Karaciğer kot altından 1 cm ele geliyordu, traube açıktı. Av fistül üzerinde hiperemi yoktu. Tetkik sonuçları beyaz küre 11,2 10^3/ml, nötrofil %88, hemoglobin 7,8 g/dl, hematokrit %25, platelet 149 10^3/ml, üre 99 mg/dl, C-reaktif protein 156 mg/l, sedim 96 mm/saat idi. Brusella rose bengal, tüp ve coombs negatif bulundu. Aynı tedaviye devam edildi. Dış merkezde alınan kan kültürlerinin tamamında ve merkezimizde alınan 6 set kan kültürlerinin hepsinde *C. striatum* üremesi oldu. Toplam tedavinin 7. gününde vankomisin tedavisine geçildi. Transtorasik ekografide vejetasyon saptanmadı. Abdomen ultrasoundda hepatosplenomegali saptandı. Transözefageal ekografi planlandığı gün hastanın nöbet geçirmesi üzerine tekrar değerlendirildi. Genel durum kötü, bilinç uykuya meyilli, glasgow koma skalası (gks) 8, kan basıncı 100/60 mm/Hg, nabzı 103/dk, oksijen satürasyonu 87 idi. Acil müdahaleye eş zamanlı alınan tetkiklerinde inr 3,4, elektrografide taşikardik normal sinüs ritmi görüldü. Kraniyal görüntülemede anevrizma ve subaraknoid kanama saptandı (Şekil 1). Hasta Modifiye Duke Kriterlerine göre 1 majör, 3 minör kriter ile enfektif endokardit tanısını doğrulayarak devrettiğimiz yoğun bakımda eksitus oldu.

Sonuç: *C. striatum* kan kültüründe izole edildiğinde kontaminasyon olarak yorumlanmadan önce predispoze durumlar varlığında dikkatli değerlendirilmelidir. *C. striatum* protez kapak varlığında enfektif endokardit etkeni olarak rol alırken, nozokomiyal enfeksiyonlarda da karşımıza çıkabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Corynebacterium striatum*, enfektif endokardit, serebrovasküler komplikasyon



Şekil 1. a) Farklı düzlemlerden elde olunmuş aksiyel kesit kontrastsız kraniyal tomografi: Sağ silvian sistern ve fronto-parietal serebral sulkuslarda subaraknoid kanama ile uyumlu dansite artışları. b) Sağ midserebral arter M3 segmentte sakkuler anevrizma, mikotik anevrizma?

[PS-142]

Kanser Hastalarında Okült Hepatit B Enfeksiyonu

Sabahat Çeken[1], Duygu Mert[1], Gülşen İskender[1], Göknur Yapar Toros[1], Mehmet Sinan Dal[2], Fevzi Altuntaş[2], Fatma Buğdaycı Başal[3], Berna Öksüzoğlu[3], Mustafa Ertek[1]

[1]Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Ankara

[3]Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Okült hepatit B enfeksiyonu HBsAg negatif kişilerde karaciğerde ve/veya kanda HBV-DNA tespit edilmesidir. Kanser nedeniyle immünosüpresif tedavi alacak hastalarda hepatit B virüsü (HBV) reaktivasyonu riski bulunduğundan bu hastalarda HBV taraması amacıyla HBsAg, antiHBs ve antiHBc IgG bakılması önerilmektedir. HBsAg negatif hastalarda HBV-DNA bakılması okült hepatit Bnin saptanması için faydalı olacaktır. Bu çalışmada hastanemizde kemoterapi öncesi HBV açısından tarama yapılan hastalardaki okült HBV enfeksiyonu oranı araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz enfeksiyon hastalıkları kliniği hepatit polikliniğine immünosüpresif tedavi öncesi tarama nedeniyle başvuran antiHBc IgG pozitif, HBsAg negatif hastalar çalışmaya dahil edildi. On yedi yaş altındaki hastalar, HBsAg pozitif veya antiHBc IgG negatif hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların yaş ve cinsiyetleri, malignileri, antiHBs ve HBV DNA sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Polikliniğimize, 2013-2019 yılları arasında, kemoterapi öncesi tarama amaçlı başvuran 450 maligniteli hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 59,2 (±11,8) idi, hastaların 233'ü (%51,7) erkekti. Hastaların 298'inin solid tümörü, 152'sinin hematolojik malignitesi vardı. En sık görülen solid tümörler meme kanseri (%25,1), akciğer kanseri

(%10), kolorektal tümörler (%9,1) ve mide kanseri (%4,8) iken, hematolojik malignitelerden en sık non-Hodgkin lenfoma (%12,2), multipl miyelom (%10,8) ve akut miyeloid lösemi (%3,1) idi. Hastaların 342'sinin (%76) antiHBs titresi pozitifti (≥10 IU). On altı hastanın (%3,5) HBV-DNA'sı saptanabilir düzeydeydi. Bu hastaların dokuzunun (%56,2) antiHBs titresi pozitifti. Okült HBV enfeksiyonu olan 16 hastanın 8'inin hematolojik malignitesi, 8'inin solid tümörü mevcuttu.

Sonuç: HBV enfeksiyonu geçirmiş kanser hastalarında HBsAg negatif olsa bile HBV-DNA pozitifliği saptanabilmektedir. Okült hepatit B enfeksiyonu olan bu hastalarda antiviral profilaksi gerekeceğinden antiHBc IgG pozitif hastalarda mutlaka HBV-DNA bakılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Okült hepatit B, hepatit B virüsü, kanser

[PS-143]

İmmünosüprese Hastada Pnömosefalinin Eşlik Ettiği Komplike Menenjit Olgusu

Sümeyye Köşger[1], Tunahan Ayaz[1], Ümit Savaşçı[1], Gülden Yılmaz[1], Yavuz Çekli[1], Ferhat Cüce[2], Hanefi Cem Gül[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Pnömosefali, kraniyal boşluk içinde hava veya gaz bulunmasıdır. Kraniyal kemiğin veya dura materin bütünlüğünde bozulma ve havanın kraniyal boşluğa girmesine izin veren bir basınç farkı olduğunda ortaya çıkar. Pnömosefalinin yaygın nedenleri kafa travması, cerrahi, tümör ve tanı prosedürleridir. Kafa travmasının yokluğunda, menenjit pnömosefalinin oldukça nadir bir nedenidir. Burada kafa travması ve cerrahi müdahele yokluğunda menenjitin neden olduğu spontan bir pnömosefali olgusu sunulmaktadır.

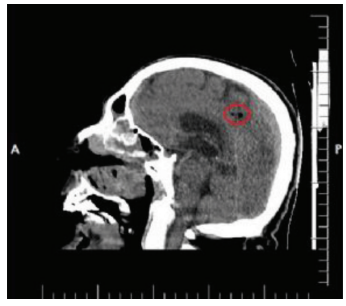
Olgu: Bilinen diabetes mellitus ve romatoid artrit (RA) tanıları olan 58 yaşında erkek hasta bilinci kapalı bulunarak hastanemiz acil servisine getirildi. Hasta RA nedeniyle metotreksat tedavisi almaktaydı. Hastanın gelişinde bilinç konfüze, ense sertliği pozitif, glaskow koma skoru 11/15, ateş 38,3 °C, lökosit sayısı 24.000 hücre/l, saptandı. Beyin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde kitle görülmediği, kemik yapıların sağlam olduğu, ve subaraknoid boşlukta pnömosefali görüldüğü belitildi. Çekilen kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MR) sulkuslar ve sisternalardaki parlamaların menenjit açısından şüpheli olduğu belirtildi. Hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) materyalinin incelemesinde 650 hücre/mm^3 (%90 nötrofil) ve boyalı mikroskobik incelemesinde Gram-olumlu kok görüldü, BOS glikoz 52 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 580 mg/dl), BOS protein 656 mg/dl saptandı. Menenjit tanısıyla kliniğimize yatırılan hastaya seftriakson 2x2 gr intravenöz (iv) ve vankomisin 2x2 gr iv tedavisi başlandı. BOS kültüründe *Streptococcus pneumoniae* üredi. Patolojik mikroorganizmanın seftriakson duyarlı olması üzerine vankomisin tedavisi kesildi. Hastaya menenjit etiyolojisine ve pnömosefaliye yönelik yatışının ikinci gününde temporal kemik BT çekildi. Görüntülerin incelenmesi sonucu kronik sinüzit ve mastoidit saptandı ve pnömosefalinin gerilediği görüldü. Laboratuvar ve klinik semptomları normale gelen hasta tedavisinin 14 güne tamamlanmasının ardından taburcu edildi.

Sonuç: Pnömosefali kraniyal boşlukta bulunan hava veya gaz olarak tanımlanır ve klasik olarak, travma, tümörler, postoperatif nöroşirürji hastaları, radyasyon nekrozu veya gaz oluşturan organizmaların neden olduğu menenjitle ilgili olarak görülür. Pnömokokal menenjitin bir komplikasyonu olarak pnömosefali, literatürde bildirilen birkaç olgu ile son derece nadirdir ve bu durumda olduğu gibi otitis media, sinüzit ve mastoidit varlığında bildirilmiştir. Patolojik mekanizmasında, mastoid kemiğin posterior kraniyal fossa ile doğrudan bağlantısına izin veren kortikal bir kusurun neden olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, pnömosefali, seftriakson



Şekil 1. Kontrastsız beyin bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Şekil 2. Pnömosefalinin aksiyal ve sagittal kesit görüntüsü

[PS-144]

Ateş ve Döküntü ile Seyreden İki Farklı Riketsiyoz Alt Türüne Bağlı Akut Hepatit Olgusu

Elif Çelik, Nevin İnce

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

Giriş: Riketsiyal hastalıklar zorunlu intrasellüler Gram-olumsuz kokobasillerin yol açtığı ve insanlara artropodlar tarafından bulaştırılan hastalık grubudur. Riketsiyal enfeksiyonların patogenezi çeşitli organlarda mikrotrombüslere sebep olan mikrovaskülit yoluyla gerçekleşmektedir. Hastalığın triadı ateş,baş ağrısı ve döküntüdür. Tanıda altın standart immünfloresan antikor tayinidir.Bizde iki farklı riketsiyoz türünü saptadığımız hastamızı sunduk.

Olgu: Otuz yaşında erkek hasta, 4 gündür devam eden ateş, grip benzeri semptomlar, kollar boyun göğüs ve sırttta olan döküntü ile polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde 1 hafta önce Bolu'nun bir köyünde böcek ısırması sonrası başlayan kaşıntı şikayeti vardı. Döküntüler boyunda başlayıp kollara, avuç içine yayılan tarzda, kaşıntılı, düzgün sınırlı, pembe kırmızı renkte makülopapüler özellikteydi. Beraberinde yorgunluk, halsizlik ve iştahsızlık şikayetleri olan hasta acil servise başvurmuştu. Semptomatik tedavi ve antibiyoterapi başlanmış şikayetleri gerilememiş. Fizik muayenesinde bilateral servikal bölgede lenfadenopatisi ve hepatosplenomegalisi mevcuttu. İlk başvuruda tetkiklerinde beyaz küre: 5.100 PLT: 182.000, CRP: 1,4, INR: 0,9, AST: 61,5, ALT: 121,5, ALP: 159, GGT: 336, anti-CMV IgM, anti-Rubella IgM, anti-toksoplazma IgM, EBV EA, EBV VCA IgM negatif olarak sonuçlandı.

Hastaya doksisiklin tedavisi başlandı. Hastadan hıfzısıhha laboratuvarına gönderilmek üzere, rickettsia conori IgG ve M, Leptospira pcr, Batı Nil virüsü antikoru IgG ve M IFA, Tularemi Aglutinasyon testi istendi negatif olarak sonuçlandı. Takiplerinde KC enzimleri AST: 161 ALT: 439 ALP: 392 GGT: 1.306 olarak artması üzerine usg yapıldı. Hepatosplenomegali dışında patolojik bulguya rastlanmadı. İki hafta sonra hıfzısıha laboratuvarına gönderilmek üzere, *Rickettsia conori* IgG ve M IFA, *Coxiella burnetti* IgM, IgG (faz 2) tetkikleri istendi. *Rickettsia conori* IgM 1/384 titrede ve *Coxiella burnetti* faz 2 IgG IFA 1/128 titrede pozitif geldi. İki hafta sonra titrelerdeki değişikliği gözlemlemek amacıyla tetkikler tekrarlandı ve *Coxiella burnetti* IgG faz 2 1/512 titrede pozitif, *Rickettsia conori* IgM 1/768 titrede pozitif sonuçlandı. Hastamızda olgumuzun *Coxiella* IgM'si negatif, IgG'si ise 4 kat artışla 1/512 titrede pozitif olduğundan akut Q ateşi ve riketsiya conori IgM pozitif gelmesi ile riketsiyal hastalık tanısı konulmuştur. Hastadan komplikasyonlar açısından ekokardiyografi istendi ve normal olarak sonuçlandı.

Sonuç: *Rickettsia conorii,* Akdeniz benekli ateşinden sorumlu tutulan mikroorganizmadır. *Coxiella burnetti* ise Q ateşinden sorumlu etkendir. Bizim hastamızda ateş döküntü ve böcek teması (kene teması?) *Rickettsia*, miyalji baş ağrısı, halsizlik grip benzeri semptomlar ise Q ateşini desteklemekteydi. Sonuç olarak yüksek ateş, grip benzeri semptomlar, döküntü ve akut hepatit bulgularıyla gelen hastalarda Q ateşi ve riketsiyal hastalıklar, ilk akla gelen hastalık olmamasına rağmen, uzun süreli yüksek ateş ve fatal seyirli kronik enfeksiyonlara yol açması nedeniyle hastaların ayırıcı tanısında dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Rickettsiya conori*, *Coxiella burnetti*

[PS-145]

İnfluenza Virüsüne (H1N1) Sekonder Gelişen, Mortal Seyreden *S. aureus* Pnömonisi Olgusu

Esra Yüksekkaya, Kader Arslan, Günay Tuncer Ertem, Selin Şenol, Sami Kınıklı

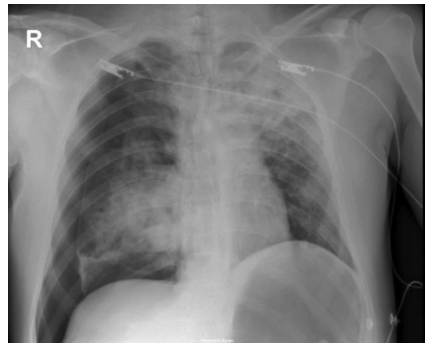
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: İnfluenza (grip), A ve B tipi influenza virüslerinin etken olduğu, genellikle kendini sınırlayabilen akut ateşli bir enfeksiyon hastalığıdır. Hastalığın iki önemli komplikasyonu, primer influenza pnömonisi ve sekonder bakteriyel pnömonidir. Sekonder pnömoni sıklıkla yaşlılar, diyabetik hastalar ve kronik pulmoner, kardiyak ve böbrek hastalığı olanlarda görülmektedir. Sekonder bakteriyel etkenler, en sık *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. pyogenes*, *H. influenza* ve viridans streptokoklardır. Bu yazıda influenzaya (H1N1) sekonder *S. aureus* pnömonisi gelişen ve mortal seyreden bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Kırk yedi yaş, erkek hasta, üç gün önce başlayan nefes darlığı şikayeti ile başvurduğu dış merkezde, pnömoni tanısı konularak enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılmıştı. Hastaya oseltamivir ve ampirik intravenöz levofloksasin tedavisi başlanmıştı. Hasta tedavisinin birinci gününde solunumunun kötüleşmesi nedeniyle hastanemize sevkli kabul edildi. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinci açık, takipneik ve hipotansifti. Ateşi olmayan, sol akciğer bazalinde ve sağ akciğerde ralleri olan hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 27.000/mm^3 (%74 polimorfonükleer lökosit), Hct: %29,5, trombosit: 419.000/mm^3, sedimentasyon: 7 mm/sa, C-reaktif protein: 376 mg/l, prokalsitonin: 18 µg/l, üre: 61 mg/dl, kreatinin: 1,4 mg/dl, alanin aminotransferaz (ALT): 50 U/l, aspartat aminotransferaz (AST): 64 U/l, venöz kan gazında pH: 6,9, PCO_2: 110 mmHg, PO_2: 46 mmHg, laktat: 10,5 mmol/l idi. P-A akciğer grafisinde sağ parakardiyak alanda ve sol üst zonda konsolidasyon ile sağ akciğerde pnömotoraksla uyumlu görünüm mevcuttu (Şekil 1). Acil serviste iken hastada solunum arresti gelişti. Hasta entübe edildi, göğüs tüpü takıldı ve pozitif inotrop desteği başlandı. Hastanın göğüs tüpünden ve trakeal aspirattan yoğun içerikli, pürülan vasıfta geleni oldu. Kan kültürü, derin trakeal aspirat kültürü ve solunum yolu viral PCR örneği alındıktan sonra, pnömoni, ampiyem ön tanıları ile hastaya meropenem 3x1 g IV, linezolid 2x600 mg IV ve oseltamivir 2x75 mg tb tedavileri başlandı. Anestezi yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın derin trakeal aspirat kültürü ve kan kültüründe MSSA üremesi oldu, solunum yolu multipleks PCR sonucu H1N1 pozitif olarak sonuçlandı. Genel durumu kötü seyreden hasta tedavinin 3. gününde eks oldu.

Sonuç: Sekonder bakteriyel pnömoni influenzanın önemli bir komplikasyonudur ve özellikle 65 yaş üstü bireylerde morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. İnfluenzaya sekonder *S. aureus* pnömonisi ilk olarak 1918 salgını sırasında tanımlanmıştır. Bizim olgumuzda influenza komplikasyonu oluşturacak predispozan bir faktör bulunamadı. Hastalığın progresif seyrettiği olgularda sekonder enfeksiyonların göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, pnömoni, komplikasyon



Şekil 1. PA-AC grafisi

[PS-146]

Malignite mi? Tüberküloz mu?

Naciye Betül Baysal, Yasemin Çağ, Sümeyra Karakuş

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

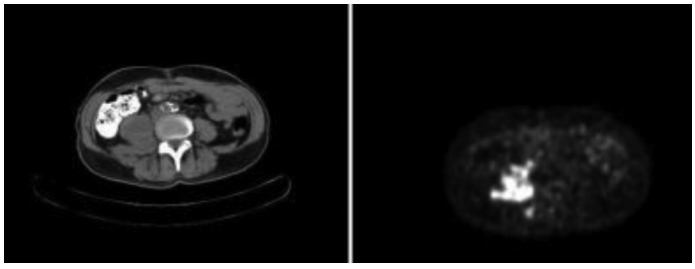
Giriş: Bu çalışmada malignite (lenfoma?) yönünden tetkik edilen ve dissemine tüberküloz tanısı konularak tedavi edilen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş bir yaşında erkek hasta yaklaşık 1 yıldır olan üşüme, titreme, kilo kaybı kalça ve bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ağrısı özellikle geceleri oluyormuş ve sağ uyluğa yayılan karakterdeymiş. Bu şikayetlerle farklı kliniklere başvuran hastanın 15.12.2018'de çekilen lumbosakral MR'de S1 ve L4 vertebrada patolojik sinyal odakları izlenmiş ve metastaz? olarak raporlanmıştı. Toraks BT'de mediastende en büyüğü 23x17 mm boyutlu santrali nekrotik, nodüler kalsifikasyonlar izlenen birkaç adet lenf nodu, tüberküloz?, malignite? olarak raporlanmıştı. Bu bulgularla onkoloji polikliniğine yönlendirilen hastanın 17.01.2019'da çekilen PET-BT'de pankreas gövdesinden sınırları ayırt edilemeyen, 25x17 mm boyutunda ve karaciğer segment 7 subkapsüler kesimde 13x12 mm boyutunda, hafif hipermetabolik nodüler lezyon (metastaz?), L4 vertebra korpusu ve sağ psoas majör kası içerisinde heterojen karakterde yer yer artmış FDG tutulumu gösteren yumuşak doku lezyonu mevcuttur (metastaz?

enflamatuvar proses?). Mediastende ve batında hafif hipermetabolik multipl lenf nodları (metastaz?), histopatolojik verifikasyon önerilir olarak raporlanmıştı. Hastanın kliniğimize başvurusundan 3 ay önce 22.02.2019'da yapılan kemik iliği biyopsisinin patolojisi histiositlerden zengin nekrozun eşlik ettiği enflamatuvar süreç düşünüldü, metastazla uyumlu bulgular saptanmadı olarak raporlanmıştı. Hasta bu bulgularla tarafımızca konsülte edildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 5,0 10^3/ul, HGB: 7,0 g/dl, PLT: 413,0 10^3/ul, sedimentasyon: 113 mm/saat, CRP (Türbidimetrik): 9,46 mg/dl. Rose Bengal ve quantiferon negatif olarak sonuçlandı. Hastaya 14.05.2019'da yapılan lumbosakral MR'de sağ psoas kası içerisinde 16x5x4,5 cm boyutlu, multiloküle, lobule konturlu duvarı kontrast tutan lobule lezyon mevcut,apse? olarak raporlandı. MR'de tariflenen psoas apsesine girişimsel radyoloji tarafından drenaj uygulandı. Apse materyalinin Gram-boyamasında bol PMNL görüldü, mikroorganizma görülmedi, ARB negatif saptandı. Takiplerinde malignite tanısından uzaklaşılan hastanın apse materyalinden gönderilen Mikobakteri PCR testi pozitif olarak sonuçlandı. Hastaya dissemine ekstrapulmoner TB tanısıyla rifampisin + izoniazid + etambutol + pirazinamid tedavisi başlandı. Apse mateyalinin mikobakteri kültüründe *Mycobacterium tuberculosis complex* üredi. Tedavinin 12. ayında çekilen PET-BT'de tariflenen lezyonların çoğu tamamen kaybolmuştu. Bazı bölgelerde kısmı regresyon olduğundan toplam tedavi süresi 18 ay olarak planlandı.

Sonuç: Ekstrapulmoner TB tanısında halen güçlükler yaşanmaktadır. Şüpheli her olguda uygun invazif girişimlerle alınacak klinik örnekler hastalığın kesin tanısının konmasında en etkili tanısal yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Lenfoma, tüberküloz



Şekil 1. Sağ psoas majör kası PET-BT görüntüsü. Sağ psoas majör kası içerisinde artmış FDG tutulumu gösteren yumuşak doku lezyonu

[PS-147]

Pott Hastalığı Olgu Sunumu

Rukiye İnan, Emine Parlak, Mehmet Parlak, Handan Alay, Fatma Can

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Ekstrapulmoner tüberküloz; ülkemizde tüberküloz hastalarının yaklaşık %30'unda görülür. Pott hastalığı olarak isimlendirilen vertebra tüberkülozu; gelişmiş ülkelerdeki kemik ve eklem tüberkülozunun en yaygın şeklidir. Pott hastalığı bel ağrısının nadir sebeplerinden olmasına rağmen hastalığın başlangıcının sinsi seyretmesi, radyolojik bulguların yavaş gelişmesi ve özgün semptomların olmaması tanıda gecikmelere neden olmaktadır. Yeterli tedavi edilmezse ciddi sakatlıklara yol açabilen bir hastalıktır. Vertebra tüberkülozu olan hastanın kliniğini, laboratuvar bulgularını, tedavi ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu: Yirmi dört yaşında erkek hasta üç aydır olan sırt-bel ağrısı, gece terlemesi, yirmi kilo kaybı yakınmasıyla beyin cerrahisi polikliniğine başvurmuştu. Torakal lomber manyetik rezonans görüntülemesinde T11-T12 vertebra korpuslarında paravertebral mesafelere ulaşan multiloküle görünümde kontrastlanma gösteren kalın cidarlı loküle sıvı izlenmesi üzerine spondilodiskit? apse? ön tanılarıyla nöroşirürji kliniğine kabul edildi. Fizik muayenede genel durum orta, oryante koopere imiş. Alt ekstremitede motor-duyu kayıp yokmuş. Laboratuvar testlerinde yatış sırasında beyaz küre sayısı 15.100/ul (nötrofil %74, lenfosit %15, monosit %7), hemoglobin 12,8 g/dl, platelet 515.000/ul, kreatinin 0,6 mg/dl, CRP 129 mg/l (sınır 5 mg/l), sedimentasyon: 49 mm/h, AST 33 U/l, ALT 80 U/l saptanmıştı. Beyin cerrahisi tarafından anterior korpektomi, apse boşaltımı operasyonu uygulanan hastaya seftriakson ve metronidazol antibiyoterapisi başlandı. Hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğimize devralındı. Hastanın brusella aglütinasyon testleri, ELISA IgM, IgG negatif raporlandı. Hastanın yapılan PPD sonucu negatifti. Quantiferon sonucu pozitif idi. Kontrol görüntülemede apse boyutları gerilemeyen hastaya girişimsel radyoloji tarafından apse drene edilip, drenaj kateteri yerleştirildi. Drenajlar sırasında alınan apse kültüründe üreme olmadı. Aside dirençli basil görülmedi. Sitopatoloji sonucu; histiyositler, nötrofiller, lenfositler görüldü. İltihabi nekrotik materyal tüberküloz ile uyumlu bulundu. Hastaya vertebra tüberkülozu tanısıyla dörtlü antitüberküloz tedavisi başlandı. Apse örneğinden gönderilen mikobakteri kültüründe *Mycobacterium tuberculosis* üredi. Kontrol görüntülemede apse boyutlarında regresyon gözlenen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Son yıllarda ekstrapulmoner tüberküloz olguları artmaktadır. Çok değişik organ tutulumları yanında kemik eklem tüberkülozları unutulmamalıdır. Tüberküloz tanı tedavide gecikme ve komplikasyonlar nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Hastalara cerrahi planlanmadan önce özellikle endemik bölgelerde tüberküloz ön tanılar arasında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner tüberküloz, Pott hastalığı, quantiferon



Şekil 1. T11-T12 paravertebral apse

[PS-148]

Döküntüyle Başvuran HIV Enfekte Hasta: Sekonder Sifiliz

Naciye Betül Baysal[1], Yasemin Çağ[1], Büşra Güneysu[2]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: HIV enfekte hastalarda cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların birlikteliği sık olarak görülmektedir. Biz burada döküntü ile başvuran HIV enfekte sekonder sifiliz olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk sekiz yaşında erkek hasta vücutta yaygın döküntü şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 2 hafta önce ellerden başlayan döküntü sonrasında her iki avuç içi, bacaklar, ayak tabanı, gövde ve yüze yayılmıştı (Şekil 1). Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, oryante, koopereydi. Orofarinks doğal, s1+ s2+ üfürüm yok, solunum sesleri doğal, ral-ronküs yoktu. Batın muayenesi doğal, hepatomegali ve splenomegali yoktu. Hastanın döküntüleri pleomorfik, daha çok makülopapüler, bazılarının ortası kurutlu idi. Aynı zamanda perianal bölgede papül eroziv conduloma lata ile uyumlu lezyonu vardı. Özgeçmişinde tekrarlayan sayıda şüpheli cinsel temas öyküsü mevcut. Başvurusundan 4 yıl önce edinsel immün yetmezlik tanısı aldığı ancak hastanın mevcut tedaviyi kullanmadığı ve kontrollerine gelmediği öğrenildi. İki ay önce peniste ağrısız ülsere lezyon gelişmiş ve kendiliğinden gerilemişti. Ek kronik hastalığı yoktu. Yapılan tetkiklerde beyaz küre: 4,7 10^3/ul, hemoglobin: 10,2 g/dl, PLT: 258,0 10^3/ul, CRP: 4,28 mg/dl, VDRL: 14,49+, RPR: 1/64, TPHA: 1/2.560 + HIV-RNA: 517.648, CD4+: 262 saptandı. EBV, CMV, kızamık, kızamıkçık ve parvovirüs B19 serolojileri negatif olarak sonuçlandı. Hastadan olası dermatolojik maligniteleri ekarte etmek amacıyla sol ayak medial yüz, deri-deri altı, punch biyopsi yapıldı. Yapılan biyopsinin patoloji sonucu "Belirgin hiperkeratoz, parakeratoz, retelerde birleşme, lenfosit ekzositozu, belirgin kapiller proliferasyon, endotelyal hiperplazi, endarteritis obliterans bulguları, lenfoplazmositer enflamasyon, fibroblastik proliferasyon" olarak raporlandı. Sifilizi destekler nitelikte olan bu bulgular sonucu olası maligniteler ekarte edildi. Sekonder sifiliz tanısıyla hastaya birer hafta arayla 2 doz benzatin penisilin 2,4 milyon ünite im yolla uygulandı. ART tedavisi tenofovir + emtristabin + dolutegravir olarak düzenlendi. Lezyonlar 3. haftada geriledi. Takibinde 1. ayda CD4+: 341, HIV-RNA: 384 ve 2. ayda RPR: 1/16 ve 1 yıl sonunda RPR: 1/2 olarak saptandı.

Sonuç: HIV enfekte bir hasta döküntü şikayeti ile başvurduğunda sifiliz mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca HIV enfekte her hastanın sifiliz açısından gerekli tarama testleri yapılmalıdır

Anahtar Kelimeler: Döküntü, HIV, sifiliz



Resim 1. El ve ayak tabanı döküntüler

[PS-150]

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Üç Yıl İçerisinde Gelişen Hastane Enfeksiyonlarının Değerlendirmesi

Özgür Günal[1], Sevgi Mehter[2], Cemanur Aygün[1], Fatma Korkmaz[2], Selda Sözen[2], Ümran Türköz[2], Sırrı Kılıç[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun,

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Samsun,

Giriş: Hastane enfeksiyonları (HE) özellikle yoğun bakım üniteleri (YBÜ) gibi yüksek riskli alanlarda yatan hasta gruplarında ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bu alanlardaki enfeksiyon sürveyansı enfeksiyon etkenlerinin tanınması, bu enfeksiyonların tedavisi ve önleyici tedbirlerin alınması açısından çok önemlidir. Bu çalışmada cerrahi YBÜ'de gelişen enfeksiyonlar ve etkenlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahili YBÜ'de Ocak 2017 ile Ocak 2019 yılları arasındaki 3 yıllık sürede tespit edilen hastane enfeksiyonlarının neler olduğu ve saptanan etkenleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastanemiz enfeksiyon kontrol komitesi tarafından "Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi" (Centers for Disease Control and Prevention) tanı kriterlerine göre HE tanısı konulan olgular değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Cerrahi YBÜ'de çalışmaya dahil edilen 3 yıllık sürede 6556 hasta yatırılmış (24.781 hasta yatış günü) ve 156 HE tanısı konulmuştur. Saptanan enfeksiyon hızı; %2,38 iken, dansitesi; %6,30 olmuştur. Tanı konulan bu enfeksiyonlar ise; deri ve yumuşak doku enfeksiyonları (%1,28), kan dolaşımı enfeksiyonları (%27,56), santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (%28,21) mekanik ventilatörden bağımsız pnömoniler (%7,69), ventilatör ile ilişkili pnömoniler (%13,46), cerrahi alan enfeksiyonları (%16,02), üriner sistem enfeksiyonlarıdır (ÜSE) (%11,54) ve santral sinir sistem enfeksiyonlarıdır (%0,64). Bu 156 HE tanısında toplam 285 mikroorganizma üremesi tespit edilmiştir. Bu HE neden olan etkenler arasında en sık saptananlar ise; Acinetobacter baumanni, *Klebsiella pneumoniae* ve *Candida albicans* olmuştur

Sonuç: HE'lerin tanınması ve neden olan mikroorganizmaların antibiyotik duyarlılıklarının belirlenmesi hem ampirik tedaviyi belirlemede, hem de mortalite ve morbiditeyi azaltmada oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, hastane enfeksiyonu, sürveyans

[PS-151]

HIV ile Enfekte Hastalarda Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansı

Esra Altınsoy, Nurettin Erben, Saygın Nayman Alpat, Gaye Usluer

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klnik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Bulaşma yollarının benzer olması nedeniyle HIV ile enfekte kişilerde hepatit B virüsü (HBV) ve hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonlarının birlikteliğine sık rastlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı HIV pozitif olgularda HBV ve HCV enfeksiyonu sıklığının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde Ocak 1999-Ocak 2020 tarihleri arasında izlenen 225 HIV ile enfekte hastanın hepatit göstergeleri ve demografik özellikleri açısından hasta dosyalarından ve bilgisayar kayıtlarından retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 38,8 (min 19-maks 85), ortanca yaş 36 olarak saptandı. Takipleri sırasında 3 (%1,3) hastanın eks olmuş, 73 (%32,4) hastanın ise farklı sebeplerle takibi bırakmış olduğu görüldü. Hastaların 197'si (%87,5) erkek, 28'i (%12,5) kadın cinsiyetti. Hastalardan 189'u (%84) T.C. vatandaşı iken, 36 (%16) hasta yabancı uyrukluydu (19 İran vatandaşı). Damar içi ilaç kullanım öyküsü 5 (%2,2) hastada pozitifken, 58 (%25,7) hastada da homoseksüel ilişki öyküsü mevcuttu. Hastalardan 6'sında (%2,6) HBsAg pozitif olarak saptandı. ART (antiretroviral tedavi) öncesinde 3 hastanın HBV-DNA'sı pozitif, 3 hastanın ise HBV-DNA'sı negatif olduğu belirlendi. Başlangıçta HBV-DNA'sı pozitif olan 3 hastanın da tenofovir içeren ART sonrası HBV-DNA'sının negatifleştiği görüldü. Tanı anında 100 (%44,4) hastada antiHBs pozitifti, bunlardan 33 (%14,6) hastada birlikte antiHBc total pozitifliği de mevcuttu. Hastaların 8'inde (%3,5) anti-HCV pozitifliği vardı. Bunların 3'ünde (%1,3) HIV/HCV ko-enfeksiyonu; hem anti-HCV hem HCV/RNA pozitif olarak saptandı. Anti-HCV pozitif 4 hastada HCV-RNA negatif olduğu görüldü. Takibi bıraktığı için 1 hastadan HCV-RNA istenemedi. HIV/HCV ko-enfeksiyonu olan 2 olgunun tedavi sonrası HCV-RNA'sı negatifleşmiş olup 1 olguda ART yeni başlandığı için HCV tedavisi için HIV-RNA'nın negatifleşmesi beklenmektedir. Çalışmamızda HIV/HBV ko-enfeksiyonu %2,6 sıklıkta ve HIV/HCV ko-enfeksiyonu %1,3 sıklıkta saptanmış olup ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur.

Sonuç: HIV ile enfekte hastalarda kronik viral hepatitler daha hızlı ilerlediği, siroz ve hepatosellüler karsinom gelişme riski arttığı için HBV ve HCV enfeksiyonları araştırılmalıdır. ART seçiminde HBV ko-enfeksiyon durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Tenofovir içeren ART ile HBV'nin replikasyonunu baskılamak mümkünken direkt etkili antiviral ilaçların geliştirilmesiyle HCV enfeksiyonunun tedavisi de mümkün hale gelmiştir. Ayrıca HIV pozitiflerde benzer bulaş yolu olması nedeniyle HBV ile karşılaşma riskinden dolayı gerekli durumlarda aşılama da yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, hepatit C, HIV

[PS-152]

Kuzey Kıbrıs'ta Hepatit B Virüsü Seroprevalansının Yaş Gruplarına Göre Belirlenmesi

Wrya R. M. Mahmood[1], Ayşe Arıkan[1], Ayşe Arıkan[2], Emrah Güler[1], Emrah Güler[2], Tamer Şanlıdağ[2], Tamer Şanlıdağ[3], Kaya Süer[4], Eşref Çelik[1]

[1]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

[2]Yakın Doğu Üniversitesi, Deneysel Sağlık Bilimleri Araştırma Merkezi Enstitüsü, Lefkoşa

[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa

[4]Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Lefkoşa

Giriş: Hepatit B enfeksiyonu, hepatit B virüsünün (HBV) neden olduğu tanı, takip ve tedavi edilmediği durumlarda potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir karaciğer enfeksiyonudur. Ülkemizde daha önce hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) seropozitifliği ile ilgili yapılmış çalışmalar bulunmasına rağmen, yaş gruplarının değerlendirildiği herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) HBsAg ile ilgili güncel seroprevalansın belirlenmesi ve yaş gruplarına göre dağılımının prevalans açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, 01.01.2017-31.12.2019 tarihleri arasında Lefkoşa, Yakın Doğu Üniversitesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na rutin tarama testlerini yaptırmak üzere başvuran 23.977 kişi dahil edildi. Hasta serumlarında hepatit belirteçlerinden HBsAg, immünoassay yöntemi ile Architect i1000 SR (Abbott, USA) cihazı ile belirlendi. Architect HBsAg test sonuçları Sample/Cut off (S/Co) üzerinden değerlendirilmekte ve <1,0 değerleri nonreaktif; ≥1,0 değerler ise reaktif olarak vermektedir. Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) Ver 15 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı kullanılarak yapıldı. Analiz sonuçları %95 güven aralığında değerlendirildi ve anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda 15.341'i (%64) erkek, 8.636'sı (%36) kadın olmak üzere toplam 23.977 kişi retrospektif olarak incelendi. Yaş ortalamaları 31,34±15,63 (0-99) idi. Tüm hastalardaki HBsAg seropozitifliği %1,3 (n=313) olarak tespit edildi. Pozitif saptanan hastaların %62,3 (n=195)'ü erkek, %37,7'si (n=118) ise kadındı ve yaş ortalamaları 34,96±16,60 (0-94) idi. HBsAg pozitifliği ile cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmedi (p=0,533). HBsAg seropozitif hastaların %22,4'ünün (70/313) KKTC, %41,9'unun (131/313) Türkiye Cumhuriyeti, %35,8'inin (112/313) ise yabancı ülke vatandaşları olduğu belirlendi. HBsAg seropozitifliğinin yaş ilerledikçe anlamlı derecede arttığı saptandı (p=0,000) (Tablo 1).

Sonuç: Bulgularımız, HBsAg seropozitifliğine göre Kuzey Kıbrıs'ın halen düşük endemisiteli bölgeler arasında yer aldığını gösterdi. Ülkemize eğitim, öğrenim ve iş amaçlı birçok ülkeden insan akışının olmasının, HBV prevalansına etki etmediği görülmektedir. Bunun yanında, yaş ilerledikçe HBsAg seroprevalansının arttığı dikkat çekmektedir. Bunun sebebinin, yaşla beraber aşılanma oranının azalması olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde uygulanan yenidoğan HBV aşılama programlarının ilerleyen dekatlarda oranı düşüreceği açıktır. İleri yaş grubunda olanların riskli davranış öyküleri, ailesinde HBsAg pozitifliği olması gibi bulaşın görülebileceği durumlarda gerekli testlerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B virüsü, Kuzey Kıbrıs, seroprevalans

Tablo 1. Yaş gruplarına göre HBsAg seropozitifliği

	0-18	19-30	31-40	41-50	>50	Toplam	p
HBsAg pozitif	15 (%0,9)	161 (%1,1)	45 (%1,4)	29 (%1,6)	63 (%1,9)	313 (%1,3)	
HBsAg negatif	1.621 (%99,1)	14.006 (%98,9)	3.077 (%98,6)	1.753 (%98,4)	3.207 (%98,1)	23.664 (%98,7)	0,000
Toplam	1.636 (%100)	14.167 (%100)	3.122 (%100)	1.782 (%100)	3.270 (%100)	23.977 (%100)	

[PS-153]

Kronik Hepatit B, İnaktif Kronik Hepatit B, HIV/AIDS Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Esma Eroğlu[1], Merve Sefa Sayar[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

Giriş: Kronik hepatit B (KHB) siroz ve karaciğer kanseri gibi ciddi komplikasyonlara neden olan önemli bir enfeksiyondur. KHB ve HIV/AIDS hastalarının uzun süre hastalıkla yaşaması gerektiği düşünüldüğünde, hastanın ruhsal durumunu ciddi bir şekilde etkileyebilir. KHB ve HIV/AIDS yalnızlık, umutsuzluk hissedebilir ve sosyal olarak izole olma eğilimi göstererek psikiyatrik rahatsızlıklara karşı yatkınlığın artmasına neden olabilir. Günümüzde kronik hastalıklar ile yaşayan hastalar artmıştır ve insanların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir. Çalışmamızda KHB, inaktif KHB, HIV/AIDS hastaları ve bu hasta grupları ile sağlıklı gönüllüler karşılaştırıldığında yaşam kalitesi skorlarının değerlendirilmesi hedeflendi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği'nde takipli 39 KHB, 36 inaktif KHB, 20 HIV/AIDS ve 40 sağlıklı gönüllü olmak üzere 135 kişi dahil edildi. Hastalar ve sağlıklı gönüllülerden ankete katılım için "bilgilendirilmiş onam formu" alındı. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal bilgileri kaydedildi. Hastalara ve sağlıklı gönüllülere yaşam kalitesi değerlendirilmesi amacıyla "short form-36" anketi doktor gözetiminde yapıldı.

Bulgular: Yaşam kalitesi parametrelerinden genel sağlık, fiziksel rol güçlüğü ve vitalite skorları, inaktif KHB hastalarında ve KHB hastalarında kontrol grubuna göre düşük bulundu (p<0,05). Her bir hasta grubu sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığında; KHB grubunda emosyonel rol fonksiyonu (p=0,006) ve mental sağlık (p=0,006), inaktif KHB grubunda mental sağlık (p=0,024) skorlarının sağlıklı gönüllülere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. HIV hastaları ile sağlıklı gönüllüler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmedi (p>0,05).

Sonuç: Çalışma sonuçlarımız inaktif KHB hastalarında yaşam kalitesi skorlarının KHB hastalığı olan hastalara çok benzer olduğunu ve her iki grubun da; KHB grubunda emosyonel rol fonksiyonu ve mental sağlık, inaktif KHB grubunda mental sağlık skorlamaları dışında normal Türk popülasyonundan daha düşük skorlamaya sahip olduğunu göstermektedir. HIV/AIDS hastaları ise sağlıklı grup ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı. KHB enfeksiyonu yaşam boyu takip gerektirir. Yaşam kalitesi değerlendirmeleri düzenli olarak uygulanması doktorlara gerektiğinde psikiyatri danışmanlığına başvurmaları için yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, kronik hepatit B, SF-36, HIV/AIDS

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik verileri

	Sağlıklı Gönüllü		KHB		Inaktif KHB		HIV	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet								
Erkek	16	40,0	32	82,1	25	69,4	18	90,0
Kadın	24	60,0	7	17,9	11	30,6	2	10,0
Yaş								
Ort±SS	34,5±8,0		41,2±13,1		40,1±9,9		35,9±8,9	
Ortanca (min-max)	33 (24-65)		43 (22-73)		41 (23-58)		39 (21-54)	
Eğitim durumu								
Okuryazar değil	-	-	6	15,4	6	16,7	3	15,0
Okuryazar	9	22,5	12	30,8	11	30,6	8	40,0
İlkokul	4	10,0	3	7,7	8	22,2	3	15,0
Ortaokul	1	2,5	6	15,4	6	16,7	4	20,0
Lise	6	15,0	8	30,8	3	13,9	1	5,0
Üniversite	20	50,0	4	15,4	2	5,5	1	5,0
Medeni durum								
Evli	37	92,5	31	79,5	34	94,4	15	75,0
Bekar	3	7,5	8	20,5	2	5,6	5	25,0

Tablo 2. Çalışma gruplarının SF-36 skorlarının karşılaştırılması

	Sağlıklı gönüllü	HIV	p	İnaktif KHB	p	KHB	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS		Ort. ± SS		Ort. ± SS	
Genel sağlık	63,5±18,7	50,8±30,1	0,074	58,3±20,6	0,367	56,2±18,7	0,100
Fiziksel fonksiyon	87,9±17,5	88,0±21,6	0,364	79,7±22,6	0,055	84,9±20,3	0,490
Fiziksel rol güçlüğü	81,0±29,9	65,0±41,7	0,150	74,3±32,5	0,234	80,8±37,4	0,550
Emosyonel rol fonksiyon	65,6±35,9	64,9±41,2	0,973	71,9±37,1	0,407	84,6±33,3	0,006
Sosyal fonksiyon	65,6±35,9	73,0±29,9	0,731	78,6±19,1	0,337	77,2±19,3	0,482
Ağrı	74,6±23,4	76,0±25,2	0,733	77,4±20,6	0,639	79,0±23,4	0,270
Vitalite	55,0±19,4	57,8±30,5	0,405	56,6±20,1	0,646	55,4±17,1	0,760
Mental sağlık	56,8±15,7	58,4±23,9	0,747	65,4±16,4	0,024	67,4±15,9	0,006

Ort.: Ortalama, SF-36: Short form-36, SS: Standart sapma

[PS-154]

Tekrarlayan Meme Apsesi Kliniği ile Prezente Olan Primer İmmün Yetmezlik Tablosu

Fatih Çölkesen[1], Fatma Çölkesen[2]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Konya

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: İmmün yetmezliklerin en sık klinik prezentasyonu rekürren enfeksiyonlar şeklindedir. Enfeksiyon hastalıkları arasında en yaygın olarak sinopulmoner enfeksiyonlar görülür. Primer immün yetmezlikler arasında apse formasyonu daha çok kronik granülamatöz hastalık, kompleman sistemi defektleri ve hücresel immün yetmezlik tablolarında görülür. Olgu sunumunda toplamda on kez tekrarlayan meme apsesi ile prezente olan primer immün yetmezlik tablosunu irdelemeye çalışacağız.

Gereç ve Yöntem: Kırk yaşında kadın hasta, enfeksiyon hastalıkları kliniğine antibiyotik tedavisi ve drenaj yapılmasına rağmen sürekli tekrarlayan meme apsesi nedeniyle başvurdu. Anamnezinde meme apsesinin tedaviye rağmen toplamda 10 kez nüksettiğini bildirdi. Hasta immünoloji kliniğine konsülte edildi. İmmünoloji kliniğinde yapılan tetkikler sonucunda hastada klasik yol kompleman defekti [CH-50: %13,2 (%51-150)] ile NK hücre yetmezliği [NK: <%1 (%2-18)] ve hücresel immün yetmezlik (CD 25 ile T lenfosit aktivasyon cevabı yetersizdi) tanısı konuldu. Hastaya 400-600 mg/kg/21 günde bir IVIG tedavisi ve antibiyotik profilaksisi başlandı. Hasta yaklaşık 1 yıldır mevcut tedaviyi almaktadır. Hastada bu süreçte meme apsesi rekürrensi ve diğer enfeksiyon hastalıkları gelişmemiştir.

Bulgular: Primer immün yetmezlikler oldukça değişken bir klinik tablo ile prezente olabilirler. En yaygın klinik başvuru sinopulmoner enfeksiyonlar şeklindedir. Otoimmün komplikasyonlar, hematolojik hastalıklar, maligniteler, enteropatiler diğer klinik başvuru şekillerindendir. Apse formasyonu ise daha çok kronik granülamatöz hastalık, kompleman sistemi defektleri ve hücresel immün yetmezlik kliniğinde görülür. Apse vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir ancak en tehlikelileri santral sinir sistemine yakın yerleşimli olanlardır. NK hücre yetmezliği olanlarda herpes grubu enfeksiyonlar, kompleman sistemi defektif olanlarda otoimmün bozukluklar ile birlikte bakteriyel enfeksiyonlar, hücresel immün yetmezlikte ise her türlü hücre içi patojen ve fırsatçı enfeksiyonlar görülebilmektedir.

Sonuç: Rekürren ve tedaviye dirençli enfeksiyon gelişimi immün yetmezliklerin temel klinik bulgusudur. Olguda sunduğumuz örnekte olduğu gibi tedavi edilmesine rağmen tekrarlayan enfeksiyonu veya apseleri olan hastalar vakit kaybetmeden immünoloji kliniğine yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Apse, immün yetmezlik, rekürren enfeksiyon



Resim 1. Meme apsesi

Tablo 1. Hastanın immünolojik bulguları

	Hasta değerleri	Normal referans aralığı
IgG (mg/dl)	1,060	700-1,600
IgM (mg/dl)	128	40-230
IgA (mg/dl)	225	70-400
CD 19 (%)	14,6	10-30
NK (%)	0,8	2-18
CH-50 (%)	13,2	51-150
T-hücre aktivasyonu (CD 25 ile aktivasyon)	Aktivasyon yok (total T, yardımcı T, sitotoksik T)	Bazal değerlere göre; - Total T ve yardımcı T lenfositlerde >5 kat, - Sitotoksik T lenfositlerde >10 kat artış

[PS-155]

Batı Nil Virüsüne Bağlı Gelişen İki Ensefalit Olgusu

Nevin İnce[1], Ali Rıza Gürbüz[1], Dilek Yekenkurul[1], Dilek Menemenlioğlu[2]

[1]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

[2]Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı, Ulusal Arbovirüsler ve Viral Zoonotik Hastalıklar Laboratuvarı, Ankara

Giriş: Batı Nil virüsü (BNV) enfeksiyonu, insanlarda ateşle, bazen nörolojik belirtilerle seyredebilen ve ölümlere neden olabilen, sıklıkla enfekte sivrisineklerin sokmasıyla bulaşan viral bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu enfeksiyon, ülkemizde ilk olarak Manisa bölgesinde merkezi sinir sistemi tutulumuyla giden ve etiyolojisi açıklanamayan kümeleşmiş olguların sonradan BNV enfeksiyonu tanısı almasıyla dikkati çekmiştir. BNV enfeksiyonunun tedavisinde kullanılan özgül bir antiviral ajan yoktur. Destek tedavi önerilmektedir. Hastalık genelde mevsimsel özellik göstermekte olup yaz boyunca ve sonbaharın erken dönemlerinde görülür. Serolojik çalışmalar maruziyetinin ülkemizde uzun bir süredir var olduğunu göstermesine karşın, tanısı kesinleşmiş olgu sayıları kısıtlıdır ve çoğunlukla BNV'ye bağlı merkezi sinir sistemi enfeksiyonları seklindedir. Bu sunuda Düzce merkez ilçesinde yaz aylarında Batı Nil ensefaliti tanısıyla takip ettiğimiz iki olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Olguların demografik verileri ile birlikte başvuru şikayetleri, klinik bulguları ve laboratuvar değerleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Kuşların bu göç yolları üzerinde yer alan bölgelerden özellikle yaz aylarında ve sonbaharın erken dönemlerinde sivrisinekler ile temas sonrasında yaygın vücut ağrısı, ateş gibi semptomlarla gelen hastalarda BNV enfeksiyonu akılda tutulmalıdır. Özellikle ileri yaş hastalarda santral sinir sistemi tutulumu olması durumunda mortal seyredebileceği unutulmamalı ve erken destek tedavisine başlanmalıdır. Düzce ilinden BNV enfeksiyonu ilk olarak bu olgular ile bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Batı Nil virüsü, ensefalit, Düzce

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Olgu 1	Olgu 2
Yaş/cinsiyet	68/erkek	65/kadın
Yaşadığı yer	Düzce/Merkez/ Konuralp	Düzce/Merkez
Hastalığı görüldüğü zaman	2019/Ağustos	2019/Ağustos
Böcek teması	Bilmiyor	Bilmiyor
Şikayetleri		
- Ateş yüksekliği	Evet	Evet
- Bilinç bulanıklığı	Evet	Evet
- Kas güçsüzlüğü	-	-
- Döküntü	-	-
Laboratuvar		
- Lökosit	13.300	19.400
- Hemoglobin	12,1	11,1
- Platelet	193.000	385.000
- ALT	17	14
- LDH	330	424
- Kreatinin	1,09	0,88
- CRP	9,9	31
BOS bulguları		
- Görünüm	Berrak	Berrak
- Mikroskobi	Lökosit, eritrosit görülmedi	Lökosit, eritrosit görülmedi
- BOS biyokimyası	Protein yüksek, glikoz normal	Protein yüksek, glikoz normal
- BOS kültür	Üreme olmadı	Üreme olmadı
Kraniyal MR	Normal	Normal
Viral menenjit paneli PCR - HSV1 - HSV2 - VZV - Parechovirüs - Enterovirüs	Negatif	Negatif
Bakteriyel menenjit paneli PCR	Negatif	Negatif
Batı Nil ateşi virüsü antikoru, IgG (IFA)* serum	Pozitif	Pozitif
Batı Nil ateşi virüsü antikoru, IgM (IFA)* serum	Pozitif	Pozitif
Sonuç	Şifa	Şifa

*Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Viroloji Referans Merkez Laboratuvarı'na iki hafta ara ile gönderilen hastaların serum örneklerinde çalışılmıştır

[PS-156]

Dang Ateşi Olgu Sunumu

Arzu Güç, Nagehan Elmas, Firdevs Aksoy, Gürdal Yılmaz, Selçuk Kaya

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Dang ateşi, Aedes cinsi sivrisinekle bulaşan vektör geçişli, akut, epidemik, viral hemorajik ateşlerden biridir. Etken filavivirüs ailesinden dengue virüs olup, artan seyahatler sonrası ülkemizde de son yıllarda olgular bildirilmeye başlamıştır. Bu çalışmada iş seyahati nedeniyle birkaç farklı ülkede bulunan ve ülkemize döndüğünde Dang ateşi tanısı alan, bölgemizden bildirilen ilk olgu sunulmuştur.

Olgu: Otuz sekiz yaşında erkek hasta, başvurusundan 37 gün önce iş seyahati amacıyla Uzakdoğu ülkelerine (Tayland, Kamboçya, Filipinler, Tayvan, Singapur), seyahat etmiş. Kliniğimize başvurmadan 6 gün önce Tayland'tan dönen hastanın 9 gündür olan halsizlik, ateş, üşüme-titreme, gece terlemesi, göz kapaklarında ağrı, yaygın kas ve eklem ağrısı varmış. Hasta bu şikayetlerle yatırıldı. Yurtdışında kaldığı dönemde sivrisinek temas öyküsü olup, seyahat öncesi hiçbir kemoprofilaksi veya aşı yapılmamıştı. Fizik incelemede ateş: 36,8 °C, nabız 80/dk, tansiyon arteriyal 110/70 mmHg diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın laboratuvar incelemesinde; beyaz küre: 3,380/µl, eritrosit sedimentasyon hızı: 35 mm/saat, AST: 56, ALT: 104, GGT: 155 diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Periferik kan yaymada parazit görülmedi. Hastanın endemik bölge seyahati nedeniyle, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Arbovirüs ve Viral Zoonotik Hastalıklar Laboratuvarı'na serum örneği gönderildi. Dang virüs immünoglobülin IgM (IFA), IgG (IFA) ve polimeraz zincir reaksiyonu istendi. Dang virüs IgM ve IgG (IFA) pozitif geldi. Chikungunya virüs ve zika virüs PCR tetkik sonuçları negatifti. semptomatik ve destek tedavi ile şikayetleri gerileyen hasta yatışının 3. gününde taburcu edildi. On gün sonra kontrole geldiğinde tüm şikayetleri düzelmiş olan hasta seyahat aşı ve kemoprofilaksi konusunda bilgilendirilerek izlemden çıkarıldı.

Sonuç: Dang ateşi tropikal ve subtropikal ülkelerde endemik olarak görülür. Endemik bölgelere seyahat sonrası veya sivrisinek teması olan kişilerde hastalık akılda bulundurularak tanı ve tedavi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dang ateşi, viral hemorajik ateş

[PS-157]

Mycobacterium bovis'in Etken Olduğu Bir Meningoensefalit Olgusu

İrem Genç[1], Dilek Yıldız Sevgi[1], Alper Gündüz[1], Banu Bayraktar[2], Ayşe Barış[2], Safiye Nur Özcan[1], Ahsen Öncül[1], İlyas Dökmetaş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium tuberculosis* compleks (MTC) ailesinin üyesi olup başlıca sığırları enfekte eden zoonotik bakteridir. *M. bovis*, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünleri, az pişirilmiş et tüketimiyle ve solunum yolu ile bulaşabilmektedir. Klinik olarak *M. tuberculosis* enfeksiyonundan ayırt edilememektedir. *M. bovis* insidansına dair veriler sınırlıdır.

Olgu: Bilinen hastalık öyküsü olmayan 34 yaşında Özbekistan uyruklu erkek hasta acil servise ateş, bilinç bulanıklığı ile getirildi. Ateş: 37,3 °C, nabız: 68/dakika, TA: 130/70 mmHg, solunum sayısı: 18/dk idi. Fizik muayenede bilinç bulanık, konuşma anlamsızdı. Ense sertliği saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tetkiklerinde beyaz küre: 14190/µl, nötrofil: %87, lenfosit: %4, hemoglobin: 15,7 g/dl, trombosit: 28.4000/ml, C-reaktif protein: 38,1 mg/l, Na: 142 mmol/l, glikoz: 110 mg/dl, üre: 33 mg/dl, kreatinin: 0,78 mg/dl, anti-HIV negatif saptadı. Kranyial BT'de patoloji görülmedi. Lomber ponksiyon yapıldı. BOS açılış basıncı normal (150 mmH_2O), 130 lökosit/mm^3 (%85 lenfosit, %15 nötrofil), 10 eritrosit/mm^3, glikoz: 36 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 118 mg/dl, protein: 118 mg/

dl saptandı. Hasta meningoensefalit ön tanısıyla kliniğimize interne edildi. Seftriakson 2x2 gr IV ve deksametazon 4x8 mg IV tedavisi başlandı. Kontrastlı kraniyal MRI görüntülemede lezyon saptanmadı. Akciğer BT'de miliyer görünüm izlenmedi, sol apikal alanda sekel değişiklikler görüldü. Takibinde bilinç bulanıklığı ve ateş yüksekliği devam eden hastada BOS bulguları ve öyküsü dikkate alınarak tüberküloz menenjit ön tanısıyla izoniazid (INH) 300 mg/gün, rifampisin (RIF) 600 mg/gün, etambutol (EMB) 1.000 mg/gün, pirazinamid (PZA) 1.500 mg/gün başlandı. Mikobakteri PCR negatif izlendi. BOS EZN boyamada ARB + görüldü. Seftriakson kesildi. Takibinin 2. haftasında BOS kültüründe MTC üredi. Antibiyogram sonucunda PZA direnci görüldü. PZA tedavisi kesildi. PCR ile *Mycobacterium bovis* olarak tiplendirildi. Takiplerinde baş ağrısı, ense sertliği, bilinç bulanıklığı geriledi. Tedavinin 15. gününde hasta anamnez verebildiğinde mandırada çalıştığı ve 2 aydır başağrısı şikayeti olduğu öğrenildi. Deksametazon, kademeli olarak azaltılarak 2 aya tamamlandı. Hastanın anti-tüberküloz tedavisi 2 ay INH, RIF, EMB; 10 ay INH, RIF şeklinde toplam 12 ay olarak planlandı. Hasta halen poliklinik takibinde izlenmektedir.

Sonuç: *M. bovis* PZA direnci varlığında düşünülmesi gereken bir tüberküloz etkenidir. MTC alt türlerinin klinik laboratuvarlarda tanımlanması ülkede zoonotik tüberküloz sıklığının saptanması, hastanın gereksiz yere PZA kullanmaması ve hastalığın kontrolü açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, *Mycobacterium bovis*

[PS-158]

Piyojenik Karaciğer Apsesi Olgusu

Birol Balçın, Burak Sarıkaya, Ayça İlbak, Deniz Kakaliçoğlu, Elif Sofuoğlu, Derya Özyiğitoğlu, Sinem Akkaya Işık, Ercan Yenilmez, Rıza Aytaç Çetinkaya, Levent Görenek

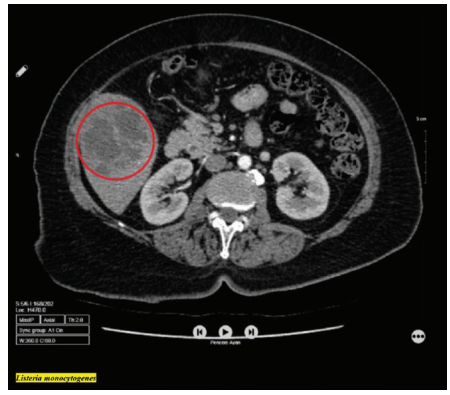
Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klink Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Piyojenik karaciğer apsesi (PKA) nadir görülür ve görüntüleme yöntemleri ile kolayca tanı koyulabilir. Tedavi edilmeyen olgularda mortal seyreder ancak drenaj ve uygun antibiyotik tedavisi ile mortalitesi oldukça azalır. En sık beşinci ve altıncı dekatlarda ve karaciğer sağ lobunda görülür. İmmünosüpresyon, diabetes mellitus (DM), geçirilmiş safra yolu operasyonları altta yatan predispozan faktörlerdir. En sık görülen etkenler *E. coli* ve *Klebsiella pneumoniae*'dir. Ateş, halsizlik, bulantı ve sağ hipokondriyal bölgede ağrı en sık görülen klinik bulgulardır. Tanıda ilk tercih edilen yöntem ultrasonografi olsa da kontrastlı batın tomografisi (BT) altın standart yöntemdir. Bu çalışmada uzamış ateş etiyolojisi araştırılırken tanı konulan *Klebsiella pneumoniae*'ye bağlı piyojenik karaciğer apsesi olgusunu sunmaktayız.

Olgu: Yetmiş iki yaşında kadın hasta, bilinen tip 2 DM tanısı dışında ek hastalığı yoktu. On gündür devam eden ateş, halsizlik, bulantı şikayetleri ile başvurdu. Muayenesinde genel durumu iyi, ense sertliği yok, orofarenks doğal, servikal lenfadenopati yok, akciğer sesleri normal, batın rahat, kostovertebral açı hassasiyeti yoktu. Ateşi 38,2 °C, diğer vital bulguları stabildi. Tetkiklerinde CRP: 130 mg/l, ALT: 39 IU/l, AST: 15 IU/l, kreatinin: 0,9 mg/dl, ALP: 135 U/l, GGT: 98 U/l, LDH: 279 U/l, beyaz küre: 14,940/mm^3 (%75 NEU), hemoglobin: 11,8 g/dl, PLT: 411.000/mm^3, prokalsitonin: 0,2 ng/ml, brusella Rose Bengal ve tüp aglütinasyonu negatif, mikobakteri balgam ARB negatif sonuçlandı. Akciğer grafisi ve EKO normaldi. Batın USG'de karaciğerde yaklaşık 8 cm çapa ulaşan kapsül bulgusu vermeyen, RDUS incelemede internal kanlanma gösteren heterojen iç yapıda kompleks kistik lezyon izlendi (piyojenik apse?). Hastaya torakoabdominal BT çekildi. Karaciğer parankiminde 6. segmentte 81x70 mm lobüle kontürlü ince santral septasyonlar gösteren silik kontrastlanmalar saptanan kistik natürde lezyon alanı izlendi. Girişimsel radyoloji tarafından hastaya USG eşliğinde perkütan apse drenajı yapıldı ve ampirik olarak seftriakson 2x1 gr iv + Metronidazol 3x500 mg iv tedavisi başlandı. Gönderilen apse aspirat kültüründe duyarlı *Klebsiella pneumoniae* suşu üredi. Klinik ve laboratuvar olarak iyileşme gösteren, takiplerinde ateşi olmayan hasta siprofloksasin 2x500 mg + metronidazol 3x500 mg oral tedavi ile taburcu edildi. Tedavisi dört haftaya tamamlandı. Hastamızın tip 2 DM tanısı ve geçirilmiş kolesistektomi öyküsü olması predispozan faktör olarak değerlendirildi.

Sonuç: Karaciğer apsesi nadir görülmesine rağmen tedavisiz olgularda mortalitesi yüksektir ve zaman zaman tanı konma güçlüğü yaşanması nedeniyle nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisinde halen önemini korumaktadır ve ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Klebsiella pneumoniae*, nedeni bilinmeyen ateş, piyojenik karaciğer apsesi



Şekil 1. Tanı esnasındaki apse görünümü

[PS-159]

Listeria monocytogenes'e Bağlı Bir Menenjit Olgusu

Nurdan Pür, Emine Parlak, Mehmet Parlak, Zülal Özkurt

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: *Listeria monocytogenes* Gram-olumlu, hareketli, çomak veya kokobasil şeklinde bir bakteridir. Sağlıklı kişilerde sık görülmeyen bir enfeksiyon hastalığı etkenidir. Yenidoğanlar, yaşlılar, gebeler, immünosüprese hastalar ve doku transplantasyonu yapılanlarda hayatı tehdit eden bakteriyemi ve meningoensefalit gibi enfeksiyonlara neden olan bakteridir. Bu ileri yaşlı olguda kronik hepatit B ve buna bağlı karaciğer sirozu gelişen *Listeria* menenjiti olgusundan bahsedilecektir.

Olgu: Altmış beş yaş erkek hasta 4 gündür olan şiddetli başağrısı 39 °C'ye ulaşan ateş ve uykuya meyil şikayetleri ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 16 yıldır kronik hepatit B ve buna bağlı gelişen karaciğer sirozu ve özefagus varisleri mevcuttu. Fizik muayenede genel durumu orta şuuru konfüze kooperasyon sınırlı idi. Ateş 38,5 °C nabız 120/dk tansiyon arteriyel 110/60 mm/Hg bulundu. Ense sertliği ve batında masif splenomegali vardı. Laboratuvar değerleri beyaz küre 13.500 µl (sola kayması vardı), hemoglobin 12,5 g/dl, trombositler 55.000/µl, CRP 135 mg/l, sedimentasyon 45 mm/h, ALT 41 U/l ve AST 94 U/l olarak saptandı. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde görünüm bulanık basınç artmış, biyokimyasında mikroprotein 119 mg/

dl, glikoz 7 mg/dl, klorür 109 mg/dl idi. Mikroskopik bakıda 300/µl hücre (%80 polimorfonükleer lökosit) görüldü. Hastaya seftriakson tedavisi başlandı. Gram yaymada Gram-olumlu çomaklar görüldü. Hastanın BOS örneklerinde herpes PCR ve mikobakteri PCR negatif sonuçlandı. Hastanın takiplerinde ateşi düşmedi, başağrısı azalmadı. Hasta 50 yaş üstünde olması sebebiyle tedaviye ampisilin 6x2 gr iv eklendi. BOS kültüründe *Listeria monocytogenes* üredi. Seftriakson tedavisi kesilerek ampisilin tedavisine linezolid mg eklendi. Hastanın tedavisi 21 güne tamamlandı. Üç hafta sonunda BOS örneği berrak, biyokimyası normal ve hücre yoktu. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: *Listeria monocytogenes* yaşlı ve immünosüprese hastalarda mortalitesi yüksek menenjit nedenidir. Yüksek hastalık riskine sahip bireyler çiğ veya az pişmiş hayvansal kökenli gıdalar, yıkanmamış çiğ sebzelerden kaçınmalıdırlar. Elli yaş üstü menenjit etkenleri arasında *Streptococcus pneumoniae*'dan sonra 2. sıradadır. Klinik diğer bakteriyel menenjitlerde olduğu gibidir. BOS kültürü ile tanısı konulur. *Listeria* türlerinde halen penisilin türlerine direnç belirlenmemiştir. Linezolid ile sinerjistik etkisinden dolayı kombine edilmiştir. *Listeria*'lar sefalosporinlere doğal dirençlidirler. Linezolid daptomisin tigesiklin gibi yeni antibiyotikler *in vitro* olarak iyi bir etkiye sahiptir. Erken tanı ve tedavi ile mortalite ve sekel azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: *Listeria monocytogenes*, menenjit, immünosüpresyon

[PS-160]

İlerlemiş HIV/AIDS Olgusunda Fırsatçı Enfeksiyonlar ve AIDS Kolanjiyopatisi İlişkisi

Meryem Sena Kaya, Ramazan Korkusuz, Esra Canbolat Ünlü, Özlem Altuntaş Aydın, Kadriye Kart Yaşar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) nedeniyle gelişen bağışıklık sistemi yetersizliği bakteri, virüs, mantar ve protozoon kaynaklı fırsatçı enfeksiyonlara yakalanma riskini artırır. Fırsatçı enfeksiyonlar, HIV ile enfekte hastalardaki başlıca mortalite nedenidir.

Olgu: Kırk dokuz yaşında erkek; ateş, öksürük, balgam çıkarma nefes darlığı, ishal ve kilo kaybı (2 ayda 20 kg) yakınmalarıyla acile başvurdu. Genel durumu orta-kötü, zayıf, halsiz, bilinci açık, koopere ve oryante idi. Fizik muayenesinde dinlemekle akciğer bazallerinde ral dışında özelliği olmayan hastanın laboratuvar incelemelerinde pansitopeni (beyaz küre: 930/mm^3 hemoglobin: 6,5 gr/dl, trombosit: 12K/ul), ESR (54 mm/saat), CRP (264 mg/l) ve KC fonksiyon testlerinde yükseklik (ALT: 31 U/l, AST: 249 U/l, GGT: 495 U/l, LDH: 1207 U/l, ALP: 912 U/l) hiperbilirubinemi (t. bilirubin: 7,53 mg/dl, d. bilirubin: 3,62 mg/dl) hipoalbüminemi (1,6 gr/dl), ve hiponatremi (124 mmol/l) mevcuttu. Anti-HIV pozitif saptanarak kliniğimize devredilen hastanın toraks BT'sinde her iki akciğer parankiminde yaygın multipl nodüller (miliyer tutulum ?) ve infiltrasyon saptandı. Batın MR'de hepatomegali (190 mm), periportal ödem, splenomegali (150 mm) ve dalak parankiminde multipl milimetrik lezyonlar mevcuttu. Miliyer tüberküloz düşünülen hastanın balgamında EZN boyamayla 4+ ARB görüldü. VDRL ve TPHA testi pozitif olan hastada CMV-IgM (-), IgG (+) idi. CD4 sayısı 24 hücre/mm^3, HIV-RNA 1,710.188 IU/ml saptanan hasta ilerlemiş HIV/AIDS olgusu olarak değerlendirildi. Kolestaz enzim yüksekliği artarak (GGT: 1164 U/l, ALP: 1732 U/l) devam eden olguda intrahepatik kolestaz etiyolojisi amacıyla planlanan ERCP, derin trombositopeni nedeniyle yapılamadı. Kolestaz sebebiyle anti-tüberküloz tedavi olarak INH, EMB, streptomisin ve moksifloksasin; sifiliz tedavisi için benzatin penisilin G başlandı. Kolestazda gerileme olmayan olguda, ishal nedeniyle istenilen gaitanın modifiye EZN boyamasında *Criptosporidium* spp. okistleri görüldü, spiramisin başlandı. Hastanın takip ve tedavisi sürmektedir.

Sonuç: HIV enfeksiyonlu olgularda immünosüpresyonun şiddetine göre fırsatçı enfeksiyonlar aynı anda farklı tablolarla karşımıza çıkabilir. CD4 sayısı <50 olan olgumuza, miliyer tüberküloz yanında sifiliz ve *Criptosporidium* spp. tanısı konmuş olup mevcut kliniğinin en baskın tablosu olan intrahepatik kolestazın "AIDS kolanjiyopatisi" olarak adlandırılan sekonder sklerozan kolanjite bağlı safra tıkanıklığı sendromu olduğu düşünülmüştür. *Criptosporidium parvum*, AIDS kolanjiyopatisiyle ilişkili en yaygın patojen olup bu tablo MAC, CMV, *Isospora, Giardia, Histoplasma, Microsporidium* gibi etkenlerle de gelişebilir. Olguların yaklaşık yarısında etken saptanamayabilir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, HIV, kolanjiyopati

[PS-161]

HIV/HCV Ko-enfeksiyonu: Olgu sunumu

Servet Öztürk, Semra Kavas, Onur Çolak, Derya Öztürk Engin, Canan Ağalar

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: HIV/AIDS olguları gelişmiş ülkelerde azalmakla birlikte ülkemizde özellikle son yıllarda tanı konmuş hasta sayısı gittikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın Haziran 2019 verilerine göre 1985'ten itibaren HIV/AIDS tanısı konulan hasta sayısı toplam 20.202 iken, bu sayının yarıdan fazlasını son 5 yılda tanı konulan hastalar oluşturmaktadır. Ülkemizde hasta sayılarındaki bu artış beraberinde hastalığın komorbiditeler, psikososyal yan etkiler ve ko-enfeksiyonlar üzerine olan araştırmaları ve ilgiyi artırmıştır. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde hepatit B ve hepatit C ko-enfeksiyonu; siroz ve hepatosellüler karsinoma (HCC) riski sağlıklı popülasyondan fazla olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde aşılama, korunma yöntemleri hakkında eğitimler ve ko-enfeksiyonların yönetimi çok önemlidir.

Olgu: Altı aydır halsizlik, tüm vücutta ağrı şikayetleri ile polikliniğimize başvuran 71 yaşında erkek hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı mevcuttu. Koroner stent uygulanması, beta bloker ve asetilsalisilik asit tedavileri alan hastanın soygeçmişinde özellik yok idi. Hastanın yapılan muayenesinde servikal ve inguinal 1-1,5 cm'lik ağrısız mobil lenfadenomegaliler dışında muayenesinde ek bulgu saptanmadı. Kan tetkiklerinde AST: 88 U/l, ALT:102 U/l, anti HIV: + (242), anti HCV: + (15,3) saptanan hasta hepatit A ve B'ye karşı bağışık idi. CD4 sayısı: 1,280/mm^3, HIV-RNA: 353.549 IU/ml, HCV-RNA: 138.768 IU/ml, genotip-1b, batın ultrasonografisi: KC parankim ekosu hafif azalmış, hafif granüler görünüm şeklinde raporlandı. Yapılan karaciğer biyopsisinde hepatik aktivite indeksi (HAI): 9/18, fibrozis: 2/6 olarak sonuçlandı. Hepatit C tedavisi için ombitasvir + paritaprevir + ritonavir + dasabuvir, antiretroviral olarak TDF - FTC + DTG başlandı. TDF - FTC - COB - ELV ve TAF - FTC - COB - ELV direkt etkili antiviraller (DAA) ile etkileştiği için ABC - 3TC - DTG koroner arter hastalığı olduğu için tercih edilmedi. Hasta non-sirotik olduğu için hepatit C tedavisi 8 haftaya tamamlandı. Tedavi sonu yanıtı ve kalıcı virolojik yanıt alınan hastanın antiretroviral tedavisi TDF – FTC + DTG olarak devam etmektedir.

Sonuç: HCV/HIV ko-enfeksiyonu olan tüm hastalar fibrozis düzeylerine bakılmaksızın tedavi edilmelidirler. DAA seçimi hastanın fibrozis düzeyi, HCV genotip ve önceki tedaviler göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Tedavide en önemli noktalardan biri ilaç etkileşimleridir. DAA'lar ile antiretroviral

etkileşimleri açısından dikkatli olunmalı tedavi bireyselleştirilmelidir. HIV ile yaşayan bireyler tanı ve antiretroviral tedavi başlandığında hepatit C açısından seronegatif olsa da HCV açısından riskli ve şüpheli temasları varsa yıllık olarak HCV açısından takip edilmelidir. Hepatit C tedavisini başarıyla tamamlayan bireyler riskli temasları olursa ELISA ile geçmiş enfeksiyonun pozitifliği devam edeceğinde PCR ile kontrol edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, hepatit C, ko-enfeksiyon

[PS-162]

İzole Görme Kaybı ile Seyreden Nörosifiliz Olgusu: Olgu Sunumu

Servet Öztürk[1], Banu Açıkalın[2], Onur Çolak[1], Semra Kavas[1], Merve Kaçar Eker[1], Derya Öztürk Engin[1], Canan Ağalar[1]

[1]Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Sifiliz, *Treponema pallidum*'un neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır. En sık korunmasız cinsel temasla bulaşır. Morbidite ve mortalitesi en yüksek formu nörosifilizdir. Nörosifiliz; akut sifilitik menenjit, meningovasküler sifiliz, tabes dorsalis ve optik atrofi şeklinde değişik klinik tablolarla görülebileceği gibi tamamen asemptomatik de seyredebilir. Sadece görme kaybı ile seyreden nörosifiliz nadir olarak görüldüğü için bu olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yaklaşık 1 haftadır sağ gözde görme kaybı şikayeti ile göz polikliniğine başvuran 54 yaşında kadın hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, diabetes mellitus mevcuttu. Bir devlet hastanesinde yapılan muayene sonucunda diyabetik papillit düşünülen ve hastenemize sevk edilen hastanın yapılan muayenesinde optik sinirde ödem, kıymık hemorajiler vardı. Makülada star görünümü olmayan hastada optik nörit düşünülmesi üzerine polikliniğimize yönlendirildi. İlk göz muayenesinde sağ görme: 0,1 (%10), sol görme: 0,7 (%70) olarak saptanmıştı. Yapılan tetkiklerinde RPR: + (1/32) TPHA: + (>1/2,560) saptandı. Baş ağrısı, baş dönmesi, kişilik değişikliği, bulantı-kusma, iştahsızlık, işitme kaybı, kraniyal sinir tutulumu bulguları yoktu. Hastanın kraniyal BT görüntülemesi normal sınırlarda idi. Hasta ileri tetkik amacıyla yatırıldı. Göz muayenesinde optik nörit şüphesi üzerine hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. BOS mikroskobide 16 lökosit (%90 lenfositer), BOS biyokimyasında mikroprotein: 51 (15-45) mg/dl BOS glikoz: 136 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 267 mg/dl, BOS VDRL (-) saptanan hastaya nörosifiliz tanısı konularak 2x1 gr seftriakson 14 gün verildi. Tedavi sonunda yapılan kontrol LP sonucu, mikroskobide lökosit saptanmadı, BOS biyokimyasında mikroprotein: 36 (normal aralığı yaz) BOS glikoz: 123 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 180 mg/dl, BOS VDRL (-) saptandı. Hastanın kendisi tedavi sonrasında bulanık görmesinde belirgin iyileşme tarifledi. Yapılan oftalmolojik muayenede tedavi sonunda görme alanı sağ gözde 0,4 (%40), sol gözde 0,9 (%90) saptandı. Görme kaybında belirgin düzelme olan hasta şifa ile taburcu edildi. Hastanın eş taraması sonucunda sifiliz tanısı koyuldu.

Sonuç: Nörosifiliz, asemptomatikten ağır menenjite kadar değişen klinik çeşitliliğe neden olan bir hastalıktır. Optik nöroretinit saptanan hastaların ayırıcı tanısında nörosifiliz özellikle akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nörosifiliz, nöroretinit, görme kaybı

[PS-163]

İkinci ve Üçüncü Basamak Hastane Yoğun Bakım Ünitelerinde Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızlarının Karşılaştırılması

Tuba İlgar[1], Sudem Mahmutoğlu Çolak[1], İlknur Esen Yıldız[1], Uğur Kostakoğlu[1], Fatma Şahinoğlu Atmaca[2], Zehra Yılmaz[1], Ayşe Ertürk[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

[2]Rize Devlet Hastanesi, Rize

Giriş: Yoğun bakımlarda hastane enfeksiyonları önemli mortalite ve morbidite nedenlerindendir. İnvazif araç kullanımı ile enfeksiyonlarda artış görülebilmektedir. Bu yazımızda Rize'deki ikinci ve üçüncü basamak hastanelerdeki yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) saptanan ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) hızı ve insidans dansitelerini değerlendirdik ve karşılaştırdık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Rize'de ikinci basamak hastane olan Rize Devlet Hastanesi'nde 12 yataklı cerrahi YBÜ (CYBÜ) ve 10 yataklı dahiliye YBÜ (DYBÜ) ile üçüncü basamak hastane olan Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 8 yataklı anestezi ve reanimasyon YBÜ (ARYBÜ), 8 yataklı CYBÜ ve 7 yataklı DYBÜ'de yapılmıştır. Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans sisteminden retrospektif olarak 01.01.2017 - 31.12.2019 tarihleri arasında saptanan invazif araç kullanımı ile VİP enfeksiyon hızı ve insidans dansitesi verilerine ulaşılmışltır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım kullanılmıştır.

Bulgular: YBÜ'lerinde saptanan hasta sayısı, hasta günü, araç kullanım oranı, VİP hızı ve insidans dansitesi verileri Tablo 1 ve Grafik 1'de gösterilmiştir. İkinci basamak hastane verileri incelendiğinde her iki YBÜ'de de en yüksek enfeksiyon hızlarının ve insidans dansitesinin 2018 yılında görülmüş ve 2019 yılında bu hızlarda azalma olduğu saptanmıştır. CYBÜ'de araç kullanımındaki artışla hız ve insidans dansitesi verilerinin orantılı olduğu görülmüş ancak DYBÜ'de araç kullanım oranlarında 2018 yılında belirgin değişiklik olmadığı ve 2019 yılında ise artma olduğu ve hız verileriyle paralel sonuç olmadığı gözlenmiştir. Üçüncü basamak hastane verileri incelendiğinde her üç YBÜ'de de enfeksiyon hızlarının 2019'da en yüksek olduğu, enfeksiyon insidans dansitesinde ise ARYBÜ'de 2018 yılında diğer iki YBÜ'de ise 2019 yılında en yüksek oranların elde edildiği görülmüştür. ARYBÜ'deki enfeksiyon insidans dansitesi oranındaki artışla invazif araç kullanım oranının paralellik gösterdiği, DYBÜ'deki 2019 yılında araç kullanım oranlarının azalmasına rağmen hız verilerinin en yüksek bu yılda olduğu görülmüştür. Her iki hastanenin kıyaslaması yapıldığında, ikinci basamak hastanenin YBÜ'lerinde invazif araç kullanım oranları, enfeksiyon hızı ve insidans dansitesinin üçüncü basamak hastaneye göre daha az olduğu saptanmıştır. Sadece 2018 yılında ikinci basamak DYBÜ'de enfeksiyon hızının üçüncü basamak hastaneye göre daha yüksek oranda olduğu gözlenmiştir.

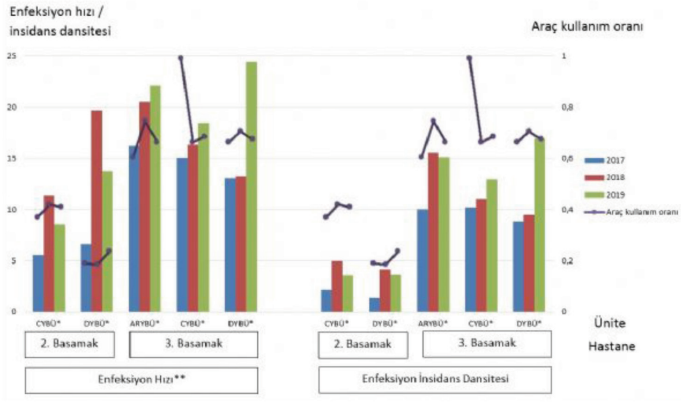
Sonuç: Genel olarak araç kullanım hızının azalmasıyla VİP hız ve insidans dansitesinde de azalma olduğu görülmüştür. Üçüncü basamak hastane YBÜ'de yatan hastaların mekanik ventilasyon ihtiyacının daha fazla olabileceğinden enfeksiyon hızının da buna bağlı olarak daha fazla olabileceği düşünülmüştür. Hastane enfeksiyonu oranlarının azalması için invazif araç kullanımının gereken en az düzeyde tutulması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon hızı, invazif araç, ventilatör ilişkili pnömoni

Tablo 1. Yoğun bakım ünitelerinde 2017-2019 yılları arasında saptanan hasta sayısı, hasta günü, invazif araç kullanım ve ventilatör ilişkili pnömoni verileri

		İkinci basamak hastane		Üçüncü basamak hastane		
		CYBÜ*	DYBÜ*	ARYBÜ*	CYBÜ*	DYBÜ*
Hasta sayısı/hasta günü	2017	592/3,676	477/2826	405/2,295	454/2,443	313/2,608
	2018	661/3433	502/2894	375/2,310	449/2,601	308/2,532
	2019	745/3,863	605/3307	325/2,384	381/2,625	268/2,656
Araç sayısı	2017	1,439	604	1,419	2441	1,762
	2018	1,502	610	1,756	1772	1,813
	2019	1,643	873	1,628	1845	1,843
Araç kullanım oranı**	2017	0,39	0,213	0,62	1	0,68
	2018	0,44	0,210	0,76	0,68	0,72
	2019	0,43	0,26	0,68	0,7	0,69
Enfeksiyon sayısı	2017	8	4	23	25	23
	2018	17	12	36	29	24
	2019	14	12	36	34	45
Enfeksiyon hızı**	2017	5,56	6,62	16,21	15,02	13,05
	2018	11,32	19,67	20,5	16,37	13,24
	2019	8,52	13,75	22,11	18,43	24,42
İnsidans dansitesi**	2017	2,18	1,42	10,02	10,23	8,82
	2018	4,95	4,15	15,58	11,05	9,48
	2019	3,62	3,63	15,1	12,95	16,94

*CYBÜ: Cerrahi yoğun bakım ünitesi, DYBÜ: Dahiliye yoğun bakım ünitesi, ARYBÜ: Anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım ünitesi, **Araç kullanım oranı: Araç sayısı/hasta günü, Enfeksiyon hızı (ventilatör ilişkili pnömoni sayısı/centilatör günü) x1000, Enfeksiyon insidans dansitesi=(ventilatör ilişkili pnömoni sayısı/hasta günü) x1000



Grafik 1. Yoğun bakım ünitelerinde 2017-2019 yılları arasında saptanan invazif araç kullanım oranı ile ventilatör ilkişkili pnömoni hızı ve insidans dansitesi verileri

**CYBÜ: Cerrahi yoğun bakım ünitesi, DYBÜ: Dahiliye yoğun bakım ünitesi, ARYBÜ: Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesi, **Enfeksiyon hızı=(ventilatör ilişkili pnömoni sayısı/ventilatör günü) x1000, Enfeksiyon insidans dansitesi=(ventilatör ilişkili pnömoni sayısı/hasta günü) x1000*

[PS-164]

Antifungal Kullanımına Bağlı Kalp Yetersizliği Gelişen İmmünokompetan Serebral Aspergilloz Olgusu

Servet Öztürk, Derya Öztürk Engin, Onur Çolak, Semra Kavas, Canan Ağalar

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: *Aspergillus* özellikle sitotoksik kemoterapi, immünosüpresif tedavi alan hastalarda opurtunistik fungal enfeksiyona neden olan bir mantardır. Genellikle akciğer enfeksiyonuna neden olan etken daha az sıklıkla serebral tutulum da yapabilmektedir. İmmünokompetan hastada meydana gelen, amfoterisin B ve sonrasında vorikonazol tedavisi altında kalp yetersizliği gelişen serebral aspergilloz olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Başağrısı, kilo kaybı, çift görme, sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı şikayetleriyle yapılan tetkiklerde sfenoid sinüste mukosel?, kavernöz sinüste enflamasyon? şüphesiyle nöroloji kliniğine yatırılarak tetkik edilen 63 yaşındaki hastanın hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon dışında hastalık öyküsü yoktu. Hastanın öyküsünde sinüzit tedavisi amacıyla sirke ile nazal yıkama öyküsü mevcuttu. Hastanın yapılan muayenesinde sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı mevcut, diplopi tarifliyordu. Bunun dışında tüm sistem muayeneleri normaldi. Hastanın kardiyak muayenesi ve ekokardiyografisi normal sınırlarda idi. Çekilen kontrastlı kraniyal MR'de sfenoid sinüste fungus topu tespit edilen hasta KBB tarafından opere edilerek fungus topu rezeksiyonu yapıldı. Yapılan mikroskopide dallı filamanlı septalı hifalar saptandı. Bunun üzerine mikotik kültür sonucu çıkana kadar lipozomal

amfoterisin B tedavisi başlandı. İki hafta süreyle amfoterisin B tedavisi verildi. Kültürde *Aspergillus fumigatus* üreyen hastada amfoterisin B tedavisi kesilerek 1 hafta IV vorikonazol devamında oral vorikonazol reçetesi ile taburcu edildi. Hastada toplam antifungal tedavinin beşinci, vorikonazol tedavisinin üçüncü haftasında nefes darlığı ve efor kapasitesinde azalma meydana geldi. Hastanın ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu (EF) %40 olarak saptanması üzerine vorikonazol kesilerek, digoksin tedavisi başlandı. Bunu takiben 15 gün sonraki kontrolde hastanın ekokardiyografisinde EF: 50 olarak ölçüldü. Hastanın nefes darlığı azaldı, efor kapasitesi arttı. Toplam 5 haftalık antifungal tedavi sonundaki kraniyal görüntülemesinde sfenoid sinüsteki mantar topu ve kemik tutulumu tamamen gerilediği ve ilaca bağlı kalp yetersizliği düşünüldüğü için antifungal tedaviye devam edilmedi. Hastanın sağ gözdeki bakış kısıtlılığı ve diplopisi tamamen düzeldi. Hastanın tedavisinin tamamlanmasının üzerinden 1 yıl geçmesine karşın klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak relaps izlenmedi. Hastanın mevcut kardiyomyopati tablosu ön planda amfoterisin B tedavisine bağlandı.

Sonuç: Fırsatçı patojenlerin immün kompetan hastalarda da etken olabileceği akılda bulundurulmalıdır. İlaç yan etkileri açısından dikkatli olunmalıdır. Olgumuzda olduğu üzere nazal sirke uygulaması gibi alternatif tedavi yaklaşımlarının hayatı tehdit edici komplikasyonlara neden olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Aspergillus*, amfoterisin, kalp yetersizliği

[PS-165]

Altmış Beş Altı ve Üstü Erişkin Yaş Grubunda Akut Menenjit Tanılı Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Karşılaştırılması: Üç Yıllık Hastane Bazlı Çalışma

Sevda Özdemir Al, Ayşe Ertürk, Uğur Kostakoğlu, İlknur Esen Yıldız, Ünsal Bağın, Tuba İlgar

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Yaşlı popülasyonda birçok ciddi enfeksiyon yüksek oranda mortalite ve ciddi morbidite riski içermektedir. Bu yazımızda akut menenjit tanılı hastaların 65 altı ve üstü erişkin yaş grubunda demografik, klinik, radyolojik, laboratuvar bulgular ve sağkalım oranlarının karşılaştırılmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2016-Ocak 2019 yılları arasında kliniğimizde akut menenjit tanısıyla takip edilen hastaların verileri, hastane bilgi sisteminden geriye dönük olarak incelendi. Tanı alan erişkin hastalar 65 yaş altı ve üstü olarak gruplandırıldı. Her iki grubun demografik verileri, klinik bulguları, radyolojik, laboratuvar değerleri ve sağkalım oranları değerlendirildi. İstatistiksel önemlilik düzeyi olarak p<0,05 kabul edildi.

Bulgular: Toplam 45 olgunun %51,1'i (n=23) kadındı. Hastaların %26,7'si (n=12) 65 yaş ve üzerindeydi. Kardiyovasküler patoloji varlığı 65 yaş ve üzeri olgularda, 65 yaş altına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek oranda bulundu (sırasıyla %58,3 ve %15,2, p=0,02). İncelenen diğer risk faktörleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Hastaneye başvurusunda başağrısı yakınması oranı 65 yaş altındaki olgularda, 65 yaş ve üstü hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla %69,7 ve %33,3, p=0,041) (Tablo 1). Tüm olguların lomber ponksiyon yapılarak alınan beyin omurilik sıvısı kültürlerinin 29'unda (%64,4) üreme olmadı. Tam kan sayımında mean platelet volume (MPV) değeri ortancası, 65 yaş ve üzerindeki hastalarda, 65 yaş altına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla 10,5 ve 9,2, p=0,002) (Tablo 2). Mortalite oranı 65 yaş ve üzerindeki hastalarda, 65 yaş altındakilere göre daha yüksek saptandı (sırasıyla %25 ve %3) ancak istatistiksel anlamlılık sağlanamadı (p=0,052) (Tablo 2).

Sonuç: Kardiyovasküler patoloji varlığı 65 yaş ve üzeri olgularda daha yüksek oranda bulundu. İstatistiksel anlamlılık sağlanamasa da mortalitenin 65 yaş ve üzerindeki hastalarda daha yüksek oranda olduğu saptandı. Çalışmada kısıtlılıklar olmakla birlikte 65 yaş üstü olma durumu yanında enfeksiyöz hastalığın ciddiyetinin de prognozu etkileyeceği düşünülmelidir. Yaşlılarda enfeksiyonlar ve semptomlarda görülebilen değişimlerin iyi takip edildiği tüm yönleriyle geniş ve çok merkezli çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Altmış beş yaş, akut menenjit, mortalite

Tablo 1. Menenjit tanılı 45 olgunun demografik verileri klinik bulgularının <65 yaş ve >=65 yaş gruplarına göre karşılaştırması

		Toplam n=45 n (%)	<65 yaş n=33 n (%)	>=65 yaş n=12 n (%)	p değeri
Cinsiyet	Kadın	23 (51,1)	15 (45,5)	8 (66,7)	0,208
	Erkek	22 (48,9)	18 (54,5)	4 (33,3)	-
Hastalıklar	Endokrinolojik hastalık	12 (26,7)	7 (21,2)	5 (41,7)	0,354
	Nörolojik hastalık	13 (28,9)	11 (33,3)	2 (16,7)	0,309
	İntrakraniyal operasyon	6 (13,3)	4 (12,1)	2 (16,7)	0,650
	Geçirilmiş santral sinir sistemi enfeksiyonu	2 (4,4)	2 (6,1)	0	0,600
	Kardiyovasküler sistem patolojisi*	12 (26,7)	5 (15,2)	7 (58,3)	0,020
	Sinüzit-otit	2 (4,4)	0	2 (16,7)	0,067
	İmmünosüpresyon	8 (17,8)	7 (21,2)	1 (8,3)	0,419
	Travma	7 (15,6)	4 (12,1)	3 (25,0)	0,362
	Solunum yolu enfeksiyonu	9 (20,0)	8 (24,2)	1 (8,3)	0,407
	Dental patoloji	1 (2,2)	1 (3,0)	0	1,00
Başvuru şikayeti	Bilinç bozukluğu	31 (68,9)	22 (66,7)	9 (75,0)	0,725
	Ateş	21 (46,7)	15 (45,5)	6 (50,0)	0,787
	Başağrısı	11 (24,4)	8 (24,2)	3 (25,0)	1,00
	Bulantı-kusma	9 (20,0)	6 (18,2)	3 (25,0)	0,682
	Üriner inkontinans	3 (6,7)	3 (9,1)	0	0,553
	Kafa operasyon yerinde akıntı	2 (4,4)	1 (3,0)	1 (8,3)	0,467
	Kilo kaybı	1 (2,2)	1 (3,0)	0	1,00
	Yeni başlangıçlı nöbet	8 (17,8)	5 (15,2)	3 (25,0)	0,661
	Konuşma bozukluğu	13 (28,9)	11 (33,3)	2 (16,7)	0,460
	Hafıza bozukluğu	12 (26,7)	11 (33,3)	1 (8,3)	0,136
	Davranış bozukluğu	16 (35,6)	13 (39,4)	3 (25,0)	0,491
	Rinore	5 (11,1)	4 (12,1)	1 (8,3)	1,00

Tablo 1. Devamı

		Toplam n=45 n (%)	<65 yaş n=33 n (%)	>=65 yaş n=12 n (%)	p değeri
Fizik muayene	Ense sertliği	19 (42,2)	14 (42,4)	5 (41,7)	0,964
	Kernig	9 (20,0)	5 (15,2)	4 (33,3)	0,219
	Brudzinski	8 (17,8)	5 (15,2)	3 (25,0)	0,661
	Fokal nörolojik bulgu	2 (4,4)	2 (6,1)	0	1,00
Klinik sonlanım	Kür	37 (82,2)	28 (84,8)	9 (75,0)	0,661
	Eksitus	4 (8,9)	1 (3,0)	3 (25,0)	0,052
	Komplikasyon	10 (22,2)	8 (24,2)	2 (16,7)	0,705

*Hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, koroner arter bypass greft, ritm bozukluğu

Tablo 2. Menenjit tanılı 45 olgunun laboratuvar bulguları

	Toplam n = 45 ortanca (min-max)	<65 yaş n = 33 ortanca (min-max)	≥65 yaş n = 12 ortanca (min-max)	p*
Beyin omurilik sıvısı				
Glukoz (mg/dL)	53 (2-172)	44 (2-172)	63,5 (5-141)	,520
Protein (g/dL)	189 (41-3337)	186 (41-3337)	194,5 (41-1095)	,608
LDH (U/L)	100 (0-2572)	120 (0-2572)	74 (19-1592)	,857
Lökosit (/mm³)	560 (4-40000)	700 (4-40000)	155 (10-36000)	,928
Eritrosit (/mm³)	100 (0-21400)	100 (0-21400)	150 (20-3800)	,172
Tam kan sayımı				
Beyaz küre sayısı (10³/uL)	12 (3,7-33,5)	11,9 (4,1-33,5)	12,2 (3,7-23,4)	,681
Nötrofil sayısı (10³/uL)	10,1 (2,4-30,4)	10,2 (3,3-30,4)	10 (2,4-21)	,644
Lenfosit sayısı (10³/uL)	1,2 (0,2-3,8)	1,2 (0,2-3,8)	0,9 (0,2-1,9)	,248
Hemoglobin (g/dL)	13,1 (7,8-18)	13,2 (7,8-17,2)	12,9 (10,1-18)	,419
Trombosit sayısı (10³/uL)	231 (58-404)	242 (58-404)	212,5 (135-261)	,064
Mean platelet volume (MPV) (fL)	9,7 (0-12,9)	9,2 (0-11,1)	10,5 (9,2-10,9)	,002
Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/h)	30 (0-94)	30 (0-94)	39 (12-93)	,195
C-reaktif protein (mg/dL)	7,5 (0,1-44)	3,4 (0,1-26)	8,8 (0,5-44)	,186

[PS-166]

Akut Epstein-Barr Virüs (EBV) Enfeksiyonlarının Retrospektif Değerlendirilmesi

Mustafa Cihangiroğlu, Mustafa Arslan

Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Amasya

Giriş: Epstein-Barr virüsü (EBV) herpes virüs ailesinde yer alan, tüm dünyada yaygın olarak gözlenen, halsizlik ve lenfadenopati ile seyreden enfeksiyöz mononükleoz (EM) olgularının %80'inden sorumlu bir virüstür. Serolojik testlerdeki gelişmeler akut EBV enfeksiyonunun farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabileceğini göstermiştir. Bu çalışmada hastanemize başvuran ve akut EBV enfeksiyonu tanısı alan erişkin hastaların klinik ve laboratuvar bulgularının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Şubat 2016-Aralık 2019 tarihleri arasında akut EBV enfeksiyon ön tanısı ile EBV VCA IgM bakılıp pozitif saptanan hastaların dosyalarından demografik özellikleri, hastalık öyküleri ve radyolojik bulguları edinildi.

Bulgular: EBV VCA IgM pozitif 13 hastanın 9'u kadın 4'ü erkekti. Yaşları 18 ile 32 arasında olan hastaların 6'sı enfeksiyon hastalıkları, 4'ü iç hastalıkları, 1'i kardiyoloji, 1'i KBB ve 1'i de gastroenteroloji polikliniğine başvurmuştu. On üç hastanın 11'inde karaciğer enzimlerinde yükselme ve lenfositoz gözlendi. Karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği ve lenfositoz saptanmayan iki hastada EBV VCA IgM değerleri sınırda pozitif idi. Bu hastaların akut EBV enfeksiyonu geçirmedikleri düşünüldü. Akut EBV enfeksiyonu geçiren 11 hastada AST değerleri 50 ile 286 IU/ml, ALT değerleri 94 ile 244 IU/ml arasında saptanırken tam kan sayımında lenfosit oranları %44 ile %76 arasında değişmekteydi.

Sonuç: Akut EBV enfeksiyonu erişkin hastalarda farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilir. Hastalardaki ortak özellik karaciğer enzim yüksekliği ve lenfozitoz mevcudiyetidir. EBV VCA IgM pozitifliği sınırda saptanan ancak karaciğer fonksiyon bozukluğu ve lenfositoz gözlenmeyen hastalarda akut EBV enfeksiyonu tanısı açısından daha dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: EBV VCA IgM, lenfositoz, karaciğer enzim yüksekliği

[PS-167]

Meckel Divertiküliti Zemininde *Streptococcus oralis* ile Gelişen Dev Karaciğer Apsesi

Semra Karaman, Esra Canbolat Ünlü, Şemsi Nur Karabela, Özlem Altuntaş Aydın, Kadriye Kart Yaşar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

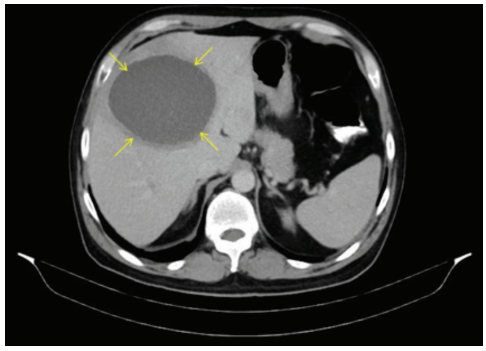
Giriş: Piyojenik karaciğer apsesi; nadir ama mortalitesi yüksek bir klinik tablo olup, kontrastlı batın bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda altın standarttır. Etiyolojisinde safra yolları patolojileri, portal bakteriyemi, gastrit, divertikülit, apandisit, intra-abdominal enfeksiyonlar bulunur. Diyabet, immünosüpresyon, uzun süreli PPI kullanımı gibi risk faktörleri tanımlanmıştır. Nedeni bilinmeyen ateş (NBA) olgularında en sık saptanan fokal enfeksiyonlar olup; sıklıkla *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, enterokoklar, viridans grubu streptokoklarla gelişir. Bir NBA olgusunda, Meckel divertiküliti zemininde *Streptococcus oralis* ile gelişen dev karaciğer apsesi sunulmuştur.

Olgu: Üç haftadır devam eden halsizlik, bulantı-kusma, koyu renkli idrar ve ishal şikayetleriyle dış merkeze başvuran 52 yaşındaki erkek hasta; karaciğer enzim yüksekliği sebebiyle viral hepatit ön tanısıyla izlenmişti. Son bir haftadır şikayetlerine üşüme titremeyle yükselen ateş eklenmişti. Hepatit serolojisi negatif bulunan hasta, batın USG'de karaciğer sağ lopta yer kaplayan kitle ve 3 adet hemanjiyom saptanması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş ve NBA ön tanısıyla yatırılmıştır. Özgeçmişinde sağ inguinal fıtık, üç ay önce diş tedavisi ve gastrit nedenli PPI kullanım öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede solukluk, 39 °C ateş, sağ hipokondriyak ağrı ve hassasiyet; tetkiklerinde parçalı hakimiyetinde lökositoz (11.690/mm³), derin anemi (hemoglobin: 8,1 g/dl), karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik (ALT: 113 U/l, AST: 92 U/l, ALP: 120 U/l, GGT: 105 U/l), CRP yüksekliği (122 mg/l) ve sedimentasyon hızında artış (79 mm/saat) saptandı. Kontrastlı batın BT'de karaciğerde segment 8-4-5'e uzanan 106x92 mm ebatında, kalın duvarlı çevresi ödemli hipodansite (Şekil 1); segment 3-2-7'de 17x8 mm hipodens lezyonlar (hemanjiyom ?), mezenterik dokular içerisinde ileal anslar arasında kirlenme ve 21x18 mm boyutlarında apse görüldü. USG eşliğinde karaciğerdeki dev apsesi boşaltılan hastanın yapılan kültüründe *Streptococcus oralis* üretildi. Drenaj kateteri takılan hastaya seftriakson ve metronidazol tedavisi başlandı. Yatışı esnasında akut batın

tablosu gelişen hastada, Meckel divertiküliti perforasyonu tanısı konuldu ve ileo-çekal rezeksiyon yapıldı. Antibiyotik tedavisi 2 haftaya tamamlanan hasta oral idame tedavisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Piyojenik karaciğer apsesi, NBA etiyolojisinde önemli bir yere sahiptir. Divertikülit, apandisit, safra yolları patolojisi bulunan olgularda diyabet, immünosüpresyon, PPI kullanımı gibi risk faktörleri varlığında karaciğer apsesi gelişebileceği, tanısının gecikerek dev boyutlara ulaşabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer apsesi, nedeni bilinmeyen ateş, *Streptococcus oralis*



Şekil 1. Karaciğer sağ lopta 106x92 mm boyutlarındaki dev apse

[PS-168]

Hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğince Takip Edilen Kist Hidatik Tanılı Hastaların Retrospektif Olarak İncelenmesi

Fatma Cevahir[1], Türkmen Bahadır Arıkan[2], Zeynep Türe Yüce[3], Gamze Kalın Ünüvar[3], Erdoğan Mütevelli Sözüer[2]

[1]Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

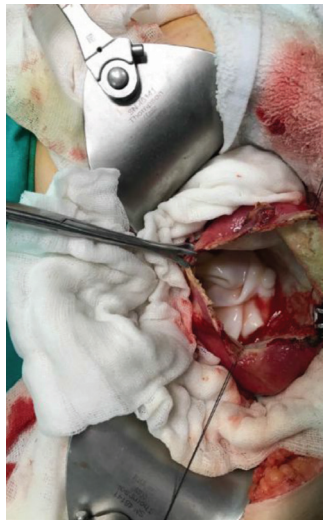
Giriş: Kist hidatik hastalığı, hem insan hem de hayvan sağlığına zarar veren paraziter hastalıklardan birisidir. Genellikle hayvancılıkla uğraşan kişilerde saptanan sıklıkla karaciğer ve akciğere yerleşen zoonotik bir hastalıktır. Epidemiyolojik açıdan incelendiğinde, hastalık dünya genelinde çoğunlukla kırsal alanlarda ve mera bölgelerinde yaygındır. Bu çalışmada son 10 yılda hastanemiz genel cerrahi kliniğinde takip edilen kist hidatik olgularının demografik verileri ve epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 2010-2020 yılları arasında genel cerrahi anabilim dalında kist hidatik tanısı ile yatan hasta verileri hastane otomasyon sisteminden alınarak yaş, cinsiyet, doğduğu ve yaşadığı yer ve uygulanan tedavi yaklaşımı retrospektif olarak incelendi. Bu verilerin yıllar içindeki değişimindeki istatistiksel anlamlılık karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma süresince 423 hasta kist hidatik tanısı ile takip edildi. Bu hastaların medyan yaşı 48 (15-86) ve %57'si kadındı. Yaş ve cinsiyet oranlarının yıllar içinde değişimi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi (sırasıyla; p=0,970, p=0,901). Cinsiyet ile yaş karşılaştırıldığında, kadınlarda medyan yaşı 48 (15-82) iken erkeklerde 49 (15-86) idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0,736). Hastaların doğum yeri ve yaşadığı yerler incelendiğinde, hastaların %37'si Kayseri doğumluydu ve %54'ü Kayseri'de yaşamaktaydı (Tablo 1). Diğer hastalar ise çoğunlukla Kayseri'ye komşu illerden gelmekteydi. Hastaların %28'i il merkezi, %55'i ilçe ve %16'sı köyde doğmuştu. İki yüz on altısı (%51) halen kırsal bölgede yaşıyordu. Üç yüz otuz altı hasta (%79) doğum ya da yaşamının bir bölümünde kırsal bölgede bulunmuştu. Son 7 yılda yatan 258 hastanın 237'sinin (%92) cerrahi işlem raporlarına ulaşılabildi. Yüz sekiz (%46) hastaya girişimsel radyolojik işlem, 152 (%64) hastaya ise cerrahi operasyon yapılmıştı (Şekil 1). Hastaların 23'üne (%9,7) hem cerrahi hem de girişimsel radyoloji tarafından işlem uygulanmıştı. Cerrahi işlem kabul etmeyen 10 (%4,2) hastaya ise medikal tedavi verilmişti. Hastaların 129'unun (%54) kist tiplerine ulaşıldı ve bunların 51'i tip 1, 14'ü tip 2, 35'i tip 3, 20'si tip 4 ve 9'u tip 5 idi.

Sonuç: Kist hidatik hastalığı, küresel ölçekte sık görülen ve yeniden ortaya çıkabilen bir zoonozdur. Ülkemiz İç Anadolu Bölgesi'nde özellikle yaşamının bir bölümünde kırsal kesimde bulunan kişilerde görülebilmektedir. Tekrarlayan cerrahi müdahaleler ve medikal tedaviler nedeniyle yaşam kalitesini bozabilmektedir. Bu hastalığın korunma ve kontrol stratejilerinin uygulanabilir olması, toplumun farklı kesimlerinin hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin artırılması ile mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, epidemiyoloji, ekinokok



Resim 1. Kist hidatik intraoperatif görüntüsü

Tablo 1. Hastaların yıllara göre demografik özellikleri ve yapılan müdahalelere göre dağılımları

	2010 n=57 (%)	2011 n=66 (%)	2012 n=42 (%)	2013 n=48 (%)	2014 n=45 (%)	2015 n=51 (%)	2016 n=62 (%)	2017 n=30 (%)	2018 n=12 (%)	2019 n=10 (%)	Toplam n=423 (%)
Cinsiyet, kadın	33 (57,9)	41 (62,1)	21 (50,0)	25 (52,1)	27 (60,0)	31 (60,8)	38 (61,3)	15 (50,0)	8 (66,7)	5 (50,0)	244 (57,7)
Yaş, medyan (min-maks)	48 (15-78)	49 (16-83)	46 (15-82)	51 (16-83)	47 (16-82)	45 (16-86)	51 (17-83)	54 (16-75)	44 (33-77)	45 (23-74)	48 (15-86)
Doğduğu il											
Kayseri	17 (29,8)	24 (36,4)	13 (31,0)	17 (35,4)	18 (40,0)	19 (37,3)	27 (43,5)	11 (36,7)	4 (33,3)	6 (60,0)	156 (36,9)
Nevşehir	11 (19,3)	10 (15,2)	3 (7,1)	8 (16,7)	7 (15,6)	9 (17,6)	8 (12,9)	6 (20,0)	3 (25,0)	3 (30,0)	68 (16,1)
Yozgat	4 (7,0)	7 (10.6)	4 (9,5)	7 (14,6)	3 (6,7)	3 (5,9)	2 (3,2)	2 (6,7)	2 (16,7)	0 (0,0)	34 (8,0)
Niğde	12 (21,1)	5 (7,6)	4 (9,5)	2 (4,2)	4 (8,9)	4 (7,8)	10 (16,1)	3 (10,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	45 (10,6)
Kahramanmaraş	3 (5,3)	5 (7,6)	8 (19,0)	8 (16,7)	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (1,6)	1 (3,3)	3 (25,0)	0 (0,0)	30 (7,1)
Aksaray	1 (1,8)	4 (6,1)	2 (4,8)	2 (4,2)	5 (11,1)	6 (11,8)	2 (3,2)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	23 (5,4)
Diğer	9 (15,8)	11 (16,7)	8 (19,0)	4 (8,3)	8 (17,8)	9 (17,6)	12 (19,4)	6 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	67 (15,8)
Doğduğu yer											
İl	20 (35,1)	18 (27,3)	11 (26,2)	10 (20,8)	10 (22,2)	12 (23,5)	23 (37,1)	7 (23,3)	4 (33,3)	4 (40,0)	119 (28,1)
İlçe	25 (43,9)	34 (51,5)	26 (61,9)	31 (64,6)	30 (66,7)	31 (60,8)	29 (46,8)	17 (56,7)	6 (50,0)	5 (50,0)	234 (55,3)
Köy	12 (21,1)	14 (21,2)	5 (11,9)	7 (14,6)	5 (11,1)	8 (15,7)	10 (16,1)	6 (20,0)	2 (16,7)	1 (10,0)	70 (16,5)
Yaşadığı il											
Kayseri	35 (61,4)	32 (48,5)	23 (54,8)	24 (50,0)	23 (51,1)	28 (54,9)	33 (53,2)	18 (60,0)	7 (58,3)	6 (60,0)	229 (54,1)
Nevşehir	11 (19,3)	12 (18,2)	3 (7,1)	7 (14,6)	9 (20,0)	7 (13,7)	7(11,3)	4 (13,3)	1 (8,3)	3 (30,0)	64 (15,1)
Yozgat	2 (3,5)	4 (6,1)	2 (4,8)	6 (12,5)	3 (6,7)	2 (3,9)	1 (1,6)	1 (3,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	23 (5,4)
Niğde	6 (10,5)	4 (6,1)	4 (9,5)	3 (6,3)	2 (4,4)	4 (7,8)	9 (14,5)	2 (6,7)	0 (0,0)	1 (10,0)	35 (8,3)
Kahramanmaraş	2 (3,5)	4 (6,1)	6 (14,3)	3 (6,3)	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	19 (4,5)
Aksaray	1 (1,8)	5 (7,6)	2 (4,8)	1 (2,1)	6 (13,3)	6 (11,8)	2 (3,2)	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	25 (5,9)
Diğer	0 (0,0)	5 (7,6)	2 (4,8)	4 (8,3)	2 (4,4)	3 (5,9)	10 (16,1)	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (6,6)
Yaşadığı yer											
İl	30 (52,6)	29 (43,9)	23 (54,8)	19 (39,6)	22 (48,9)	25 (49,0)	31 (50,0)	16 (53,3)	6 (50,0)	6 (60,0)	207 (48,9)
İlçe	6 (10,5)	18 (27,3)	10 (23,8)	19 (39,6)	15 (33,3)	12 (23,5)	12 (19,4)	10 (33,3)	4 (33,3)	1 (10,0)	107 (25,3)
Köy	21 (36,8)	19 (28,8)	9 (21,4)	10 (20,8)	8 (17,8)	14 (27,5)	19 (30,6)	4 (13,3)	2 (16,7)	3 (30,0)	109 (25,8)
Doğduğu ve yaşadığı yer kırsal bölge olanlar	20 (35,1)	30 (45,5)	17 (40,5)	24 (56,3)	19 (42,2)	23 (45,1)	25 (40,3)	13 (43,3)	6 (50,0)	4 (40,0)	184 (43,5)
Doğduğu veya yaşadığı yer kırsal bölge olanlar	44 (13,1)	55 (83,3)	33 (78,6)	40 (83,3)	39 (86,7)	42 (82,4)	45 (72,6)	24 (80,0)	8 (66,7)	6 (60,0)	336 (79,4)
***Radyolojik girişim yapılanlar**	-	-	-	6 (15,8)	12 (27,9)	21 (43,8)	30 (51,7)	22 (75,9)	9 (81,8)	8 (80,0)	108 (45,6)
***Cerrahi girişim yapılanlar**	-	-	-	36 (94,7)	33 (76,7)	34 (70,8)	32 (55,2)	11 (37,9)	3 (27,3)	3 (30,0)	152 (64,1)

*Son 7 yıla ait verilere ulaşıldı

[PS-169]

Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Tanılı Febril Nötropenik Hastalarda Ampirik Tedavi Başarısı: Tek Merkez Deneyimi

Ali Gümüş[1], Nurettin Erben[1], Nur Oğuz Davutoğlu[2], Eren Gündüz[2]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ve Hematoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Hematolojik malignite tanılı hastaların hem primer tanısı, hem de kullanılan tedavi ajanları nedeniyle immünosüpresif seyreden hastalar mortal enfeksiyonlara açık hale gelmektedir. Özellikle kemoterapi sonrası mukozal hasar olması ve nötrofil sayıları düşük olan hastalarda bakteriyemi kaçınılmazdır. Çalışmadaki amacımız bakteriyemiyle seyreden hastalarda ampirik tedavi başarısını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Servisi'nde kan kültüründe üremesi olan febril nötropenik hastalar Ekim 2015-Ekim 2016 tarihleri arasında retrospektif olarak incelendi. Başlanan ampirik antibiyotik tedavisi ile üreyen mikroorganizmanın duyarlılık paterni karşılaştırıldı. Ampirik tedavide başarı; antibiyogramda duyarlı görülen antibiyotik ve klinik yanıtlı hastalar olarak kabul edildi.

Bulgular: Seksen bir febril nötropeni atağında kan kültüründe üreyen ve etken kabul edilen mikroorganizmaların antibiyogramları ve duyarlılık paterni incelendi. Çalışmaya 41'i kadın, 40'ı erkek toplam 81 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 55±16 idi. Tanılar %50,6 (41/81) hastada akut miyeloid lösemi, %14,8 (12/81) hastada non-Hodgkin lenfoma, %13,6 (11/81) hastada akut lenfoblastik lösemi, %12,3 (10/81) hastada Hodgkin lenfoma, %4,9 (4/81) hastada multipl miyelom, %2,5 (2/81) hastada kronik lenfosittik lösemi ve %1,2 (1/81) hastada miyelodisplastik sendrom şeklinde dağılım gösterdi (Tablo 1). Kemoterapi sonrası kan kültüründe üreme olan hasta sayısı 65 (%80,2), kemoterapiden bağımsız primer bakteriyemi sayısı 16 (%19,8) olarak bulundu. Mevcut üremelerin Gram-boyanma özelliklerine göre; 28 (%34,6) hastada Gram-olumlu bakteri, 34 (%42) hastada Gram-olumsuz bakteri ve 18 (%22,2) hastada en az iki mikroorganizma üremesi gözlendi. Bir hastada maya üremesi gözlendi. Ampirik tedavi ile başarılı olunan 35 (%43,2) hasta, ampirik tedavide geç kalınan ve kültür sonucuna

göre antibiyotik düzenlenmesi gereken 28 (%34,6) hasta mevcuttu, 18 (%22,2) hastada ise uygun tedavi alırken kan kültüründe üreme gerçekleşti. Otuz (%37) hastada hipotansiyon eşlik ederken, 24 (%29,6) hastada akut böbrek yetmezliği mevcuttu. Enfeksiyon odakları incelendiğinde primer bakteriyemi tanısı alan hasta sayısı 40 (%49,4), pnömoni tanısı alan 20 (%24,7), idrar yolu enfeksiyonu tanısı 9 (%11,1) hastada, 12 (%14,9) hastada ise daha az sıklıkta görülen diğer tanılar saptandı. Takipte 28 (%34,6) hasta eksitus olurken, 53 (%65,6) hasta şifa ile taburcu oldu.

Sonuç: Hematolojik maligniteli hastalar arasında febril nötropeni ve kan akımı enfeksiyonları en sık akut miyeloid lösemili hastalarda görülür. Kemoterapi alan hastalardaki sıklık almayanlara göre daha yüksektir. Gram-olumsuz bakteriyemiler daha ön planda görülür. Bu enfeksiyonlarda mortalite oldukça yüksek oranlara ulaşabilmekte, doğru zamanda başlanan ampirik antibiyotik tedavileriyle hastalar şifayla taburcu olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Febril nötropeni, bakteriyemi, hematolojik malignite

Tablo 1. Febril nötropenik kan dolaşımı enfeksiyonu olan hastaların demografik ve klinik özellikleri

Özellik	Sayı (%)
Yaş	55±16
Cinsiyet	
Kadın	41 (%50,6)
Erkek	40 (%49,4)
Tanı	
Akut miyeloid lösemi	41 (%50,6)
Akut lenfoblastik lösemi	11 (%13,6)
Non-Hodgkin lenfoma	12 (%14,8)
Hodgkin lenfoma	10 (%12,3)
Multipl miyelom	4 (%4,9)
Kronik lenfositik lösemi	2 (%2,5)
Miyelodisplastik sendrom	1 (%1,2)
Kan kültürü sonuçlanma gün sayısı	5,7±2,4
Ampirik tedavide geç kalınan gün sayısı	3,28
Kemoterapi süreci	
Kemoterapi ilişkisiz bakteriyemi	16 (%19,8)
Kemoterapi sonrası bakteriyemi	65 (%80,2)
Gram-boyanma özellikleri	
Gram-olumsuz bakteriyemi	34 (%43,2)
Gram-olumlu bakteriyemi	28 (%34,6)
En az iki mikroorganizma üreyenler	18 (%22,2)
Hipotansiyon	
Var	30 (%37)
Yok	51 (%63)
Akut böbrek yetmezliği	
Var	24 (%29,6)
Yok	57 (%70,4)
Ampirik tedavi başarısı	
Başarılı	35 (%43,2)
Geç kalınmış	28 (%34,6)
Uygun tedavi altında bakteriyemi	18 (%22,2)
Hastanın durumu	
Taburcu	53 (%65,4)
Eksitus	28 (%34,6)

[PS-170]

2019 Yılı Bruselloz Olgularının Değerlendirilmesi

Emine Parlak, Nurdan Pür, Mehmet Parlak, Handan Alay, Fatma Can, Ayşe Albayrak, Zülal Özkurt, Kemalettin Özden

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Bruselloz zoonotik, enflamatuvar sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Türkiye'de ve gelişmekte olan toplumlarda hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde en sık Doğu, Güneydoğu ve İç Anadolu Bölgeleri'nde görülmektedir. İnkübasyon dönemi 2-3 haftadır. Bulaşma sıklıkla gastrointestinal sistem, konjonktiva, deri ve inhalasyon ile olmaktadır. En sık semptomlar, ateş yüksekliği, halsizlik, iştahsızlık, terleme, kas ve eklem ağrılarıdır. Bu çalışmada bruselloz hastalarının epidemiyolojik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulgularını, tedavi ve komplikasyonları değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2019-31 Aralık 2019 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde ve polikliniğinde izlenen bruselloz hastaları dahil edildi. Çalışmaya tüp aglütinasyon testi pozitif olan ve/veya kan veya kemik iliği kültür üremesi olan 50 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, risk faktörleri, brusella tüp aglütinasyon ve kültür sonuçları, eritrosit sedimanatasyon hızları (ESR), C-reaktif protein, tam kan değerleri, trombosit değerleri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 32'si (%64) erkek ve yaş ortalaması 40,60±16,36 (minimum 18 - maksimum 71) idi. Mesleklerine bakıldığında en sık ev hanımı (%36), hayvancılık (%32), çiftçilik (%12) ve serbest meslek (%10) olarak bulundu. Hastaların %80'i köy ve ilçelerde yaşıyordu. Hastalardan 23'ünde (%46) akut, 19'unda (%38) subakut, 8'inde (%16) kronik bruselloz vardı. En sık şikayetler halsizlik 45 (%90), kas ağrısı 40 (%80), gece terlemesi 38 (%76), ateş 36 (%72) ve iştahsızlık 30 (%60) idi. Başlıca fizik muayene bulguları 31 hastada (%62) hepatomegali ve 25 hastada (%50) splenomegali olarak saptandı. Standart tüp aglütinasyon testi %60'ında pozitif idi. Olguların %50'de kültür pozitifliği saptandı. En sık komplikasyonlar eklem ağrısı (%88), hematolojik bulgular (%60), spondilodiskit (%20) olarak tespit edildi. Epididimoorşit 4 olguda vardı. Hastaların %72'sine doksisiklin ve rifampisin; %12'sine doksisiklin ve streptomisin; %8'ine doksisiklin rifampisin ve üçüncü kuşak sefalosporin tedavisi; %4'üne doksisiklin, rifampisin ve trimetoprim sulfametaksazol verildi.

Sonuç: Hastalara ait laboratuvar değerleri Tablo 1'de verildi.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, hayvancılık, tüp aglütinasyon

Tablo 1. Olguların laboratuvar değerleri

	Ortalama ± SS	Minimum - Maksimum
ALT	40,92±43,42	8-300
AST	39,42±59,27	4-437
GGT	53,40±55,66	10-354
ALP	107,90±50,12	34-304
Hemoglobin	13,10±2,01	7-17
Trombosit	253860,40±77928,55	6020-437000
Sedimentasyon	25,04±22,61	1-91
CRP	25,50±34,78	3-158

[PS-171]

Uzun Dönemli Elektronik İletişimli Takipin İmplantlı Kemik/Eklem Enfeksiyonunu Belirleme Rolünün Araştırılması

Şeyma Trabzon[1], Oğuz Karabay[2], Ertuğrul Güçlü[2]

[1]Sakarya Üniversitesi, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı, Sakarya

[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Kemik/eklem implantı takılı hastalara taburculuk sonrası 90 gün boyunca iletişim kurularak cerrahi alan enfeksiyonlarını tespit etmede telefon ile iletişimin etkinliğini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Prospektif, randomize kontrollü ve tanımlayıcı özellikte planlanan çalışmanın örneklemini Şubat 2014-Ekim 2014 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde beyin cerrahi ve ortopedi kliniklerinde implant (total diz protezi, total kalça protezi, lomber stabilizasyon, servikal stabilizasyon, gonartroz, spinal stenoz) takılı 380 hasta oluşturdu. Veri toplama formu araştırmacılar tarafından güncel literatür taranarak hazırlanmış olup, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere post-op hasta başında doldurulmuştur. Çalışma, telefonla takip ve standart takip olmak üzere randomize iki gruba ayrıldı. Telefonla takip grubu taburculuğu takiben 30, 60, 90 günlerinde telefon ile aranarak CDC kriterlerine göre cerrahi alan enfeksiyon (CAE) belirtileri sorgulandı. Standart takip grubundaki hastalar hastane otomasyon sisteminden taranıp taburculuğunu takiben 90 gün içerisinde hastaneye başvuruları incelendi. Her iki çalışma grubunda CAE belirtileri karşılaştırıldı ve enfeksiyon hızları belirlendi. Verilerin analizi, bilgisayar ortamında, yüzdelik, ortalama, bağımsız t-testi, ki kare testi kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Hastaların %71,1'i kadın, yaş ortalaması 57,30±14,287, hastanede yatış süresi 4,51±0,22 idi. Hastaların %29,5'i ASA sınıflamasında 1 puan, %40,8'i 2 puan, %29,7'si 3 puan aldı. Kemik/eklem enfeksiyonu oluşturabilecek risk faktörlerinin; anemi %56,3, obezite %17,6, sigara kullanımı %23,7, romatoidartrit %22,4, çürük diş %33,9, enfeksiyonlu eklem replasmanı öyküsü %2,9, enfeksiyonsuz eklem replasmanı öyküsü %4,7 olduğu saptandı. Kan transfüzyonu uygulaması %35,3 idi. Telefonla takip grubunda cerrahi alan enfeksiyonu oranı %5,2, standart takip grubunda %4,3 bulundu. Telefon ile takip ve standart takip grupları arasında enfeksiyon oranlarında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Enfeksiyonlu ve enfeksiyonsuz eklem replasmanı öyküsü risk faktörü olarak belirlendi. Çalışmada 380 hastanın 18'inde CAE (%4,73) tespit edildi.

Sonuç: Kemik/eklem implantı takılı hastalara taburculuk sonrası telefon ile takip etmenin cerrahi alan enfeksiyonlarını erkenden tespit etmediği bulundu. Telefonla takip ve standart takip gruplarında ASA ve NNİS skorları arasında anlamlı farklılık yoktu.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi alan enfeksiyonu, protez eklem enfeksiyonu, telefon ile takip

[PS-172]

Koledok Stenti Bulunan Olguda Gelişen *Rhizobium radiobacter* Bakteriyemisi

Selin Yalınç[1], Züleyha Can Erdi[2], Selma Tosun[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

Giriş: *Rhizobium* spp., toprakta yaygın olarak bulunan bir bitki patojenidir. Klinik öneme sahip tek türü *Rhizobium radiobacter*'dir. İnsanda enfeksiyon etkeni olarak ilk defa 1980 yılında, prostetik aort kapak endokardit etkeni olarak bildirilmiştir. Hastanın bağışıklığının baskılanması, yabancı cisimlerin bulunması gibi durumlar risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Tedavisinde, varsa yabancı cismin çıkarılması önerilmektedir. Bu sunumda, pankreasta solid kitle nedeniyle malignite şüphesi olan, ek olarak, intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında stent bulunan bir hastanın kan kültüründe üreyen *R. radiobacter* bakteriyemi olgusu paylaşılmıştır.

Olgu: Elli dört yaşında erkek hasta, iki gündür olan üşüme, titreme, bulantı, kusma ve karın ağrısı yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Hastanın iki hafta önce akut kolesistit tanısıyla takip edildiği ve görüntüleme ile pankreas başı neoplazmı kuşkulu kitle görünümü saptandığı öğrenildi. Endoskopik retrograd kolanjiyopankreotografi ve endoskopik ultrasonografi işlemi ile koledok stenti ve pankreatik stent uygulandığı; klinik olarak stabil seyreden hastanın taburcu edildiği belirtildi. Başvurusunda ateşi 38,4 °C, kan basıncı 100/70 mmHg, nabzı 88/dakikaydı. Skleralarda ikter ve karın sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Hastanın acil serviste yapılan tetkiklerinde beyaz küre 15,13x10^3/µl, alanin aminotransferaz: 90 U/l (0-50), aspartat aminotransferaz: 99 U/l (0-50), gama glutamil transferaz: 166 U/l, alkalen fosfataz: 386 U/l (30-120), total bilirubin: 2,78 mg/dl (0,3-1,2), direkt bilirubin: 1,05 mg/dl (0-0,2), C-reaktif protein: 270 pg/ml (0-5), lipaz: 135,3 U/l (0-60), uluslararası normalleştirilmiş oran: 1,42 olarak saptandı. Ultrasonografide safra kesesi hidropik görünümde, safra kesesi lümeninde yoğunlaşmış safra çamuru ve milimetrik kolesterol kristalleri izlendi. Sistik kanal ve koledok normalden geniş, koledok çapı proksimalde 12 mm olarak ölçüldü. İntrahepatik safra yolları normalden geniş saptandı. Hastaya mevcut klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları eşliğinde akut kolanjit tanısı kondu ve yatırılarak takip edilmeye başlandı. Servis takibi sırasında alınan kan kültüründe *R. radiobacter* üremesi görüldü. Seftriakson ve metronidazol tedavisi almakta olan hastanın tedavisi, antibiyograma göre piperasilin tazobaktam ve siprofloksasin olarak düzenlendi (Tablo 1). Koledok ve pankreatik stenti olan hastanın manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi görüntülemelerinde, pankreatik divisium saptandı. Pankreatik stentin spontan düştüğü gözlendi. Koledok stenti yerindeydi. Tedavisinin onuncu gününde hasta tedaviyi reddederek hastaneden ayrıldı. Bu süre içerisinde ateş yüksekliği olmadı. CRP değerinin 21,2 pg/ml'ye gerilediği görüldü.

Sonuç: Yabancı cisim ile ilişkili olarak *R. radiobacter* bakteriyemisinin gelişebileceği ve tedavide yabancı cismin çıkarılmasının önerildiği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Koledok stenti, *Rhizobium radiobacter*

Tablo 1. *Rhizobium radiobacter* antibiyogramı	
Antibiyotik	**Duyarlılık**
Amikacin	Duyarlı
Gentamicin	Duyarlı
İmipenem	Duyarlı
Meropenem	Dirençli
Seftazidim	Dirençli
Sefepim	Dirençli
Piperasilin-tazobaktam	Duyarlı
Siprofloksasin	Duyarlı
Levofloksasin	Duyarlı

[PS-173]

Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Kan Kültürlerinde Üreyen Mikroorganizmaların Değerlendirilmesi

Ayla Bektaş, Nurettin Erben, Saygın Nayman Alpat, Gaye Usluer

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Kan dolaşımı enfeksiyonları özellikle yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite kaynağıdır. Etken mikroorganizmalar ve antibiyotik duyarlılıklarının tespiti ampirik tedavide klinisyene yol gösterici olmaktadır. Bu çalışmada hastanemiz YBÜ'lerinde izlenen hastalarda kan kültürlerinde izole edilen bakterilerin direnç durumunun değerlendirilmesi amaçlanılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2019 yılı içerisinde hastanemizde bulunan YBÜ'lerinde yatan ve bakteriyemi nedeniyle tarafımıza konsülte edilen hastalar alındı.

Bulgular: Hastanemizde 2019 yılında yoğun bakım hastalarından alınan 298 hastaya ait 546 kan kültüründe bakteri üremesi saptanmıştır. İzole edilen mikroorganizmaların dağılımı incelendiğinde 546 üremenin %35'i Gram-olumlu, %65'i Gram-olumsuz bakteri olduğu görüldü. *Enterobacteriaceae* içinde en sık *Klebsiella pneumoniae* (%29), non-fermenter bakteriler içinde en sık *Acinetobacter baumannii* (%46), Gram-olumlu bakteriler içinde ise en sık KNS (%55) izole edildi. Metisiline direnç oranı KNS suşlarında %96, *S. aureus* suşlarında ise bu oran %37 olarak bulundu. Vankomisin dirençli enterokok (VRE) suşların %7'sinde tespit edilmiş olup içerisinde 1 tane suş (*E. casseliflavus*) vankomisine doğal dirençli idi. Enterokok suşlarının tamamında TMP-SMX direnci gözlenirken, %30'unda ampisilin direnci saptandı. Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) direnç oranı *E. coli* ve *K. pneumoniae*'de sırasıyla %50 ve %96 olarak belirlenmiştir. Karbapenem direnci kan kültürlerinde üreyen *E. coli*'de %7, *P. aeruginosa*'da %48 oranında görülürken, *K. pneumoniae*'de bu oran %92'lere çıkmıştır. *A. baumannii* suşlarının yaklaşık %97'sinde karbapenemlere direnç bulunmuştur. *Proteus* suşlarında yüksek oranda karbapenem direnci görüldü, suşlardan 7 tanesi tüm antibiyotiklere dirençliydi.

Sonuç: Yoğun bakım gibi riskli hastaların olduğu ünitelerdeki etken mikroorganizmaları ve antibiyotik duyarlılıklarını belirlemek, ampirik tedavide direnç durumunu göz önüne alarak yol gösterici olmakla birlikte hastaların mortalite ve morbiditesini azaltmakta da önemlidir. 1970'li yıllarda en sık izole edilen etken Gram-olumsuz bakteriler, 1980 ve 1990'larda Gram-olumlu koklar, 2000'li yıllarda ise Gram-olumsuz bakteriler ön plana çıkmaya başlamıştır. Çalışmamızda yoğun bakımda izlenen hastalarda bakteriyemi etkenleri arasında *Acinetobacter* spp. kaynaklı bakteriyemi oranını yüksek saptadık. Hastaneler arası farklılıklar bakteriyemilerden izole edilen suşların hastane ve toplum kaynaklı olarak ayrılmamasına, hastanede uygulanan antibiyotik tedavi protokollerine, YBÜ'nün tipi ve büyüklüğüne bağlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, antibiyotik duyarlılığı, direnç

[PS-174]

Uzamış Ateşle Seyreden Bir Sıtma Olgusu

Fatma Çölkesen, Fatma Kacar, Arzu Tarakçı, Esma Eroğlu, Şule Özdemir Armağan

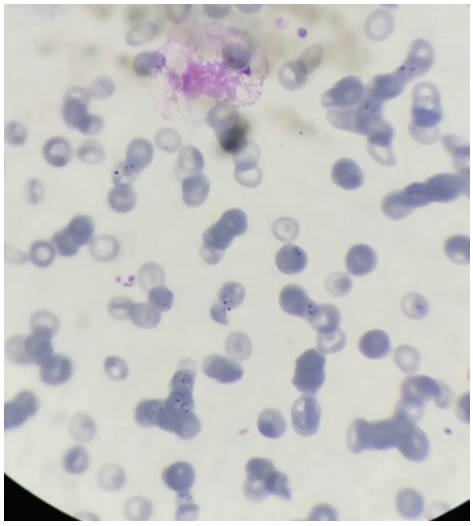
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: İnsanda enfeksiyona neden olan sıtma türleri *Plasmodium vivax*, *P. falciparum*, *P. malaria* ve *P. ovale*'dir. Yurdumuzda çoğunlukla *P. vivax* sıtması görüldüğü bildirilmiştir. Yurtdışı seyahat öyküsü bulunanlarda ise *P. falciparum* ve *P. malaria* sıtmasına da rastlanmaktadır. Afrika seyahat öyküsü olan bir hastada uzamış ateş yanıtı ile seyreden miks sıtma olgusu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk dokuz yaşında erkek hasta 3-4 gündür olan ateş, üşüme-titreme, iştahsızlık, başağrısı ve halsizlik şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Bu şikayetlerle farklı sağlık kuruluşlarının acil servislerine başvurduğu, soğuk algınlığı reçetesi verildiği ve şikayetlerinin düzelmediği öğrenildi. Bilinen hastalık öyküsü yoktu ancak 10 gün önce Afrika seyahatinden döndüğü ve sıtma profilaksisi almadığını belirtti. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, ateş 38,9 °C idi. Sistemik muayenesinde splenomegali dışında özellik yoktu. Tetkiklerinde BK: 5,500/mm^3 (%85,6 nötrofil), hemoglobin:13,7 g/dl, trombosit: 37.000/mm^3, CRP: 146 mg/l, PCT: 1,27 ng/ml, ALT: 96 U/l, AST: 114 U/l, BFT normal olarak saptandı. Trombositopeni nedeniyle kontrol hemogram istendi ve trombosit: 23.000/mm^3 olarak geldi. Yapılan kalın damla ve periferik yaymada *Plasmodium falciparum* ve *Plasmodium ovale* trofozoidleri görüldü (Şekil 1). Sıtma tanısı ile servise yatırılan hastaya arthemeter lumefantrin 2x4 tb+ primakin 1x1 tb tedavisi ve PCT yüksek olması nedeniyle eşlik eden bakteriyel enfeksiyon açısından kan kültürleri alındıktan sonra Seftriakson 2x1 gr başlandı. Tedavinin 2. günü trombosit: 13.000/mm^3'e düştü ve 2 ünite trombosit süspansiyonu verildi, trombosit: 49.000/mm^3'e yükseldi. Tedavinin 3. günü şiddetli başağrısı ve bulantısı olan hastada SSS sıtması ön tanısı düşünülerek beyin görüntülemesi (beyin BT ve MR) yapılarak nöroloji ile konsülte edildi, hastada SSS patolojisi düşünülmedi. Arthemeter lumefantrin tedavisi 3 güne tamamlanarak kesildi, seftriakson tedavisi 10 güne tamamlandı. Trombosit sayısı yükselmeye başladı, CRP ve PCT düşmeye başladı ancak hastanın ateşi tedavi kesildikten sonra 4 gün daha devam etti. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Hastadan yapılan kontrol kalın damla ve periferik yaymada trofozoid görülmedi. Takiplerinde halsizlik şikayeti dışında ki şikayetleri geriledi. Primakin tedavisi 14 güne tamamlanmak üzere taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde şikayetlerinin tamamen düzeldiği görüldü.

Sonuç: Sıtmanın endemik olduğu bölgelere seyahat edenlere kemoprofilaksi uygulanması ve kontrol önlemlerinin alınması sıtmadan korunmada en etkili basamaklardan biridir. Bu yazıda Afrika seyahatinden dönen ve profilaksi almayan bir olguda görülen uzamış ateşle seyreden sıtma olgusuna dikkat çekilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Profilaksi, sıtma, trofozoid



Şekil 1. Periferik yayma

[PS-175]

Selülit ile Karışan Granüloma Annülare Olgusu

Fatma Çölkesen, Esma Eroğlu, Arzu Tarakçı, Fatma Kacar, Şule Özdemir Armağan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Granüloma annülare iyi huylu, etiyolojisi bilinmeyen, enflamatuvar bir dermatozdur. Gövde, boyun, ekstremiteler, kafa derisi, avuç içi ve ayak tabanında difüz fakat simetrik yerleşimli, papüler veya annüler döküntüler şeklinde ortaya çıkmaktadır. Nadiren atipik özellikler göstererek yumuşak doku enfeksiyonları ile karışabilmektedir. Bu yazıda tekrarlayan selülit kliniği ile karıştırılan bir granüloma annülare olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli sekiz yaşında kadın hasta ateş, bel bölgesinde kızarıklık, şişlik ve ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Bilinen hipotiroidi dışında kronik hastalığının olmadığı ve daha önce 2 kez kalçasında ve bacak arka yüzünde benzer şikayetlerin oluştuğu, selülit denerek tedavi edildiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde lumbosakral bölgede selülit ile uyumlu lezyon saptanması dışında patolojik bulgu yoktu. Tetkiklerinde CRP: 39,5 mg/l idi ve diğer tetkikler normaldi. Hastaya ayaktan amoksisilin-klavulonik 2x1 gr başlandı ve 1 hafta sonra kontrole çağrıldı. Hasta kontole geldiğinde lezyonda düzelme olmadığı, CRP değerinin 122 mg/l'ye çıktığı (diğer tetkikler yine normaldi) görülerek servisimize yatırıldı. MRSA'nın patojen olabileceği düşünülerek siprofloksasin + vankomisin başlandı. Hastanın 3. selülit atağı olması ve atipik yerleşim göstermesi nedeniyle immün yetmezlikler açısından immünoloji ile konsülte edildi ancak yapılan tetkikler sonucunda immün yetmezlik düşünülmedi. Takiplerinde kliniği düzelmeyen hastaya apse varlığı açısından yüzeyel USG istendi, deri altı ödem dışında patolojik bulgu saptanmadı. Antibiyoterapisi meropenem + vankomisin olarak düzenlendi. Bu tedavi altında da lezyonda gerileme olmadı, CRP değeri düşmedi ve her iki omuz bölgesinde ortası soluk, etrafı hiperemik halkasal yeni lezyonlar oluştu. Cildiye ile konsülte edilen hastada granüloma annülare düşünüldü, prednol 40 mg/gün dozunda başlandı. Selülit tanısından uzaklaşılan hastanın antibiyoterapisi durduruldu. Prednol tedavisi ile lezyonlarda iyileşme izlendi, CRP düzeyi normale geldi. Hasta halen cildiye poliklinik kontrollerine devam etmektedir.

Sonuç: Antibiyoterapiye yanıt vermeyen selülit olgularında nadir görülen dermatolojik hastalıkların da akılda tutulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Granüloma annülare, selülit, yumuşak doku enfeksiyonu

[PS-176]

Non-Sirotik Kronik HCV Enfeksiyonu Hastalarında Doğrudan Etkili Antiviral Tedavinin MELD Skoru Üzerine Etkisi

Mustafa Doğan, Nazan Tuna, İlknur Erdem

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

Giriş: Kronik karaciğer yetmezliği ve hepatoselüler kanserin en önemli nedenlerinden biri hepatit C virüsüdür. Yıllar içerisinde hastaların %20-25'inde siroz gelişmekte ve karaciğer nakli gerekebilmektedir. Bu olgularda risk faktörü göstergesi olarak Model for End-Stage Liver Disease (MELD) skoru kullanılabilmektedir. Biz bu çalışmamızda, kronik HCV enfeksiyonu hastalarımızda ombitasvir + paritaprevir + ritonavir + dasabuvir (PrOD) rejimi ile yapılan tedavinin MELD skoru üzerine etkisini irdelemek istedik.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, retrospektif bir çalışma olup; 01.01.2017-31.12.2018 tarihleri arasını kapsamaktadır. Çalışmaya, kronik HCV enfeksiyonu tanısı ile takip edilen, siroz olmayan, HCV genotip 1 olgular değerlendirmeye alındı. Bunlardan, 12 haftalık tedavisini tamamlamış olan, tedavi sonrası sürdürülebilir virolojik yanıt olanlar, çalışma gurubunu oluşturdu. Herhangi bir nedenle takiplerini aksatmış olan veya verileri eksik olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. MELD skorunun hesaplanması için; INR, total bilirubin (mg/dl) ve serum kreatinin (mg/dl) değerleri kaydedildi. Veriler uygun formüle aktarılarak her bir olgu için, ayrı ayrı hesaplandı. Olguların değerlendirilmesinde değişkenler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ile ifade edildi. Sürekli değişkenlerin tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerlerinin karşılaştırılmasında iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı. İstatistiksel olarak $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 25 olgu dahil edildi. Olguların %92'si (n=23) erkek, %8'i (n=2) kadın idi. Yaş ortalaması 57,12±15,73 yıl (en küçük yaş 25, en büyük yaş 77) olarak bulundu. Olguların tamamı HCV genotip 1 idi. Tedavi öncesi HCV-RNA düzeyleri 25592,16±21833,25 IU/ml olarak saptandı. Tedavi sonrası 12. hafta değerlendirilmesinde olguların tamamında HCV-RNA düzeyleri saptanabilir değerin altında idi. Olguların MELD skoru tedavi öncesi ve sonrası sırasıyla 20,60±2,91 (en küçük değer 9, en büyük değer 25) ve 20,30±2,68 (en küçük değer 9, en büyük değer 24) olarak saptandı. Tedavi sonrası olguların MELD skorunda gerileme saptanmış olsa bile istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sonuç: Özellikle HCV'ye bağlı kronik karaciğer hastalığında doğrudan etkili antiviral ilaçlar ile tedavi sonrasında, karaciğer parankim hasarı düzeyinde azalma olabileceği bildirilmektedir. Ancak non-sirotik olgularda, karaciğer parankimi üzerinde etkinliği ile ilgili veriler sınırlıdır. Biz bu çalışmamızda sınırlı sayıda olgu üzerinde, PrOD rejiminin, MELD skoru üzerinde etkisini ortaya koymak istedik. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile, MELD skorunda azalma saptanmıştır. Daha doğru bilgiye ulaşbilmek için, prospektif dizaynlı, daha geniş olgu serileriyle çalışma yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: HCV, MELD, non-sirotik

[PS-177]

Trakya Yöresi Hepatit C Virüs Genotip Dağılımı

Mustafa Doğan, İlknur Erdem

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

Giriş: Hepatit C virüsü (HCV) 6 ana genotip ve bunların altında tanımlanmış birçok subtipe ayrılarak sınıflandırılmaktadır. Dünya ve ülkemiz ölçeğinde değerlendirildiğinde farklı bölgelerde farklı genotiplerin daha sık görüldüğü bilinmektedir. Ayrıca bazı genotipler sınırlı coğrafi alanda kümelenmiştir. Biz bu çalışmamızda Trakya yöresinde kronik HCV enfeksiyonu tanısı ile takip ettiğimiz olgularımızın genotipik özelliklerini epidemiyolojik verilere katkı sunmak amacıyla paylaşmak istiyoruz.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma retrospektif olarak planlanmış olup 2017-2019 yıllarını kapsamaktadır. Belirtilen tarihlerde kliniğimize başvuran ve HCV-RNA pozitif olan hastaların, HCV genotip sonucu ve demografik veriler hazırlanmış olan çalışma formuna kaydedildi. HCV genotiplendirmesi, gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu ("real-time"-PCR) yöntemiyle Abbott m2000rt (Abbott Molecular Diagnostic, Des Plaines, IL, ABD) sistemi kullanılarak yapılmıştır. Olguların değerlendirilmesinde değişkenler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ile ifade edildi.

Bulgular: HCV-RNA sonucu pozitif olan 114 olgu çalışma grubunu oluşturdu. Bu olguların yaş ortalaması 55,34±16,65 yıl (en küçük 20, en büyük 83) olarak bulundu. Olguların %61'i (n=70) kadın ve %39'u (n=44) erkek idi. Genotip sonuçlarına bakıldığında %79 (n=90) genotip 1b, %7 (n=8) genotip 1a, %7 (n=8) genotip 3, %4,4 (n=5) genotip 2, %1,7 (n=2) genotip 4 ve %0,9 (n=1) genotip 5 olarak bulundu. Yaş ve cinsiyet özelliklerine göre dağılım paterni Tablo 1'de belirtilmiştir.

Sonuç: HCV enfeksiyonu olan olguların yönetiminde özellikle tedavi tercihlerinin belirlenmesinde genotip en önemli argümandır. Ülkemizde HCV genotip dağılımı ile ilgili farklı çalışmalarda değişik veriler paylaşılmıştır. Bu verilerde en sık görülen genotip 1 olup, sıklığı %51 ile %98 arasında değişmektedir. Bizim çalışmamızda da genotip 1 sıklığı %86 bulunmuş olup ulusal verilerle uyumludur. Ayrıca olguların yaş ve cinsiyet dağılımı da irdelendiğinde olgularımızın çoğunluğu kadın ve 50 yaş üzeri hastalardır. Bu veride ülkemiz verileri ile uyumlu olarak saptanmıştır. Bu çalışmada elde edilen verilerin ülkemiz HCV genotip dağılımı ile ilgili veri havuzuna katkıda bulunacağı görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Genotip, HCV, Trakya yöresi

Tablo1. Yaş aralığı ve cinsiyete bağlı genotip sıklığı

Yaş ve cinsiyet	Genotip 1a	Genotip 1b	Genotip 2	Genotip 3	Genotip 4	Genotip 5
20-50 yaş (n=40)	2	25	4	7	2	-
51-85 yaş (n=74)	6	65	1	1	-	1
Kadın (n=70)	5	62	1	1	-	1
Erkek (n=44)	3	28	4	7	2	-

[PS-178]

Eyvah Papağan Bakıcısıyım

Emine Parlak[1], Zülal Özkurt[2], Mehmet Parlak[1], Ayşe Albayrak[1], Ferfan Kerget[2]

[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum
[2]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Erzurum

Giriş: *Chlamydia psittaci* (*Ch. psittaci*), çoğunlukla pnömoni ile seyreden zoonotik bir enfeksiyona yol açar. Biyolojik silah olarak kullanılan bakteriyel etkenler içinde 2. sırada yer almaktadır. Özellikle veteriner hekimler, kuş yetiştiricileri ve satıcıları, kümes hayvanları yetiştiricileri ve kesimhanede çalışanları yüksek risk altındadır. Tedavisinde tetrasiklinler veya makrolidler tercih edilmektedir. Hastalık ile ilgili farkındalığın düşük olması, hastalığın değişken bir klinik tablo göstermesi ve tanıda gözden kaçırılabilecek olması nedeniyle bu olgu sunumu paylaşılmıştır.

Olgu: Yirmi iki yaşında erkek hasta 10 gündür boğaz ağrısı, ateş yüksekliği, halsizlik şikayeti olması üzerine adını bilmediği bir antibiyotik almış. İki gün kullanmış rahatsızlığı azaldığı için tedaviyi kesmiş. Üç gün sonra halsizlik, üşüme, titreme, ateş yüksekliği ve başağrısı tekrar başlamış. Şikayetlerinde gerileme olmayan, göğüste sıkışma ve nefes darlığı eklenen hasta kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde ateş 39 °C, nabız: 110 adım/dakika tansiyon arteriyel 110/70 mm/Hg idi. Orofarenks tonsiller hiperemik izlendi. Solunum sesleri dinlemekle doğal idi. Palpasyon ile epigastrik bölgede hassasiyeti ve hepatosplenomegalisi vardı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre sayısı 32.300/mm^3, hemoglobin 15 mg/dl trombosit 46.2000/mm^3, AST 159 IU/l, ALT 288 IU/l, CK 1077 IU/l kreatinin 0,6 mg/dl, CRP 12 mg/l olarak tespit edilen hasta bakteriyel pnömoni, tonsillit ön tanıları ile kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde 5 yaşında menenjit öyküsü mevcut idi. Beş yıldır petshopta çalıştığı öğrenildi. Hastaya ampisilin/sulbaktam tedavisi başlandı. Takiplerinde şiddetli başağrısı, boyun ağrısı, bel ağrısı şikayetleri başladı. Bulantı ve kusmaları oldu. Şuuru somnole olan hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) mikroskobik incelemesinde hücre görülmedi. BOS mikroprotein ve glikoz düzeyi normal olarak geldi. Kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın kliniğinde düzelme olmaması üzerine anamnezi tekrar alındı ve şikayetlerinin çalıştığı petshopa yeni bir papağan gelmesinden sonra başladığı öğrenildi. Hastaya akciğer bilgisayarlı tomografi çekildi. Bilateral yaygın yamalı retiküler tarzda inlomplet konsolide alanlar ve plevral mayi izlendi. Hastada anamnezi ve kliniği doğrultusunda *Ch. psittaci* pnömonisi düşünülerek doksisiklin ve moksifloksasin tedavisi başlandı. Tedavisi 21 güne tamamlandı. Hastanın tedavi sonrasında şikayetlerinde gerileme ve akciğer grafisi bulgularında tam düzelme izlendi.

Sonuç: Psittakoz enfeksiyonu sistemik karakterde hastalık oluşturur. İnsanlara bulaşması inhalasyon veya doğrudan temas yolu ile olmaktadır. Primer atipik pnömoni, bruselloz, tifo, influenza ve tüberküloz gibi hastalıklarla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Potansiyel biyolojik silah olarak kabul edilmesi nedeni ile halk sağlığı yönünden önemli bir etkendir.

Anahtar Kelimeler: Atipik pnömoni, *Chlamydia psittaci*, psittakoz

[PS-179]

Nedeni Bilinmeyen Ateş: Erişkin Still Hastalığı Olgusu

Birol Balçın, Ayça İlbak, Ercan Yenilmez, Deniz Kakaliçoğlu, Elif Sofuoğlu, Derya Özyiğitoğlu, Sinem Akkaya Işık, Burak Sarıkaya, Rıza Aytaç Çetinkaya, Levent Görenek

Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Erişkin Still hastalığı (ESH) yüksek ateş, artrit-artralji, miyalji, döküntü gibi non-spesifik semptomlarla seyreden nadir görülen sistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Genellikle ESH nedeni bilinmeyen ateş (NBA) olguları olarak karşımıza çıkmaktadır. ESH'nin patogonomik bir bulgusu veya tanı koydurucu spesifik bir testi yoktur. Malignite, kollajen doku hastalığı ve enfeksiyon gibi diğer olası nedenlerin dışlanması sonucunda klinik bulgularla tanı konulmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde uzamış ateş etiyolojisini araştırmak için takip ettiğimiz ve antibiyoterapiyle ateşi gerilemeyen, diğer nedenler dışlanarak tanı koyulan bir ESH olgusunu sunmaktayız.

Olgu: Altmış beş yaşında erkek hastanın, bilinen hipertansiyon ve koroner arter hastalığı mevcuttur. Bir haftadır devam eden ve 40 °C'yi bulan ateş yakınmasıyla başvurdu. Öncesinde idrarda kan gelmesi nedeniyle idrar yolu enfeksiyonu düşünülerek fosfomisin, klindamisin, seftriakson kullanmıştı. Hasta boğaz ve kulak ağrısı, öksürük, balgam, idrarda yanma, ishal tariflemedi. Genel durumu iyi, orofarenks doğal, akciğer sesleri tabi, ral-ronküs ve ek ses duyulmadı, batın muayenesi doğaldı. Ateşi 38,5 °C, diğer vital bulguları stabildi. Tetiklerinde beyaz küre: 11.340/mm^3 (%84 NEU), hemoglobin: 12,1 g/dl PLT: 159.000^3, CRP: 308 mg/l ALT: 81 IU/l, AST: 117 IU/l, kreatinin: 1,4 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR): 113 mm/saat, TİT: eritrosit 1+, lökosit negatif saptandı. Toraks BT'de bilateral minimal plevral efüzyon ve peribronşiyal fibroinfiltratif dansiteler mevcuttu. Hastaya pnömoni ön tanısı ile ampirik levofloksasin 1x750 mg iv başlandı ve ileri inceleme için yatışı yapıdı. Alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. EKO incelemesinde enfektif endokardit bulgusu saptanmadı. Ağız-diş muayenesi doğaldı. Batın tomografisi normaldi. Tümör markerları, otoimmün markerları, TSH, T3, T4, PSA, RF, CCP, C3, C4, procalsitonin değerleri normal saptandı. Brusella, HIV, HBV, HCV, VDRL serolojisi ile idrarda mikobakteri PCR negatif sonuçlandı. Göğüs hastalıklarına danışılan hastada pnömoni düşünülmedi. Levofloksasin tedavisi on güne tamamlandı. Ferritin: 1351 ng/ml ölçülen, takiplerinde ateşi sebat eden, CRP ve ESR değerleri yüksek seyreden hasta romatoloji bölümüne konsülte edildi. Hasta ESH düşünülerek romatoloji bölümüne nakil edildi ve 100 mg/gün iv metilprednizolon tedavisi başlandı.

Sonuç: NBA nedeniyle takip edilen ferritin yüksekliği, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı, nötrofilik lökositoz saptanan, antibiyoterapiye yanıt vermeyen ve ateşe neden olabilecek diğer tanıların dışlandığı hastalarda mutlaka ESH akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin Still hastalığı, nedeni bilinmeyen ateş

[PS-180]

Streptococcus anginosus'a Bağlı Selim Seyirli Beyin Apsesi Olgusu

Halil Erkan[1], Burak Şeker[1], Nihat Türkan[1], Alpay Arı[1], Emrah Akçay[2], Selma Tosun[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*

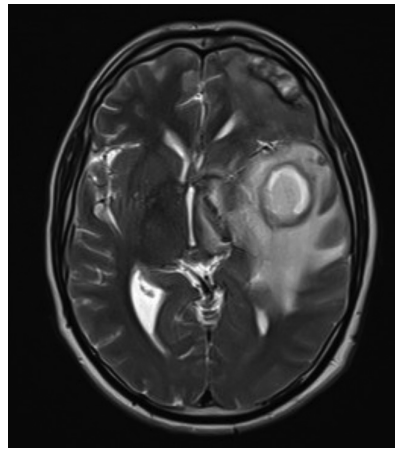
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İzmir*

Giriş: Beyin apsesi, beyin parankiminde, enfeksiyonların, travmanın veya cerrahinin komplikasyonu olarak ortaya çıkabilecek fokal bir koleksiyondur. En sık nedenleri *Streptococcus* ve *Staphylococcus* spp. olup bu türler arasında viridans streptokok ve *Staphylococcus aureus* en yaygın olanlarıdır. Viridans streptokokların alt türü olan *Streptococcus anginosus* grubunda, *Streptococcus anginosus*, *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus intermedius* yer alır. Bu bakteriler oral kavite ve gastrointestinal sistemin normal florasında bulunur. Bu sunumda *Streptococcus anginosus*'a bağlı selim seyirli beyin apsesi olgusu sunulacaktır.

Olgu: Bilinen tanılı hastalığı olmayan 46 yaşında erkek hasta, bir hafta önce olan kafa travması sonrası, son iki gündür konuşma bozukluğu nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede vitalleri normal, sistemik muayenede artikülasyon bozukluğu dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre: 7,87 10^3/µl (%70,7 nötrofil), CRP: 15,1 pg/ml, sedimentasyon: 48 mm/h saptandı. Diğer laboratuvar göstergeleri normaldi. Yapılan beyin görüntülemelerinde sol temporal kitle (Şekil 1) saptanması üzerine nöroşirurji tarafından yatışı yapıldı. Belirgin klinik/laboratuvar enfeksiyon bulguları olmayan hastada ön planda tümör düşünülerek opere edildi. Operasyon sırasında makroskobik olarak çeper içinde kirli sarı renkte materyal görüldü. Aspire edilen lezyonun çeperi total eksize edildi. Kültüre gönderilen örneğin boyalı mikroskobik incelemesinde bol PNL, Gram-olumlu kok morfolojisinde bakteriler görülmesi üzerine, ampirik seftriakson 2x2 gr, metronidazol 4x500 mg ve vankomisin 2x1 gr intravenöz tedavileri başlandı. Ameliyat sırasında alınan kültürde *Streptococcus anginosus* üremesi saptanan hasta enfeksiyon hastalıkları servisine devir alındı. Tedavisine kültür antibiyogram sonucuna göre, anaerop etkenlerde göz önünde bulundurularak, seftriakson ve metronidazol olarak devam edildi. Vankomisin tedavisi kesildi. Klinik olarak iyi seyir gösteren, intravenöz tedavisi 4 haftaya tamamlanan hasta sefiksim ve metronidazol reçete edilerek şifayla taburcu edildi. Hastanın takibinde sensörinöral işitme kaybı geliştiği saptandı. Antibiyoterapisi altı haftaya tamamlandı.

Sonuç: *S. anginosus*'a bağlı enfeksiyonların diğer streptokok enfeksiyonlarından farklı olarak en önemli karakteristiği apse oluşturma eğilimidir. Diğer düşük virülanslı streptokoklardan farklı olarak izolasyonunda gerçek patojen olarak kabul edilmelidir. Vücutta normal flora elemanı olarak bulunan birçok mikroorganizmanın ciddi enfeksiyonlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Beyin apse ve tümörleri klinik ve/veya radyolojik olarak benzerlik gösterebilmektedir. Bu nedenle ayırıcı tanının dikkatli yapılması, hasta örneklerinden mutlaka mikrobiyolojik değerlendirmenin de yapılması gerekmektedir. Burada klinik ve laboratuvar olarak belirgin enfeksiyon bulguları olmamasına rağmen, operasyon sırasında beyin apsesi saptanan ve selim seyir gösteren *S. anginosus*'a bağlı beyin apsesi olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Beyin apsesi, *Streptococcus anginosus*



Şekil 1. Beyin manyetik rezonans görüntülemesi

[PS-181]

Tedavisiz HIV ile Yaşayan Bireyde Lenfoma Prezentasyonu

Begüm Bektaş[1], Kamil Oğuzhan Döker[2], Burcu Işık Gören[1], Naciye Betül Baysal[1], Ece Selvi[1], Yasemin Çağ[1], Fadime Ersoy Dursun[3]

[1]*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Bu bildiride antiretroviral tedavi (ART) almayan HIV ile enfekte bir bireyin başarıyla tedavi edilen lenfoma prezantasyonunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz yaşında, erkek hasta, bir haftadır olan halsizlik, ateş, nefes darlığı, boğaz ağrısı, bulantı kusma, yüz ve saçlı deride döküntü ve son üç ayda 22 kg kaybı şikayetiyle hastanemiz acil servisine başvurmuş. Fizik muayenesinde genel durum orta, bilinç açık TA: 120/70 mmHg, nabız: 75/dk, SS: 24/dk, SpO_2: 90%, tonsillerde kript ve hipertrofi, sağ postaurikular ve sol ön servikal lenfadenopati tespit edildi. Acil hekimi tarafından istenen anti-HIV testi pozitif gelmesi üzerine kriptik tonsillit ve pneumocytis pnömonisi ön tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Ampirik olarak ampisilin 4x2 gr ve trimetoprim-sulfametoksazol 3x5 mg/kg/gün başlandı. HIV-RNA >17.400.000 IU/ml, CD4: 459/mm^3 olarak saptandı. Klinik olarak iyileşme saptanması üzerine ART'si düzenlenerek poliklinik takibine alındı. Üç yıl sonra hasta boyunda şişlik, her iki bacakta diz altından itibaren uyuşukluk şikayetiyle başvurdu. Hastanın ART'yi hiç kullanmadığı öğrenildi. Sağ submandibular yaklaşık 3 cm'lik ağrısız lenfadenopati, nörolojik muayenesinde bilateral alt ekstremite derin tendon refleksleri azalma tespit edilen hasta tetkik amacıyla yatırıldı. HIV-RNA: 3.939.401 IU/ml, CD4: 22/mm^3 idi. Hastanın ART'si tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin ve dolutegravir olarak düzenlendi. Trimetoprim-sulfametoksazol ve azitromisin profilaksileri başlandı. RPR: 1/8, TPHA: 1/320 sulandırmada pozitif saptandı. EMG'de alt ekstremitelerde belirgin duysal lifleri etkilemiş aksonal tip polinöropati saptandı. Lomber ponksiyonda BOS VDRL negatif olarak sonuçlandı. Latent sifiliz tedavisi başlandı. Boyundaki şişlikte gerileme izlendi, takibe alındı. Hasta bir ay sonra boyundaki şişlikte artma ve uyuşma şikayetleriyle yeniden yatırıldı. Panspinal MR'de T4, T11, T12

vertebra korpuslarında patolojik sinyal odakları ve heterojen yoğun kontrast tutulumu izlendiği metastatik lezyonların ekarte edilemediği iletildi. PET-CT'de supra ve infradiyafragmatik yoğun hipermetabolik multipl LAP, karaciğerde ve aksiyel iskelette öncelikle metastaz lehine değerlendirilen FDG tutulumu izlendi. Submandibular lenf nodu eksizyonu yapıldı ve patolojik inceleme "diffüz büyük B hücreli lenfoma" ile uyumlu geldi. Hematoloji kliniğince değerlendirilen hastaya etoposit, doksorubusin, siklofosfamid, vinkristin, rituksimab ve prednizolon içeren kemoterapi rejimi başlandı ve ilaç-ilaç etkileşimi kontrol edilerek ART devamı önerildi. Altı kür KT'si tamamlanan hastanın kontrol PET-CT tedaviye tama yakın yanıt lehine yorum saptandı. Hasta iki yıldır hem hematoloji bölümü hem de tarafımızca stabil olarak takip edilmekte.

Sonuç: Tedavisiz HIV ile yaşayan bireylerde lenfadenopati varlığında lenfoma olasılığı daima göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, lenfadenopati, lenfoma

[PS-182]

Delta Hepatitini Tedavi Edebiliyor muyuz?

Merve Sancıoğlu Demir, Süheyla Kömür, Aslıhan Candevir, Ayşe Seza İnal, Ferit Kuşçu, Behice Kurtaran, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Kronik delta hepatiti, hepatotrop virüslere bağlı kronik viral hepatitlerin en seyrek görüleni, buna karşılık yüksek derecede patojenik ve sonuçları itibarı ile en ciddi seyredenidir. Hepatit delta virüsünün hastalık yapabilmesi için HBV ile ko-enfeksiyon tarzında eş zamanlı olarak vücuda girmesi veya süregelen HBV enfeksiyonu üzerine eklenmesi (süperenfeksiyon) gerekmektedir. Her iki enfeksiyon şeklinde de HBV enfeksiyonuna göre artmış bir morbidite ve mortalite söz konusudur. Akut delta hepatitinde fulminan hepatit gelişme riski artmış, kronik delta hepatitinde ise siroz ve terminal karaciğer yetmezliğine ilerleyiş, kronik B ve kronik C hepatitine göre daha hızlı olmaktadır. Bu çalışmada hastanemizde takip etmiş olduğumuz 11 delta hepatitli olgumuzun özellikleri ve tedaviye yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda 1998-2020 yılları arasında izlenen delta hepatitli 11 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, tanı anındaki AST, ALT ve HDV-RNA değerleri, verilen tedavi ve süresi, tedavi sonu HDV-RNA değerleri kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmada yaş ortalaması 42 olan HBsAg ve anti-delta sonucu pozitif 11 hasta değerlendirilmiştir (Tablo 1). Hastaların birinde anti-HCV (hasta no 5), birinde anti-HIV (hasta no 1) pozitifliği saptanmıştır. On bir hastanın 7'sinin anti-viral tedavi aldığı, 4'ünün düşük HBV-DNA değerleri dolayısıyla anti-viral tedavi almadığı kaydedilmiştir. Beş hastanın tenofovir disoproksil, 1 hastanın tenofovir alafenamid, 1 hastanın entekavir kullandığı kaydedilmiştir. Hastalara 4-24 ay arasında değişen sürelerde pegile interferon alfa tedavisi verilmiştir. İki hastanın tedavisi halen devam etmektedir. Tedavisi tamamlanan hastalardan sadece birinde tedavi sonu HDV-RNA negatifliği saptanmıştır. Tedavisi tamamlanan ya da çeşitli nedenlerle yarıda kesilen 8 hastanın ise HDV-RNA'sı pozitif seyretmektedir. Tedavi sırasında AST/ALT yüksekliği, trombositopeni, 12 aydan uzun süreli tedaviye rağmen viral baskılanma sağlanamaması nedeniyle tedavilerin kesildiği tespit edilmiştir.

Sonuç: Ülkemizde özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da delta hepatit önemli ve ciddi bir sağlık sorunu olarak hala önemini korumaktadır. HDV'nin keşfinden bu yana 30 yıldan uzun bir süre geçmiş olmasına karşılık tedavisindeki seçenekler hala sınırlıdır. Tek tedavi seçeneği olan PegIFN-alfa tedavisi de yeterince başarı sağlamamıştır, yan etki nedeniyle önerilen tedavi sürelerine de ulaşılamamaktadır. HDV enfeksiyonunun tedavisinde alternatif ilaçlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Delta hepatiti, tedavi

Tablo 1. Kliniğimizde takip edilen hastaların tedaviye yanıtları

HASTA NO	YAŞ	CİNSİYET	AST (U/L)	ALT (U/L)	HDV RNA (copy/ml)	TEDAVİ	TEDAVİ SÜRESİ (AY)	TEDAVİ SONU HDV RNA (copy/ml)
1	45	E	45	48	1800	PegIFN	24	<1500
2	66	E	67	73	74600	PegIFN	12	203000
3	49	K	51	63	15700000	PegIFN	14	9130000
4	53	E	53	66	7022188	PegIFN	4	1034303
5	30	E	57	110	>150000000	PegIFN	7*	50900
6	38	E	55	77	664000	PegIFN	7	NEGATİF
7	28	E	38	58	6470000	PegIFN	15**	<1500
8	26	K	62	67	63800000	PegIFN	7*	<1500
9	43	E	85	144	1240	PegIFN	24	<1500
10	35	K	15	13	NEGATİF	-	-	NEGATİF
11	49	K	25	18	NEGATİF	-	-	NEGATİF

**Tedavisi halen devam ediyor **Hasta uyumsuzluğu nedeniyle düzensiz tedavi*

[PS-183]

İdrar Kültürlerinden İzole Edilen Enterik Bakterilerin Sefalosporin ve Karbapenem Duyarlılıklarının Yıllara Göre Değişimi

Esra Koçoğlu[1], Zafer Habip[1], Yasemin Çağ[2], Tuncer Özekinci[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na gönderilen yatan hastaların idrar kültürlerinden izole edilen enterik mikroorganizmalar, antibiyotik duyarlılıkları ve üçüncü kuşak sefalosporin ve karbapenemlere direncin yıllara göre değişiminin retrospektif olarak olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

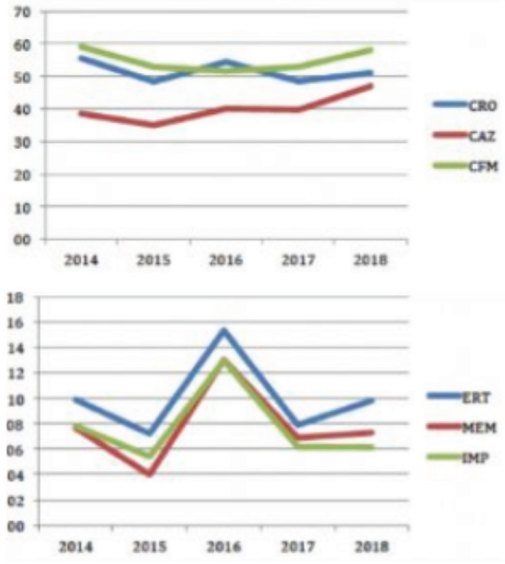
Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2014-2018 yılları arasında hastanemizde yatan hastaların rutin idrar kültürlerinden izole edilen enterik bakteriler dahil edilmiştir. Çalışmada değerlendirilen mikroorganizmaların kantitatif kültür ekimleri %5 koyun kanlı agar ve eosin metilen blue (EMB) agara yapılmıştır. Üreyen bakterilerin tanımlanmasında konvansiyonel yöntemlere ek olarak MALDİ-TOF kütle spektrometresi (MS) (bioMerieux, Fransa) kullanılmıştır. Antibiyotik duyarlılık testleri VITEK 2 (bioMerieux, Fransa) kullanılarak yapılmıştır. Gerekli durumlarda disk difüzyon ve Etest yöntemlerinden de yararlanılmıştır. Antibiyotik duyarlılıkları CLSI (2014-2016) ve EUCAST (2017-2018) önerileri doğrultusunda değerlendirilmiştir. Bakterilerin amikasin, amoksisilin-klavulonik, ertapenem, gentamisin, imipenem, meropenem, nitrofurantoin, sefiksim, seftazidim, seftriakson, siprofloksasin ve trimetoprim/sulfametoksazole karşı direnç oranları araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmada 2,635 yatan hastaya ait idrar kültürlerinde üreyen enterik bakteriler ve onlara ait duyarlılık sonuçları değerlendirilmiştir. En sık görülen enterik etken (%60,8) *E. coli* olmuştur. İkinci sıklıkla *Klebsiella* türleri ve üçüncü sıklıkla *Enterobacter* türleri görülmüştür. İzole edilen bakterilerin en duyarlı oldukları antibiyotik %5,9 ile amikasin, en dirençli oldukları antibiyotik %54,8 oranla sefiksimdir. Bakterilerin üçüncü kuşak

sefalosporin ve karbapenemlere direncinin yıllara göre değişimi Şekil 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Sefalosporinlere direnç yıllar içinde artmaya devam etmiştir. Karbapenem direnç oranlarımızda ise dalgalanma izlenmiştir. Her merkezin kendi epidemiyolojik verilerini bilmesi ve empirik tedavi seçiminde bu verilerin göz önüne alınması etkin tedavi için önemlidir. Bununla birlikte bulgularımız, düzenli olarak sürveyans çalışmalarının yapılması ve akılcı antibiyotik kullanım politikalarının vurgulanması gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Enterik bakteriler, sefalosporinler, karbapenemler



Şekil 1. Üçüncü kuşak sefalosporinler ve karbapenem direnç oranlarının yıllara göre dağılımı

CRO: Seftriakson, CAZ: Seftazidim, CFX: Sefiksim, ERT: Ertapenem, MEM: Meropenem, IMP: İmipenem

[PS-184]

Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak ve Suçiçeği Geçirme Durumlarının ve Aşılanma Öykülerine İlişkin Farkındalıklarının Değerlendirilmesi (Prospektif Saha Çalışması)

Selma Tosun, Hülya Özkan Özdemir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği geçirme durumlarının ve aşılanma öykülerine ilişkin farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul iznini takiben, İzmir il merkezi ve ilçelerindeki toplam 15 sağlık meslek lisesindeki öğrencilere bir anket formu gönderilmiş; öğrenci ve veli onam formunu imzalayıp gerekli izni veren öğrencilerin soruları yanıtlanmaları istenmiştir. Daha sonra veriler Excel formuna aktarılıp değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenci sayısı 1,130 (%72) kız, 432 (%28) erkek olmak üzere toplam 1,562'dir. Doğum yılları 2000-2004 arasında değişmektedir. Öğrencilerin KKK ve suçiçeği geçirme ya da aşılanma öyküleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Ülkemizde kızamık aşılaması 1970 yılından beri uygulanmakta olup 2003 ve 2005 yıllarında yaygın kızamık aşılama kampanyaları gerçekleştirilmiştir. Sonra 2006 yılında KKK aşısı rutin çocukluk çağı aşılarına eklenmiş olup 12. ayda ilk doz, ilköğretim 1. sınıfta da ikinci doz şeklinde yapılmaktadır. Bu uygulamalar ışığında değerlendirildiğinde, çalışma grubumuzdaki öğrencilerin 2005 yılından itibaren yapılan uygulamalar sırasında kızamık için aşılanmış oldukları; doğum yılları itibarıyle 2006 yılında başlatılan KKK aşılaması kapsamında 12. aydaki aşılama programına yetişmemiş olsalar da ilköğretim 1. sınıftaki uygulamalarda KKK aşısı uygulandığı öngörülmüştür. Kızamık ve kızamıkçık, döküntüleri açısından birbirine çok benzeyen hastalıklar olup öğrencilerin çoğunun ikisini ayırt edemediği belirlenmiştir ve beşte biri kızamık/kızamıkçık benzeri bir döküntülü hastalık geçirdiğini belirtirken, %52'si geçirmediğini, beşte biri de bilmediğini/hatırlamadığını söylemiştir (Tablo 1). Kabakulak açısından da yine öğrencilerin sadece %20'si geçirdiğini (%17'si hatırlıyor, %3 aile öyküsü) belirtirken %59'u geçirmediğini, %17,5'i de bilmediğini belirtmiştir. Bu verilere göre çalışma grubumuzdaki 2000-2004 arası doğmuş öğrencilerin çoğuna en az 1 doz KKK aşısı uygulanmış olduğu düşünülebilir. Ülkemizde rutin suçiçeği aşılamasına Ocak 2013'te geçilmiş olup 2011 ve sonrası doğan çocuklar aşılanmış olduğundan, çalışma grubumuzdaki öğrencilerin suçiçeği aşılaması kapsamında aşılanmamış oldukları açıktır. Zaten öğrencilerin bu hastalıkları geçirme öyküleri incelendiğinde de %70'inin suçiçeği geçirdiğini beyan ettiği (%64,5'i suçiçeği geçirdiğini hatırlıyor, %5'inde aile beyanı) gözlenmiştir. Suçiçeği aşısı henüz bu gruba uygulanmamış olduğu için doğal yolla enfeksiyonu geçirenlerin oranı yüksek bulunmuştur. Sonuçta bundan 2-3 yıl sonra gelecek stajyer öğrencilerin, artık KKK aşısının iki doz uygulandığı; 5-6 yıl sonra gelecek olanların da suçiçeği uygulanmış olan çocuklar (öğrenciler) olacağını ve birkaç yıl sonra artık bu hastalıkların görülme oranının adolesanlarda ve genç erişkinlerde çok daha düşük olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Stajyer sağlık okulu öğrencileri, KKK, suçiçeği

Tablo 1. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin kızamık/kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği geçirme durumları

Hastalık	Geçirmedim n (%)	Bilmiyorum n (%)	Çocukken geçirdiğimi ailem söyledi n (%)	Geçirdim n (%)	Aşılandım n (%)
Kızamık/Kızamıkçık (n=1,553)	800 (%51,5)	299 (%19)	63 (%4)	330 (%21)	61 (%4)
Kabakulak (n=1,546)	917 (%59)	265(%17,5)	45 (%3)	269 (%17)	50 (%3,5)
Suçiçeği (n=1,562)	295 (%19)	151(%10)	80(%5)	1009 (%64,5)	27 (%1,5)

[PS-185]

Nedeni Bilinmeyen Ateş Etiyolojilerinden Biri: Subakut Tiroidit Olgusu

Sinan Mermer[1], Harun Andıç[2]

[1]Soma Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Manisa

[2]Soma Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Manisa

Giriş: Nedeni bilinmeyen ateş (NBA), en az üç hafta 38,3 °C üzerinde süren ve üç poliklinik başvurusunda ya da bir haftalık hastane yatışı esnasında incelemeye karşın nedeni belirlenemeyen ateş olarak tanımlanmıştır. NBA'nın en sık sebepleri başta enfeksiyonlar olmakla üzere maligniteler, romatolojik hastalıklar ve endokrinopatilerdir. Bu bildiride NBA ön tanısı ile polikliniğimize yönlendirilen ve subakut tiroidit saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın hasta; iki aydır devam eden yüksek ateş, üşüme, titreme, eklem ağrısı, halsizlik, kilo kaybı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde iki ay önce üst solunum yolu enfeksiyonu şikayetlerinin olduğu, bu nedenle sağlık kuruluşlarına başvurduğu, yedi gün amoksisilin-klavulonik asit ve semptomatik tedaviler kullandığı ancak verilen tedavilerle şikayetlerinin gerilemediği, son bir ayda iki kilo verdiği öğrenildi. Sistem sorgulamasında ateş, boğaz ağrısı, non-produktif öksürük, gece terlemesi ve sinirlilik hali mevcuttu. Fizik muayenesinde; ateş: 38,4 °C, nabız:116/dakika, tiroid palpasyonunda hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit: 8770 hücre/mm^3, Hg: 12,9 g/dl, CRP: 13,8 mg/l (0-0,5 mg/l), karaciğer ve renal fonksiyon testleri olağan saptandı. Fizik muayenesinde tiroid palpasyonunda hassasiyet saptanması nedeniyle tiroiditten şüphelenilen hastadan tiroid fonksiyon testleri istendi; TSH: 0,064 µIU/ml (0,55-4,78 µIU/ml), serbest T3: 3,44 pg/ml (2,3-4,2 pg/ml), serbest T4: 1,63 ng/dl (0,89-1,76 ng/dl) saptandı, hastanemizde tiroid otoantikorları çalışılamadığı için incelenemedi. Ultrasonografide tiroid bezi boyutları olağan sınırlarda, parankim ekojenitesi azalmış ve psödonodüler görünümde saptandı, bulguların subakut tiroidit ile uyumlu olduğu belirtildi. Viral serolojik testlerin çoğunun hastanemizde yapılamamasından ve NBA etiyolojisi tespit edilmesinden dolayı ayrıntılı viral serolojik testler ve ek görüntüleme yöntemleri istenmesi planlanmadı. Subakut tiroidit tanısıyla endokrinoloji uzmanına yönlendirilen hastaya prednizolon 20 mg/gün dozunda başlandı, poliklinik takiplerinde hastanın şikayetlerinin gerilediği görüldü. Hastanın takibi endokrinoloji kliniği (dış merkez) tarafından yapılmaktadır.

Sonuç: Tiroiditler; NBA nedenleri arasında nadir olarak görülen, bu nedenle gözden kaçabilen ancak ayrıntılı fizik muayene ve uygun tetkikler sonucunda kolaylıkla tanısı konulabilen, tedavisi yüz güldürücü olan hastalıklardandır.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş, subakut tiroidit

[PS-186]

Kranioplasti Yapılan Bir Hastada Aspergilloz Olgusu

Nazlı Elif Kuşcu, Fidan Sultanova, Kenan Hızel

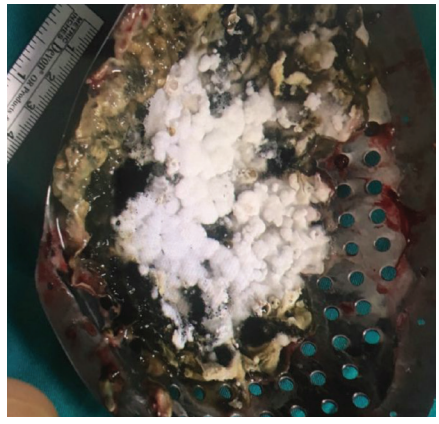
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Tıbbi cihazların ve implantların kullanımı ile ilişkili en önemli komplikasyonlardan biri yabancı cisim ilişkili enfeksiyonlardır. Aspergillus cinsi mantarlar cerrahi alan enfeksiyonlarında havadan kontamine olarak etken olabilmektedir. Burada intrakraniyal anevrizma operasyonu sonrası takılan titanyum plakta aspergillus cinsi küf mantarı ile enfeksiyon gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Kırk yedi yaşında kadın, bilinen ek hastalığı olmayan hasta 14 yıl önce intrakraniyal anevrizma nedeniyle opere edilmiş. Kraniyal kemik defekti nedeniyle 5 kez rekonstrüksiyon operasyonu öyküsü olan hastaya Ağustos 2019'da kontür düzensizliği nedeniyle kranioplasti yapılmış, titanyum plak yerleştirilmiş. Operasyondan 2 ay sonra insizyon hattından akıntı şikayeti olmuş. Beş gün amoksisilin-klavulonik asit kullanan hasta yara yeri revizyonu amacıyla yatırılmış. Laboratuvar tetkiklerinde; CRP: 184, mg/l sedimentasyon: 89 mm/saat, lökosit: 10,300 hücre/mm^3, nötrofil: %78 saptandı. Akıntıdan alınan kültürlerde 2 kez Aspergillus cinsi küf mantarı üreyen hastaya vorikonazol 2x6 mg/kg yükleme sonrası 2x4 mg/kg intravenöz tedavi başlandı. Vorikazol tedavisinin 7. gününde tedavi amaçlı hastanın titanyum plağı çıkarıldı, üzerinde makroskopik olarak küf görüntüsü mevcuttu (Şekil 1). İntraoperatif doku biyopsi kültüründe de Aspergillus cinsi küf mantarı üremesi oldu. Postoperatif yapılan MRG incelemesinde operasyon kavitesi komşuluğunda saptanan kontrast tutulumu enfeksiyöz-enflamatuvar süreçle uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya iv vorikonazol 3 hafta verildikten sonra takiplerinde yara yerinde akıntısı olmayan ve akut faz reaktan yanıtı alınan hastanın toplam tedavisi oral olarak 2 aya tamamlanarak kesildi.

Sonuç: Aspergillus cinsi küf mantarları cerrahi alan enfeksiyonlarında etken olabilmektedir. İmmünokompetan hastalarda cerrahi sırasında havadan kontaminasyon yoluyla aspergilloz gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Bu enfeksiyonların önlenmesi için ameliyathanelerdeki havalandırma sistemlerinin bakımına özen gösterilmelidir. Tedavi başarısı için uygun cerrahi debridman ve antifungal tedavi gereklidir.

Anahtar Kelime: Aspergillus



Şekil 1. Titanyum plak üzerinde küf görünümü

[PS-187]

Nedeni Bilinmeyen Ateş Kliniğiyle Başvuran İki Tiroidit Olgusu

Hüseyin Aytaç Erdem[1], Hasip Kahraman[2], Hüsnü Pullukçu[1], Figen Yargucu Zihni[3], Ilgın Yıldırım Şimşir[4], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1]

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

[2]Datça Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Muğla

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Nedeni bilinmeyen ateş (NBA) ilk kez 1961 yılında tanımlanmış olup, etiyolojisinde enfeksiyonlar, maligniteler ve kollajen doku hastalıkları en sık karşımıza çıkan patolojilerdir. Bu bildiride NBA ile takip edilen ve bir ay arayla tiroidit tanısı alan iki olgu sunulmuştur.

Olgu 1: Yetmiş bir yaşında erkek hasta üç ay önce başlayan halsizlik, ateş yüksekliği, terleme ve kilo kaybı yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Hastaneye başvuru öncesinde ateş takibi olmayan, üç ayda yaklaşık 20 kilo kaybı öyküsü mevcuttu. Sistem sorgulamasında ve fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 10,300 hücre/mm^3, %66 nötrofil, hemoglobin 9,8 g/dl, CRP: 269,87 mg/l (<5 mg/l), sedimentasyon: 121 mm/saat, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri olağan saptandı. Olgunun servis izleminde tekrarlayan ateş yükseklikleri gözlenirken bu dönemde alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın brusella, HIV, hepatit B, hepatit C serolojisi negatif saptandı. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Olgunun tiroid fonksiyon testlerinde, TSH 0,01 mUl (n=0,27-4,2), fT3 2,95 ng/l (n=2,0-4,4), fT4: 2,07 ng/dl (n=0,89-1,76), anti-TPO <15 IU/ml olarak saptandı. Tiroid ultrasonografisi tiroidit lehine değerlendirildi. 60 mg/gün dozundan metilprednizolon başlandı ve ilacın azaltılarak kesilmesi planlandı.

Olgu 2: Kırk altı yaşında erkek, bir aydır ara ara ateş yüksekliği, terleme, istemsiz kilo kaybı yakınmaları olan olgunun şikayetlerine birkaç gündür boğaz ağrısı, boyunda hassasiyet ve öksürük yakınması eklenmiş. Olguya üst solunum yolu enfeksiyonu ön tanısıyla semptomatik tedavi başlanmış. Yakınmaları düzelmeyen olgu polikliniğimize başvurdu. Terleme yakınması geceleri daha fazla ve kıyafet değiştirecek vasıfta oluyormuş. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü olan hastanın, tiroit bezinde palpasyonla hassasiyet dışında fizik muayenesi ve sistem sorgulaması olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit: 9,100 hücre/mm^3, nötrofil: %64, hemoglobin: 14,8 g/dl, CRP: 106 mg/l, sedimentasyon 140 mm/saat, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri olağan saptandı. Kan ve idrar kültürü örneklerinde üreme saptanmadı. Brusella, HIV, hepatit B, hepatit C serolojisi negatif saptandı. Batın ultrasonografisi ve akciğer grafisinde ateş odağını açıklayabilecek patoloji saptanmadı. Olgunun tiroid fonksiyon testlerinde, TSH 0,01 mU/l, fT4 2,4 ng/dl, anti-TPO <15 IU/ml olarak saptandı. Tiroid ultrasonografisi tiroidit olarak raporlandı. Olguya 1 mg/kg/gün dozundan metilprednizolon başlandı.

Sonuç: NBA olgularındaki tanı çeşitliliği ve tanıya ulaşmadaki zorluklar nedeniyle önemini korumaktadır. Ülkemizde NBA etiyolojisinde en sık enfeksiyon hastalıkları karşımıza çıksa da bizim olgularımızda olduğu gibi enfeksiyon dışı durumların da akılda bulundurulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş, tiroidit, kilo kaybı

[PS-188]

Enfektif Endokardit Ön Tanısıyla Yatırılan Olguda Libman-Sacks Endokarditi

Hilal Abakay, Gürsel Ersan, Sabri Atalay, Hividar Altan, Şükran Köse

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Non-bakteriyel trombotik endokardit (NBTE) kalp kapaklarında fibrin ve trombositten oluşan steril vejetasyonların varlığıyla nitelenir. NBTE, en sık ilerlemiş malignite ve sistemik lupus eritematozus (SLE) ile ilişkilidir. Bu bildiride enfektif endokardit ön tanısı ile yatırılan ancak tetkikleri ve takibi sonucu Libman-Sacks endokarditi tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu: Ara sıra çarpıntı ve göğüs ağrısı tarifleyen, rutin kardiyoloji kontrolünde trans torasik ekokardiyografide (TTE) vejatasyon saptanan 42 yaşındaki kadın, enfektif endokardit (İE) ön tanısıyla interne edildi. Özgeçmişinde geçirilmiş derin ven trombozu (DVT), geçici iskemik atak ve ilk trimesterde abortus öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde vital bulguları stabildi. Batında sol üst kadranda hassasiyet mevcuttu, hepatosplenomegali saptanmadı. Distal falansklarda siyanotik görünüm mevcuttu. Osler nodülleri, janeway lezyonları, konjonktival kanama saptanmadı. Sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 4,700 hücre/mm^3, C-reaktif protein: 0,4 mg/l, prokalsitonin: 0,01 µg/l, sedimentasyon: 38 mm/saat, romatoid faktör ve Rose Bengal testi negatif saptandı. Abdominal ultrasonografide dalakta milimetrik boyutta hiper ekojenik alanlar görüldü. Trans özefageal ekokardiyografide (TEE) mitral kapakta her iki yüzde 0,8x1,5 cm büyüklüğünde vejetasyon ile uyumlu görünüm mevcuttu. Üst, alt ekstremite arteriyel ve venöz Doppleri, sağ femoral vende grade 1 venöz yetmezlik dışında olağandı. Hastadan 20 dakika arayla üç set kan kültürü alındı. SLE ön tanısıyla romatolojiye konsülte edildi. Lupus ve antifosfolipit antikor sendromu ön tanısıyla istenilen tetkiklerinde ANA: 1/320 homojen, C3 ve C4 düşük, spot idrarda protein ve kreatinin normal olarak saptandı. SLE ve antifosfolipit sendromu olarak değerlendirilen hastaya hidroksiklorokin sülfat, antikoagülan tedavi başlandı. Trombüsler nedeniyle hematolojiye danışılan hastanın istenilen boyun, abdominal, toraks tomografisinde patoloji saptanmadı. Olası enfektif endokardit ön tanısıyla izlenen, antibiyotik başlanmayan olgunun takiplerinde ateş yüksekliği ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Olgu kardiyoloji ile tekrar konsülte edildi. EKO görüntülemesinde lezyonda progresyon saptanmaması, sistemik enfeksiyon bulguları olmaması nedeniyle SLE ile ilişkili Libman-Sacks endokarditi tanısıyla romatoloji kliniğine devredildi.

Sonuç: NBTE tanısı zordur. İE'den ayırt edilmesi önemlidir. NBTE ile ilişkili olabilecek bir hastalığı olanlarda, üfürüm duyulması, antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen bir vejetasyon ve multipl embolizasyon olması halinde mutlaka akla getirilmelidir. Libman-Sacks endokarditi karakteristik endokardiyal tutulumdur. SLE'de; kardiyak anomaliler yüksek oranda gelişir ve koroner kalp hastalığı morbidite ve mortalitenin majör sebebidir. Bu nedenle SLE'li hastaların modifiye edilebilir risk faktörleri mevcudiyetinde agresif tedavi edilmeleri gerekir.

Anahtar Kelimeler: Non-bakteriyel, Libman-Sacks endokarditi, sistemik lupus eritematozus

[PS-189]

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Kandidemi Olgularının Değerlendirilmesi

Derya Yapar[1], Özlem Akdoğan[1], Canan Özen[2], Nurcan Baykam[1]

[1]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çorum

[2]Hitit Üniversitesi, Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Çorum

Giriş: Kandidemiler, özellikle yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Geniş spektrumlu antibiyotik, abdominal cerrahi, total paraenteral nutrisyon (TPN) ve immünosüpresyon varlığı kandidemi için önemli risk faktörlerindendir. Çalışmamızda kandidemi saptanan hastaların risk faktörleri, etken, prognoz açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 34 yatak kapasiteli üçüncü basamak YBÜ'de 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasında 18 yaş üzerinde kandidemi tespit edilen olguların irdelenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Otuz üç hastada 76 atak görüldü. Yaş ortalaması 70 olup %51,5'i erkek idi. Pnömoni (%27,3), serebrovasküler hastalıklar (%27,3) kolesistit (%9,1) en sık yatış tanıları olarak saptandı. Risk faktörleri irdelendiğinde sırasıyla; santral venöz kateter varlığı %100, TPN kullanımı %93,9, nörolojik hastalıklar %39,4, kardiyak hastalık %39,4, renal yetmezlik %39,4, diabetes mellitus %27,3, KOAH %27,3, abdominal olmayan herhangi bir neden ile yapılan cerrahi %27,3, abdominal cerrahi %24,2, malignite %15,2, steroid kullanımı %9,1, kemoterapi tedavisi %6,1 oranında saptandı. En sık etkenler *C. parapsilosis* (%59,2), *C. albicans*'tı (%25). Diğer etkenler sırasıyla; *C. glabrata* (%6,5), C. *famata* (%4), *C. tropikalis* (%4), *C. krusei*'dir. Flukonazol duyarlılığı *C. parapsilosis*'te %17,8 iken *C. albicans*'ta ise %95'ti. Olguların %26,3'ünde mikrobiyolojik eradikasyon sağlandı. Otuzuncu gün mortalite oranı %42 olup tüm nedenlerden mortalite oranı %69,7 idi. Hastaların %11,8'i taburcu edilebilirken %18,5'inin halen yatışı devam etmektedir.

Sonuç: Kandidemili olgularımızda non-albikans kandidaların daha sık görülmesi yanında *C. albicans*'lardaki flukonazol direnci nedeni ile ampirik antifungal tedavinin bu veriler eşliğinde başlanmasının tedavi başarısını artırabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kandidemi, kan dolaşımı enfeksiyonları

[PS-190]

Şiddetli Sıtma Tedavi Algoritması: Rehber mi? Gerçekler mi?

Hilal Abakay, İlkay Akbulut, Nadide Çolak Ergün, Şükran Köse

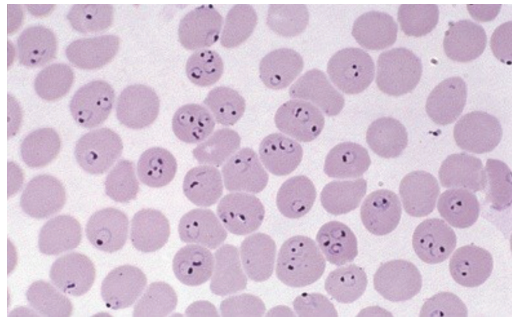
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sıtma, enfekte Anopheles cinsi dişi sivrisineğin insanı sokmasıyla bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Sıtma hızla ilerleyerek ölüme yol açabileceği için tanısının acil konması ve hemen uygun tedavi başlanması hastalığın etkili bir şekilde yönetiminin önemli bir bileşenidir. Şiddetli sıtma tanılı standart prosedür dışında tedavi uygulanan bir olgu incelenmiştir.

Olgu: On iki gündür Sierra Leone'de kalan ve döndükten 4 gün sonra başlayan 39-40 °C ateşi olması nedeniyle Sıtma Savaş Birimi'ne başvuran 37 yaşında erkek hasta *Falciparum* sıtma tanısı konularak hastanemize sevk edilmiştir. Hastaya artemether-lumefantrine tablet temin edilmiştir. Anamnezinde sıtma seyahat profilaksisi almadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş; 38,8 °C, nabız 92/dakika ve kan basıncı 105/54 mmHg olarak ölçüldü. Skleralar ikterikti ve hepatomegali saptandı. Diğer sistem muayenelerinde ise bir patolojiye rastlanmadı. Laboratuvar parametreleri; lökopeni (8,000/mm^3) ve trombositopeni (22,000/mm^3), AST: 67 U/l, ALT: 138 U/l, LDH: 258 U/l, total bilirubin: 5,35 mg/dl, direkt bilirubin: 3,42 mg/dl olarak saptanmıştır. Hastaya 20 mg artemether, 120 mg lumefantrine tedavisi 0, 8, 24, 48, 60, 72. saatlerde planlanarak ilk dozu verildi. Hastanın ateşi olması üzerine yapılan periferik yaymada bir alanda bulunan eritrositlerin hemen tamamında çoklu sayıda parazit görüldü (Şekil 1). Takibinde bilinç bulanıklığı ve solunum sıkıntısı gelişen, hiperbilirubinemisi olan hasta şiddetli sıtma olarak değerlendirildi, tedavinin 8. saatinde artesunat 2,4 mg/kg IV başlandı. İzlem trombosit seviyeleri 9,000/mm^3 seviyelerine kadar düştü. Eritrosit yıkımına bağlı kriz görülmesi ve hemoglobin değeri de 6 g/dl olması üzerine 2 eritrosit süspansiyonu, 2 tdp replasmanı yapıldı ve hastaya nazal O_2 başlandı. Hastanın IV idamesinin 12 ve 24. saatinde yapılması planlandı. Ancak artesunat tedavisinin devamının Sıtma Savaş Birimi tarafından temin edilemeyeceği öğrenildi. Bu nedenle tedavinin 24. saatinde artemether ve lumefantrine tedavisi tekrardan başlanıp oral tedavi 6 doza tamamlandı. Hastanın günlük kan takipler, periferik yayması yapıldı. Sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur. Kliniği ve laboratuvar değerleri düzelen olgu şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Sıtma mortalitesi yüksek enfeksiyon acilidir. Şiddetli sıtma tedavisinde parenteral ilaç tedavisine başlanıp hasta oral ilaç alımını tolere edebilir hale gelse dahi en az 24 saat devam edilmesi gerektiği ve sonra oral tedavi idamesi önerilir. Oral tedavi başlanan hastamızda parenteral tedavinin devamı sağlanamadığı için bir doz iv tedavi sonrasında oral tedavi ile tamamlanmış ve hastamız şifayla taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sıtma, artesunat, *Falciparum*



Şekil 1. *P. falciparum* genç trofozoitleri ile enfekte eritrositler

Tablo 1. Hastanın günlük laboratuvar ve periferik yayma sonuçları

	24.10.19 16:00	25.10.19 00:00	25.10.19 10:00	31.10.19
Lökosit (x10^3/ul)	8	6,5	6,7	14,4
Hemoglobin (gr/dl)	10,5	6	8	10
Trombosit (x10^3/ul)	22	9	58	481
AST (U/l)	67	152	58	39
ALT (U/l)	138	165	94	67
Total bilirubin (mg/dl)	5,35	7,48	4,20	2,04
Direkt bilirubin (mg/dl)	3,42	5,12	2,84	0,73
Enfekte eritrosit yüzdesi	%25	%10	Görülmedi	Görülmedi

[PS-191]

2019-2020 Kış Döneminde İnfluenza Verilerimiz

Fatma Kesmez Can, Handan Alay, Emine Parlak, Ayşe Albayrak, Kemalettin Özden, Zülal Özkurt, Mehmet Parlak

Atatürk Ünversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: İnfluenza epidemileri mevsimsel özellik gösteren, morbidite ve mortalite ile seyredebilen büyük bir halk sağlığı problemidir. Solunum yolu viral enfeksiyonlarının İnfluenza virüs dışındaki en yaygın nedenleri arasında respiratuvar sinsitiyal virüs, adenovirüs, parainfluenza, rinovirüs, coronavirus sayılabilir. Virüsler üst veya alt solunum yolu enfeksiyonlarına neden olabilirler. Tanıda polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yüksek duyarlılığa sahiptir. Nazofarengeal sürüntü, trakeal aspiratlar, bronkoalveolar lavaj sıvısı ve plevral sıvı gibi çok sayıda klinik örnek PCR testleri için kullanılabilir.

Gereç ve Yöntem: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 01.11.2019-25.02.2020 tarihleri arasında influenza ve diğer viral etkenler yönü ile örnek gönderilen, 18 yaş üstü hastaların demografik özellikleri ve PCR test sonuçları günlük olarak kaydedildi. Veriler etken dağılımı ve mortalite yönü ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastalardan 114 örnek gönderilmiş olup, 52'si (%45,6) kadın, 62'si (%54,3) erkekti. Sonuçlara göre 80 (%70) hastada influenza pozitif görüldü. 31.12.2019 tarihinde ilk pozitif test saptandı. Altmış üç (%55) hastada influenza A (H1N1), 9 (%7,8) hastada influenza B ve 8 (%7) hastada ise influenza A ve B pozitifti. Bir hastada influenza A (H1N1) ve coronavirus 229E pozitif, 1 hastada influenza A (H1N1) ve coronavirus HKU1 pozitif, 1 hastada influenza B ve coronavirus NL63 pozitif, 1 hastada ise sadece coronavirus 229E pozitifti. İnfluenza ile diğer solunum yolu viral etkenlerinin birlikte görülmesi de mümkündür. Takibinde 8 (%7) hastamız eks oldu. Eksitus olan hastalar değerlendirildiğinde hemetoloji, anestezi yoğun bakım ve dahiliye yoğun bakım kliniklerinde takip edilen, ek hastalığı (AML, hairy cell lösemi, koroner hastalık gibi) olan kişiler olduğu görüldü. Hepsine antiviral tedavi verilmişti, 6'sı (%75) kadın ve 2'si (%25) erkekti. Yaş ortalaması 60,75 di. Şubat ayının ikinci yarısında pozitif olgu sayısında azalma olduğu görüldü.

Sonuç: Yaptığımız influenza veri incelemesine dayanarak, komorbit durumu olan kişilerde mortal seyretmesi nedeniyle risk grubunda olan kişilerin mutlak aşılanması ve mevsimsel riskli dönemde influenzanın ayırıcı tanıda hatırlanması önemlidir. El hijyeni ve koruyucu önlemlere uyulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, viral etkenler

[PS-192]

Stajyer Öğrencilerin HIV/AIDS Hakkındaki Farkındalıklarının ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Selma Tosun, Hülya Özkan Özdemir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: HIV ile enfekte olgular dünyada azalırken ülkemizde giderek hızla artmakta ve özellikle genç yaştaki olgu sayısında dikkat çekici bir artış gözlenmektedir. Bu nedenle hem bir sağlık çalışanı adayı hem de genç bir erişkin olarak sağlıkla ilgili lise ve üniversitelerdeki öğrencilerin bu konuya ilişkin bilgi düzeylerinin, farkındalıklarının ve davranış ve tutumlarının bilinmesi; güncel eğitimlerle artırılması gereklidir. Bu çalışmada stajyer öğrencilere HIV/AIDS ile ilgili yüzyüze bir anket uygulanarak bu konuya ilişkin bilgi düzeyleri ile tutum ve davranışları öğrenilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde staj yapmakta olan sağlık okulu öğrencilerine eğitim öncesi ve sonrası birer anket uygulanmıştır. Anket formunda ad soyad istenmeyip öğrenciler takma isim kullanmışlar, ön testi takiben verilen eğitim sonrası tekrar son test yapılarak verilen eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 17-22 arası, 87'si kız toplam 129 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin HIV bulaşma yollarına ilişkin bilgi düzeyleri oldukça iyi bulunmuştur. Cinsel ilişkiyle, eşcinsel ilişkiyle, kan yoluyla, gebelikte, jilet-enjektör vb. kesici-delici alet yaralanmasıyla, piercing-dövme benzeri girişimlerle bulaş iyi bilinmektedir. Yine el teması, WC, fekal oral yol, ortak tabak vb. kullanma, sivrisinek ile geçiş olmayacağı da iyi bilinmektedir. Ancak havuzdan bulaşma ve solunum yoluyla bulaşma olduğunu düşünen, yine HIV/AIDS'nin esas olarak travesti hastalığı olduğunu düşünen öğrenciler %15-16 civarıdır. Öğrencilerin yarıdan fazlası HIV aşısının olduğunu söylemiş, tedavi ile hastaların iyileşip iyileşmeyeceği konusunun yeterince bilinmediği anlaşılmıştır. Yine öğrencilerin %54'ü HIV ile enfekte kişilerin cinsel ilişkiye girmemesi gerektiğini, %55'i de çocuk doğurmamaları gerektiğini; %43'ü şüpheli ilişki sonrası 1 kez negatiflik saptanınca tekrar test gerekmediğini düşünmektedir. Öğrencilere birlikte oldukları/olacakları cinsel partnerlerinde HIV pozitifliği saptanırsa nasıl davranacakları sorulduğunda %8'i ilişkisini sürdüreceğini, %20'si nasıl davranacağından emin olmadığını, %33'ü hemen ayrılacağını, %39'u da partnerini tedavi olması için götüreceğini belirtmiştir. Eğitim sonrası yapılan testte yanlış bilinen konularda önemli oranda değişiklik saptandığı gözlenmiştir.

Sonuç: Giderek artan bir sorun olan HIV/AIDS hakkında genç nesile ve özellikle sağlık çalışanı adaylarına bu konuda daha derinlemesine ve ayrıntılı eğitim verilmesinin ve interaktif eğitimler yapılmasının yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, stajyer sağlık okulu öğrencileri, eğitim

[PS-193]

Batı Nil Ateşi: Olgu Sunumu

Enes Dalmanoğlu, Tuğba Başçıoğlu, Sevda Özdemir Al, Uğur Kostakoğlu, İlknur Esen Yıldız, Ayşe Ertürk

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Batı Nil Virüs enfeksiyonu (BNVE) genellikle, non-spesifik bulgularla seyreder. Asemptomatik seyri ve non-spesifik klinik bulguları nedeniyle BNV ateşi olgularının çoğu gözden kaçmaktadır. BNV ile enfekte kişilerin sadece %25'inde ateş gelişir. Hastaların sadece %20-40'ı semptomatiktir ve %10 oranında nöroinvazif hastalık meydana gelir. Bu yazıda grip benzeri şikayetler ile başvuran ve BNVE ensefaliti tanısı alan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş bir yaşında erkek hasta, İstanbul Beylikdüzü'nde yaşamaktadır. Hastada 10 gün önce başlayan halsizlik, ateş, diz ağrısı nedeniyle, dış merkezde hastaya semptomatik tedavi uygulanmış. Hastanın şikayetlerine bulantı, kusma ve alt ekstremitelerde güçsüzlük eklenince tarafımıza başvurdu. Fizik muayne bulguları ve laboratuvar sonuçları ile değerlendirilen hastada aktif enfeksiyon odağı bulunamadığı için hasta araştırılmak amacı ile servise yatırıldı. Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante koopereydi. Alt ekstremitilerde güçsüzlük olan hastaya kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) ve kontrastlı kraniyal manyetik rezonans (MR) planlandı. Bu

görüntüleme yöntemlerinde patolojik bulgu saptanmadı. Guillain-Barre sendromu (GBS) ön tanısı çekilen elektroensefalografi (EEG) normal olarak yorumlandı. Hastanın ateşi 38 °C olması ve Beylikdüzü'nde o esnada BNVE görülmesinden dolayı ayırıcı tanı amacıyla hastaya lomber ponksiyon (LP) planlandı. Meningeal irritasyon bulguları negatif olan hastaya LP yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncı yüksek, görünümü berrak idi. Hücre sayımında mm^3'te 40 lökosit (MNL hakim), 230 eritrosit sayıldı. Gram-boyamada az lökosit görüldü, mikroorganizma görülmedi. BOS glikoz 65 mg/dl (eş zamanlı kan glikozu 109 mg/dl), protein 108,3 mg/dl, sodyum 137 mmol/l, klor 113 mmol/l, ARB negatif olarak sonuçlandı. Hastaya herpes ensefaliti, *Listeria monocytogenes* ve diğer menenjit etkenleri öntanısıyla santral dozda asiklovir, seftriakson ve ampisilin intravenöz başlandı. BOS ve kan kültürlerinde üreme olmadı. BOS multipleks menenjit PCR (BNV dahil değil) negatif sonuçlandı. Ankara Hallk Sağlığı Kurumu Laboratuvarı'na gönderilen BOS ve serum örneklerinde serolojik testlerden BNV IGM ve IgG ELISA ile pozitif saptandı. PCR'de West Nile virüsü pozitifliği saptandı. Vitalleri stabil olan hastanın antiviral ve antibiyotik tedavisi 10. gününde durduruldu. Hasta semptomlarının tam olarak geçmesi üzerine taburcu edildi.

Sonuç: Hastanın başvurduğu dönemde ve yaşadığı yerde grip tablosuyla BNVE tanısı alan hastaların olması, mevsimin yaz sonu olması, hastanın sineklerin yoğun olduğu alanda bulunma öyküsünün olması ayırıcı tanıda aklımıza BNVE'yi getirdi. Son zamanlarda ülkemizde BNVE olgularının görülmesi dolayısıyla mevsimsel özelliklerini de dikkate alarak nörolojik bulgular olmasa da grip benzeri şikayetlerle başvuran hastalarda BNVE ensefalitini aklımıza getirmeli ve araştırmalıyız.

Anahtar Kelimeler: Batı Nil virüs, Batı Nil virüs ensefaliti

[PS-194]

Bruselloz: Endemik Bölgede Bir İkinci Basamak Hastane Deneyimi

Tuba Tatlı Kış[1], Mehmet Kış[2]

[1]Silopi Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şırnak

[2]Silopi Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Şırnak

Giriş: Bruselloz dünyada en yaygın görülen zoonotik hastalıklardan biridir. Bruselloz ülkemizde özellikle İç Anadolu, Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgeleri'mizde halen endemiktir. İnsanlara enfekte hayvanların sıvılarına temas yoluyla, enfekte olmuş et, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketilmesiyle veya enfekte vücut sıvıları üzerinde yapılan laboratuvar çalışmalarında kaza sonucu bulaşmaktadır. Birçok organ ve dokuyu etkilediği için çok değişik klinik tablolarla karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada 1 yıllık zaman diliminde Şırnak-Silopi yöresinde bruselloz tanısı ile takip edilen 101 hastanın epidemiyolojik verileri, klinik özellikleri, laboratuvar bulguları ve komplikasyonlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında kliniğimizde izlenen 101 bruselloz olgusunun risk faktörleri, başvuru şikayetleri, klinik bulguları, gelişen komplikasyonları ve laboratuvar bulguları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 101 olgunun 74'ü (%73,2) kadın ve olguların yaş ortalaması 35,6 (15-94) idi. Olguların %81,1'inde taze peynir yeme, %26,7'sinde çiğ süt içme öyküsü vardı. Olguların %26,7'sinde hayvan bakma öyküsü ve baktıkları hayvanlarda düşük yapma öyküsü mevcuttu. Hastalara ait semptom ve bulgulardan en çok görülen halsizlik (%94) ve artraljidir (%83). Hastalara ait semptom ve bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışmaya alınan hastalarda anemi sıklığı %28,7, CRP yüksekliği %39,6 oranında tespit edildi. Olguların laboratuvar bulguları Tablo 2'de gösterilmiştir. Hepatit 5 hastada (%4,9), osteoartiküler tutulum 8 hastada (%7,9) görüldü. Bu hastaların dördünde (%3,9) spondilodiskit, dördünde (%3,9) sakroileit tespit edildi. Bir hastada brusellozun nadir bir komplikasyonu olarak izole perikardit (Şekil 1), bir hasta da brusella epididimoorşiti saptandı. Hastalarda görülen komplikasyonlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Bruselloz birçok organ ve dokuyu etkileyebilmektedir. Bu nedenle çok değişik klinik belirti ve bulgularla ortaya çıkabilmekte ve birçok hastalıkla karışabilmektedir. Endemik bölgelerde yaşayan non-spesifik semptom ve bulgular ile başvuran hastalarda mutlaka brusella enfeksiyonu akılda tutulmalı ve hastalar bruselloz açısından tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, epidemiyoloji, multiorgan tutulumu

Tablo 1. Olgulara ait komplikasyonlar

Komplikasyonlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Osteoartiküler tutulum	8	7,9
Hepatit	5	4,9
Spondilodiskit	4	3,9
Sakroileit	4	3,9
Endokardit	1	0,99
İzole perikardit	1	0,99
Epididimoorşiti	1	0,99

Bir hastada brusellozun nadir bir komplikasyonu olarak izole perikardit, bir hastada brusella epididimoorşiti saptandı



Şekil 1. Ekokardiyografide izole perikardit ile ilgili görünüm. Brusellozlu bir olgu da yapılan ekokardiyografide tespit edilen perikard parlaklık artışı ve bası bulgusu vermeyen perikardiyal effüzyona ait görünüm izlendi

[PS-195]

Tedaviye Yanıtsız Non-Spesifik Epididimoorşit Ayırıcı Tanısında Bruselloz: Olgu Sunumu

Meliha Çağla Sönmezer[1], Şefika Nur Ayar[2], Fatma Yalçınkaya[2], Gülçin Telli Dizman[1], Serhat Ünal[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Bruselloz, hayvanlardan insanlara bulaşan, multisistemik tutulum ile birlikte hafif belirtilerden ağır klinik tablolara kadar non-spesifik belirti ve bulgularla seyredebilen, zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Brusellozun ilk manifestasyonu olarak izole epididimoorşit (BEO) görülen olguları non-

spesifik epididimoorşitli (NSEO) olgulardan ayırmak oldukça güçtür. BEO olgularında diğer epididimoorşit nedenlerine göre kırsal alanlarda yaşam ve mesleki maruziyet ön plandadır. Bu olguda; NSEO tanısı ile verilen ampirik medikal tedaviye yanıtsızlık sonrasında BEO tanısı alan olgu sunularak; epididimoorşitli tüm olgulardan öykü alınırken bruselloz risk faktörlerinin sorgulanması gerekliliğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk iki yaşında erkek hasta acil servisimize sol testisinde akut ağrı ve ödem ile başvurdu. Hastanın başvurudan 2 hafta önce dizüri ve ateş, yakınmaları olması nedeniyle farklı dış merkezlerde adını hatırlamadığı antibiyotik öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde penisilin ve siprofloksasin alerjisi haricinde özellik yoktu. Son başvurduğu merkezde NSEO tanısı ile üroloji kliniğinde hospitalize edilip non-steroid antienflamatuvar ve ertapenem tedavisi ile skrotal elevasyon ve soğuk uygulamam tedavileri başlanan hastanın ertapeneme sekonder alerjik reaksiyonu olması nedeniyle üçüncü basamak bir merkeze sevki yapılmış. Hastanın fizik muayenesinde ateş 38,3 °C, kan basıncı 130/60 mmHg, nabız 85/dk, sol testiste şişlik, kızarıklık ve hassasiyet mevcut idi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre: 17,800 mm^3, ESR: 43 mm/s ve CRP: 8 mg/dl olarak saptandı. İdrar mikroskobisinde piyüri ve nitrit pozitifliği mevcuttu. İdrar kültüründe üreme saptanmadı. Skrotal USG'de epididimoorşit ile uyumlu görünüm saptandı. Acil serviste üroloji kliniğine konsülte edilen hastaya akut epidimoorşit tanısı ile seftriakson tedavisi başlanması önerilmiş ancak hastanın antibiyotik alerjileri öyküsü olması sebebi ile tarafımıza konsülte edilen hastanın ayrıntılı anamnezi alındığında; koyunlarında yavru atma öyküsü olduğu ve kendi küçükbaş hayvanlarının sütlerinden yapılmış taze peynir tüketimi olduğu öğrenildi. Hastanın brusella aglütinasyon testi 1/160 titrede pozitif olarak saptandı. Kan kültüründe üreme olmadı. Hastaya altı hafta süreyle doksisiklin ve rifampisin tedavisi planlandı. Tedavinin 3. gününde testisteki ödemin gerilediği görüldü.

Sonuç: Bruselloz özellikle ülkemiz gibi endemik bölgelerde epididimoorşitin önemli bir nedeni olmaya devam etmektedir. Özellikle bruselloza yönelik klinik şüphe ve ayrıntılı anamnez BEO tanısının ilk basamağıdır. Erken tanı ve uygun tedavi sperm parametrelerinde bozulma ve hatta orşiektomi gereksinimine neden olabilen testikuler hasarın önüne geçilebilmesi açısından çok önemlidir. Özellikle ampirik antibiyoterapiye cevapsız NSEO olgularında tüm hekimlerin ayırıcı tanıda BEO düşünmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, epididimoorşit

[PS-196]

AntiHbc IgG Pozitif, HBsAg Negatif Hastada Lenalidomid Kullanımına Bağlı Hepatit B Reaktivasyonu

Feray Aycan Yılmaz, Derya Tunç, Tuğba Özdemir, Gönül Çiçek Şentürk, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Dünyada yaklaşık 2 milyar kişinin hepatit B virüsü (HBV) ile karşılaştığı tahmin edilmektedir. İmmünosüpresyona sebep olabilecek durumlarda HBsAg negatif, AntiHbc IgG pozitif kişilerde karaciğer dokusunda hatta serumda saptanabilir HBV-DNA'nın varlığı gösterilmiştir. Bu hastalar immünosüpresif tedavi ile reaktivasyon riski taşımaktadır. Burada multipl miyelom nedeni ile otolog KİT yapılıp immünomodülatör ajan olan lenalidomid başlanan HBsAg negatif, antiHBc IgG pozitif hastada HBsAg pozitifleşmesi ile seyreden hepatit B reaktivasyonundan bahsedeceğiz.

Olgu: Geçirilmiş pulmoner tromboemboli, multipl miyelom öyküsü ve aynı zamanda antiHBc IgG pozitifliği saptanan 67 yaşında kadın hastaya 2017 yılı haziran ayında tenofovir disoproksil fumarat (TDF) başlanarak multipl miyelom tedavisi için otolog KİT yapılmış. 2018 yılı Eylül ayında ise immünomodülatör ajan olan lenalidomid başlanmış. Hasta lenalidomid ile eş zamanlı olarak TDF'yi 2019 yılı Haziran ayına kadar kullanmış, sonrasında TDF kesilerek lenalidomid tedavisine devam edilmiş. Hastanın takiplerinde 2020 Ocak ayında AST/ALT 727/1027 U/l -saptanması üzerine istenilen tetkiklerde HBsAg pozitif, AntiHbc IgM pozitif ve HBV-DNA'nın 36.448.764 IU/ml saptanması üzerine hepatit B reaktivasyonu düşünülerek lenalidomid tedavisi kesilerek TDF tedavisine tekrar başlandı. Hasta bu süreçte hafif bulantı, kusma ve halsizlik tariflemekteyken şikayetleri 2 gün içinde gerilemiş. Ancak karaciğer enzim yüksekliği devam eden hasta immünomodülatör tedaviye bağlı hepatit B reaktivasyonu tanısı ile gözlem amaçlı yatırıldı. Takip edildiği süreçte genel durumu iyi, vital bulguları stabil, bilinci ve oral alımı açık olarak sorunsuz izlendi. Hastanın AFP, INR değerleri normal aralıkta seyretti. AST/ALT değerleri gerileme eğilimindeydi. Bilinç değişikliği olmadı. Taburculukta AST/ALT değeri 87/114 U/l'ye kadar geriledi. Genel durumu iyi olan, bulantı, kusması ve bilinç değişikliği olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: İmmünosüpresif tedavi alan HBsAg negatif, AntiHbc IgG pozitif hastada reaktivasyon riski, HBsAg pozitif hastaya göre daha azdır. Dolayısıyla bu hastalar düzenli bir şekilde izlenmeli ve reaktivasyon gerçekleşirse tedavi edilmelidir. Ancak potent immünosüpresif tedavi kullanan veya KİT yapılan hastalarda reaktivasyon riski yüksek olduğundan HBsAg negatif olsa dahi AntiHbc IgG pozitifse antiviral tedavi verilmelidir. Sonuç olarak; immünosüpresif tedavi alacak bir hastada reaktivasyondan korunmanın en iyi yolu, riskli durumun erkenden tespiti ve uygun bir antiviralin başlanmasıdır. Biz de immünomodülatör ajanlardan lenalidomid ile literatürde hepatit B reaktivasyonu olan az sayıda olgu bildirildiğinden yeni bir olgu ile buna dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B reaktivasyon, immünomodülatör tedavi, lenalidomid

[PS-197]

HIV Pozitif Hastada Fırsatçı Enfeksiyonların Takibi

Ayşe Şenbaba, Özgür Günal, Alper Tahmaz

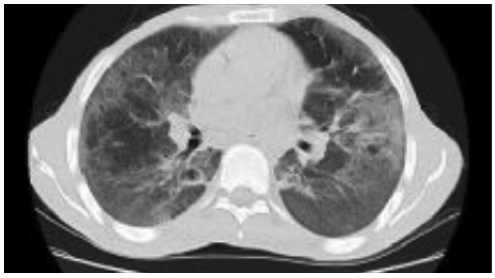
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

Giriş: HIV'de tedavinin devamı ve takibinin önemini vurgulamaktır.

Olgu: Yirmi dört yaşında erkek hasta öksürük, nefes darlığı, ateş şikayeti ile göğüs hastalıklarına başvurmuş. Bilinen hastalık öyküsü olmayan hastanın çekilen toraks BT'sinde bilateral infiltrasyon (Şekil 1) ve kaviter lezyon saptanması üzerine tüberküloz ön tanısı ile bronkoskopi planlanmış. Ampirik piperasilin tazobaktam, oseltamivir ve steroid tedavisi başlanmış. Yapılan BAL ARB sonucu negatif gelen hastanın pneumocystis pnömonisi (PCP) olabileceği düşünülerek tedavisine trimetoprim sulfametaksazol eklenmiş. Yapılan anti HIV testi pozitif saptanan hasta taramızca tedavinin 7. gününde devir alındı. Takibinde kilo kaybı, oral alım azlığı ve yutkunma güçlüğü gelişen hastaya endoskopi yapıldı. Endoskopisinde özofagus kısmından distale kadar yaygın ve çepeçevre mukoza eritemli, plaklı, yer yer milimetrik nodüler tarzda, frajil ve düzensiz görünümde izlenen hastaya CMV özafajiti ön tanısı ile gansiklovir IV tedavi başlandı. Anti CMV-IGM negatif anti CMV-IGG pozitif saptandı. HIV-RNA: 64,400 CD4: 14 hücre/mm^3 olan hastaya tedavisinin 14. gününde kontrol endoskopi yapıldı özafagustaki lezyonlarda gerileme tespit edildi. PCP tedavisinin 35. gününde hastaya antiretroviral tedavi başlandı. Oral alımı artan ve kilo almaya başlayan hasta hala servisimizde takip edilmeye devam etmektedir.

Sonuç: HIV pozitif hastalarda CD4 sayısı 200 hücre/mm^3 altında fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıkmasında en önemli risk faktörüdür. HIV pozitif hastaların takibinde fırsatçı enfeksiyonlar oluşmadan önlem alınması ve takiplerinin sık aralıklarla yapılmasına dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: CMV, HIV, PCP



Şekil 1. Toraks BT bilateral infiltrasyon

[PS-198]

Staphylococcus aureus Bakteriyemisi Olan Hastalarda Enfektif Endokardit Prevalansı

Taliha Karakök, Esra Kaya Kılıç, Şerife Altun Demircan, Sami Kınıklı

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

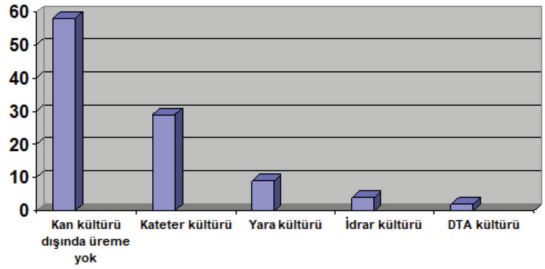
Giriş: *Staphylococcus aureus* bakteriyemisi yüksek morbidite ve mortalite sebebidir. *S. aureus* bakteriyemisinin enfektif endokardit varlığı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar üzerine, bu hastaların tümüne ekokardiyografi (EKO) önerilmektedir. Bu çalışmada, hastanemizde *S. aureus* bakteriyemisi saptanan hastalarda ekokardiyografi ile değerlendirilme oranları ve enfektif endokardit prevalansının ölçülmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018 - Aralık 2019 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili ve cerrahi kliniklerinde ve yoğun bakım ünitelerinde yatırılarak takip edilen,18 yaş üzeri, en az bir periferik kan kültüründe *S. aureus* üremesi olan hastalar, retrospektif olarak sistem üzerinden tarandı. Hastaların epikrizleri, kültür sonuçları ve görüntüleme sonuçları incelendi. Üreyen bakterilerin metisilin duyarlılıkları, periferik kan kültüründeki üreme sayısı, transtorasik ve transözofageal EKO sonuçları, deri-yumuşak doku enfeksiyonu varlığı, periferik kan kültürü dışında üreme olan kültürler ve enfektif endokardit tanısı alıp almadığı kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 102 hasta dahil edildi. Üremelerin %64,7'sini metisilin duyarlı *S. aureus* (MSSA) oluştururken, %35,3'ünü metisilin dirençli *S. aureus* (MRSA) oluşturuyordu. Üremelerin %66,7'sinde (68) tek periferik kan kültürü, %28,4'ünde (29) iki periferik kan kültürü, %4,9'unda (5) üç veya daha fazla periferik kan kültüründe üreme saptandı. Hastaların EKO yapılma oranları ve sonuçları Tablo 1'de yer almaktadır. Transtorasik EKO'da enfektif endokardit ile uyumlu görünüm saptanan 6 (%5,9) hastadan transözofageal EKO'yu (TEE) istenmiş, hastaların 3'ü TEE'yi tolere edememiş, 2'sinde vejetasyon, 1'inde kalsifik nodül saptandığı görüldü. Yüz iki hastanın 5'ine (%4,9) enfektif endokardit tanısı konulmuştu. Enfektif endokardit tanısı konulan hastaların hepsinde etken MSSA idi. Hastaların 24'ünde (%23,5) eşlik eden deri-yumuşak doku enfeksiyonu tanısı mevcuttu. Periferik kan kültür üremesine eşlik eden diğer kültürlerde *S. aureus* üremeleri Şekil 1'de yer almaktadır.

Sonuç: Hastanemiz *S. aureus* bakteriyemilerinde EKO yapılma oranlarının düşük olduğu saptanmakla birlikte, EKO yapılan hastalarda da enfektif endokardit tanısı konulma oranları diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur. Bu durumun kan kültüründe üremesi olan ancak EKO ile değerlendirilen hasta sayımızın az olmasından kayanaklanabileceğini ve hastalarda eşlik eden kateter enfeksiyonu, deri-yumuşak doku enfeksiyonu gibi başka olası tanılar olabileceğini düşündük.

Anahtar Kelimeler: *Staphylococcus aureus*, ekokardiyografi



Şekil 1. Hastalardan kan kültürü dışında alınan örneklerde *Staphylococcus aureus* üreme oranları

DTA: Derin trakeal aspirat

Tablo 1. Hastaların transtorasik EKO yapılma oranları ve sonuçları

EKO durumu	Hasta sayısı n (%)
EKO yapılmayan	63 (%61,8)
EKO'da enfektif endokardit ile uyumlu görünüm saptanmayan	33 (%32,4)
EKO'da enfektif endokardit ile uyumlu görünüm saptanan	6 (%5,9)

[PS-199]

Ameliyathanelerde 2013-2019 Yılları Arasında El Antiseptiği Kullanım Oranları

Esengül Şendağ, Fadime Callak Oku, Fatma Aybala Altay, Yunus Gürbüz, Ganime Sevinç, Asiye Tekin, Gönül Çiçek Şentürk, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Ankara

Giriş: Cerrahi el antisepsisinde, cerrahi girişim süresince ellerdeki bakteri sayısını minimal seviyede tutarak eldivenin yırtılması ve delinme durumunda bile kontaminasyon olasılığının azaltılması için, geçici floranın tamamen, yerleşik floranın büyük çoğunlukla ortadan kaldırılması ve bunun ameliyat süresince devam ettirilmesi amaçlanır. Bu çalışmanın amacı; ameliyathanelerde sağlık çalışanlarının el antiseptiği kullanma alışkanlıklarını belirleyerek incelemektir.

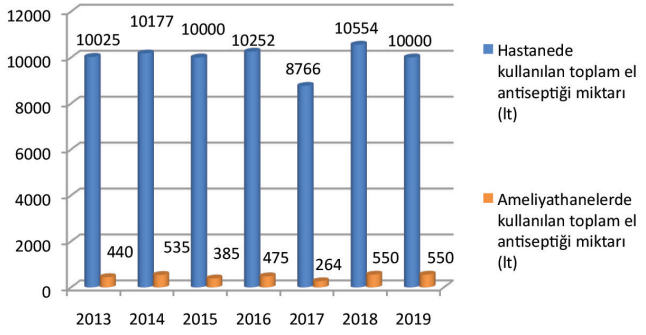
Gereç ve Yöntem: Hastanemiz ameliyathanelerinde 2013-2019 yılları arasında alkol bazlı el antiseptikleri iç istemleri düzenli olarak 3 ayda bir enfeksiyon kontrol komitesi tarafından takip edilmiş ve "kullanılan el antiseptiği miktarı (Lt)/olgu sayısı x1000" formülü ile el antiseptiği kullanım oranları Microsoft Excel programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastanemiz ameliyathanelerinde toplamda 29 ameliyathane odası vardır. Ameliyathanelerde 2013 yılında 440 litre (%4,3) 2014 yılında 535 litre (%5,2) 2015 yılında 385 litre (%3,8), 2016 yılında 475 litre (%4,6)

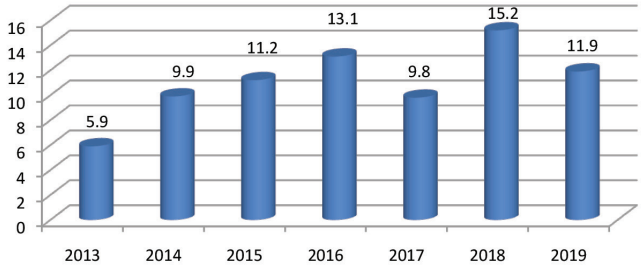
2017 yılında 264 litre (%3) 2018 yılında ise el 550 litre (%5,21) antiseptiği kullanılmıştır. Ameliyathanelerde el antiseptiği tüketim oranları (litre olarak hacim/1000 olgu) 2013 yılında 5,9 lt, 2014 yılında 9,9 lt, 2015 yılında 11,2 lt, 2016 yılında ise 13,1 lt, 2017 yılında 9,8 Lt 2018 yılında 15,2 lt, 2019 yılında ise 11,9 Lt olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Yapılan çalışmada ameliyathanelerde 2016 yılından 2017 yılına el antiseptiği kullanımının 3,3 azaldığı tespit edilmiştir. 2017 yılında hastanemiz ameliyathanelerinde iki ay kadar süren yapım, onarım ve tadilat çalışmaları, el antiseptiği kullanım miktarının düşmesine sebep olarak düşünülmüştür. 2013 yılından 2018 yılına el antiseptiği kullanımının 9,3 arttığı tespit edilmiştir. 2018 yılında depo stokları düzenli olarak takip edilmiş, el hijyeni eğitimleri sıklaştırılmış, gözlem ve denetim çalışmaları devam ettirilerek oran 15,2'ye çıkarılmış ve 2019 yılında 11,9 ile kullanım devam etmiştir. Yapılan gözlemler; ameliyathanelerde cerrahi el hijyenin için hijyenik el yıkamanın hijyenik el ovalamaya tercih edildiğini göstermektedir. Hijyenik el ovalamanın çoğunlukla ameliyathane giriş- çıkışlarında ve anestezi ekibi tarafından tercih edildiği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: El antiseptiği, ameliyathane



Grafik 1. 2013-2019 yılları arasında el antiseptiği kullanım miktarları (litre)



Grafik 2. Ameliyathanelerde 2013-2019 yılları arasında el antiseptiği kullanım oranları (1000 olgu sayısı/litre)

[PS-201]

Portal Ven Trombozu ile Seyreden Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Olgusu

Zafer Parlak, Dilek Yılmaz, Nurten Selin Sobay, Yücel İşbilen

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tokat

Giriş: Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) seyri sırasında bazen beklenmedik komplikasyonlarla karşılaşmaktadır. Burada portal venöz trombozun eşlik ettiği bir KKKA olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen tip 2 diabetes mellitus ve evre 2 kronik böbrek yetmezliği tanıları olan, düzenli olarak pioglitazon ve fluoksetin kullanan 53 yaşında kadın hasta, yaklaşık dört gündür olan bulantı, kusma, ishal, iştahsızlık ve halsizlik şikayetleriyle ilimizdeki başka bir hastanenin acil servisine başvurmuştu. Yapılan laboratuvar incelemelerinde AST: 3,500 U/l, ALT: 2,100 U/l, hepatosplenik portal ven renkli Doppler ultrasonografide portal ve splenik vende tromboz saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize sevk edilmişti. Hasta acil polikliniğimize geldiğinde bilinci açık, oryante, koopere idi. Vital bulguları normaldi. Fizik muayenede her iki akciğerde tüm zonlarda kaba raller dışında patolojik fizik muayene bulgusu yoktu. Laboratuvar incelemede; lökosit sayısı: 5,470/ml, hemoglobin: 14,84 g/dl, trombosit sayısı: 18.700, CRP: 98 mg/ml (0-5), prokalsitonin: 0,85 ng/ml, sedimentasyon: 13, ALT: 2412 U/l, AST: 6491 U/l, alkalen fosfataz: 465 U/l, gama glutamil transferaz: 183 U/l, LDH: 4336 U/l, kreatin kinaz: 501 U/l, total bilirubin: 0,97 mg/dl, direkt bilirubin: 0,2 mg/dl, BUN: 42 mg/dl, kreatinin: 1,83 mg/dl, sodyum: 124 mmol/l, potasyum: 6,12 mmol/l, ferritin: >2,000 ng/ml, INR: 2, PTZ: 26 sn, aPTT: 83 sn, fibrinojen: 75 idi. Hastanın acil serviste bakılan abdominal batın ultrasonografisinde akut portal ven trombozu varlığı teyit edildi. Hasta gastroenteroloji yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Gastroenteroloji kliniğinde herhangi bir kanaması olmayan hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin ve destek tedavisi başlandı. Hasta yatışının ikinci gününde kliniğimize konsülte edildi. Kene teması olmamasına karşın hastada mevcut klinik ve laboratuvar bulgularıyla KKKA varlığı düşünülerek halk sağlığı referans laboratuvarına KKKA PCR, IgM ve IgG çalışılması için serum örneği gönderildi. Hastada purpurik döküntüler dışında aktif kanama yoktu. Hastanın yakınlarından alınan anamneze göre en son dört gün önce ateşi olduğu öğrenildi bu nedenle ribavirin tedavisi önerilmedi. Kan ürünü replasmanı yapıldı. Hastanın KKKA PCR ve ELISA sonucu pozitif sonuçlandı. Hasta yatışının 3. gününde eksitus oldu.

Sonuç: KKKA ile portal ven trombozu birlikteliği bizim bilgilerimize göre literatürde daha önce raporlanmamış bir durumdur. Bunun KKKA'da görülebilen DİK tablosu ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Sunulan olgu ile KKKA gibi bazı klinik durumlarda meydana gelen komplikasyonlar sonucu, beklenmeyen durumların ortaya çıkabileceğine ve hastaya bütüncül yaklaşımın önemine dikkat çekilmek istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kırım-Kongo kanamalı ateşi, portal ven trombozu

[PS-202]

Antiretroviral Tedavide Zorlu Seçim

Sinem Akkaya Işık, Ayça İlbak, Deniz Kakaliçoğlu, Elif Sofuoğlu, Birol Balçın, Derya Özyiğitoğlu, Burak Sarıkaya, Ercan Yenilmez, Rıza Aytaç Çetinkaya, Levent Görenek

İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: HIV enfeksiyonunun yönetiminde, özellikle yaşla ilişkili komorbiditelerle karşılaşan, çoklu ilaçlara ve ilaç-ilaç etkileşimi riskinin artmasına neden olan zorluklarla karşılaşmaktayız.

Olgu: Altmış bir yaşında erkek hasta, preoperatif yapılan tetkiklerinde anti-HIV pozitifliği saptanması üzerine tarafımıza başvurdu. Bilinen romatoid artrit, KAH, HT, benign prostat hipertrofisi, ostium sekundum tipi ASD, multinodüler guatr tanıları olan hastanın klopidogrel, rasuvastatin, NSAI başta olmak üzere çoklu ilaç kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde hastanın genel durumu iyi, vitalleri stabildi. Bilinci açık, oryante, koopere, nörolojik muayenesi doğaldı. Akciğer sesleri dinlemekle doğaldı. S1 pozitif, S2 çiftti, sistolik üfürüm mevcuttu.

Yapılan tetkiklerinde lökosit: 6,23 $10^3/mm^3$, hemoglobin: 11,2 g/dl, platelet: 234,103/mm^3, lenfosit: 1,47 $10^3/mm^3$, HIV-RNA: 371,047 IU/ml, CD4: 768 µl saptandı. PPD: 24 mm olan hastanın çekilen toraks BT'sinde sol akciğer alt lob laterobazalde plevroparankimal sekel bant ve plevra tabanlı 5 mm çapında non-kalsifik nodül görünümü mevcuttu. Bu bulgularla tüberküloz dışlanması ve bronş lavajı alınması amacıyla bronkoskopi planlandı. BAL mikobakteri kültürü ve mikobakteri PCR negatif saptanması üzerine aktif akciğer tüberkülozu dışlandı. PPD yüksekliği nedeniyle hastaya 9 ay süreyle INH profilaksisi planlandı. Hastanın kreatinin yüksekliği ve üriner USG'de renal parankim ekolarında grade 1 artış, sağ böbrek parankim kalınlığı azalması (9 mm) nedeniyle HIVAN ve KBY açısından istenen nefroloji konsültasyonunda HIVAN düşünülmediği, yoğun NSAI kullanımına bağlı kronik vasıflı böbrek yetmezliği düşünüldüğü belirtildi. Hastaya allopurinol 150 mg 1x1 PO ve kolşisin 0,5 mg 1x1 PO tedavisi başlandı. Hastaya çoklu ilaç kullanımı nedeniyle elvitegravir, kobisistat, emtrisitabin ve tenofovir içeren rejim başlanması uygun görülmedi. Kronik böbrek yetmezliği (kreatinin 1,83 mg/dl, EGFR 38 ml/dk/1,73 m^2) olması nedeniyle de, tenofovir disoproksil ve emtrisitabin içeren tedavi verilemedi. Hastanın geçirilmiş MI ve stent uygulanması hikayesi olduğu için ve abakavir tekli preparatı olmaması nedeniyle doz ayarı yapılamadığı için abakavir/dolutegravir/lamivudin içeren rejim başlanamadı. Bu nedenle, hastaya primer tedavi seçenekleri arasında olan dolutegravir 1*50 mg ve lamivudin 1*150 mg tedavisi başlandı. Tedavinin 1. ayında HIV-RNA 1,823 IU/ml'ye geriledi. Hastanın takiplerinde HIV-RNA saptanmadı, CD4 736 (/µl) olarak saptandı.

Sonuç: Çoklu ilaç kullanımı ve komorbiditeleri olan hastalarda ART seçiminde ilaç yan etkilerini değerlendirmek amacıyla hastanın kronik hastalıkları sorgulanmalı, mevcut ilaç etkileşimleri titizlikle kontrol edilmeli ve tedavi yanıtları daha sık takip edilmelidir.

Anahtar Kelime: ART seçimi

[PS-203]

Bruselloz Geçirmek Mesleği ve Beslenmeyi Değiştiriyor mu?

Emine Parlak[1], Demet Ökke[2], Handan Alay[1], Mehmet Parlak[1]

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

[2]Dr. Yaşar Eryılmaz Doğubeyazıt Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ağrı

Giriş: Bruselloz; dünya üzerinde zoonotik hastalıklar arasında en sık görülenidir. Brusellozda pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketimi ve hayvancılık en önemli risk faktörleridir. Bruselloz hastalarında tanı sonrası hayvancılık mesleğini bırakmak ve beslenme alışkanlığındaki değişikliği araştırmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 30 Ekim 2019-25 Şubat 2020 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Dr. Yaşar Eryılmaz Doğubeyazıt Devlet Hastanesi klinik, polikliniklerinde izlenen bruselloz hastaları dahil edildi. Hastaların tanısı; klinik bulgular, serolojik test ve/veya kan kültürü sonuçlarına göre konuldu. Hastalara yüzyüze görüşme yolu ile uygulanan bir anket formu doldurduldu. Veri girişleri SPSS 20 paket program ile yapıldı.

Bulgular: Olguların 55'inin (%51,9) erkek, 51'inin (%48,1) kadın olduğu görüldü. Hastaların ortalama yaşı 44,99±17,15 (18-92) idi. Eğitim düzeyine bakıldığında okuryazar olmayan 48 (%45,3), ilkokul 20 (%18,9), ortaokul mezunu 15 (%14,2), okuryazar olan 12 (%11,3), lise sekiz (%7,5) ve üniversite mezunu olan üç (%2,8) hasta vardı. Hastaların gelir düzeyine bakıldığında 2,000 TL altında olan 76 (%71,7) hasta vardı. Meslekleri hayvancılık (%73,6) ve ev hanımı (%15,1) ağırlıklı idi. Büyük çoğunluğu köylerde (%67,9) ve ilçelerde (%23,6) yaşıyordu. Hasta hayvan temaslı 55 hastada vardı. Semptom sürelerine bakıldığında akut bruselloz 39 (%36,8) olguda, subakut bruselloz 55 (%51,9) olguda tespit edildi. Eklem ağrısı %85,8'inde vardı. Hastalık hakkında bilgi düzeyi çoğunlukla orta (%34,9) ve kötü (%33) idi. Serolojik pozitiflik %97,2'sinde tespit edildi. Wright testi 1/1280 titrede 74 hastada, 1/320 titrede 10 hastada, 1/160 titrede altı hastada ve üç hastada 1/2560 titrede pozitif bulundu. Brusellozun hayvancılık ile bulaştığını söyleyen hasta sayısı 90 (%84,9) idi. Hastaların hepsi peynir tüketiyordu ve peyniri kendisi yapanlar 93 hasta (%87,7) iken dışardan köy peyniri alanlar 22 (%20,8) kişiydi. Yaptığı peyniri hemen yiyen hasta sayısı 40 (%37,7), 2-3 ay bekletenler 31 (%29,2) idi. Hastaların %78,3'ü sütü, %72,6 peynir ve yoğurdu, %71,7'si kaymağı yemeği bıraktığını belirtti. Hayvancılığı bırakanlar dört ve bırakmayı düşünen 36 hasta vardı. Komplikasyon olarak spondilodiskit (%19,8), sakroileit (%9,4), epididimoorşit (%6,6) ve psoas apsesi (%2,8) görüldü.

Sonuç: Bruselloz zoonotik, sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. En büyük risk faktörleri hayvancılık ve kaynatmadan peynir yapımı olarak tespit edildi. Pastörize süt ve süt ürünü tüketimi çok azdı. Hastaların peyniri kaynatmadan yaptığı öğrenildi. Çoğunluğu ekonomik nedenlerle hayvancılığı düşünmelerine rağmen bırakamadığını belirtti.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, hayvancılık, peynir tüketimi

[PS-204]

Kan Kültürlerinde Şişe Sayısının, Kan Hacminin Belirlenmesi ve Sonuca Etkisi

Ayşegül Tuna, Birgül Kaçmaz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Kan kültürü uygulama rehberlerinde bakteremi veya fungemi şüphesi varlığında erişkinlerde iki ayrı venden en az 2-4 adet kan kültür şişesi içine 5-10 ml kan alınması önerilmektedir. Çalışmamızda da erişkin hastalardan alınan kan kültür şişe sayısı ve alınan kan miktarının uygunluğu ve üreme üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya çeşitli kliniklerde yatan erişkin hastalardan alınan ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları laboratuvarına gönderilen kan kültürleri dahil edilmiştir. Hastalardan 24 saat içinde alınan kan kültür şişe sayısı "uygun", "uygun değil" ve alınan kan hacimleri "yetersiz", "uygun", "fazla" olarak değerlendirilmiştir. Üreme sonuçları retrospektif olarak incelenmiş, etken/kontaminasyon ayrımı yapılmıştır. Veri analizi için SPSS 20 paket programı, grupların karşılaştırılması için ki-kare ve Kruskal-Wallis testi kullanılmış, $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 874 hastadan alınan 1,557 adet kan kültürü dahil edilmiştir. İki yüz iki (%13) hastadan tek kan kültürü alındığı, 832 (%53,4) kan kültürü şişesinin yetersiz hacimde kan içerdiği saptanmıştır. Kan kültürlerinin %17,5'inde etken, %8,2'sinde kontaminant mikroorganizmalar üretilmiştir. Kan kültürü şişe sayısı ile mikroorganizmaların üreme oranları karşılaştırıldığında, tek şişeye göre iki şişe kan kültürü alınmasıyla etken mikroorganizmaların, iki şişeye göre tek şişe alınmasıyla kontaminant bakterilerin üreme oranları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Alınan kan hacminin mikroorganizmaların üreme oranları üzerinde bir etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamıza göre, tek kan kültür şişesine göre birden fazla şişenin kullanılması ile etkenin daha fazla oranda üretildiği, etken/

kontaminasyon ayrımının yapılabildiği saptanmıştır. Dolayısıyla kontaminasyonlar önlenemediği sürece kan kültürü alımlarında rehberin önerisi doğrultusunda en az iki adet şişe uygulamasını desteklemekteyiz. Araştırmamızda şişe içine konulan kan hacminin üreme üzerine bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Kültür şişesine uygun olmayan (<5 ml) miktarlarda kan konulduğunda da etken mikroorganizmaların üretilebildiği gösterilmiştir. Dolayısıyla otomatize sistemlerde hastadan alınacak kan miktarının belirlenmesinde hastanın klinik durumu da değerlendirilerek yapılacak olan prospektif ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır. Elde edilecek sonuçlar ile alınacak kan hacmi konusunda rehber önerilerinin yeniden düzenlenmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kan kültür şişe sayısı, kan hacmi, kan dolaşımı enfeksiyonu

[PS-205]

Abdominal Aktinomikoza Bağlı Bir Pankreatit Olgusu

Burak Şeker, Halil Erkan, Nihat Türkan, Alpay Arı, Selma Tosun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Aktinomikoz, anaerop Gram-olumlu bakterilerin neden olduğu kronik, fistül oluşumuna neden olabilen ve yayılabilen bir hastalıktır. İnsanda aktinomikoz olgularının %75-95'i *A. israelii* tarafından oluşturulur. Mukozanın normal endojen florası olan *Actinomyces*'ler, mukoza bütünlüğü bozulmadıkça giriş kapısı bulamazlar. Aktinomikozların servikofasiyal, torasik, abdominal, pelvik, disemine ve merkezi sinir sistemine yerleşen klinik formları vardır. En sık %55 oranla servikofasiyal yerleşimlidir; ortalama %20'si abdominal yerleşimlidir. Bu olgu sunumunda 3. basamak bir hastanede akut pankreatit nedeniyle yapılan endoskopik retrograd kolanjiyo pankreotografi (ERCP) sonucunda saptanan ve histopatolojik inceleme ile pankreas aktinomikozu tanısı konulan bir olgu sunulmuş ve benzer olgularda ayırıcı tanıda akla getirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Olgu: Bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon tanıları olan 57 yaşında kadın hasta ara ara tekrarlayan sırta vuran kuşak tarzında bel ağrısı ile acil servise başvurmuştu. Ek yakınması olmayan hastanın laboratuvar incelemesinde hemoglobin: 14,4 mg/dl, beyaz küre: 10,140 /mm^3, amilaz: 206 U/l, lipaz: 232,6 U/l düzeylerinde saptanmıştı. Fizik muayenesinde epigastrik hassasiyeti de saptanan hasta; laboratuvar ve kliniği üzerine akut pankreatit ön tanısıyla genel cerrahi birimi tarafından yatırılmıştı. Hasta aynı zamanda iki ay öncede akut pankreatit atağı ile takip edilmişti. Hastanın tetkik sürecinde çekilen abdomen MR difüzyon "pankreas kuyruk kökenli pankreatit-ödematöz interstisyal pankreatit" lehine değerlendirilmiş ve ileri inceleme olarak malignite ekartasyonu açısından ERCP önerilmiştir. Hastanın yapılan ERCP'sinde histopatolojik olarak "PAS, Gram ve Grocott methenamin gümüş boyaları ile pozitiflik gösteren aktinomiçese ait olabilecek, filamentöz bakteri kümeleri" olarak değerlendirilmiş olup hasta intraabdominal aktinomikoz tanısıyla kliniğimize nakledilmiştir. Hastanın yatışında başlanan piperasilin-tazobaktam tedavisinin 5. gününde iken değiştirilerek penisilin G 4x6 milyon ünite intravenöz tedavi düzenlendi. Hastanın karın ağrısı şikayetlerinin gerilemesi ve laboratuvar değerlerinin düzelmesi ile penisilin V 1,000 mg 1x1 ile taburcu edildi. Hastanın tedavisi süresi aylık kontrollerine göre karar verildi. Penisilin V tedavisi ile aylık kontrollere çağırılarak tedavisi süresi 16 hafta olarak planlandı.

Sonuç: Abdominal aktinomikoz, başlangıçta sinsi seyreden ve semptomları belirsiz olan nadir bir durumdur. Olguların %65'inde perfore apandisit veya ülser hikayesi vardır. Hastalığın diğer nedenleri arasında divertikülit, enflamatuvar barsak hastalığı, RİA kullanımı, travma, intraabdominal yabancı cisim bulunması ve hastanın cerrahi girişim geçirmiş olması sayılabilir. Akut pankreatit atağı ile başvuran hastamızda neden olarak aktinomikoz saptanmış olup nadir de olsa akut pankreatit ayırıcı tanısında yer alması önem teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pankreatit, aktinomikoz, penisilin V

[PS-206]

Sağlık Bakımı İlişkili Karbapenem Dirençli *Enterobacteriaceae* Bakteriyemisi

Çiğdem Mermutluoğlu[1], Müzeyyen Ay[2], Dilan Baygeldi[3]

[1]Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Diyarbakır

[2]Mardin Kızıltepe Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Mardin

[3]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Karbapenem dirençli *Enterobacteriaceae* (KRE) türleri, sınırlı tedavi seçeneği olan, ciddi mortalite ve morbidite ile seyreden enfeksiyonlara neden olmaktadır. Günümüzde KRE enfeksiyonlarının tedavisinde, kolistin, tigesiklin ve fosfomisin ile bunların kendi aralarında veya karbapenemlerle olan kombinasyonları kullanılmaktadır.

Olgu: Ü.Y. 80 yaşında kadın hasta, üç yıl önce sağ dize protez takılma ve dört ay önce lomber bölgeye fiksatör takılma öyküsü mevcuttu. Belden sağ bacağa yayılan ağrı ve yürümede güçlük şikayeti nedeni FTR kliniğine rehabilitasyon amacı ile yatırılmıştı. Takiplerinde vital bulguları stabildi. Dış merkezde üriner sistem enfeksiyonu nedeni ile siprofloksasin 500 mg tablet alan hastanın dizüri ve sık idrara çıkma şikayeti devam etmesi nedeni ile enfeksiyon hastalıkları görüşü istendi. İdrar mikroskopisi ve idrar kültürü istendi. İdrar mikroskopisinde her alanda 3-4 lökosit görüldü. İdrar kültüründe ise ESBL negatif *E. coli* üremesi nedeni ile seftriakson 2 gr i.v. başlandı. Kontrol idrar kültüründe üreme olmadı. Takiplerinde sedimentasyon ve CRP değerlerinin giderek artması nedeni ile enfeksiyon hastalıkları görüşü tekrarlandı (Tablo 1). Çift kol kan kültürü ve idrar kültürü alınması, lomber bölgede ağrısı olan hastaya spondilodiskitis? açısından kontrastlı lomber ve sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) istendi. Rose-Bengal ve capture testi, TBC PCR ve quantiferon testi istendi. Spondilodiskitis ön tanısı ile ampisilin-sulbaktam 6 gr i.v. başlandı. Sakroiliak MRG sağ psoas apsesi? şeklinde raporlandı. Tedavinin 4. gününde ateş: 38,5 °C, nabız: 120 dk/ritmik, AKB: 100/60 mm/Hg, beyaz küre: 9 bin/mm, sedimentasyon: 83, CRP: 11 ve MRG'de de psoas apsesi olması nedeni ile antibiyotik revizyonu yapılarak meropenem 1 gr flk 3x1 + vankomisin 1 gr flk 2x1 başlandı. Çift kol kan kültüründe KRE (*E. coli*) üredi ve antibiyotik revizyonu yapıldı. Meropenem 3x1 gr flk + amikasin 1x20 mg/kg i.v. (1 saatlik infüzyon) olacak şekilde revize edildi. Takiplerinde ateşi olmayan tedavinin 7. gününde alınan kan kültürleri negatifleşen hastanın psoas apsesine yönelik olarak çekilen kontrol kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde de gerileme olduğu görüldü. Tedavisi 14 güne tamamlanarak hasta şifa ile taburcu edildi (Tablo 1).

Sonuç: KRE kolonizasyonu ve enfeksiyonu gelişen hastalarda risk faktörlerinin değerlendirildiği birçok çalışmada; sağlık bakımı almış olmak ve antibiyotik kullanımı, en önemli risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Elimizdeki en büyük silah, her zaman doğru olduğu bilinen fakat uygulamada her zaman kuralına uygun yürütülemeyen, 'rasyonel antibiyotik kullanım' politikalarıdır.

Anahtar Kelimeler: Antimikrobiyal direnci, karbapenem dirençli *Enterobacteriaceae*, psoas apsesi

[PS-207]

Psoas Apsesi ve Spondilodiskit ile Prezente Olan *Coxiella burnetii* Endokarditi Olgu Sunumu

Ezgi Gizem Şibar, Tuğba Özdemir, Yunus Gürbüz, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Q ateşi, *Coxiella burneti*'nin neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur ve çok çeşitli belirtileri olabilir. Akut enfeksiyonda grip benzeri hastalık, pnömoni, hepatit, akut endokardit ortaya çıkabilirken, kronikleşen enfeksiyonlarda endokardit, miyokardit, vasküler ve kemik-eklem enfeksiyonları görülebilir. *Coxiella* endokarditinin teşhisi zordur ve spesifik olmayan kardiyak bulgulara, periferik bulguların varlığına (karaciğer, böbrek ve dalak tutulumu), serolojik veya moleküler testlere ve görüntülemelere dayanır. Burada nadir görülen *Coxiella* endokarditi olgusundan bahsedilecektir.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 72 yaşında kadın hasta, iki aydır olan bel ve bacağa yayılan ağrı şikayeti ile başvurduğu dış merkezde çekilen lomber manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde L2-L3 intervertebral disk seviyesinde spondilodiskit ve sol psoas kasına uzanım gösteren apse şeklinde yorumlanması üzerine tarafımıza yönlendirilmişti. Hasta Gökçeada'da yaşamakta, ebe emeklisiydi. Hayvancılık uğraşı ve ailede verem öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde ateş: 38,5 °C, lomber bölgede hassasiyet ve mitral odakta 2/6 sistolik üfürüm mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 12.300/mm^3, trombosit 288.000/mm^3, üre/kreatinin: 14/0,5 mg/dl, sedimentasyon: 80 mm/saat, CRP: 97 mg/dl idi. Brusella Rose-Bengal ve serum aglütinasyon testi negatif geldi. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Girişimsel radyoloji tarafından psoas apsesinden örnekleme yapıldı. Materyalin Gram-boyamasında çok sayıda lökosit görüldü, bakteri görülmedi ve kültüründe üreme olmadı. Materyalden gönderilen tüberküloz PCR negatif geldi. Abdomen tomografide dalakta infarkt ve piyelonefrit saptandı. Transtorasik ekokardiyografide (EKO) mitral kapakta 0,5 cm hareketli yapı mevcut olup, ileri mitral yetmezlik gözlendi. Transözefagial ekokardiyografide (TEE) mitral kapak anterior yüzde 1,7 cm'lik, posterior yüzde 0,5 cm'lik vejetasyon saptandı. Hastaya endokardit tanısıyla ampirik seftriakson 2x1 gr ve daptomisin 1x500 mg tedavi başlandı. Tedavinin yedinci gününde nefes darlığı ve göğüs ağrısı gelişen hastanın troponin yüksekliği olması nedeniyle yapılan kontrol EKO'sunda ejeksiyon fraksiyonunun (EF) %60'dan %30'a düştüğü görüldü. Kardiyoloji tarafından akut koroner sendrom tanısıyla anjiyografi yapıldı, koroner yoğun bakımda takip edilmeye başlandı. Hastanın *Coxiella* faz 1 IgG 1/256 pozitif, *Coxiella* faz 2 IgG 1/4,096 pozitif geldi. *Coxiella* endokarditi tanısıyla tedavisine doksisiklin 2x100 mg, hidroksiklorokin 3x200 mg eklendi. İki hafta sonra seroloji tekrarı planlandı. Doksisiklin ve hidroksiklorokin tedavisinin 18 aya tamamlanması planlandı.

Sonuç: Olgumuzda olduğu gibi spondilodiskit/psoas apsesiyle takip edilen hastalarda endokardit mutlaka düşünülmelidir. Kültür negatif enfektif endokardit olguarında etkenin saptanması ve uygun tedavinin verilebilmesi için serolojik yöntemler kullanılmalıdır. Ayrıca olgumuzda görüldüğü gibi nadiren de olsa *Coxiella burnetii*, psoas apsesine de neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Coxiella burnetii*, endokardit, spondilodiskit

[PS-208]

Mevsimsel İnfluenza Hastalarının Değerlendirilmesi

Sabahat Çeken, Aysel Köksal, Duygu Mert, Gülşen İskender, Göknur Yapar Toros, Servet Kölgelier, Mustafa Ertek

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: İnfluenza, ülkemiz gibi güney yarım kürede bulunan ülkelerde her kış değişen şiddette salgınlar yapan, influenza tip A veya B virüsü enfeksiyonundan kaynaklanan akut, ateşli bir hastalıktır. Bu çalışmada Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak takip edilen influenza olguları değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 2018-2019 yılları arasında influenza tanısıyla yatarak takip edilmiş 18 yaş ve üstündeki hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların başvuru şikayetleri, demografik verileri, komorbidite, uygulanan tedavi ve tedavi sonuçları incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 26 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortancası 71 (24-91) idi. Hastaların 17'si (%65,3) 65 yaş ve üstündeydi. Hastaların 14'ü (%53,8) erkekti. Hastalardan hiçbirinin influenza aşısı yoktu. Geliş şikayeti olarak 24 hastanın 38 °C ve üstünde ateşi vardı. Hastaların 16'sında öksürük, dokuzunda balgam, 11'inde nefes darlığı, yedisinde baş ağrısı, yedisinde kas ağrısı, dördünde mide bulantısı, üçünde burun akıntısı, ve ikişer hastada boğaz ağrısı, halsizlik ve bilinç bulanıklığı mevcuttu. Hastalarda en sık görülen komorbiditeler malignite (%50) diabetes mellitus (%34,6), hipertansiyon (%23), koroner arter hastalığı (%19,2) ve kronik obstruktif akciğer hastalığı (%15,3) idi. Yirmi hastanın (%76,9) PA akciğer grafisinde infiltrasyon mevcuttu, bunların 14'ü (%53,8) bilateral idi. On yedi (%65,3) hastada interstisyel tutulum, üç (%11,5) hastada diffüz konsolidasyon, bir (%3,8) hastada lober tutulum, üç (%11,5) hastada efüzyon mevcuttu. Hastaların 23'üne (%8,4) ilk 48 saatte oseltamivir başlanmıştı. Yirmi (%76,9) hastaya antibiyotik tedavisi de verildi. Sekiz (%30,7) hasta yoğun bakımda takip edildi. Üç hasta (%11,5) kaybedildi. Ölen hastaların yaş ortancası 71 (48-77) idi ve altta yatan maligniteleri mevcuttu (ikisine hematolojik malignite, birinde interstisyel akciğer hastalığı ve romatoid artrit).

Sonuç: İnfluenza, özellikle yaşlı ve altta yatan hastalığı olan kişilerde morbidite ve mortaliteye neden olan bir hastalıktır. Bu çalışmada yatırarak tedavi ettiğimiz hastalar incelendiğinden, mortalite oranı %11,5 gibi yüksek bir orandadır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, mortalite

[PS-210]

Torasik Cerrahi Sonrası *S. sanguinis* Etkeni ile Gelişen Apse Olgusu

İsmail Eren Polat[1], Sevda Özdemir Al[2], Uğur Kostakoğlu[2], Ayşe Ertürk[2], İlknur Esen Yıldız[2], Nuray Arslan[3], İlkay Bahçeci[3]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize

[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

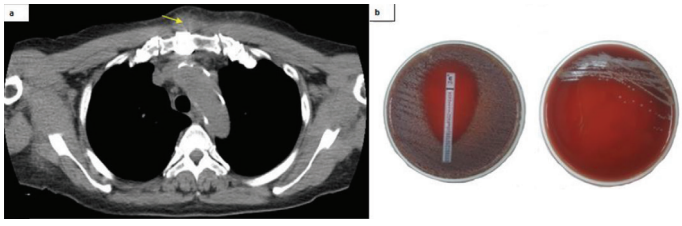
[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Apse torasik cerrahi prosedürlerin postoperatif bir komplikasyonu olarak ortaya çıkar ve kontrol altına alınamazsa mediastinite ilerleyebilir. Yetişkinlerde postoperatif apse ve mediastinit gelişimi için risk faktörleri arasında geçirilmiş kardiyotorasik cerrahi öyküsü yer almaktadır. Bu enfeksiyonlarda *Staphylococcus aureus* en sık izole edilen patojen olsa da, çok çeşitli bakteriyel organizmalar etken olabilir. Torasik cerrahi sonrası gelişen apsede *Streptococcus sanguinis*'in etken olduğu olgumuzu sunduk.

Olgu: Altmış dokuz yaşında kadın hasta, bir haftadır göğüs ön duvarında geçirilmiş bypass skarı üzerinde başlayan şişlik ve göğüs ağrısı yakınması ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde iki ay önce kardiyak bypass operasyonu, iki yıl önce aort diseksiyonu operasyonu ve hipertansiyon tanıları mevcuttu. Fizik muayenede genel durum orta, bilinç açık, oryante koopere, vücut sıcaklığı: 36,5 °C, kan basıncı: 130/80 mmHg, nabız: 75 atım/dk, solunum sayısı: 14/dk saptandı. Sternumda geçirilmiş cerrahi skarın üzerinde orta hatta yaklaşık 4x3 cm ebatlarında yumuşak kıvamlı, mobil, ağrılı bir şişlik mevcuttu. Diğer sistem bakıları doğaldı. Tetkik sonuçları beyaz küre: 7,2 10^3/ul, nötrofil: %80, hemoglobin: 9,5 g/dl, hematokrit %30, platelet: 298 10^3/ul, C-reaktif protein: 72,8 mg/l, sedimentasyon: 58 mm/saat, INR: 1,05 idi. Hastanın yapılan toraks bilgisayarlı tomografisinde manubrium sterni düzeyinde deri altı yumuşak dokuda 3x2 cm boyutunda lokule sıvı izlendi bu düzeyde ön mediastende yağ dokuda hafif kirlenme izlendi (Şekil 1a). Hastaya apse, hematom ön tanıları ile kalp ve damar cerrahisi kliniği tarafından drenaj yapıldı. Gram-boyamasında Gram-olumlu kok, bol parçalı lökositler görüldü ve apse, mediastinit ön tanılarıyla servisimize yatırıldı. Kültürlerin alınmasını takiben olası nozokomiyal etkenlere yönelik vankomisin ve sefepim tedavileri başlandı. Apse kültüründe *Streptococcus sanguinis* üremesi saptandı (Şekil 1b). Penisilin E test: 0,032 mg/l saptandı ve ampisilin sulbaktam tedavisine geçildi. Antibiyoterapi sırasında girişimsel radyoloji ile boşaltıcı işlem uygulandı ve alınan materyalin kültüründe üreme olmadı. Takipleri sırasında tedavinin 8. gününde drenaja rağmen lezyonun nüks ettiği görüldü. Göğüs cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi ile tekrar değerlendirilen hastada osteomiyelit, mediastinit ön tanıları düşünülerek cerrahi işlem gerekliliği nedeni ile bypass operasyonu olduğu dış merkeze yönlendirildi.

Sonuç: Torasik cerrahinin postoperatif komplikasyonları arasında enfeksiyonlar da önemli bir yer tutar. Normal florada bulunan viridans grubu bir streptokok olan *Streptococcus sanguinis* gibi nadir etkenler ile de apse gelişebileceği ve etkeni izole etmenin tedavide önemli olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Apse, postoperatif komplikasyon, *Streptococcus sanguinis*



Şekil 1. a) Manubrium sterni düzeyinde deri altı yumuşak dokuda 3x2 cm boyutunda lokule sıvı, deri altı yağ dokuda hafif kirlenme, b) kanlı agarda alfa hemoliz yapan *S. sanguinis* üremesi, penisilin E test plağı

[PS-211]

Diz Ekleminde *Candida* Üreyen Protez Enfeksiyonu Olgusu

Şua Sümer, Nazlım Aktuğ Demir, Onur Ural, Şeyma Çifci

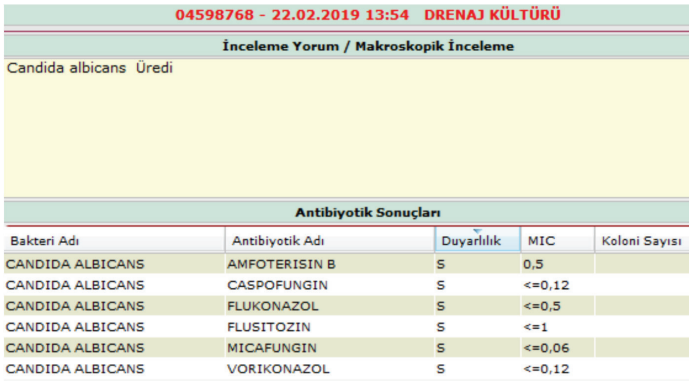
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Mantar protez eklem enfeksiyonlarının, tüm protez enfeksiyonu olgularının <%1'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir ve *Candida* türleri de bu olguların en az %80'inde etkendir. Bu poster sunumunda diz ekleminde *Candida albicans* üremesi olan bir protez enfeksiyonu olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 72 yaşında erkek hasta, dış merkezde gonartroz nedeniyle sağ dizine yönelik total diz protez operasyonu olmuştu. Bu olaydan yaklaşık beş ay sonra dış merkezde protez enfeksiyonu nedeniyle takip ve tedavi edilmişti. Protez değiştirilerek antibiyotikli spacer konulmuştu. İmipenem, teikoplanin ve rifampisin tedavileri verilmişti. Klinik ve laboratuvar olarak yanıt alınamayan hasta hastanemize sevk edilmişti. Hastanemizde ortopedi kliniği tarafından enfekte spacer değiştirilerek yeni spacer konulmuştu. Ameliyat esnasında kültürleri gönderilmişti. Tarafımıza danışılan hastaya meropenem 3x1 gr ve daptomisin 1x450 mg tedavileri başlandı. Hastanın tedavisinin 25. gününde tedavi yanıtı olmaması nedeniyle ortopedi ile görüşüldü. Ortopedi tarafından antibiyotikli spacer değiştirilerek yeni antibiyotikli spacer konuldu. Operasyon esnasında kültür gönderildi. Tarafımızca meropenem tedavisi durduruldu, daptomisin tedavisine devam edildi. Moksifloksasin 1x400 mg ve tigesiklin 100 mg yükleme sonrası 2x50 mg idame tedavisi başlandı. Operasyon esnasında gönderilen kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın tedavi süreleri tamamlanarak ortopedi tarafından total diz protezi revizyon ikinci aşama operasyonu yapıldı. Tedavileri durdurularak taburcu edildi. Hasta taburcu olduktan sekiz gün sonra sağ dizde şişlik, ağrı şikayetleri ile ortopedi polikliniğine başvurmuştu. Ortopedi tarafından protez enfeksiyonu düşünülerek operasyona alınmıştı. Eklem debritman işlemi yapılmıştı. İntraoperatif kültürleri gönderilmişti. Tarafımıza danışılan hastaya antibakteriyel tedavileri başlandı. Tedavinin 5. gününde operasyon esnasında gönderilen üç kültürde de *Candida albicans* üremesi olması üzerine tarafımıza danışıldı. Hastanın antibakteriyel tedavileri durdurularak, kaspofungin 1x70 mg yükleme sonrası 1x50 mg idame tedavi başlandı. Takipte servisimizde 30 gün kaspofungin tedavisi verildi. Sonrasında posakonazol 2x300 mg yükleme sonrası 1x300 mg idame tedavi ile taburcu edilerek toplamda 1,5 ay tedaviye devam edildi. Hastanın toplam tedavi süresi yaklaşık olarak 2,5 aya tamamlandı. Şikayeti olmayan hasta ortopedi polikliniğinde sorunsuz şekilde takip edilmektedir.

Sonuç: Mantar protez eklem enfeksiyonlarının tedavisinde ekinokandinler, geniş spektrumlu fungisidal aktiviteleri, biyofilm penetrasyonu ve güvenlik profili nedeniyle ilk seçenektir. Biz bu poster sunumunda protez enfeksiyonunda etkenin mantar da olabileceğini unutmamamız gerektiğini, operasyon esnasında kültür alınması gerekliliğini ve mantar ilişkili protez enfeksiyonlarında etkili ve uzun süre antifungal tedavi verilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: *Candida albicans*, eklemde mantar enfeksiyonu, protez enfeksiyonu



04598768 - 22.02.2019 13:54 DRENAJ KÜLTÜRÜ

İnceleme Yorum / Makroskopik İnceleme

Candida albicans Üredi

Antibiyotik Sonuçları

Bakteri Adı	Antibiyotik Adı	Duyarlılık	MIC	Koloni Sayısı
CANDIDA ALBICANS	AMFOTERISIN B	S	0,5	
CANDIDA ALBICANS	CASPOFUNGIN	S	<=0,12	
CANDIDA ALBICANS	FLUKONAZOL	S	<=0,5	
CANDIDA ALBICANS	FLUSITOZIN	S	<=1	
CANDIDA ALBICANS	MICAFUNGIN	S	<=0,06	
CANDIDA ALBICANS	VORIKONAZOL	S	<=0,12	

Şekil 1. Hastanın drenaj kültür sonucu

[PS-212]

Diyabetik Ayak Enfeksiyonu ile Takip Edilen Hastalarda Hiperbarik Oksijen Tedavisinin Ampütasyon Üzerine Etkisi

Burcu Çalışkan Demirkıran, Cumhur Artuk, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Her diyabet hastasının yaşamı boyunca %12-25 oranında diyabetik ayak ülseri (DAÜ) gelişme riski bulunmaktadır. DAÜ, hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına, tedavi maliyetinin ciddi düzeyde yükselmesine, alt ekstremite ampütasyonlarına ve mortalite artışına neden olur.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2017-Aralık 2019 tarihleri arasında diyabetik ayak enfeksiyonu (DAE) tanısıyla takip edilen hastalar geriye dönük incelendi. Hastaların demografik özellikleri, yara kültürlerinde tespit edilen mikroorganizma, aldığı antibiyoterapi, hiperbarik oksijen tedavisi alma durumu ve tedavi sonu ampütasyon durumları kayıt edildi.

Bulgular: Toplam 92 hastada 100 DAE atağı tespit edildi. Hastaların medyan yaşı 61 (43-85) idi ve 64'ü (%69,5) erkekti. DAÜ Wagner sınıflamasına göre sekizi (%8) evre 2, 36'sı (%36) evre 3, 48'i (%48) evre 4, sekizi (%8) evre 5 idi. Alınabilen 33 doku kültürünün 11'inde (%33,3) Gram-olumlu etken, yedisinde (%21,2) Gram-olumsuz etken, ikisinde (%6) mantar ve sekizinde (%24,2) çoklu mikroorganizma üremesi tespit edildi. Gram-olumlu etkenlerin çoğunluğunu streptokoklar oluşturmaktaydı (n=5/%45,4). Gram-olumsuz etkenlerde ise *P. aeruginosa*, *P. mirabilis* ve *E. coli* eşit oranlarda (%28,5) tespit edildi. DAE tedavisinde 40 olguda (%40) monoterapi tercih edilmiş ve çoğunluğunu (n=33/%82,5) piperasilin tazobaktam oluşturmaktaydı. Kombine tedavide de sıklıkla beta-laktam ve glikopeptid grubu antibiyotikler tercih edilmişti. Toplam ampütasyon önerilen olgu sayısı 44 (%44) ve yapılan ampütasyon 38 (%38) idi. Ampütasyonların 21'i (%55,2) majör ampütasyon grubundaydı (19 diz altı, 2 diz üstü). Hiperbarik oksijen tedavisi alan ve almayan grup; cinsiyet, yaş ve ampütasyon açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: DAE'lerinde tedavide antibiyoterapinin yanında iyi bir yara bakımı, revaskülarizasyon, metabolik kontrol, yaranın yükten korunması, debridman ve diğer cerrahi girişimler de önem taşımaktadır. Ampütasyon son çare olup seçilmiş olgularda ampütasyonu engellemek ya da geciktirmek amacıyla çeşitli alternatif tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. Hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) de alternatif tedaviler arasında bulunmakta olup 2-3 atmosfer basınç altında %100 oksijen solunması sonucu antihipoksik, antiödem etkisi ile yara iyileşme süresini kısalttığı, iyileşme oranını artırdığı ve ampütasyon oranlarını azalttığı belirtilmektedir. Merkezimizde daha çok Wagner evrelemesine göre ileri evre olan hastalar takip edildiği için HBOT'nin erken evre DAE'lerinde daha çok fayda sağladığını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak enfeksiyonu, hiperbarik oksijen tedavisi, ampütasyon

Tablo 1. Hiperbarik oksijen tedavisi alan ve almayan grubun yaş, cinsiyet, yara evrelemesi ve ampütasyon açısından karşılaştırılması

	HBOT alan (n=48)	HBOT almayan (n=52)	p*
Yaş	61 (43-85)	61 (29-85)	0,39
Cinsiyet (E/K)	35/13	33/19	0,31
Wagner sınıflaması	3,5±0,7	3,6±0,7	0,85
Ampütasyon (n/%)	22/45,8	22/42,3	0,72

*İstatistiksel analizde ki-kare ve Mann-Whitney U kullanılmıştır.

[PS-214]

Travma Sonrası Gelişen Spondilodiskit Olgusu

Tunahan Ayaz, Gülden Yılmaz, Ümit Savaşçı, Cumhur Artuk, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Spondilodiskit; intervertebral disk ve komşu vertebraların alt ve üst platolarında enflamasyon ile karakterize bir hastalıktır. Spondilodiskit için patojen mikroorganizmanın vertebraya yayılımı; endojen olarak hematojen yolla, ekzojen olarak vertebra cerrahisi veya travma gibi durumlarda inokülasyonla veya komşu yumuşak doku enfeksiyonu aracılığıyla olabilir. Avrupa'da spondilodiskitin en yaygın bakteriyel nedeni *Staphylococcus aureus*'tur, ancak tüberküloz spondilodiskiti dünya çapında en yaygın görülen tiptir.

Olgu: Otuz altı yaşında erkek hasta iki yıl önce lomber bölgeden kesici-delici alet ile yaralanmış olup dış merkezde yara yeri primer sütürasyon ile kapatılmıştı. Yaralanmadan bir yıl sonra bel ağrısı şikayeti başlayan hasta, dış merkez tetkiklerinde manyetik rezonans (MR) görüntülerinde L4 seviyesinde spondilodiskit tespit edilerek teikoplanin tedavisi başlanmıştı. On dört günlük tedavi sonrası hasta sodyum fusidat ve siprofloksasin tedavileri ile taburcu edilmişti. Tedavinin ikinci ayında bel ağrısı şikayetinde gerileme olmasına rağmen kontrol lomber MR'da L4 seviyesindeki lezyonda gerileme olmaması üzerine hastaya vertebra biyopsisi yapılmıştı. Biyopsi materyalinden istenen doku kültüründe bakteri izole edilmemişti. Tedavinin dördüncü ayında üst ekstremitelerde makülopapüller döküntü gelişen hastanın tedavileri kesilmiş. On beş gün sonra hastanın döküntüleri gerilemesine rağmen bel ağrısı şikayeti tekrar başlamıştı. Hastaya tekrar lomber MRG çekilmiş, L4'de osteomiyelitle uyumlu görünüm devam etmekte beraber L3-L4 düzeyinde sağda psoas kası medialinde 55x25x50 mm boyutlarında kolleksiyon alanı izlenmişti. Bu sonuçlarla kliniğimize başvuran hasta takip ve tedavi amaçlı yatırıldı. Başvurusundaki kan tetkiklerinde lökosit sayısı: 4.200 hücre/l, CRP: 45 mg/l, ESH: 33 mm/saat olarak saptandı. Hastaya ampirik olarak piperasilin-tazobaktam ve teikoplanin tedavisi başlandı. Tedavinin onuncu gününde CRP: 122, ESH: 70 olan hasta için girişimsel radyoloji ile görüşülerek psoas apsesinden drenaj yapıldı. Drenaj materyalinden istenen tetkiklerde *Mycobacterium tuberculosis* polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) pozitif olarak sonuçlandı. Hastaya izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid tedavileri başlandı.

Sonuç: İleri yaşla birlikte ortaya çıkan komorbid bozukluklar ve dejeneratif hastalıklar veya vertebra cerrahisi öyküsü olanlarda spondilodiskit sıklığı

artmaktadır. MR, spondilodiskiti tespit etmek için yapılan görüntüleme çalışmalarında altın standarttır; ayrıca spondilodiskit, disk dejenerasyonu veya neoplazi için şüpheli bulgular arasında bir ayrım yapılmasını sağlar. Tüberküloz osteomiyeliti en sık vertebraları tutmakla beraber genellikle alt torakal ve üst lomber bölge tutulumu gözlenir. Non-spesifik semptomlar nedeniyle tanı sıklıkla gecikmektedir. Özellikle ampirik antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen olgularda tüberküloz osteomiyeliti mutlaka ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, tüberküloz

[PS-215]

Serratia marcescens'e Bağlı Gelişen Geç Dönem Protez Enfeksiyonu: Literatürdeki İlk Olgu

Ali Ilgın Olut[1], Gökhan Karahan[2], Özge Mercan[1], Taşkın Altay[2]

[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

[2]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İzmir

Giriş: Protez ilişkili eklem enfeksiyonları (PE) protez eklem implantasyonunun en ciddi komplikasyonlarından biridir. Yaşam süresinin uzaması ve kolaylaşan tekniklere bağlı protez uygulamasının artması, yaşlı ve yüksek riskli hastaların da operasyona alınabilmesi sonucu PE oranı yıllar içinde artış göstermektedir. İmplantasyondan sonra semptomların başlangıç zamanına göre; erken başlangıç (cerrahi sonrası <3 ay), gecikmiş (cerrahiden sonraki 3-24 ay) ve geç başlangıç (cerrahiden sonra 24 ay) olmak üzere üçe ayrılır. Erken ve gecikmiş enfeksiyonlarda etkenler implantasyon sırasında mikroorganizmaların kolonizasyonu sonucu oluşurken geç dönem enfeksiyonları başka bir enfeksiyon odağından hematojen yayılım sonucu gelişir. Gram-olumsuz bakteriler tüm dönemler için ortalama %10 PE'den sorumludur ve *Serratia*'lara bağlı eklem enfeksiyonları oldukça nadir olarak bildirilmiştir. Literatürde bulunan iki PE olgusu da erken dönem protez enfeksiyonlarına aittir. Protez operasyonundan 10 yıl sonra ortaya çıkan *Serratia marcescens*'e bağlı PE literatürdeki ilk olgu olduğu için sunulmuştur.

Olgu: Sağ diz protezi 10 yıl önce uygulanan 81 yaşındaki kadın hasta eklemde ağrı şikayeti ve protez gevşemesi ile ortopedi kliniğine başvurmuştur. CRP: 36 mg/l, ESR: 54/saat, ponksiyon sonrasında eklem sıvısında (ES): 20.000 lökosit/mm^3, Gram-boyamasında Gram-olumsuz basiller saptanması üzerine imipenem 4x500 mg/gün i.v. tedavi başlanmıştır. Hastanın alınan ES kültüründe *Serratia marcescens* üremesi kinolonlara duyarlı olduğu için tedavi siprofloksasin 2x400 mg/gün i.v. olarak revize edilmiştir. Hastaya sekiz hafta i.v. tedavi sonrası protez revizyonu uygulanmış sonrasında altı aylık kontrollerinde enfeksiyon bulgusu saptanmamıştır.

Sonuç: Geç dönem PE'leri mikrobiyolojisi erken ve gecikmiş dönemlere göre farklılık göstermektedir. Aerobik Gram-olumsuz basiller erken dönem enfeksiyonlarında etken mikroorganizmanın implantasyon sırasında edinilmiş olması sebebiyle %24'e varan sıklıkta rapor edilmiştir. Geç dönem enfeksiyonlarda ise bu oran %5'in altındadır. Olgumuzun özelliği literatürde *Serratia marcescens*'in etken olarak izole edildiği ilk geç dönem PE olgusu olmasıdır. Hastanın anamnezinde altı hafta önce idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle tedavi gördüğü öğrenilmiştir. Hastanın kültür sonucu olmamakla birlikte hematojen yayılımla oluşan geç dönem PE'nin idrar yolları kaynaklı olabileceği düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Serratia marcescens*, geç dönem protez enfeksiyonu

[PS-216]

Mesleksel Maruziyet Sonucu Gelişen Bruselloz Olgusu

Tunahan Ayaz, Hasan Yonca, Aysun Yalçı, Cumhur Artuk, Hanefi Cem Gül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Bruselloz dünyadaki en yaygın zoonotik hastalıklardan biri olup, hafif belirtilerden ağır klinik tablolara kadar değişebilen, akut veya kronik seyredebilen, belirti ve bulguları spesifik olmayan ve birçok hastalığı taklit edebilen sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Akut hastalık genellikle ateş, gece terlemesi, artralji, miyalji, sırt ağrısı, kilo kaybı, yorgunluk, baş ağrısı, şikayetleriyle başlar. İnsanlara esas olarak pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinden, enfekte hayvanın plasentasıyla direkt temas ve solunum yoluyla bulaşabilir. Kasaplar ve veterinerler bulaş riskinin yüksek olduğu meslek grubudur.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın hasta polikliniğimize bir aydır devam eden yüksek ateş, halsizlik, bel ve sırt ağrısı şikayetleriyle başvurdu ve hasta ateş etiyolojisi araştırma amaçlı hospitalize edildi. Ateş şikayetinin günde bir kez ve gece olduğu, terlemenin eşlik ettiği öğrenildi. Anamnezinde; hastanın mesleğinin veterinerlik olduğu, yakın zamanda herhangi bir il dışı seyahat hikayesi olmadığı, köy sütü veya köy peyniri kullanımı olmadığı, işi gereği hayvanlarla yakın temas hikayesi olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde batın sağ lomber bölgede hassasiyet dışında patoloji saptanmayan hastanın ilk laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı: 4.300 hücre/l, eritrosit sedimentasyon hızı: 25 mm/saat, C-reaktif protein: 28 mg/l saptandı. Ateş etiyolojisine yönelik istenen tetkiklerinde Rose Bengal *Brucella* tarama testi pozitif saptandı. Hastanın hikayesi tekrar sorgulandığında bir yıl önce hayvan aşılamaları esnasında gözüne aşı teması şüphesi olduğu öğrenildi. Hastadan istenen Wright *Brucella* tüp aglütinasyon testi titresi 1/160 pozitif olarak sonuçlandı. Hastaya rifampisin, doksisiklin ve gentamisin tedavileri başlandı. İki haftalık gentamisin, altı haftalık rifampisin ve doksisiklin tedavilerinin ardından tekrar poliklinik kontrolüne başvuran hastanın şikayetlerinin gerilediği görüldü.

Sonuç: Ateş etiyolojisi araştırılan hastalarda meslek, köy sütü, köy peyniri kullanımı, hayvan teması öyküsü mutlaka sorgulanmalı, şüpheli olgularda bruselloz mutlaka ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir. Kasaplar, hayvan çiftliklerinde çalışanlar, veterinerler, hayvancılık yapan aile bireyleri kontamine materyal ile doğrudan temas, yaralanma sonucu bulaş ya da tozların inhalasyonu ile enfekte olabilirler. Mikrobiyoloji laboratuvarlarında yüksek maruziyet riski, temel serolojik testler ve maruziyet sonrası profilaksiyi gerektirir. Doksisiklin ve rifampisin üç hafta süreyle veya *B. abortus* RB51 suşuna maruziyet varsa bu suş rifampine dirençli olduğundan sadece doksisiklinle profilaksi yapılmalıdır. Brusella aşı kazalarının yönetimi ise tam antibiyotik tedavisi ve serolojik testlerin düzenlenmesini gerektirir.

Anahtar Kelime: Bruselloz

[PS-217]

Campylobacter fetus Bakteriyemili Bir Olgu

Arzu Tarakçı, Esma Eroğlu, Fatma Çölkesen, Şule Özdemir Armağan, Fatma Kacar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: *Campylobacter* spp. gastroenterit ve bakteriyemiye yol açan Gram-olumsuz basillerdir. *Campylobacter* fetus; ilk olarak fötal enfeksiyonlarda izlendiği için bu adı almıştır. *Campylobacter*'lere bağlı sistemik enfeksiyonlar çoğunlukla *C. fetus* ile izlenir. Gastroenterit ile başvuran ve kan kültüründe *C. fetus* üreyen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş yaşında mülteci erkek hasta iki gün önce başlayan ishal, bulantı, kusma, ateş, halsizlik şikayeti ile yakınları tarafından acil servise getirildi. Oral alımı sıkıntılı olan, enflamatuvar parametreleri yüksek olan hasta enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen diyare ve gastroenterit tanısı ile servisimize yatırıldı. Muayenede genel durum orta-iyi, ateş: 38 °C, TA: 100/70 mm/hg, nabız: 80/dk, bilinç açık, oryante, koopere, baş-boyun muayenesi doğal, solunum sesleri bilateral doğal, ral, ronkus yoktu. Batında palpasyonda hassasiyet mevcuttu, barsak sesleri hiperkinetik olup, defans, rebound saptanmadı. Ense sertliği, Brudzinski negatifti. Laboratuvar testlerinde, beyaz küre: 9,28/mm^3 (%74,5 nötrofil), CRP: 68 mg/l, üre: 51 mg/dl, kreatinin: 1,94 mg/dl. hastanın kan kültürü, gaita kültürü, gaita mikroskobisi, istendi. Gaita mikroskobisinde: her alanda 15-20 eritrosit, 4-5 lökosit ve *Entamoeba coli* kistleri görüldü. hastaya seftriakson 2*1 g+ metronidazol 3*500 mg başlandı ve semptomatik tedavi ile destek sağlandı. Takipte 2. günde hastanın ateşi düştü, enflamatuvar parametreleri geriledi. Gaita kültüründe üreme olmadı. İshali düzelen hasta tedavinin 5. gününde tedavisi evde devam etmek üzere taburcu edildi. Taburculuk sonrasında hastanın bir set kan kültüründe identifiye edilemeyen üreme tespit edildi. İzolat identifiye edilmek üzere Türk Halk Sağlığı Referans Laboratuvarı'na gönderildi. MALDI-TOF MS (Bruker, Microfile) yöntemi ile üreyen mikroorganizma *Campylobacter* fetus olarak tanımlandı. Mikroorganizmanın standardize edilmiş antibiyogramı bulunmamaktaydı. *Campylobacter* nedeni ile gelişen enterit tablosunda ilk seçenek eritromisindir. Diğer seçenekler; tetrasiklin ve florokinolonlardır. İzolatların çoğu penisilin, sefalosporin ve sulfonamidlere dirençlidir. Fakat olgumuzda seftriakson+metronidazol tedavisi ile klinik ve laboratuvar yanıt alındı. Poliklinik kontrolünde hastanın şikayetlerinin tamamen gerilediği görüldü.

Sonuç: *Campylobacter* enteritlerinde klinik tablo genellikle kendini sınırlar. Semptomlar bir hafta ya da daha uzun sürebilir. Bazı hastalarda *Campylobacter* fetüse bağlı bakteriyemi görülebilir. Bu olgularda antibiyotik tedavisi gerekir. Hastanemizde gaita kültüründe özellikle *Salmonella* ve *Shigella*'ya yönelik tanımlama yapılabilmektedir. Bu nedenle hastanın gaita kültüründe patojen mikroorganizma tespit edilememiş ancak kan kültüründe ileri laboratuvar inceleme yöntemleri ile etken patojen identifiye edilmiştir. Ülkemizde sık rastlanan gastroenterit etkenlerinden *Salmonella* ve *Shigella* ile beraber *Campylobacter*'e yönelik gaita kültür yöntemleri rutinleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Campylobacter* fetus, bakteremi, enterit

[PS-218]

Kronik İntestinal Cryptosporidiosis ile Prezente Olan AIDS Olgusu

Aliye Baştuğ[1], Ömer Aydos[1], Servet Güreşçi[2], Hürrem Bodur[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

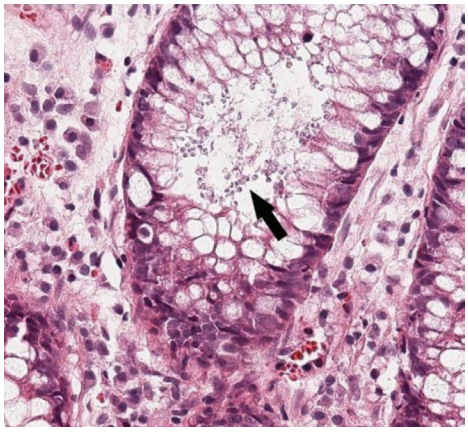
[2]Ankara Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *Cryptosporidium* özellikle gastrointestinal sistem enfeksiyonlarına neden olan hücre içi bir protozoondur. AIDS hastalarında *Cryptosporidium* spp.'ye bağlı ishal genellikle ek bir ajana ihtiyaç duyulmadan antiretroviral tedavi (ART) ile immün durumun düzelmesine bağlı gerilemektedir. Bu raporda ART ile başarılı bir şekilde tedavi edilen *Cryptosporidium* ishali olan AIDS olgusu irdelenmiştir.

Olgu: Otuz altı yaşında erkek hasta, son üç aydır günde 30 kez olan ishal şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde anti-HIV testi pozitif saptanan hastanın; son üç ay içerisinde yaklaşık 20 kg kaybı olduğu, bol miktarda, sulu vasıfta ve kramp tarzında karın ağrısının eşlik ettiği ishali olduğu öğrenildi. Gaita mikroskopisinde; eritrosit, lökosit ve kist görülmedi. Hastanın Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na gönderilen gaita örneğinde *Cryptosporidium* antijeni (DFA/ELISA) pozitif ve modifiye ARB incelemesinde *Cryptosporidium* spp. saptandı. İki hafta öncesinde aynı nedenle başvurduğu dış merkezde yapılan kolonoskopik biyopsisinin *Cryptosporidium* koliti ile uyumlu olduğu görüldü (Şekil 1). Laboratuvar tetkiklerinde; HIV-RNA: 520,000 kopya/ml, CD4: 20 mm^3, CD8: 1,150 mm^3, CD4/CD8: 0,01 saptandı. Hastaya ivedilikle TMP-SMX profilaksisi ve ART başlandı. Hastanın direnç ve HLA testlerinin sonuçlanması beklenemediği için, hem direnç bariyeri yüksek olması hem de abakavir içermemesi nedeniyle, "tenofovir disoproksil fumarat+emtrisitabin+dolutegravir" kombinasyonu ile tedaviye başlandı. ART tedavisinin 28. gününde ishali geriledi. Taburculuk sonrası 1. ay kontrolünde herhangi bir şikayeti olmayan hastanın tetkiklerinde CD4: 117 mm^3, CD8: 577 mm^3, CD4/CD8: 0,20, HIV-RNA: 793 kopya/ml saptandı.

Sonuç: Kronik intestinal kriptosporidiyoz (>1 ay) AIDS tanımlayıcı hastalıklar arasındadır. CD4 <100 mm^3 olan ve kronik ishal ile başvuran olgularda CMV, Microsporidium ve *Cryptosporidium* spp. gibi ajanların araştırılması gerekmektedir. Gaita veya dokuda; immünofloresan, asit fast boyama, *Cryptosporidium* antijeni veya PCR pozitifliği ile tanı konabilmektedir. *Cryptosporidium* enfeksiyonu sağlıklı bireylerde kendini sınırlayan bir enfeksiyon olmakla beraber, HIV enfeksiyonu gibi immünosüpresyona neden olan durumlarda oldukça ağır seyredebilir. AIDS hastalarında ART'nin ivedilikle başlanması hastaların immün durumunun düzelmesini ve böylece semptomların gerilemesini sağlamaktadır. Nitazoksanid veya paromomisin ART'ye ek olarak tedavide kullanılabilecek ajanlar arasındadır.

Anahtar Kelimeler: AIDS, *Cryptosporidium*, HIV



Şekil 1. Kolon kript epiteli yüzeyinde gruplar halinde mikroorganizmalar görülmektedir (HEx20)

[PS-219]

HIV ile Enfekte Olguda Oküler Toksoplazmoz Tedavisinde Kullanılan Primetamin Alerjisi

Merve Kaplan[1], Asuman İnan[1], Serpil Erol[1], Sevcan Balcı[2], Saliha Ayan[1], Ayşegül Akkol Çamurcu[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: *Toxoplasma gondii* HIV ile enfekte olgularda ciddi fırsatçı enfeksiyonlara sebep olan bir parazittir. Toksoplazmoz sıklıkla santral sinir sistemine ait bulgularla ortaya çıkar, ekstraserebral bulgular da gözlenebilir. HIV ile enfekte hastalarda oküler tutulum, en sık görülen ekstraserebral toksoplazmoz manifestasyonu olup, ciddi görme kayıplarına neden olabilir. Toksoplazmoz tedavisinde ilk tercih primetamin içeren kombinasyonlardır. Ancak primetaminle tedavide yan etkiler görülebilmekte, bu durum tedavi değişiklikleri gerektirebilmektedir. Bu yazıda primetamine bağlı alerji gelişen bir oküler toksoplazmoz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yirmi üç yaşında erkek hasta, altı aydır süren sağ gözde ağrı ve görme bulanıklığı şikayetiyle başvurmuştu. Göz muayenesinde görme keskinliği sağ gözde ışık hissi, sol gözde 0,8 düzeyindeydi. Sağ gözde panüveit, koryoretinit ve periferik nekrotik hemorajik odaklar, sol gözde iki retinit odağı saptanmıştı. Bu bulgularla göz hastalıkları kliniği tarafından toksoplazma koryoretinit tanısı konulmuştu. Tetkiklerinde anti-HIV pozitif saptanması üzerine hasta kliniğimize nakil alındı. Fizik muayenede vital bulguları normaldi. Bilinç değişikliği, ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları yoktu. Laboratuvar incelemesinde CRP: 0,2 mg/dl (normal: 0-0,5 mg/dl), lökosit: 4,506/mm^3, CD4-T lenfosit sayısı 188 hücre/mm^3, HIV-RNA: 272633 kopya/ml saptandı. CMV IgM negatif, CMV IgG pozitif, toksoplazma IgM negatif, toksoplazma IgG pozitif bulundu. Primetamin, klindamisin ve lökovorin tedavisi başlandı. CD4-T lenfosit sayısı düşük olan hastaya *Pneumocystis jirovecii* primer profilaksisi amacıyla trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SMX) verildi. Tedavinin 10. gününde hastanın bulantı ve kusması oldu. Hastanın sırt bölgesinde yaygın makülopapüler döküntüler oluştu, ateş 38 °C idi, eozinofili ve lenfositoz saptanmadı. Hastanın ateş ve döküntülerini açıklayacak başka klinik bulgu saptanmadı. TMP-SMX'e bağlı alerji olabileceği düşünülerek TMP-SMX durduruldu. Hastada üç gün sonra ateşin devam etmesi, döküntülerin gerilememesi nedeniyle, tedavinin 14. gününde primetamin, klindamisin ve lökovorin durduruldu. Prednizolon ve setirizin başlandı. Döküntüleri gerileyen, ateşi düşen hastaya TMP-SMX desensitize edilerek tekrar başlandı. İzlemde yakınma ve bulguları olmayan hastada, tedavinin birinci ayında görme keskinliği sağ gözde bir metreden parmak sayma düzeyinde, sol gözde tamdı. Her iki gözdeki koryoretinit odaklarında gerileme saptandı.

Sonuç: Oküler toksoplazmoz tedavisinde primetamin ilk tercih edilen ajan olmasına rağmen, yan etkileri nedeniyle alternatif tedavilerin kullanılmasını gerektirebilmektedir. Primetamin en sık hematolojik yan etkilere yol açmaktadır. Fakat oküler toksoplazmoz tedavisinde kullanıldığında dermatolojik yan etkilerin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bu olguda primetamine bağlı dermatolojik yan etkiler gelişen hastada, TMP-SMX ile oküler toksoplazmoz tedavisinde başarılı sonuç elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Oküler toksoplazmoz, primetamin, trimetoprim-sulfametoksazol

[PS-220]

Sağlık Çalışanlarının HIV-AIDS Hakkında Farkındalık ve Bilgi Düzeyi, HIV Enfekte Hasta Bakımında Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Gözde Öztürk Altunyurt, Dilara Akman, Öznur Ak, Ayşe Batırel

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Ülkemizde her geçen gün artan HIV enfekte hasta sayısı, sağlık çalışanlarının HIV enfekte bireylerle karşılaşma ve temas oranında artışa neden olmuştur. Sağlık çalışanları perkütan ve mukozal yaralanma gibi mesleki maruziyetleri nedeniyle kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar açısından önemli bir risk grubundadır. Bu araştırmanın amacı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin, HIV enfekte hastalara yaklaşımı ve HIV-AIDS farkındalığı ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya hastanemizin tüm sağlık çalışanları davet edilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri, HIV-AIDS hakkındaki bilgi düzeyleri ve farkındalıklarını saptamak amacıyla, 32 soruluk anket çalışma güvenliği ve katılımcıların cevaplama oranını artırmak amacıyla elektronik ortamda katılımcılara gönderilmiştir.

Bulgular: 01.12.2019-01.01.2020 tarihleri arasında yapılan çalışmaya, 316 sağlık personeli katılmıştır. Katılımcıların %65,4 kadın, %65,5 doktor, %57,9'u 18 ile 30 yaş arasında olup; katılımcıların %47,9'unun meslekte çalışma süresi 2-5 yıl arasıdır. Katılımcıların %58,3 dahili birimde çalışmaktadır. Ankete yanıtlar Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların %43,6'sı "HIV enfekte kişi ile aynı ortamda çalışmak istemeyeceğini", cerrahların %49,1'i "HIV enfekte bireyi ameliyat etmekten kaçınacağını", %51,9'u "HIV testinin hasta onamı olmadan istenmesinin yasal olduğunu", %92,9'unun "HIV enfekte bireyin çocuk sahibi olamayacağını", %86,2'si "HIV-AIDS hastası tedavi olmak istemediğinde yasal yaptırımı olması gerektiğini" düşünmektedir. Katılımcımların %61'i "AIDS'in tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu" ve %58,8'inin "HIV pozitif bireyin hastalığını her yerde belirtmesi gerektiğini" bildirmektedir. Hastane çalışanlarının %66,3'ü "HIV pozitif hastanın kanı ile teması sonrası yapılan uygulamaları bildiğini", %70'i ise "temas sonrası koruma amaçlı profilaksi olduğunu" bildiğini belirtmektedir. Çalışma kapsamında elde edilen bir diğer çarpıcı sonuç ise hastanede çalışanların yarısından fazlasının HIV-AIDS hastalığı ile ilgili eğitim almadığını belirtmiş olmasıdır.

Sonuç: Sağlık personelinin HIV-AIDS hakkında bilgi düzeyinin yetersiz olduğu, cerrahi uygulamadan kaçınan hekimlerin sayısının azımsanmayacak

düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastane çalışanlarının bilgi düzey ve tutulumlarının artırılması amacıyla kurum içi, mezuniyet sonrası HIV-AIDS eğitimlerinin artırılması gerekliliği kaçınılmazdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, sağlık çalışanı, davranış

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının demografik özellikleri hariç, HIV-AIDS hakkında farkındalık, tutum ve bilgi düzey ile ilgili anket soruları ve cevapları

	Evet	Hayır
1. HIV-AIDS tedavi edilebilir bir hastalıktır.	%61,09	%28,81
2. Anti-HIV testi sonucu pozitif olan kişi HIV hastasıdır.	%49,1	%50,9
3. HIV korunmasız cinsel ilişkiyle bulaşır.	%98	%2
4. Erkeklerden kadınlara bulaş, kadından erkeğe bulaş oranından daha fazladır.	%55,8	%44,2
5. HIV-AIDS tokalaşma yoluyla bulaşır.	%2,3	%97,7
6. HIV-AIDS sarılma yoluyla bulaşır.	%1,9	%98,1
7. HIV-AIDS ortak havlu, mutfak eşyası ve tuvalet kullanımıyla bulaşır.	%16,7	%83,3
8. HIV-AIDS ortak enjektör kullanımıyla bulaşır.	%99	%1
9. HIV-AIDS "piercing", dövme yapımı sırasında bulaşabilir.	%97,1	%2,9
10. HIV-AIDS kan yoluyla, cinsel yolla ve anneden bebeğe bulaşmaktadır.	%98,4	%1,6
11. HIV pozitif birey çocuk sahibi olamaz.	%92,9	%7,1
12. HIV-AIDS'te ilaç tedavisi ile kür sağlanmaktadır.	%51,3	%48,7
13. HIV enfekte kişi sayısı tüm dünyada azalmaktayken, ülkemizde oranı artmaktadır.	%68	%32
14. HIV enfekte kişi ile aynı ortamda çalışmak istemem.	%43,6	%56,4
15. HIV-AIDS'li hastaları ameliyat etmekten kaçınırım (cerrahlar cevaplayacaktır).	%50,9	%49,1
16. HIV testinin hasta onamı olmadan istenmesi yasaldır.	%51,9	%48,1
17. Operasyon-tedavi yapmadan önce hastalarımdan onam alarak HIV testi isterim.	%66	%34
18. HIV-AIDS testinin sadece kayıtlı seks çalışanları, kan organ doku donörleri ve hamilelerden istenmesi zorunludur.	%53,5	%46,5
19. HIV-AIDS pozitif olan hastanın izni olmadan yakınlarına bulaşıcı hastalığı hakkında bilgi verebilirim.	%13,8	%86,2
20. HIV-AIDS hastalarının sağlık bakımı/medikal takip ve tedavi bakımından diğer hastalardan farkı bulunmamaktadır.	%57	%43
21. HIV-AIDS pozitif birey hastalığını her yerde belirtmelidir.	%58,8	%41,2
22. HIV-AIDS hastası tedavi olmak istemediğinde, sağlıklı kişilere bulaşı önlemek adına; aynen tüberküloz tedavisinin reddinde uygulanan yasal yaptırım gibi bir uygulamaya tabi olması gerektiğini düşünüyorum.	%86,2	%13,8
23. HIV-AIDS pozitif birey çalıştığı kuruma/işverenine hastalığını bildirmek zorundadır.	%68,3	%31,7
24. Hastanede çalıştığınız süre içerisinde HIV pozitif hastanın kanı ile herhangi bir temasınız oldu mu?	%26	%74
25. HIV pozitif hastanın kanı ile teması sonrası yapılması gereken uygulamaları biliyor musunuz?	%66,3	%33,7
26. HIV pozitif hastanın kanı ve çıkartıları sonrası temasta koruma amaçlı ilaç tedavisi var mıdır?	%70	%30
27. HIV-AIDS hastalığı ile ilgili eğitim aldınız mı?	%48	%52

[PS-221]

İshal ve Akut Hepatit ile Prezente Olan *Yersinia enterocolitica* ve Bruselloz Olgusu

Aliye Baştuğ, Hatice Tezcan, Hürrem Bodur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Bruselloz; brusella türü bakterilerin neden olduğu bir zoonozdur ve ülkemizde endemiktir. Pek çok hastalığın taklitçisi olarak karşımıza çıkabilir. Bruselloz hastalarında karaciğer fonksiyon testlerinde (KCFT) hafif ya da ılımlı artış olabilir. Ancak akut viral hepatiti düşündürecek laboratuvar bulguları çok nadirdir. Bu raporda ishal ve akut hepatit tablosu ile prezente olan *Yersinia enterocolitica* ve bruselloz olgusu irdelendi.

Olgu: Yirmi beş yaşında, 29 haftalık gebe hasta günde sekiz kez olan kansız mukussuz ishal ve sağ kadranda daha belirgin karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın anamnezinde; köyden gelen çiğ sütten yapılmış tereyağı tüketimi mevcuttu. Fizik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre: 15,6x103/ul, nötrofil: %80,3, Hgb: 12,5 g/dl, PLT: 239x103/ul, CRP: 7 mg/l, üre: 12 mg/dl, kreatinin: 0,49 mg/dl, ALT: 230 U/l, AST: 126 U/l, ALP: 206 U/l, GGT: 49 U/l, direkt bilirubin: 0,19 mg/dl olarak sonuçlandı. Gaita mikroskopisinde; parazit, lökosit, eritrosit görülmedi. Gaita kültüründe *Y. enterocolitica* üredi. Akut viral hepatit açısından istenen tetkikler negatif olarak sonuçlandı. Hastada *Y. enterocolitica* ilişkili hepatit düşünüldü. Takiplerinde ishali devam etmeyen ve gebe olan hastaya antibiyotik başlanmadı. Hastanın takiplerinde KCFT değeri artmaya devam etti (Tablo 1). Anamnezdeki çiğ sütten yapılmış tereyağı tüketimi de göz önüne alınarak istenen Rose Bengal testi pozitif olarak sonuçlandı. *Y. enterocolitica* ile çarpraz reaksiyon olabileceği düşünüldü. Ancak serum brusella tüp aglütinasyon 1/640 saptanan ve serum brusella PCR pozitif sonuçlanan hastaya bruselloz tanısı ile seftriakson 2x2 gr i.v. ve rifampisin 1x600 mg tb tedavisi başlandı. Antibiyoterapi sonrası KCFT değerleri gerileyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Bruselloz ülkemizde endemik olup insidansı 100.000 de 25,7'dir. Brusellozun endemik olduğu yerlerde, gebelikte bruselloz insidansı %1,3-12,2 olarak raporlanmıştır. Gebelikte bruselloz komplikasyonlarının araştırıldığı 242 hastalık bir çalışmada; üç olguda hepatit saptanmıştır. Brusellozda hepatit nadir bir komplikasyon olmakla birlikte ağır bir klinik tablo ile karşımıza çıkabilir. Literatürde olgu bazında brusellozun sebep olduğu akut karaciğer yetmezliği tanımlanmıştır. Olgumuz akut hepatit ile başvurması, *Yersinia enterocolitica* ve bruselloz ko-enfeksiyonu saptanması bakımından dikkat çekicidir. Uygun tedavi ile hepatit dışında komplikasyon gelişmemiştir. Brusellozun endemik olduğu ülkemizde, akut hepatit ayırıcı tanısında bruselloz akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, hepatit, *Yersinia enterocolitica*

Tablo 1. Dokuzuncu günde hastaya bruselloz tedavisi başlanmıştır						
	ALT (U/l)	AST (U/l)	ALP (U/l)	GGT (U/l)	Total bilirubin (mg/dl)	Direkt bilirubin (mg/dl)
0. gün	230	126	206	49		0,19
4. gün	746	447	212	43	0,74	0,51
9. gün	944	506	206	42	1,07	0,95
15. gün	560	466	230	59	1,39	1,42

[PS-222]

İkinci Basamak Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi

Fatma Nilgün Can[1], Ümmiye Gündüz Baş[2]

[1]Bozüyük Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bilecik

[2]Bozüyük Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hemşiresi, Bilecik

Giriş: Hastanemizde son beş yılda sağlık çalışanlarında görülen kesici-delici alet yaralanmalarının epidemiyolojik özelliklerinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 01.01.2015-31.12.2019 tarihleri arasında hastanemizdeki çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarına ait kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Bu tarihler içinde kesici-delici alet yaralanması ile başvuran çalışanların sayısı, cinsiyetleri, meslekleri, çalıştıkları birim, yaralanmaya neden olan alet, kaynağın serolojisinin bilinip bilinmediği, hepatit B aşısı olup olmadığı, altı aylık takiplerde herhangi bir enfeksiyon gelişip gelişmediğine göre dağılımları araştırıldı.

Bulgular: Kayıtlardan son beş yıllık süre içerisinde toplam 71 sağlık çalışanının kesici-delici alet yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların 53'ünün kadın (%75), 18'inin erkek (%25) olduğu görüldü. Yaralanmaya en fazla maruz kalan grubu stajyerler (53=%69) oluşturmaktaydı. Kesici-delici alet yaralanması en fazla iğne ucu batması ile (61=%86) gerçekleşmişti. Kesici-delici alet yaralanmasıyla başvuran sağlık çalışanlarının HBV'ye karşı aşılanma oranı (%98,5) yüksekti. Yaralanmaya maruz kalan sağlık çalışanlarının takiplerinde HBV, HCV, HIV enfeksiyonu gelişmemiştir.

Sonuç: Kesici-delici alet yaralanmaları kan ve vücut sıvısıyla bulaşan hastalıklar açısından risk taşıdıkları için, iş kazası olarak kabul edilmektedir. Bu yaralanmaların önlenmesi çalışan güvenliği açısından son derece önemlidir. Sağlık çalışanlarına sürekli hizmet içi eğitimlerle konunun önemi vurgulanmalı, kişisel koruyucu ekipmanların kullanımına uyulması gerektiği ve kesici-delici alet yaralanma durumunda izleyeceği yol anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İkinci basamak sağlık kurumu, kesici-delici alet yaralanması, sağlık çalışanları

[PS-223]

HIV'de Hızlı Tedavi Başlangıcı: İzmir'den Tek Merkez Deneyimi

Sabri Atalay, Nadide Çolak Ergün, Gürsel Ersan, Hividar Altan, Hilal Abakay, Şükran Köse

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Start ve Temprano çalışmaları sonrasında tüm rehberler CD+ T lenfosit sayısından bağımsız olarak tüm hastalara tedavi başlanmasını önermektedir. Ancak bu rehberlerden de önce bazı merkezler erken tedavi uygulamasına başlamışlardır. Erken tedavi başlanmasının potansiyel faydaları erken virolojik yanıt, immünolojik fonksiyonların korunması ve iyileştirilmesi, antiretroviral tedaviye (ART) uyum ve takipte kalma oranlarının artması, gelecekte olası eradikasyon stratejilerine uygunluk ve bulaş oranını azaltması olarak bildirilmektedir. Çalışmamızda kliniğimize HIV/AIDS tanısıyla başvuran hastalarda hızlı tedavi başlanması (rapid start) yönteminin kullanılabilirliği ve erken sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği HIV/AIDS polikliniğinde 2000-2019 yıllarında takip edilen 330 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Bu hastalardan HIV tanısını izleyen yedi gün içinde ART başlananlar çalışmaya alınmıştır. Tedavisinin en az 1. ayını tamamlayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara ait veriler, hasta dosyaları ve otomasyon sistemi kayıtları taranarak elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada poliklinikte takip edilen 330 olgudan 42 (%13) olguya ilk yedi gün içinde tedavi başlanmıştır. Hastaların tedavi başlangıç zamanı ortalama 3,1 gün olarak bulunmuş, 19'una (%45,2) aynı gün tedavi başlanmıştır. Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması 37,8±8,4 (23-63) yıl, 35'i (%83) erkek ve kadınların ikisi gebedir. Hastaların takipte kalma süresi ortalama 10 (1-30) aydır. Tanı anında, 1., 3. ve 6. aylarda ortanca HIV-RNA ve CD4 düzeyleri Tablo 1'de sunulmuştur. Hastalara başlanan ART rejimleri değerlendirildiğinde; en sık TDF/FTC + DTG (%38) başlanmış, bunu TAF/FTC/EVG/c (%35,7), ABC/3TC/DTG (%16,6) ve TDF/FTC + RAL (%9,5) oranında izlemiştir. Hastaların tamamı takipte kalmış ve tedavi uyumu tam olarak tespit edilmiştir. Hastaların kullandığı ART rejiminde bir değişiklik yapılmamış, tedaviye bağlı yan etki veya İRİS gelişmemiştir. Olgularımızdan sadece bir tanesi lenfoma nedeniyle kaybedilmiş, mortalite oranı %2,3 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızın ön sonuçları hızlı tedavi başlangıcının ülkemizde uygulanabilir olduğunu, hastaların tedavi uyumu ve takipte kalma oranlarının tam olduğunu, iyi bir virolojik ve immünolojik yanıt elde edildiğini göstermiştir. Bununla beraber çalışmamızdaki hasta sayısı düşük ve takip süresi kısadır. Her merkez kendi koşullarına göre tedavi başlangıç zamanını belirlemelidir.

Anahtar Kelimeler: Hızlı tedavi başlangıcı, HIV/AIDS

Tablo 1. Başlanan ART rejimi ile virolojik ve immünolojik yanıtlar

ART	Hasta sayısı	CD4 sayısı (hücre/mm³)				HIV RNA (kopya/mL)			
		Bazal	1. ay	3.ay	6.ay	Bazal	1. ay	3.ay	6.ay
TDF/FTC+DTG	16	320	457	334	466	489.500	3.459	281	76
EVG/c/TAF/FTC	15	298	377	409	514	130.073	554	104	0
ABC/3TC/DTG	7	298	700	766	852	705.500	853	64	10
TDF/FTC+RAL	4	280	253	401	504	422.950	294	0	0
Toplam	42	312	441	425	550	396.096	1.648	134	26

[PS-224]

Birlikte HBsAg ve AntiHBs Pozitifliği Az Rastlanan Bir Seroloji mi? Sıklığı ve Seyri

Sezin Hoşgel, Behice Kurtaran, Ayşe Seza İnal, Süheyla Kömür, Ferit Kuşçu, Aslıhan Ulu, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Kronik HBV enfeksiyonu, mutant virüse bağlı farklı serolojik tablolarla karşımıza çıkmaktadır. Bu farklı tablolar bazen enfeksiyonların fark edilmesini, tedavisini engelleyebilmekte ve kötü sonlanım içinde risk oluşturmaktadır. AntiHBs enfeksiyonunun iyileşme parametresi olarak kabul edilmekle birlikte, varlığına rağmen HBsAg pozitifliğinin tespit edildiği olgulara rastlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bu serolojik profile sahip olguların sıklığı ve seyrini irdelemektir.

Gereç ve Yöntem: 2007-2019 yılları arasında kronik hepatit B tanısıyla izlenen hastaların dosyaları taranmış, seyirlerinin bir döneminde hem HBsAg hemde antiHBs pozitifliğinin aynı anda saptandığı hastalar belirlenmiştir. Bu hastaların demografik verileri, serolojik, virolojik, biyokimyasal parametreleri, aldıkları tedavi ve izlem bilgileri kaydedilmiştir. Hasta verileri dosya kayıtlarından ve otomasyon bilgilerinden elde edilmiştir.

Bulgular: Yedi yüz kırk hasta dosyası taranmış, 36 hastanın (%4,7) takiplerde HBsAg ve antiHBs'sinin aynı anda pozitif olduğu saptanmıştır ve hepsinin HBV-DNA'sının pozitif olduğu belirlenmiştir. Hastaların 24'ü erkek (%69), 11'i (%31) kadın, tanı yaşı ortalaması 42,4 (11-80) yıldı. Hastaların HBsAg ve antiHBs serolojisi aynı anda pozitif olduğunda ise yaş ortalaması 44,7 (11-80) yıldı. Bu profildeki hastaların 18'inde (%51) eşlik eden hastalık yokken, üç hastada hematolojik malignite (%9), üç hastada solid tümör (%9) tanısı mevcuttu. On dört hastada (%40) tanı sırasında HBsAg ve antiHBs pozitifti. Diğer hastalarda (n=21) ise takipler sırasında (ortalama dört yılda) antiHBsAg pozitifliği gelişmişti. Tanı sırasında sekiz hastada (%23) HBeAg pozitif, 23 hastada (%66) hastada ise anti-HBe pozitifti. Dört hastanın HBeAg profiline ulaşılamamıştır. İki hastada delta antikor pozitifliği saptanmıştır. Takip sırasında antiHBs pozitifliği gelişen hastaların dokuzuna enfeksiyonlarının herhangi bir döneminde antiviral verilmezken, 12 hastada antiviral tedavi altında pozitifleşme saptanmıştır. Hastaların 20'sine karaciğer biyopsi yapılmıştır. Ortalama histolojik aktivite indeksi 4, fibroz ise 3 olarak belirlenmiştir. HBsAg ve antiHBs pozitif olan hastaların 20'sinde (%57) tedavi alma öyküsü varken, sadece 15'inin (%43) halen tedavi almakta olduğu belirlenmiştir. Başlangıç tedavisi dokuz (%26) hastada lamivudin, dört (%11) hastada entekavir, dört (%11) hastada TDF, birer hastada pegile interferon, telbuvidin, adefovir iken; daha sonra sekiz hastada TDF'ye, üç hastada TAF'ye geçiş olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: HBsAg ve antiHBs pozitifliği nadir görülen bir serolojik profil değildir ve kronik hepatit B'ye bağlı komplikasyonlar için farkında olunması gereken bir durumdur. Hastaların yaklaşık yarısında antiviral tedavi kullanma öyküsü varken, hiç tedavi almayan olgularda da bulunması, durumun tedaviden bağımsız olduğuna işaret etmektedir. Otuz beş hastanın altısında (%17) malignitenin altta yatan komorbid durum olması dikkat çekicidir. Eşlik eden delta enfeksiyonu da %6 oranındadır. Karaciğer biyopsisine göre fibroz evreleride ileridir. Bu profilin risk faktörlerinin daha iyi anlaşılması için, tipik serolojili kronik hepatit olgularıyla yapılacak geniş, karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: HBsAg ve antiHBs pozitifliği, Kr hepatit B

[PS-225]

Kronik Hepatit B Tanısı ile Takip Edilen Hastalarımızın Biyopsi Sonuçları Eşliğinde Değerlendirilmesi

Semiha Solak Grassie, Tülay Ünver Ulusoy, Funda Gözütok, Sevinç Dural

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Hepatit B enfeksiyonu halen önemini korumaktadır. Hastaların HBV-DNA düzeyleri, karaciğer enzim değerleri, yaşları, aile öyküleri biyopsi kararı alınması ve tedavi başlanmasında göz önünde bulundurulmaktadır. Bu çalışmada hastalarımızın biyopsi sonuçları ile klinik açıdan önemli olan parametrelerinin değerlendirmesini yapmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kronik hepatit tanısı ile takip edilirken biyopsi yapılan hastalarımız retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, karaciğer biyopsi sonuçları, HBV-DNA düzeyleri, karaciğer enzimleri, platelet sayıları incelendi. APRI ve FIB 4 değerleri hesaplandı. Başlanan tedavileri değerlendirildi. Biyopsi sonuçları ile hastaların yaşları, HBV-DNA düzeyleri, APRI ve FIB 4 değerleri arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Toplam 149 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 74 (%49,7) erkek, ortalama yaş 44,20±10,44 idi. Kırk yaş ve üstünde 101 (%67,8) hasta bulunmakta idi. Dokuz (%6) hasta HBeAg pozitif, diğerleri HBeAg negatif idi. HBV-DNA düzeyleri, 2.000-10.000 IU arası olan 58 (%38,9) hasta, 10.000-20.000 IU arası olan 25 (%16,8) ve 20.000 IU üzeri olan 66 (%44,3) hasta mevcuttu. Fibrozis değeri 2 ve üzerinde 49 (%32,9) hasta, histolojik aktivite indeksi 6 ve üzerinde 75 (%50,3) hasta mevcuttu. APRİ değeri 28 (%18,8) hastada >=0,5 idi. Yirmi yedi (%18,12) hastanın FİB 4 değeri >=1,45 idi. Toplam 82 (%55,03) hastaya tedavi başlanmıştı. Hastaların 56'sı tenofovir disoproksil fumarat, 21'i entekavir, 5'i lamivudin tedavisi almıştı. Elli sekiz (%38,9) hasta tedavi kriterlerine uygun olmadığı için tedavi almamıştı. Dokuz hastanın biyopsi sonucu değerlendirilememiş ve tedavi başlanamamıştı. İstatistiki analiz sonucunda HBV DNA düzeyinin 20.000 IU üzerinde ve 10.000 IU altında olması karaciğer biyopsisinde fibrozis değerinin >=2 (p 0,001; p 0,02) ve histolojik aktivite indeksinin (HAI) >=6 (p 0,04; p 0,05) olması ile ilişkili bulundu. HBV-DNA düzeyinin 20,000 IU üzerinde olması daha yüksek APRI ve FIB 4 değerleri ile istatistiki olarak anlamlı derecede ilişkili bulundu (p 0,00; 0,008). APRI ve FIB 4 değerleri karaciğer biyopsisinde tespit edilen fibrozis (p 0,01; 0,04) ve HAI (0,05; 0,08) ile korelasyon gösterdi. Hastaların 40 yaş altında veya üstünde olması HBV-DNA düzeyleri, fibrozis ve HAI ile ilişkili bulunmadı (p 0,6; 0,7; 0,3).

Sonuç: HBV-DNA düzeyi yüksek olan hastalarda daha yüksek fibrozis ve HAI dereceleri görüldüğü anlaşıldı. Hastaların 40 yaş üzerinde bulunmalarının biyopsi sonuçlarına olumsuz etkisi gözlenmedi. APRI ve FIB 4 değerlerinin, fibrozis ve HAI ile uyumlu değişim gösterdiği anlaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, karaciğer biyopsisi, kronik hepatit

Tablo 1. Karaciğer biyopsi sonuçları; fibrozis ve HAI, HBV DNA, yaş, APRI, FIB 4 değerlerinin değerlendirilmesi

	Fibrozis >=2 hasta sayısı	Histolojik aktivite indeksi >= 6 hasta sayısı	Toplam hasta sayısı
2,000-10,000 IU	13 (%22,4)	24 (%41,4)	58
10,000-20,000 IU	5 (%20)	10 (%40)	25
>=20,000 IU	31 (%46,9)	41 (%62,1)	66
Yaş <40	15 (%31,2)	22 (%45,8)	48
Yaş >=40	34 (%33,6)	53 (%52,5)	101
APRI <0,5	33 (%27,3)	55 (%45,4)	121
APRI 0,5-1,5	12 (%52,2)	15 (%65,2)	23
APRI >1,5	4 (%80)	5 (%100)	5
FIB 4 <1,45	35 (%28,7)	56 (%45,9)	122
FIB 4 1,45-3,25	12 (%48)	17 (%68)	25
FIB 4 >3,25 2 (%100)	2 (%100)	2 (%100)	2
Toplam	49	75	149

[PS-226]

Maligniteyi Taklit Eden Enfeksiyon Hastalığı: Akciğer Mukormikozu

Nagihan Ulu Demirci[1], Sabahat Çeken[1], Müzeyyen Burcu Kaplan Yılmaz[2], Nazan Doğan[3], Olcay Kandemir[2], Kemalettin Aydın[1], Mustafa Ertek[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Ankara

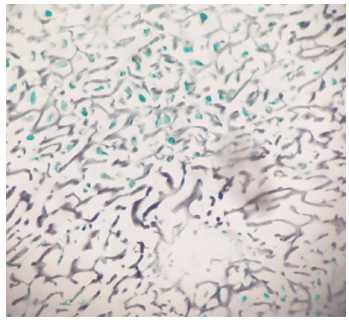
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Mukormikoz nadir görülen, yüksek mortalite ile ilişkili fırsatçı bir mantar enfeksiyonudur. Kontrolsüz diyabet, hematolojik maligniteler, uzun süreli kortikosteroid veya immünosüpresif tedavi, diyaliz uygulanması ve desferroksamin kullanımı mukormikoz için risk faktörleridir. Tedavisinde, altta yatan hastalığın kontrolü, agresif cerrahi debritman ve lipozomal amfoterisin B uygulanmaktadır. Burada yedi yıl önce meme kanseri tanısıyla tedavi edilmiş hastada gelişen pulmoner mukormikoz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Elli yaşında kadın hasta polikliniğimize nefes darlığı ve öksürük nedeniyle başvurdu. Hastaya invazif duktal meme kanseri nedeniyle yedi yıl önce modifiye radikal mastektomi ve kemoterapi uygulanmıştı. Şikayetleri başlamadan bir hafta önce fındık bahçesinde çalışma öyküsü vardı. Yakın zamanda steroid kullanımı, immünosüpresif tedavi alımı, demir replasman tedavisi, diyabet öyküsü yoktu. Hastanın şikayetleri bir aydır olup dış merkezden akciğer malignitesi ön tanısı ile hastanemize yönlendirilmişti. Hastanın fizik muayenesinde ateş 36,9 °C, tansiyon arteryal 120/80 mm/Hg, nabız: 87/dk idi. Dinlemekle sağ akciğer orta zonda ral duyulmakta, bazalde solunum sesi alınamamakta idi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 8130/mm^3, trombosit 319,000/mm^3, Hb: 10,7 gr/dl, C-reaktif protein (CRP) 18 mg/Lt idi. Dış merkezde çekilen toraks tomografisinde sağ hemitoraksta plevral yüzeylerde en belirgin apikalde 57x56 mm^2 boyutunda kitlesel kalınlaşmalar ve kalsifiye plaklar izlenmişti. Ön planda meme kanseri metastazı veya malign mezotelyoma gibi süreçleri desteklemektedir denildi. Hastanemizde yapılan PET-BT taramasında sağ hemitoraksta loküle plevral effüzyonun eşlik ettiği, kalsifik içerikli diffüz tümöral kalınlaşma alanlarında patolojik artmış ^{18}F-FDG tutulumu gözlendi (SUV_{maks}: 36,21). Hastaya sağ akciğer apeksten true-cut biyopsi yapıldı ve patolojisi fibrotik stromada kalın dallanan yapıları bulunan fungal hifa yapıları izlenmiş olup mukormikozis ile uyumlu mantar enfeksiyonu şeklinde raporlandı. Hasta pulmoner mukormikozis tanısı ile yatırılı ve lipozomal amfoterisin B 5 mg/kg/gün IV başlandı. Göğüs cerrahisi yaygın tutulum nedeniyle yüksek riskli kabul ederek cerrahi girişim düşünmedi. Lipozomal amfoterisin B tedavisinin 18. gününde hastanın hipoksisinin derinleşmesi üzerine yoğun bakım ünitesine devir edildi, tedavinin 22. gününde entübe edildi. Hasta yoğun bakım yatışının 26. gününde kaybedildi.

Sonuç: Akciğer mukormikozu mantar sporlarının inhalasyonu ile ortaya çıkan ve hızlı ilerlerleyen bir enfeksiyon hastalığıdır. Yakın zamanda immünosüpresif tedavi almayan ancak risk faktörü olarak bahçede çalışma öyküsü olan olgumuzda mukormikoz görülmüştür. Hastanın kaybedilmesinde cerrahi debritman uygulanamamış olması bir etkendir. Mukormikoz tedavisinde antifungal ajanların kullanımı yanında cerrahi debritman da önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mukormikozis, pulmoner



Şekil 1. Gomori-Methenamine-Silver ile siyah renkte izlenen septasız hifalar (GMS, x40)

[PS-227]

Türkiye'de Bir Üniversite Hastanesi'nde Kronik HBV Tedavisinde TDF'den TAF'ye Değiştirilen Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi

Hüsnü Pullukçu, Deniz Akyol, Meltem Işıkgöz Taşbakan, Tansu Yamazhan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Tenofovir alafenamid (TAF), ülkemizde Sağlık Uygulama Tebliği kapsamında kemik hastalığı (kronik steroid kullanımı olan veya travma ilişkili olmayan kemik kırığı öyküsü veya osteoporoz varlığı) veya böbrek yetmezliği [e-Glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) <60 ml/min/1,73 m^2, albüminüri >30 mg veya hafif proteinüri, düşük fosfat-serum (<2,5 mg/dl), hemodiyaliz] olan kişilerde önerilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde kronik hepatit B tanısı ile tenofovir disoproksil fumarat (TDF) kullanan ve tedavisi TAF'ye değiştirilen olguların retrospektif değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ege Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Hepatit Polikliniği'nde Mart-Aralık 2019 tarihleri arasında kronik hepatit B tanısı ile takipli tedavileri TDF'den TAF'ye

değiştirilen olgular yaş, cinsiyet, ek ilaç kullanımı, hastalık ve antiviral kullanım süresi, daha önce aldığı tedaviler, HBV viral yük, GFR, tam idrar tetkikinde (TİT) proteinüri, spot idrarda protein/kreatinin, mikroalbümin/kreatinin, serum fosfor, kemik mineral dansitometresi (DEXA) ve tedavi değişim nedenleri açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 25 hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 53,56+/-10,75'tir (minimum: 36, maksimum: 72). Olguların %68'i (n=17) erkeklerden oluşmaktadır. Olguların dokuzu (%36) ek hastalıkları nedeniyle ilaç kullanmaktaydı. Ortalama takip süresi 16 yıl (minimum: 4, maksimum: 40), antiviral kullanım süresi 10,24 yıldır (minimum: 3, maksimum: 21). Tüm hastalar TDF [ortalama 7,68 yıl (minimum: 3, maksimum: 12)] kullanmaktaydı. TDF dışında 11 hastada diğer antiviralleri (dokuz hasta lamivudin, dört hasta adefovir, bir hasta interferon) kullanım öyküsü mevcuttu. HBV viral yük tüm hastalarda baskılıydı. GFR 24 olguda >60, bir olguda 56 ml/dakika/1,73 m^2 olarak hesaplandı. TİT'te proteinüri 23 olguda bakılmıştı, dört olguda 25 mg/dl proteinüri saptandı. Spot idrar incelemesinde protein/kreatinin 14 olguda bakılmış olup ortalama 0,10 g/g kreatinin, mikroalbümin/kreatinin sekiz olguda bakılmış olup ortalama 16,45 mg/g kreatinindir. Serum fosfor düzeyi 16 olguda bakılmıştır, ortalama 3,18 mg/dl'dir. Olguların 20'sine DEXA yapılmış olup dokuz olguda (%45) lomber osteopeni, 13 olguda (%65) femoral bölgede osteopeni, yedi olguda (%35) lomber bölgede osteoporoz saptanmıştır. On dokuz olguda (%76) kemik hastalığı, dört olguda (%16) proteinüri, bir olguda (%4) GFR düşüklüğü ve bir olguda (%4) kemik hastalığı ve proteinüri nedeniyle TAF'ye değişim yapılmıştır.

Sonuç: Kronik HBV tanılı hastalar, geri ödeme kapsamında yan etkisi açısından TDF'ye göre daha güvenli olan TAF'ye geçiş açısından değerlendirilmelidir. TİT'de proteinüri, spot idrarda proteinüri, GFR, fosfor düzeyi ve DEXA'yla takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: TAF, TDF, yan etki profili

[PS-228]

BOS'ta PCR ile Herpes Ensefaliti Tanısı Konulan Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi

Çiğdem Yıldırım[1], Hasan Selçuk Özger[1], Özlem Güzel Tunçcan[1], Selin Yiğit[2], Gülendam Bozdayı[2]

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

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

Giriş: Bu çalışmada herpes ensefaliti tanısı konulan hastaların; kraniyal MRG ve EEG bulgularının ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 2013-2020 yılları arasında mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen BOS PCR sonuçları geriye dönük değerlendirilmiş, pozitif saptanan hastaların kraniyal MRG ve EEG bulguları kayıt altına alınmıştır.

Bulgular: Toplam 474 BOS örneğinin 19'unda (%4) HSV-1 PCR pozitifliği saptanmıştır. Hastaların dokuzu kadın 10'u erkektir. Hastaların yaşlarının ortanca değeri 41,5'dir (4,5-66). On sekiz yaş altı hasta sayısı sekiz (%42), 18 yaş üzeri hasta sayısı 11'dir (%58). Bu 19 hastanın klinik bulguları, beyin omurilik sıvısı (BOS) inceleme sonuçları, kraniyal MRG ve EEG bulguları değerlendirilmiş ve Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: BOS'ta HSV-PCR, herpes ensefaliti kesin tanısı için iyi bir tanı yöntemi kabul edilmekle birlikte testin acil koşullarda yapılması ve sonuçlanması genellikle mümkün olmamaktadır. Klinik olarak şüpheli hastaların BOS, MRG ve EEG bulguları ile ivedilikle değerlendirilmesi ve empirik tedavi başlanması herpes ensefaliti ilişkili mortaliteyi azaltabilir. BOS değerlendirmesinde lenfosit ağırlıklı bir pleositoz ve ılımlı bir protein yüksekliği saptandığı görülmektedir. Ancak bu bulguların spesifik olmadığı bilinmektedir. Buna karşın bütün hastaların EEG'lerinde spesifik bölgesel kaynaklı anormal dalgalar veya non-spesifik diffüz serebral disfonksiyon şeklinde anormallikler saptandı. Kraniyal MRG değerlendirilmesinde hastaların yaklaşık %52'sinde tek taraflı veya bilateral temporal tutulum saptandığı görülmektedir. Bu nedenle herpes PCR değerlendirmelerinin yapılamadığı veya gecikeceği durumlarda kraniyal MRG ve EEG incelemelerinin empirik tedaviyi yönlendirebileceği düşünülmüştür. Literatürde HSV tutulumunun %65-70 oranında tek taraflı olduğu şeklinde bildirilmektedir. Bizim serimizde tek taraflı ve çift taraflı temporal tutulum oranları eşit bulunmuştur. Ayrıca hastaların %26'sında temporal tutulum olmaksızın oksipital, frontal, parietal ve caudat nükleus şeklinde tutulumlar mevcuttu. Ek olarak yaşlara göre geliş yakınmaları gruplandığında 18 yaş altı kişilerin %87,5'inde nöbet görülürken; erişkinlerin yalnızca %18'inde nöbet görülmüş olması dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: EEG, herpes ensefaliti, MRG

Tablo 1. Hastaların klinik, laboratuvar, MRG ve EEG bulguları

Klinik bulgu, n (%)	
Ateş yüksekliği	11 (57,0)
Baş ağrısı	4 (21,0)
Bilinç değişikliği	14 (74,0)
Nöbet	9 (47,0)
≤18 yaş	8 (87.5)
>18 yaş	2 (18,0)
Fokal nörolojik bulgu	6 (32,0)
BOS bulguları	
BOS protein (mg/dl), Ortalama ±SD	61,3 ±33,3
BOS glukoz (mg/dl), Ortalama ±SD	58,5 ±13,3
Pleositoz, toplam hücre sayısı, Ortanca(IQR)	145 (27,5-240)
Lenfosit yüzdesi, Ortanca (IQR)	65 (28,2-88)
Eritrosit sayısı, Ortanca (IQR)	10 (0-82,5)
MRG bulgusu, n (%)	
Tek taraflı temporal lob tutulumu	5 (26,3)
Bilateral temporal lob tutulumu	5 (26,3)
Temporal tutulumun eşlik etmediği, temporal lob dışı tutulum	5 (26,3)
MR tutulumuna eşlik eden intraparankimal kanama	2 (10,0)
Tutulum yok	4 (21,0)
EEG bulgusu, n (%) *	
Non-spesifik (Diffüz serebral disfonksiyon)	6 (35,0)
Spesifik (bölgesel disfonksiyon veya spesifik bölgesel kaynaklı anormal dalgalar)	11 (65,0)
*17 Hastanın EEG bulgusuna ulaşılabilmiştir	

[PS-229]

Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Hastalarının Analizi

Caner Öksüz[1], Mehmet Bakır[1], Seyit Ali Büyüktuna[1], Onur Avcı[2], Aynur Engin[1], Nazif Elaldı[1]

[1]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

[2]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Sivas

Giriş: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) zoonotik bir hastalıktır. Etken virüs Nairoviridae ailesinin Orthonairovirus cinsinin üyesidir. Hastalık asemptomatik olgulardan, hafif, orta veya mortal sonlanabilen ağır formlara kadar değişen farklı klinik tablolar ile kendini gösterebilmektedir. Bu çalışmada yoğun bakım ünitesinde takip edilen ve ağır formda seyreden hastaların verileri irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Nisan 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. KKKA tanısı alan ve yoğun bakım ünitesinde takip edilen 17 erişkin hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastaların tanısı RT-PCR ile viral RNA gösterilerek doğrulanmıştır. Hasta grubundaki bireyler, Bakır ve ark.'nın tanımladığı ağırlık skorlamasına göre hafif, orta ve ağır olarak gruplandırılmıştır.

Bulgular: Belirtilen tarihler arasında merkezimizde toplam 122 hasta KKKA tanısı almıştır. Bu hastalardan 17 tanesi yoğun bakım ünitesinde takip edilmiştir. Hastaların %82'si erkektir. Hastaların epidemiyolojik hikayesinde %70'inde kene teması öyküsü vardır. Toplam dört hastada (%23,5) epistaksis, üç hastada (%17,6) ağız içi kanama, dört hastada (%23,5) alveoler hemoraji, sekiz hastada (%47) gastrointestinal sistem kanaması, bir hastada (%5,8) masif hematüri, bir hastada (%5,9) vajinal kanama, bir hastada (%5,9) santral kateter çevresinden kanama, bir hastada (%5,8) batında hematom, iki hastada (%11,7) ekimoz saptanmıştır. Hastaların hastaneye yattığı gün bakılan şiddet derece skorlama (SGS) sistemine göre sekiz hasta (%47,1) düşük risk, altı hasta (%35,3) orta risk, üç hasta (%17,6) yüksek riskli iken, hastaneye yatışlarının 3. gününde bakılan SGS sistemine göre iki hasta düşük risk (%12,4), 11 hasta orta risk (%68,8), üç hasta (%18,8) yüksek risk olarak gruplandırılmıştır. Başvuru sırasında düşük riskli olarak saptanan iki hastadan bir tanesi servis izlemleri sırasında aspirasyon pnömonisi gelişmesi, diğeri de sosyal nedenlerden dolayı yoğun bakım ünitesinde takip edilmiştir. Yoğun bakım ünitesinde izlenen 12 KKKA hastası (%70,5) eks olmuştur.

Sonuç: Özellikle gastrointestinal sistem kanaması ve hematüri bu hasta grubunda mortalitenin bağımsız belirleyicileri arasında gösterilmektedir. Çalışmamızda yoğun bakımda takip edilen KKKA tanılı hastalarda mortalite oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Bu hastalar için mortaliteyi öngörmede skorların yanı sıra yoğun bakımda takiplerine yardımcı olacak özel rehber ve kılavuzlara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: KKKA, yoğun bakım ünitesi

[PS-230]

2019 Yaz Dönemi Febril Nötropenik Hastada Seftazidim-Avibaktam Tecrübemiz

Burcu Işık Gören[1], Naciye Betül Baysal[1], Begüm Bektaş[1], Ece Selvi[1], Fadime Ersoy Dursun[2], Hülya Çaşkurlu[1], Yasemin Çağ[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Biz bu yazıda merkezimizde takip edilirken, panrezistan *Klebsiella pneumoniae* bakteriyemisi gelişen ve seftazidim-avibaktam ile tedavi ettiğimiz hematolojik maligniteli febril nötropenik bir olguyu özetledik.

Olgu: Kırk yaşında, erkek hasta, akut miyeloid lösemi (AML), monoblastik tip (M5) tanısıyla ilk kür kemoterapi sonrası gelişen erken relaps hastalık nedeni ile FLAG-IDA protokolünün ilk kürünü aldı. Hasta ilk kür sonrası ilk febril nötropeni atağında toplam 14 gün süreyle antibiyotik tedavisi almıştı (piperasilin-tazobaktam beş gün, meropenem dokuz gün). Halen posakonazol profilaksisi almakta idi. Kemoterapisinin 11. gününde 39 °C ateşi olan hastanın fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Tam kan sayımında lökosit sayısı: 300/mm^3, nötrofil sayısı: 270/mm^3, PLT: 40,000/mm^3, CRP: 13 mg/dl, prokalsitonin: 28 ng/ml olan hasta febril nötropeni olarak değerlendirildi. Kan ve idrar kültürleri alındıktan sonra meropenem 3x1 gr i.v. başlandı. İki set kan kültüründe GSBL üretmeyen *Escherichia coli* üredi. Antibiyoterapisinin 3. gününde ateş şikayeti devam eden hastanın genel durumunda kötüleşme, taşikardi, takipnesi ve batında yaygın hassasiyeti olması üzerine antibiyotik tedavisine empirik olarak kolistin 300 mg yükleme sonrası 2x150 mg idame, vankomisin 2x1 gr i.v. eklendi. Üçüncü günde alınan kontrol kan kültüründe panrezistan *K. pneumoniae* üremesi olan hastanın vankomisin tedavisi durduruldu. Antibiyoterapisi meropenem 4x500 mg, fosfomisin 4x4 gr, tigesiklin 100 mg yükleme 2x50 mg idame i.v. olacak şekilde düzenlendi. Santral venöz kateteri olan hastanın trombosit sayısı: 10,000/mm^3 seviyelerinde olduğundan kateteri 12. günde çekilebildi. Mükerrer alınan kan kültürlerinde panrezistan *K. pneumoniae* üremesi devam eden hastaya seftazidim-avibaktam temin edilerek 3x2,5 gr i.v. dozunda başlandı. Klinik olarak düzelme gözlenen, 5. günde ateş yanıtı alınan hastanın kontrol kan kültürlerinde üreme saptanmaması üzerine tedavisi 10 güne tamamlanarak kesildi. On beşinci günde nötropeniden çıkan ve bu süre zarfında ateşi olmayan hasta kemik iliği transplantasyonu yapılmak üzere dış merkeze sevk edildi.

Sonuç: *Klebsiella pneumoniae* suşlarınında çok ilaca dirençli izolatlar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artmakta, mortalite ve morbiditede önemli artışa yol açmaktadır. Yeni geliştirilen beta-laktam/beta-laktamaz inhibitörü kombinasyonu olan seftazidim/avibaktam tedavide umut vadetmektedir

Anahtar Kelimeler: *Klebsiella pneumoniae*, seftazidim/avibaktam

[PS-231]

Meningoensefalit Kliniği ile Gelen Lenfoma Olgusu

Hividar Altan, Nadide Çolak Ergün, Gürsel Ersan, Sabri Atalay, Şükran Köse

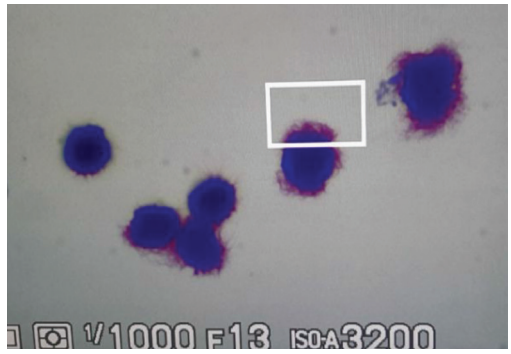
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Beyin parankimi ve meninkslerin enfeksiyonu sonucu oluşan hastalığa meningoensefalit adı verilir. Mantle hücreli lenfoma ise agresif seyirli non-Hodgkin lenfomalar içinde yer almaktadır. Yıllık görülme sıklığı 2-3/100,000'dir. Santral sinir sistemi (SSS) tutulumu nadirdir. Bu bildiride meningoensefalit kliniği ile acil polikliniğine SSS tutulumlu Mantle hücreli lenfoma olgusu sunulmuştur.

Olgu: Elli sekiz yaşındaki kadın hasta ani başlayan ajitasyon, kişilik değişikliği, bulantı-kusma ve baş ağrısı şikayetleri ile acil polikliniğimize getirildi. İki hafta önce düşme öyküsü olan hastanın baş ağrısı şikayetlerinin ara ara olduğu ancak diğer semptomların ani başladığı öğrenildi. Özgeçmişinde; bir yıl önce Mantle hücreli lenfoma tanısı aldığı ve 4. kür kemoterapisinin bir hafta önce yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; bilinç açık ancak kooperasyon yok, ense sertliği, kernig ve brudzinski belirtileri negatif saptandı. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar tetkikleri; beyaz küre: 4,5x103/ul, hemoglobin: 9,8 gr/dl, trombosit: 152x103/ul, C-reaktif protein: 9,6 mg/l, prokalsitonin <0,01 µg/l, biyokimyasal tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Radyolojik görüntülemede; beyin BT'de ve difüzyon MR'de patoloji görülmedi. Bu bulgularla meningoensefalit ayırıcı tanısı için lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omirilik sıvısı (BOS) özellikleri, hücre sayısı ve biyokimyası Tablo 1'de özetlenmiştir. Viral menenjit etkenleri açısından BOS örneği gönderildi. Bakteriyolojik kültürleri çalışıldı. Hastaya ampirik vankomisin 2*1 gr, seftriakson 2*2 gr, ampisilin 4*3 gr ve asiklovir 3*750 mg intravenöz olarak başlandı. Hastanın takibinde BOS kültüründe üreme olmadı. Servis izleminde vitalleri normal seyreden hastanın olası lenfoma SSS tutulumu yönünden tedavinin 2. gününde yeniden LP planlandı. İkinci kez alınan BOS özellikleri, hücre sayısı ve biyokimyası Tablo 1'de özetlenmiştir. Giemsa ile boyanan preparatta lenfoma tutulumu ile uyumlu sitoplazmik çıkıntıları olan atipik lenfoid hücreler görüldü (Şekil 1). BOS örneği histopatolojik tanı için gönderildi. BOS histopatolojisinin ön raporunda "yüksek mikotik aktiviteye sahip malign formda hücreler" saptandı. Hastanın antibiyotik ve antiviralleri sonlandırıldı ve hematoloji önerisi ile deksametazon tedavisi başlandı. Hasta intratekal metotreksat tedavisi için hematoloji kliniğine devredildi.

Sonuç: Mantle hücreli lenfomanın klinik seyri heterojen olmakla birlikte hastaların çoğunda tanı anında ileri evre hastalık bulguları mevcuttur. SSS tutulumu nadirdir ve genellikle lösemik faz ile birliktedir. SSS enfeksiyonları ile karışabilmekte ve tedavisi gecikebilmektedir. Hastalığın SSS tutulumu akılda tutulmalı ve ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mantle hücreli lenfoma, meningoensefalit, SSS enfeksiyonu



Şekil 1. Giemsa ile boyanan preparat

Tablo 1. BOS özellikleri

	BOS basıncı	Görünüm	Hücre sayısı-tipi lökosit/ mm^3	BOS (kan) Glikoz mg/dl	Mikroprotein mg/dl
Tedavi öncesi	Normal	Berrak	700 hücre	18,4 (80)	110
Tedavinin 2. günü	Normal	Berrak	1,200 hücre Atipik lenfositler	14,1 (130)	123

[PS-232]

Beklenmedik Bir Dil Kökü Apsesi

Merve Çelebi[1], Selda Aydın[2], Okan Derin[2]

[1]*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

[2]*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Predispozan faktör olmayan genç hastada *Pseudomonas aeruginosa*'ya bağlı gelişen dil kökü apsesini rapor ettik.

Olgu: Derin boyun enfeksiyonu (DNI), derin servikal fasya arasındaki potansiyel boşluklar içindeki enfeksiyonu ifade eder. DNI'lar çoğunlukla boynun submandibular boşluğunda, ardından faringeal ve retrofarengeal boşluklarda görülür. En sık etkenler *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus* ve *Staphylococcus epidermidis*'tir. Olguların çoğunun monomikrobiyal olduğu bulunmuştur. DNI'lerin ortaya çıkan semptomları arasında boyun/yüz ödemi, ateş, trismus, odinofaji, disfaji, boğaz ağrısı ve nefes darlığı sayılabilir. Otuz altı yaşında erkek hasta, üç haftalık ateş, boğaz ağrısı ve disfaji öyküsü ile hastanemiz enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde değerlendirildi. Hasta enfeksiyon hastalıklarına gelmeden önce iki kez üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile amoksisilin-klavulonik asit ve klindamisin olmak üzere 2 kür antibiyotik tedavisi almıştı. Tedavi bitiminde şikayetleri gerilememişti. Hasta anamnezde diyabet, hipertansiyon, alerji, ameliyat ve travma öyküsü olmadığını belirtti. Herhangi bir diş problemi ya da diş girişimi yoktu. Fizik muayenesinde palpasyonla ağrılı sağ jugulodigastrik bölgede lenfadenopatisi, orofaringeal ülseratif aftöz lezyonlar saptandı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hemogramda lökositoz yok ancak nötrofili ve trombositoz mevcuttu. Serolojik testleri anti-HIV, VDRL, toksoplazma, *Bartonella* negatifti. Hastanın boyun ultrasonografisinde, bilateral servikal zincirde, en büyüğünün kısa çapı 1 cm olan multipl sayıda reaktif lenf nodları saptandı. Servikal lenfadenit ve baş boyun enfeksiyonunda uygun antibiyoterapi verilmesine rağmen

geçmeyen odinofaji sebebiyle nazofarengeal MRG çekildi. Kontrastlı nazofaringeal/boyun MRG'de, dil kökünde 4x3 cm apse ve yumuşak dokularda kontrastlanma saptandı. Hasta kulak burun boğaz hastalıkları ile konsülte edildi ve cerrahi drenajı yapıldı. Dil kökündeki apse (yaklaşık 20 ml püy) boşaltıldı. Apse kültüründe *Pseudomonas aeruginosa* üremesi oldu. Etken seftazidim, sefepim ve siprofiloksasine duyarlı saptandı. Parenteral piperasilin/tazobaktam 4x4,5 gr intravenöz başlandı. Parenteral tedavinin ardından oral ardışık siprofiloksasin tedavi ile üç haftaya tedavisi tamamlandı.

Sonuç: Tıbbi tedaviye rağmen sürekli boğaz ağrısı ve odinofajisi olan bir hastada retrofarengeal apse akılda tutulmalıdır. Görüntüleme yöntemleri ile birlikte kültür-antibiyogram ve cerrahi müdahalenin kritik önemini vurguladık.

Anahtar Kelimeler: Derin boyun enfeksiyonları, disfaji, odinofaji

[PS-233]

HIV Enfeksiyonlu Olguların Diğer Kliniklere Başvurularının Değerlendirilmesi

Hividar Altan, Eren Arkalı, Kamil Mert, Sabri Atalay, Gürsel Ersan, Şükran Köse

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Günümüzde kullanılan potent ve yan etkisi az rejimler, HIV/AIDS'i ölümcül hastalık olmaktan çıkarıp, yaşam boyu ilaç kullanımını gerektiren bir tür kronik hastalığa dönüştürmüştür. Bu nedenle erken tanı alan hastalarda etkin tedavi ile beklenen yaşam süresi gelişmiş ülkelerde normal popülasyona yakındır. İleri yaş HIV ile enfekte bireylerin sayısının artması komorbid hastalık riskini de artırmaktadır. Hastaların izleminde komorbiditelerin ve HIV ile ilişkili hastalıkların yönetimi giderek daha önemli hale gelmekte ve değişik disiplinlerin birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Çalışmamızda HIV/AIDS tanılı enfeksiyon hastalıkları dışı kliniklere başvurmuş ve yatış yapılarak izlenmiş olguların demografik verileri, enfeksiyon hastalıkları dışındaki yatış yapılan klinikler ve nedenleri değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği dışında kliniklere 2013-2019 yılları arasında başvuran HIV/AIDS tanılı 54 olgu değerlendirilmiştir. Hastalara ait veriler, hasta dosyaları ve otomasyon sistemi kayıtları taranarak elde edilmiştir. Hastaların demografik verileri, enfeksiyon hastalıkları dışındaki yatış yapılan klinikler ve nedenleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya halen kliniğimiz tarafından takip edilen ve 2013-2019 yıllarında enfeksiyon hastalıkları dışında kliniklerde yatarak takip edilen 54 olgu alınmıştır. Olguların 43'ü (%79,6) erkektir. Altmış beş yaş üstü 16 (%29,6), 45-64 yaş arası 11 (%20,3), 45 yaş altı 27 (%50) olgu kayıt edildi. On dokuz (%35,1) hastada en az bir komorbid hastalık saptandı. Elli dört olgunun enfeksiyon hastalıkları ve diğer kliniklere toplam 234 farklı yatışı olmuştur. Bu yatışların 108'i (%46,2) diğer kliniklere yapılmıştır. Hastaların kliniklere yatış nedenleri incelendiğinde 46'sının (%42,6) HIV ile ilişkili olmayan hastalıklar nedeniyle olduğu görülmüştür. Enfeksiyon hastalıkları dışında 15 farklı kliniğe başvuru yapılmış olup en sık başvurulan klinikler ve başvuru nedenlerinin bir kısmı Tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: Toplumda HIV enfeksiyonu farkındalığının eksik olması sebebiyle özellikle geç tanı alan olgular zaman zaman farklı tanılar ile enfeksiyon hastalıkları dışındaki kliniklere yatırılmaktadırlar. Özellikle HIV ile ilişkili maligniteler ve HIV ile ilişkili fırsatçı enfeksiyonlar sebebiyle yatırılan bu olgularda tanıya yönelik tetkikler unutulmamalıdır. HIV ilişkisiz nedenler ile sağlık kurumlarına başvuruda bulunan olgularda da HIV yönünden riski yaşam tarzı olanlarla görüşülerek tanısal yaklaşımda bulunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, komorbid hastalık, AIDS

Tablo 1. Olguların enfeksiyon hastalıkları dışı yatış yapılan klinikler ve nedenleri

Klinik	Başvuru sayısı (%)	Başvuru nedenleri HIV ilişkisiz	Başvuru nedenleri HIV ilişkili
Acil servis	14(%12,9)	Akut batın, travma	Pneumocystis pnömonisi
Genel cerrahi	13(%12)	İnguinal herni, hemoroid	LAP eksizyonu Condyloma acuminata
Genel dahiliye	12(%11,1)	Anemi, DM	
Hematoloji	12(%11,1)	İTP, multpl myelom	Diffüz büyük B hücreli lenfoma
Kadın-Doğum	10(%9,2)	Gebelik,oligohidroamnioz	
Üroloji	7(%6,4)	Epilepsi, SAK	İmpotans
Nöroloji	7(%6,4)	Nefrolitiazis, varikosel, RCC	İlaç renal toksisitesi
Anestezi ve Reanimasyon	7(%6,4)	AİTK	Cryptococ menenjiti
Göz	6(%5,5)	Katarakt	Cmv retiniti
Kalp-Damar Cerrahisi	5(%4,6)	Femoral by-pass, periferik arter hastalığı	
Gastroenteroloji	4(%3,7)	Toksik hepatit, GİS kanama	Candida özefajiti
KBB	4(%3,7)		LAP eksizyonu
Ortopedi	3(2,77)	Travma, Fraktür	

[PS-234]

Çeşitli Klinik Örneklerden İzole Edilen Kandida Türleri ve Antifungal Duyarlılıkları

Tuğhan Utku[1], Zehra Kipritçi[2], Ferda Karatufan[1], Pınar Çıragil[2], Aynur Eren Topkaya[2]

[1]Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

[2]Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Sindirim sistemi, deri ve genital sistemde flora üyesi olarak bulunabilen kandida türleri, immünosüpresif hastalarda fırsatçı mantar enfeksiyonlarının en sık etkenleridir. *C. krusei* flukanozole, *C. tropicalis* ketokonazole, *C. lusitaniae* amfoterisin-B ye doğal dirençli kandida türleridir. Ancak son yıllarda diğer kandida türlerinde de antifungallere direnç saptanmaya başlamıştır. Çalışmada, pediatrik ve yetişkin kemik iliği ve solid organ nakli yapılan hastanelerimizde son bir yıl içinde klinik örneklerden izole edilen kandidaların tür dağılımı ve antifungal duyarlılık sonuçları irdelenerek ampirik tedaviyi yönlendirmek için lokal duyarlılık sonuçlarının izlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2019 yılı içinde Yeditepe Üniversitesi hastanelerinde tedavi hizmeti alan hastalardan alınan çeşitli klinik örneklerin mantar kültürleri yapılmıştır. Tanımlama yöntemi olarak germ-tüp, Chrom Agar *Candida* ve otomatize sistem (Vitek-2, Biomerioux, Fransa), antifungal test olarak otomatize sistem kullanılmıştır. Antifungal test sonuçları CLSI M60'a göre yorumlanmıştır.

Bulgular: Çalışmanın kapsadığı bir yıllık dönemde klinik örneklerde toplam 280 kandida izolatı saptanmıştır. Örnek sıklık sırasına göre ürogenital örneklerden 173, idrar örneklerinden 59, kan kültürlerinden 16, alt solunum yolu örneklerinden 21, yara ve yumuşak doku örneklerinden 11 kandida kökeni izole edilmiştir. Kandida türleri; 189 *C. albicans*, 19 *C. glabrata*, 11 *C. parapsilosis*, 9 *C. tropicalis*, 3 *C. famata*, 3 *C. krusei*, 2 *C. lusitaniae* ve

C. kefyr, *C. laurentii* birer izolat olarak saptanırken 42 izolatın (%15) tür adı belirlenememiştir (Tablo 1). Merkezlerimizde solunum ve ürogenital örneklerden izole edilen kandida türleri için antifungal testi rutin olarak çalışılmamaktadır. Diğer örneklerden izole edilen 103 kandida izolatı için antifungal duyarlılık testi çalışılmıştır. Tüm izolatlar için flukonazol direnci %12, amfoterisin-B direnci %6, kaspofungin ve flusitozin direnci %3 olarak saptanmıştır.

Sonuç: İnsanlarda en sık hastalık etkeni olan kandida cinsi mayaların tür düzeyinde tanımlanmaları tedaviye yön verdiği için büyük önem taşımaktadır. Mevcut yöntemlerle kandidaların %15'inin tanımlanamaması nedeniyle yöntemlere mısır unu-tween 80 agar ve karbonhidrat asimilasyonuna dayalı ID32C testlerinin eklenmesi uygun olacaktır. Çoğunluğu immünosüpresif hasta örneklerinden izole edilen kandida türleri olan, *C. albicans, C. glabrata* ve *C. tropicalis* izolatlarının azollere duyarlılıkları dikkatle izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Candida*, antifungal duyarlılık

Tablo 1. Kandida türlerinin klinik örneklere göre dağılımı

Kandida türleri	Genital örnek (%)	İdrar (%)	Kan (%)	ASY (%)	Yara (%)	Toplam
C. albicans	135 (%78)	26	10	12	6	189 (%68)
C. glabrata		14	1	2	2	19 (%7)
C. parapsilosis		6	3	1	1	11 (%4)
C. tropicalis		5	1	2	1	9 (%3)
C. krusei		2		1		3 (%1)
C. famata		2	1			3 (%1)
C. lusitaniae				2		2
C. kefyr				1		1
C. laurentii					1	1
Candida spp.	38 (%22)	4				42 (%15)
Toplam	173	59	16	21	11	280

[PS-235]

HIV ile Enfekte Bireylerde Lenfadenopati Nedenleri

Hividar Altan, Hilal Abakay, Sarp Singil, Gürsel Ersan, Sabri Atalay, Şükran Köse

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Lenfadenopati (LAP) HIV ile enfekte bireylerde sık saptanan bir fizik muayene bulgusudur. LAP kliniği özellikle tedavi almamış, düşük CD4 sayılı hastalarda HIV enfeksiyonunun kendisine bağlı olabileceği gibi malignite ve fırsatçı enfeksiyonlar gibi ciddi nedenlerle de olabilir. Tanısal yaklaşımda LAP biyopsisi gerekmektedir. Çalışmamızda kliniğimizde takip edilen HIV/AIDS olgularının lenfadenopati nedenleri araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği HIV/AIDS polikliniğinde 2013-2019 yıllarında takip edilen 330 hastanın LAP kliniği ile başvuran 25'inde (%7,5) gerçekleştirilmiştir. Hastalara ait veriler, hasta dosyaları ve otomasyon sistemi kayıtları taranarak elde edilmiştir. Hastaların demografik verileri, bulaş yolları, antiretroviral tedavi (ART) alma durumu, CD4 sayıları, lenf nodu biyopsi histopatolojik sonuçları degerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması 43,61±14,21 (25-70) yıl ve 20'si (%90,9) erkektir. Heteroseksüel cinsel temas en sık gözlenen bulaş yolu olarak görüldü (%40). Olguların 7'si (%28) başvuru sırasında yeni HIV/AIDS tanısı aldı, olguların 3'ü (%12) ise tedaviyi bırakan LAP kliniği ile başvuran olgulardır. Bu olguların tedavi terk süreleri ortalama 3 (2-4) yıldır. Başvuru anında CD4 sayıları; 16'sında (%64) 200 altı, 5'inde (%20) 200 ile 500 arasında, 4'ünde (%16) 500 üstü idi. On (%40) hastada en az bir komorbid hastalık saptandı. LAP nedeniyle tetkik edilen olguların LAP lokalizasyonları ve lenf bezi eksizyonu immünohistolojik tanıları Tablo 1'da sunulmuştur. Yirmi beş hastanın 15'inde (%60) fırsatçı enfeksiyon saptandı. En sık görülen fırsatçı enfeksiyonlar kandida özefajiti (%20) ve *Pneumocystis* pnömonisidir (%12). Baş-boyun bölgesinde reaktif lenf nodu saptanan 7 olgunun 4'ünde kandida özefajiti saptandı.

Sonuç: Kronik HIV enfeksiyonunun asemptomatik döneminde çoğu zaman belirti olmamakla birlikte, bazı hastalarda persistan jeneralize lenfadenopati (PJL) görülmektedir. Persistan jeneralize lenfadenopati, inguinal bölge dışındaki en az iki bölgede, üç aydan daha uzun süredir devam eden lenf büyümesi olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalardaki lenf düğümleri genellikle simetrik, orta derecede büyümüş, hareketli, ağrısız, plastik kıvamlı olup, servikal, submandibular, oksipital ve aksillar bölgede saptanırlar. LAP nedenleri arasında HIV enfeksiyonun kendisi dışında fırsatçı enfeksiyonlar, maligniteler ön planda düşünülmelidir. Özellikle CD4 sayısı düşük olan yaygın LAP'lerde malignite akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, lenfadenopati, malignite

Tablo 1. Olgularda LAP lokalizasyonu ve immünohistolojik tanıları

LAP LOKALİZASYONU	OLGU SAYISI	LENF BEZİ EKSİZOYONU PATOLOJİ SONUCU
Baş-Boyun	10(%40)	7(%70)'si reaktif
		3(%30)'ü malignite
Generalize	6(%24)	1(16,6)'i lenfoid hiperplazi
		5(%83,4)'ü malignite
Aksiller	5(%20)	3(%60)'ü reaktif
		2(%40)'si malignite
İnguinal	4(%16)	2(%50)'si reaktif
		2(%50)'si malignite

[PS-236]

Alopesi ile Başvuran Bir Sekonder Sifiliz Olgusu

Nazlım Aktuğ Demir, Şua Sümer, Onur Ural, Hatice Esranur Kıratlı

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Sifiliz, bir spiroket olan *Treponema pallidum*'un neden olduğu cinsel yolla, kan nakli ile, transplasental olarak veya açık yara ile temas sonrası bulaşabilen multisistemik tutulum yapan kronik bir hastalıktır. Hastalığın dönemine göre primer, sekonder, latent ve tersiyer olmak üzere farklı evreleri bulunmaktadır. Primer sifilizin klasik lezyonu şankrdır ve 3-6 hafta içerisinde kendiliğinden iyileşir. Sekonder sifilizde deri döküntüleri, lenfadenopati, ateş, güve yeniği tarzında alopesi ve organ tutulumları görülebilmektedir. Bu olguda alopesi ile başvuran bir sekonder sifiliz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Otuz yaşında erkek hasta, üç haftadır olan ağız içerisinde aftöz yara, avuç içlerinde döküntü ve şakaklarda olan bölgesel saç dökülmesi şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Daha öncesinde iki kez dış merkezde dermatoloji polikliniğine

başvurduğu öğrenildi. Hastaya mevcut şikayetlerinin strese bağlı olarak geliştiği söylenerek tropikal steroid ve oral prednol tedavisi verilmiş ancak şikayetlerinde gerileme olmamıştı. Hastanın öyküsü sorgulandığında iki ay önce şüpheli cinsel ilişki öyküsü olduğu, temastan bir ay sonrası genital bölgesinde penis ucu ve skrotal bölgede birkaç adet ağrısız, kaşıntısız, sert ülsere lezyonlar çıktığı sonrasında kendiliğinden geçtiği öğrenildi. Bu dönemde hasta doktora başvurmamıştı. Yapılan fizik muayenesinde tansiyon 120/70, nabız 75/dk, vücut ısısı 36,7 °C idi. Avuç içerisinde makülopapüler döküntü ve bilateral temporal bölgede güve yeniği tarzda alopesi (Şekil 1) mevcuttu. Genital bölge inspeksiyonunda özellik saptanmadı. Sekonder sifiliz düşünülen hastadan istenen titreli VDRL 1/32 pozitif, TPHA (+), FTA ABS IgM (+), FTA ABS IgG (+) olarak saptandı. HBsAg (-), antiHBs (-), anti-HCV (-), anti-HIV (-) sonuçlandı. Hastaya 2,4 milyon U benzatin penisilin G intramüsküler tedavi verildi. Diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından altı aylık takibe alındı. Hastanın tedavi ve takibi polikliniğimizde devam etmektedir.

Sonuç: Sifiliz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında sık rastlanan ve toplum sağlığını etkileyen önemli bir hastalıktır. Klinik bulguları her zaman spesifik değildir. Hastalık seyri boyunca birçok farklı sistemi tutabilmesi ve çeşitli klinik bulgular gösterebilmesi nedeniyle 'büyük taklitçi' olarak adlandırılmıştır. Tanıda genellikle serolojik yöntemler kullanılmaktadır. Bu olguda alopesi ve avuç içi döküntüsü ile çoklu kez hastane başvurusu olan ancak ayırıcı tanıda akla gelmediği için tanısı geciken bir sekonder sifiliz olgusu sunulmuştur. Sonuç olarak klinisyenlerin sifiliz açısından dikkatli olması gerektiği, şüphe duyulması halinde mutlaka tarama testlerinin istenmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Alopesi, avuç içi döküntü, sekonder sifiliz



Resim 1. Temporal bölgede güve yeniği tarzda alopesi

[PS-237]

Üriner Sistem *Candida* Enfeksiyonlarında Liposomal Amfoterisin B Deneyimleri

Kübra Koçak, Ayşe Özlem Mete, Enes Erbağcı, İlkay Karaoğlan

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Liposomal amfoterisin B (L-AMB) lipofilik bir ajan olduğu için idrar konsantrasyonu yeterli olmadığından, üriner sistem kandida enfeksiyonu tedavisinde fungal ajana karşı etkili kabul edilmez. Fakat birçok yoğun bakım hastası kandidemi ve invazif fungal enfeksiyon nedeniyle bu antifungal ilaçlar ile tedavi edilmektedir. Bu çalışmada kandidemi nedeniyle L-AMB kullanan hastalardan alınan idrar kültür örneklerinde kandida üremesi saptananlarda tedavi süresince idrar kültür sonuçları değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2018-01.01.2020 yılları arasında dahili yoğun bakım ve anesteziyoloji ve reanimasyon ünitesinde fungal enfeksiyon ön tanısı ile L-AMB kullanan hastalar, hastane otomasyon sistemi kayıtları kullanılarak belirlendi. Çalışma süresi boyunca 118 hasta L-AMB tedavisi almıştı. Bu hastaların 98'inde kültür üremesi olmadan ampirik tedavi başlandığı için, dört hastada idrar kültür üremesi olmadığı için çalışmadan çıkartılmıştır. İdrar kültür üremesinin olduğu 16 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, üreyen *Candida* türü, tedavi süresi ve idrar kültüründeki negatifleşme kaydedildi.

Bulgular: On altı hastanın ortalama yaşı 51 (18-75), kadın sayısı 5 (%31), erkek sayısı 11 (%69) tespit edildi. Yedi (%44) hastanın sadece idrar kültüründe *Candida* üremesi tespit edildi, 9 (%56) hastanın hem idrar hem de kan kültüründe *Candida* üremesi tespit edildi. On iki (%75) hastada idrar kültür üremesindeki *Candida* türü *Candida* spp. olarak raporlandı. İdrar kültür üremesinde en sık tespit edilen fungal ajan 3 (%20) hasta ile *C. albicans* olmuştur. Hem idrar hem kan kültürü üremesi olan 9 hastada, kan kültüründe 4 (%44) hasta ile en sık tespit edilen ajan *C. albicans* olmuştur. Altı hasta L-AMB tedavisi sonrası idrar kültürü alınamadan eks olmuştur. On hastada kontrol idrar kültürü negatifleşmemiştir. Bu gruptaki hastalarda tedavi süreleri yetersiz olup sadece bir hastada 14 günlük tedavi uygulandığı halde idrar kültürü negatifleşmemiştir. On olguda tedavi sonrası idrar kültüründe candida üremesi negatifleşmiştir. Bu grupta ortalama tedavi süresi 10,7 gün olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Birçok fungal ajan lipofilik olması ve idrar konsantrasyonu yetersiz olması nedeniyle fungal idrar yolu enfeksiyonlarında kullanılamamaktadır. Bu çalışmamızda fungal idrar yolu enfeksiyonlarında L-AMB tedavisinin %62 oranında idrar kültürünü negatifleştirdiği tespit edilmiş olup, dirençli fungal idrar yolu enfeksiyonlarında L-AMB tedavisi ümit vadeden alternatif bir ajan olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amfoterisin B, idrar yolu enfeksiyonları

[PS-238]

Nitrofurantoinin ve Metronidazol Örnekleri ile Antibiyotiklerin Alışılmadık Yan Etkisi: Nörotoksisite

Kamuran Türker

İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Nitrofurantoin ilk kez bulunduğu 1952 yılından beri üriner sistem enfeksiyonları için kullanılmaktadır. Nörotoksik etkileri ise 1956 yılında ilk kez bildirilmiştir. Bu etkiler periferal nöropati, sersemlik, baş dönmesi, çift görme, serebellar disfonksiyon ve bening intrakraniyal hipertansiyon şeklindedir. Genellikle yaşlı kadın hastalarda ve uzun süreli süpresyon şeklinde kullanımlarında görülmektedir. Metronidazol ise *Clostridium difficile*'ye bağlı ishalde, protozoal enfeksiyonlarda (giardiayizis ve amebiyoz), anaerobik enfeksiyonlarda ve bakteriyel vajinozis tedavisin gibi çok yaygın kullanımda olan diğer bir preparattır. Parestezi, perferal nöropati, dizartri, ataksi ve ensefalopati görülen nörotoksik yan etkilerdir. Nitrofurantoinde deliryum ve metronidazol kullanımıyla ilişikili depresyon şeklinde olan nörotosik yan etki görülen birer olgu sunuyoruz.

Olgu 1: Altmış yaşında kadın hasta üriner sitem enfeksiyonu nedeniyle seftriakson 2x1 gr IM ve nitrofurantoin 50 mg 3x1 şeklinde tedavi alırken "küçük insanlar ve mezarlıklar" şeklinde görsel halüsinasyonlar görmeye başladığını korkup uyku uyuyamadığını ifade etti. Belirtiler tedavinin

ikinci günü başlayıp içtiği 3 gün boyunca sürdükten sonra, ilaç kesilir kesilmez ise kaybolduğunu belirtti. 2017'de kafa travması öyküsü, oral antidiyabetiklerle regüle diyabeti ve hipertansiyonu dışında ek hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde ateş: 37 °C kostovertebral açı ve suprapubik hassasiyeti dışında özellik yoktu. Laboratuvar sonuçlarına göre beyaz küre: 8,5/µl, kırmızı küre: 4,9 00/µl hemoglobin: 13,6 g/dl, i ve C-reaktif protein: 2,8 mg/l idi. Biyokimyasal testlerinde glikoz 326 mg/dl dışında özelik yoktu. İdrar incelemesinde: Mebzul lökosidüri ve hematüri vardı. İdrar kültüründe 100.000 CFU/ml'de *S. agalactia* üredi.

Olgu 2: Kırk bir yaşında kadın vajinit nedeniyle metronidazol 3x500 mg ve fosfomisin 3 gr 1x1 po ile metronidazol vajinal ovül kullanan hastada ilaç kullanımı ile başlayıp kesilmesi ile bitecek şekilde depresif duygu durum değişikliği ve ağızda tat bozukluğu olduğunu belirtmiştir. Hikayesine iki yıl önce meme kanseri nedeniyle cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi görme ve hipotiroidi vardı. Halen tamoksifen ve levotiron kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde ateş: 36,4 °C suprapubik hassasiyeti dışında özellik yoktu. Laboratuvar sonuçlarına göre beyaz küre: 3,6/µl, kırmızı küre: 4,800/µl hemoglobin: 13 g/dl, i ve C-reaktif protein: 5,1 mg/l idi. Ultrasonografisinde sağ böbrekte 4 mm kalkül vardı. İdrar kültürlerinde üreme olmadı.

Sonuç: Günlük pratiğimizde çokça kullandığımız preparatlar olan nitrofurantoin ve metronidazolün olası nörotoksik yan etkisini ilginç bulduğumuzdan sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Nörotoksisite, nitrofurantoin, metronidazol

[PS-239]

Erişkin Acil Polikliniğine Başvuran Hastaların Kültür İstemlerinin Değerlendirilmesi

Dilek Asiltürk[1], Betül Kaplan[1], Duygu Kaçar[1], Yeşim Aybar Bilir[1], Fatih Tanrıverdi[2], Rahmet Güner[3]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Ankara Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

[3]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Ankara Şehir Hastanesi üçüncü basamak bir hastanedir. Enfeksiyon kliniği ile başvuran, komplike olgulardan enfeksiyon hastalıkları konsültasyonları istenmektedir. Günümüzde; toplum ve hastane kökenli enfeksiyonlarda dirençli mikroorganizmaların oldukça yaygın olduğu bilinmektedir. Bu nedenle ampirik tedavi öncesi etkeni saptamaya yönelik kültür alımı önem kazanmaktadır. Tedavi seçimi hasta morbiditesi ve mortalitesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmada; Aralık 2019'da acil polikliniğe başvurup; enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenen 270 hastanın, öneriler doğrultusunda gönderilen kültür oranları ve üreyen etkenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2019 ayında Ankara Şehir Hastanesi Acil Polikliniği'ne başvuran, enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenen ve antibiyotik tedavisi başlanan hastaların kültür sonuçları yaklaşık 10 gün süre ile hastane bilgi işletim sistemi üzerinden takip edilmiştir.

Bulgular: Olguların; 150'sinden (%56) idrar kültürü, 144'ünden (%53) kan kültürü, 35 (%13) hastadan balgam kültürü, 12 (%4,4) yara kültürü, 10 (%3,7) apse kültürü, 4 (%1,5) BOS kültürü ve 1 (%0,4) asit kültürü gönderilmişti. Kan kültürlerinin; 45'inde üreme saptanmıştı. Bunun 19 tanesi kontaminasyon olarak değerlendirilmiş. On sekiz olguda Gram-olumsuz basil üremesi, 6 olguda Gram-olumlu kok üremesi, bir olguda da polimikrobiyal üreme saptanmıştır. İdrar kültürlerinin; 103 tanesini üreme olamayan ve kontaminasyon düşündürenler oluştururken, 47 tanesinde anlamlı üreme kabul edilmiştir. Bunların 40'ını Gram-olumsuz basiller, 2'sini *Candida* spp., 3 enterokok ve 2 *Ureaplasma urealyticum* oluşturmuştur. Hastalardan 25'inden balgam kültürü alınmış, bunların sadece 4'ünde anlamlı üreme olmuştur. Etkenlerin 2'sini *S. aureus*, 1 *Pseudomonas aeruginosa* ve 1 *Klebsiella pneumoniae* oluşturmuştur.

Sonuç: Enfeksiyon hastalıklarının başarılı tedavisi için, etkenlerin ve direnç paternlerinin bilinmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle; acil şartlarda da olsa, klinik bulgular doğrultusunda enfeksiyon hastalıkları uzmanları tarafından gerekli görülen hastalardan kültür örneği alınmasına dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, kültür, enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu

[PS-240]

Kronik Her Kemik Destrüksiyonu Osteomiyelit midir? Bir Hodgkin Lenfoma Olgusu

Deniz Akyol[1], Sinan Mermer[1], Hüsnü Pullukçu[1], Oğuz Reşat Sipahi[1], Dündar Sabah[2], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1]

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

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Kronik osteomiyelit, ilerleyici kemik destrüksiyonu ve nekrozuyla seyreden bir enfeksiyondur. Kemik destrüksiyonunun en sık nedenlerinden biri osteomiyelit olmakla birlikte özellikle atipik yerleşimli kemik destrüksiyonu olan olgularda non-enfeksiyöz etiyolojileri de göz önünde bulundurmak gerekir. Bu bildiride kronik osteomiyelit ön tanısı ile başvuran bir Hodgkin lenfoma olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yirmi dört yaşında, erkek; bilinen hastalığı olmayan olgu dokuz aydır olan sağ omuz ağrısı ve skapula üzerinde akıntılı yara şikayetiyle dış merkezde ortopedi kliniğine başvurmuştu. İsmini bilmediği oral antibiyoterapiler kullanan hasta, şikayetlerinin gerilememesi üzerine Ege Üniversitesi Ortopedi Kliniği'ne yönlendirilmiş, yara debridmanı uygulanarak alınan kemik doku örneğinin bakteriyolojik kültüründe *Streptococcus salivarius* (penisilin S) üremesi olurken mikobakteriyolojik incelemesi negatif saptanmıştı. Histopatolojik incelemesinde ise kemik trabekülleri arasında yoğun sıkışma artefaktı gösteren lenfoid hücreler ve hafif fibrozis izlenmiş, bulgular non-spesifik bir yangısal reaksiyon yönünde değerlendirilmişti. Kliniğimize yönlendirilen hastaya kronik osteomiyelit ön tanısıyla yatırılarak ampisilin-sulbaktam 6 gr/gün başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 11,000/mm^3, Hg: 12 g/dl, PLT: 300,000/mm^3, CRP: 8 mg/dl, karaciğer ve renal fonksiyon testleri olağan saptandı. HIV, sifiliz, brusella serolojileri negatif sonuçlandı. EKO'da patoloji saptanmadı. İki haftalık ampisilin-sulbaktam tedavisiyle klinik ve laboratuvar yanıt alınamadığı için antibiyoterapisi ertapeneme geçilen hastanın sağ aksiller yüzeyel doku USG'si "En büyüğü 30x20 mm boyutlu multipl lenfadenomegali izlenmiştir. Bazıları yağlı hilusunu korurken bazılarında yağlı hilus silinmiş olup sferik görünüm kazanmıştır. Olgunun sağ omuz bölgesindeki osteomiyeliti düşünüldüğünde lenfadenomegalilerin enfeksiyona ait olduğu düşünülse de radyolojik olarak enfeksiyon-infiltrasyon ayrımı yapılamaz. Sağ boyun ve sağ inguinal bölgede kuşkulu lenf bezi izlenmedi" olarak raporlandı. USG bulguları ve atipik yerleşimli osteomiyelit (?) nedeniyle olası malignite açısından çekilen tüm vücut BT'si "Sağda skapula boynu kesiminden başlayıp sağ skapula lateral kenarları boyunca devam eden kemik yapıda yer yer dekstrüksiyon ve periost reaksiyonu izlenmiştir. Sağda sternum komşuluğunda sağ anterior ve lateral duvarında ekstraplevral yaklaşık kalınlığı 1 cm olarak ölçülen yumuşak doku lezyonu izlenmiştir. Lenfoproliferatif hastalık?" olarak raporlandı. Periferik yaymasında patoloji saptanmayan hastaya

eksizyonel lenf bezi biyopsisi yapıldı ve histopatolojik incelemesi "nodüler sklerozan Hodgkin lenfoma, derece 1" olarak yorumlandı. Hasta hematoloji ile konsülte edildi, kemoterapi ve OKIT planlanan hasta hematoloji kliniğine devredildi.

Sonuç: Kronik osteomiyelitler sıklıkla ekstremite ve vertebraları tutar. Atipik yerleşimli kemik destrüksiyonu söz konusu olan olgularda non-enfeksiyöz etiyolojiler de düşünülmeli ve histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik osteomiyelit, Hodgkin lenfoma, eksizyonel biyopsi

[PS-241]

Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Kateter İlişkili Kan-Dolaşım Enfeksiyonlarının Etken Dağılımı

Oktay Yapıcı

Manisa Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Manisa

Giriş: Kateter ilişkili kandolaşımı enfeksiyonları (KİKDE); kronik hemodiyaliz hastalarında sık görülen, mortaliteye ve morbiditeye neden olabilen bir komplikasyondur. Bu çalışmanın amacı, Manisa Şehir Hastanesi hemodiyaliz hastalarında KİKDE etkenlerinin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 1 Şubat 2019 ile 1 Şubat 2020 tarihleri arasında ateş, hipontansiyon gibi semptomlarla hastaneye başvuran hemodiyaliz hastalarından KİKDE şüphesiyle yatırılan hastaların kültür sonuçları retrospektif incelendi. Hastalardan periferik damar yolu ve kateterden olmak üzere 2 set kan kültürü alındı. Her iki kan kültüründe aynı antibiyogram duyarlılığına sahip, aynı tür üremeler ve başka bir enfeksiyon odağı tespit edilememesi, kanıtlanmış KİKDE olarak kabul edildi (Eş zamanlı olarak alınan kateter kan kültüründe, periferik venden alınana göre >=3 kat daha fazla koloni mikroorganizma üremesi ve kateterden alınan kan kültüründe, periferik kan kültüründen >2 saat daha erken üreme saptanması kriterlerine uyuldu).

Bulgular: Çalışmaya alınan 90 hastanın 50'sinde (%55,5) kanıtlanmış KİKDE tespit edildi. Kanıtlanmış KİKDE hastalarından 32'sinde (%64) Gram-olumlu üreme (%84 oranında koagülaz-negatif stafilokoklar, %12 oranında *S. aureus* ve %3 oranında *Enterococcus* spp., %1 diğerleri) Kanıtlanmış KİKDE hastalarında 18'inde (%36) Gram-olumsuz üreme (*Klebsiella pneumoniae* %35, *Pseudomonas aeruginosa* %20, *E. coli* %15, *Enterobacter cloeca* %9, *Proteus mirabilis* %5, *Citrobacter freundii* %4, *Acinetobacter* spp. %3 ve diğerleri %9) tespit edildi. Hastaların 40'ında (%44,5) üreme olmadı veya kontaminasyon olarak degerlendirildi.

Sonuç: Sonuç olarak, her hastane kendi etken dağılımları bilmeli ve ampirik tedaviyi, etken dağılımları duyarlılık profilleri dikkate alınarak planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kan dolaşımı enfeksiyonları, hemodiyaliz

[PS-242]

Kateter ile İlişkili Kan Dolaşım Enfeksiyonlarının Kontrolünde Bundle Uygulamasının Değerlendirilmesi

Nevin Korkmaz[1], Derya Öztürk Engin[2], Onur Çolak[2], Servet Öztürk[2], Semra Kavas[2], Deniz Dazkır[2], Zerafer Kandemir[1], Canan Ağalar[2]

[1]İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, İstanbul

[2]İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Kateter enfeksiyonları, santral venöz kateterizasyonun mortalitesi ve maliyeti yüksek komplikasyonlarından biri olup, nozokomiyal bakteriyeminin en yaygın sebebidir. Bundle uygulanması, kateter ile ilişkili kan dolaşım enfeksiyonlarını (Kİ-KDE) önlemede etkili bir yöntemdir. Bu çalışmada, hastanemiz yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalarda bundle uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi YBÜ 2018 Ocak-2019 Aralık tarihleri arasında retrospektif olarak yapıldı. Bundle uygulamasında; el hijyeninin sağlanması, klorheksidin ile deri antiseptiği, maksimum bariyer önlemlerinin alınması (steril eldiven giymek, geniş steril örtü kullanmak, önlük giymek, bone takmak), optimum kateter takılma bölgesinin seçilmesi, günlük olarak santral venöz kateter (SVK) gereksiniminin değerlendirilmesi yer aldı. Uygulama sırasında bileşenlerden birine uyumsuzluk olduğunda diğer bileşenlere de uyulmamış olarak kabul edildi. YBÜ hastalarında gelişen enfeksiyonlar, enfeksiyon hekimi ve enfeksiyon kontrol hemşiresi ile birlikte günlük olarak aktif ve prospektif sürveyans yapılarak değerlendirildi. Kİ-KDE tanısı CDC (Centers for Disease Control and Prevention) kriterlerine göre konuldu. Çalışmada bundle uygulaması yapılmayan 2018 yılı ile, komite kararı ile uygulama başlanan 2019 yılı Kİ-KDE kıyaslandı. Elde edilen verilerin analizi SPSS v.20 (Statistical Package for Social Sciences, Inc., Chicago, IL) ile yapıldı. Bağımsız, sayısal veriler için Student's t-testi (independent Samples t-test) kullanıldı. $P<0,05$ düzeyi anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada, 2018 yılındaki 806 hasta ve 7,237 hasta günü ile 2019 yılına ait 838 hasta ve 8,217 hasta günü değerlendirilerek enfeksiyon oranları kıyaslandı. 2018 yılında 29 hastada Kİ-KDE gelişti, Kİ-KDE oranı 4,62/1000 kateter günü olarak belirlendi. 2019 yılında ise 22 hastada Kİ-KDE gelişti, Kİ-KDE oranı 3,17/1000 kateter günü olarak hesaplandı. Bundle uygulaması ile Kİ-KDE oranlarında belirgin bir şekilde azalma olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,261$). Uygulama öncesi ve sonrasının kıyaslaması yapıldığında enfeksiyon sayısında %24,1 ve enfeksiyon hızında %31,38 azalma sağlandığı tespit edildi.

Sonuç: İntravasküler kateterler modern uygulamaların vazgeçilmez bir parçası olup, gün geçtikçe daha fazla kullanılmaktadır. Bundle uygulamasında, her bileşenin eksiksiz uygulanması ve uyumun artırılması Kİ-KDE oranlarını azaltılmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bundle, enfeksiyon kontrolü, kateter ile ilişkili kan dolaşım enfeksiyonları

[PS-243]

Hematoloji Kliniğinde Görülen Nadir Bir Sepsis Etkeni: *Sphingobacterium spiritivorum*

Birol Balçın[1], Ercan Yenilmez[1], Deniz Kakaliçoğlu[1], Ayça İlbak[1], Burak Sarıkaya[1], Sinem Akkaya Işık[1], Derya Özyiğitoğlu[1], Rıza Aytaç Çetinkaya[1], Kürşat Yıldız[2], Orhan Baylan[3], Levent Görenek[1]

[1]*İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

[2]*İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İstanbul*

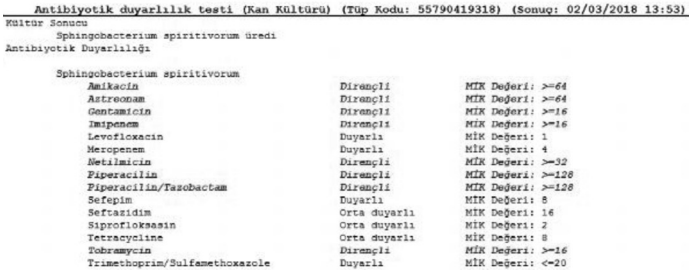
[3]*İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: *Sphingobacterium spiritivorum* çevresel kaynaklarda yaygın olarak bulunan Gram-olumsuz, non-fermentatif basildir. Literatürde insanlarda hastalık yaptığına dair çok az rapor bulunmaktadır. Özellikle altta yapan ciddi hastalığı olan kişilerde bakteriyemi, selülit, peritonit, enfektif endokardit, solunum yolu enfeksiyonları ile ilişkilendirilmiştir. Bakteri genellikle çoklu antimikrobiyal dirence sahip olması nedeniyle hayatı tehdit eden enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Çalışmamızda hematoloji kliniğinde akut lenfoblastik lösemi (ALL) nedeniyle kemoterapi alırken görülen *Sphingobacterium spiritivoru*'a bağlı sepsis olgusunu sunmaktayız.

Olgu: Otuz yaşında erkek hasta, hematoloji kliniğinde pansitopeni nedeniyle araştırılan hastaya ALL tanısı konarak kemoterapiye başlandı. Kemoterapinin sekizinci gününde ateş yükseklikleri olan hastadan kan ve idrar kültürü alınarak ampirik piperasilin-tazobaktam 4x4,5 gr i.v. tedavi başlandı. Tetkiklerinde beyaz küre: 115/mm³, NEU: 3/mm³, PLT: 14.500/mm³, CRP: 232 mg/l, ALT: 84 U/l, AST: 21 U/l, kreatinin: 0,7 mg/dl, prokalsitonin: 0,83 ng/ml olarak saptandı. Kırk sekiz saat sonunda ateş yanıtı alınamayan hastanın tedavisi meropenem 3x1 gr i.v. olarak revize edildi. Hastanın ateşli dönemde alınan kan kültüründe meropeneme hassas *Sphingobacterium spiritivorum* üremesi oldu (Şekil 1). Hastanın tedavisi on yedi gün sonunda ateşinin olmaması, klinik durumunun iyileşmesi, akut faz reaktanlarının gerilemesi, nötropeniden çıkması ve kontrol kan kültüründe üreme olmaması üzerine durduruldu.

Sonuç: *Sphingobacterium spiritivorum* nadir görülen bir etken olmasına rağmen özellikle immünosüpresif hastalarda ve ampirik tedaviye yanıt vermeyen ateşli olgularda fırsatçı bir patojen olarak akılda bulundurulmalıdır. Hastalardan alınan kültürler tanı için çok değerli olup tedavi kültür antibiyogramına göre revize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hematolojik malignite, sepsis, *Sphingobacterium spiritivorum*



Antibiyotik duyarlılık testi (Kan Kültürü) (Tüp Kodu: 55790419318) (Sonuç: 02/03/2018 13:53)

Kültür Sonucu
Sphingobacterium spiritivorum üredi

Antibiyotik Duyarlılığı

Sphingobacterium spiritivorum

Amikacin	Dirençli	MİK Değeri: >=64
Aztreonam	Dirençli	MİK Değeri: >=64
Gentamicin	Dirençli	MİK Değeri: >=16
Imipenem	Dirençli	MİK Değeri: >=16
Levofloxacin	Duyarlı	MİK Değeri: 1
Meropenem	Duyarlı	MİK Değeri: 4
Netilmicin	Dirençli	MİK Değeri: >=32
Piperacilin	Dirençli	MİK Değeri: >=128
Piperacilin/Tazobactam	Dirençli	MİK Değeri: >=128
Sefepim	Duyarlı	MİK Değeri: 8
Seftazidim	Orta duyarlı	MİK Değeri: 16
Siprofloksasin	Orta duyarlı	MİK Değeri: 2
Tetracycline	Orta duyarlı	MİK Değeri: 8
Tobramycin	Dirençli	MİK Değeri: >=16
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	Duyarlı	MİK Değeri: <=20

Şekil 1. Kültür antibiyogramı

[PS-244]

Hastanemize Başvuran Kronik Hepatit C Enfeksiyonu Olan Hükümlü Hastalarda Genotip Dağılımı

Hatice Bulut, Gökçe Ayvaz, Burçin Tuncel, Serdar Gül, Birgül Kaçmaz, Ergin Ayaşlıoğlu Açıkgöz, Sedat Kaygusuz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Hepatit C virüsü (HCV) Flaviviridae ailesinden Hepacivirus genusundan tek zincirli bir RNA virüsüdür. Kontamine kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, damar içi madde kullanımı, cerrahi ve diğer girişimsel işlemler sık görülen HCV bulaş yollarıdır. Ayrıca cinsel yol ve anneden bebeğe geçiş nadir bulaşma yolları arasında yer almaktadır. Ülkemizde anti-HCV sıklığı %0,5-1 aralığındadır. HCV'nin bilinen 6 genotipi bulunmakla birlikte bazı genotiplerin subtipleri de mevcuttur. Ülkemizde HCV'li olgularda en sık saptanan genotip, genotip 1b'dir (%68-94). Bu çalışmada, yüksek riskli grupta yer alan mahkumlarda HCV sıklığı ve genotip dağılımının araştırılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2014-2020 yılları arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği'ne başvuran, ELISA yöntemi ile anti-HCV testleri pozitif bulunan mahkum hastalardan real-time PCR (Qiagen, Almanya) yöntemiyle HCV-RNA bakılmıştır. Pozitif bulunan olgulardan Geno Sen's HCV Genotyping 1/2/3/4 (RG) real-time PCR Regents Kit, (Qiagen, Almanya) yöntemiyle subtipleme yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 92 hastanın tümü erkek, yaş ortalaması 27,95 (20-57) olarak belirlenmiştir. Mahkumların 80'i (%87) Kırıkkale adresinde yaşamaktadır (Tablo 1). Genotip tayininde 48 hastada (%52) genotip tip 1a saptanmıştır (Tablo 2).

Sonuç: Ülkemizde en sık saptanan genotip tip 1b (%68-94) iken, çalışmamızda en sık tespit edilen genotip, tip 1a olmuştur. Mahkum hastalarda damar içi madde kullanımı, ortak invazif olabilecek eşya kullanımı gibi HCV bulaş riski oluşturabilecek durumlar olabileceği gibi değişik bölgelerden geliyor olmalarının genotip dağılımında farklılık oluşturabileceği, tedavi verilirken bu durumun göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hepatit C, genotip, mahkum veya hükümlü

Tablo 1. Hastaların adres dağılımı

Adres	Hasta sayısı n (%)
Kırıkkale	80 (87)
Ankara	4 (5)
Konya	2 (2)
Bursa	2 (2)
Nevşehir	2 (2)
İstanbul	1 (1)
Mersin	1 (1)

Tablo 2. Mahkum hastalarda genotip dağılımı

Genotip	Tip 1a n (%)	Tip 1b n (%)	Tip 2 n (%)	Tip 3 n (%)	Saptanamayan n (%)	Toplam n (%)
Hasta sayısı	48 (52)	17 (19)	2 (2)	23 (25)	2 (2)	92 (100)

[PS-245]

Karaciğerim Sana Emanet Doktor

Arzu Tarakçı, Esma Eroğlu, Fatma Çölkesen, Fatma Kacar, Şule Özdemir Armağan, Selver Can

Konya Meram Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Konya

Giriş: Hepatit B ile enfekte hastalar siroz ve HCC açısından yılda 1 kez karaciğer ultrasonografi (USG) ve alfa feto protein (AFP) tayini ile taranmalıdır. Hepatit B hepatoselüler karsinom (HCC) riskini 25 kat artırır. Kolanjiyokarsinom ile ilgili ilişkisi gösterilememiştir. AFP düzeyleri normal seyreden bir hastada düzenli kontroller esnasında saptanan kolanjiyokarsinom olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 45 yaşında erkek hasta 2013 yılında kronik hepatit B (KHB) tanısı ile tetkik edildi. HBsAg (+), antiHBs (-), HBeAg (+), anti-HBe (-), ALT: 105 U/l, AST: 69 U/l HBV DNA >170000000 IU/ml olan hastaya yapılan karaciğer biyopsisinde HAİ: 11/18 evre: 3/6 saptandı. Entekavir tedavisi başlandı. Tedavisini düzenli olarak kullanmayan uzun süre ara veren hasta 2016 yılında tekrar başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde; ALT: 51 U/l AST: 43 U/l HBS-Ag (+) antiHBs (-) HBeAg (+) anti-HBe (-) HBV-DNA: 22900000 IU/ml olarak saptandı. Hastaya tekrar entekavir raporu çıkarıldı. Hasta düzenli olarak takip ve tedavisine devam etti. AST-ALT normalizasyonu sağlandı ve HBV-DNA <20 IU/ml seviyesine geriledi. 2019 yılında yapılan kontrol hepatobiliyer USG'de; Karaciğer segment 2'de 6x5 cm boyutlarında net sınırlandırılamayan heterojen hipoekoik görünüm saptandı. Hastaya dinamik kontrastlı MRG istendi. Segment 2-3 lokalizasyonunda 52x75 mm boyutlarında, T1A'da hipointens, T2A'da heterojen hiperintens sinyal özelliğinde, yapılan dinamik kontrastlı incelemede arterial ve portal fazda kapsüler kesiminde ince halo şeklinde kontrast tutulumu gösteren ve diğer kesimlerinde heterojen tarzda kontrast tutulumunun izlendiği, geç fazda belirgin wash-out'un gösteren kitle lezyonu lezyonu HCC lehine değerlendirildi. Hastanın AFP değerleri normal sınırlarda (AFP 3,4 µg/l) seyretmekteydi. Lezyondan biyopsi yaptırıldı. Kolanjiyokarsinom olarak raporlandı. Hasta operasyon için genel cerrahiye yönlendirildi.

Sonuç: Hepatit B virüsü ile enfekte hastalar HCC açısından düzenli olarak takip edilmelidir. Yapılan çalışmalarda kolanjiyokarsinom ile kronik viral hepatitler arasında risk açısından bir korelasyon saptanmamıştır. Bu olguda HCC takibi açısından çekilen USG'de görülen şüpheli lezyon dinamik MRG'de HCC lehine raporlanmış, ancak AFP takipleri normal sınırlarda seyreden hastada tarafımızca HCC düşünülmemiştir. Nitekim sonuç kolanjiyokarsinom olarak raporlanmıştır. Düzenli aralıklarla yapılan USG takipleri karaciğerini bize emanet etmiş olan hastada başka bir malignitenin erken teşhisini sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: HCC, KHB, kolanjiyokarsinom

[PS-246]

Gebelik ve HIV Enfeksiyonu

Cemile Arslan, Merve Sancıoğlu Demir, Behice Kurtaran, Süheyla Kömür, Ayşe Seza İnal, Aslıhan Ulu, Ferit Kuşçu, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: ART olmaksızın yenidoğana kümülatif HIV bulaş riski %25-30'dur. Emzirme, bulaşı %5-20 artırmaktadır. Perinatal HIV enfeksiyonu, HIV tanı testlerinin daha sık kullanımı, ARV profilaksi, planlanmış sezaryen ve emzirmenin engellenmesi ile son yıllarda oldukça azalmıştır. Bu çalışmada HIV ile enfekte kadınlardan gebe olarak takip edilen olgular analiz edilerek ülkemizde HIV ile enfekte kadınlardaki gebelik süreci ve yenidoğana etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda 1998-2020 yılları arasında izlenen 135'i kadın ve yaş ortalaması 36 olan 870 HIV ile enfekte bireyin dosyası incelenmiştir. Kadın hastalardan gebelik ile ilgili kaydı olan hastalar çalışmaya alınmış ve bilgileri analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada yaş ortalaması 26 olan 27 gebede 39 gebelik değerlendirilmiştir. Otuz dokuz gebeliğin 17'sinde gebeliğin herhangi bir döneminde HIV enfeksiyonu tanısı konulmuş, bir hasta tanısını travayda almıştır. Sadece 6 tanının gebelik öncesi konulduğu saptanmış, bu tanılardan dördünün HIV ile enfekte çocuğunun olmadığı, birinin gebeliğinin devam ettiği, diğerinin de doğumun olduğu ve çocuğun halen takipte olduğu kaydedilmiştir. Gebelikte tanı alan 17 kadının üçünün ise HIV ile enfekte bebeğe sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelikte tanı alan kadınların yedisinin tanı almalarına karşın ART almadığı da not edilen ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmıştır. Hastalarımızın gebelik ile ilgili bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: HIV insidansı ülkemizde giderek artmaktadır. Hastaların erken tanısı, gebe kadınların ve partneri HIV ile enfekte olanların rutin taranması oldukça önemlidir. HIV enfekte kadın gebe kaldığında, kendisinin ve bebeğinin sağlığının yakın izlemi gerekir. Maalesef ki ülkemizdeki tablo geç tanıya işaret etmekte ve önlenebilir bulaş için tedbir alınması sağlanamamaktadır. Anneden bebeğe HIV bulaşının önlenmesinde ana faktör hem toplumun hem de hekimlerin HIV enfeksiyonunun bulaşması ve önlenmesi konusunda bilinçlendirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, HIV

Tablo 1. Gebe ve HIV olgular

Hasta no	Tanı yaşı	Partner HIV durumu	Tanı zamanı	HIV enfekte çocuk	Doğum öncesi tedavi	Doğum sırasında tedavi	Emzirme	CD4 sayısı	Takip	
									Düzenli	Düzensiz
1	19	Enfekte değil	Gebelik öncesi	-	+	-	-	360		+
				-	+	-	-	677		
				-	+	-	-	694		
2	28	Enfekte	Gebelikte	-	+	+	-	170	+	
3	23	Enfekte değil	Gebelik öncesi	Abortus				638		+
				Abortus				1258		
4	22	Enfekte	Gebelikte	-	-	-	+*	446		+
				-	+	+	-	780		
5	29	Bilinmiyor	Gebelik öncesi	-	+	-	-	960	+	
				-	+	-	-	811		
6	31	Enfekte	Gebelikte	+	+	-	-	906	+	
7	17	Enfekte	Gebelik öncesi	-	+	-	-	1232	+	
				-	+	-	-	1309		
8	37	Bilinmiyor	Gebelikte	-	+	-	-	319		+
				-	+	-	-	643		
9	22	Bilinmiyor	Gebelikte	-	+	-	-	416	+	
				Gebeliği devam ediyor				1332		
10	30	Enfekte	Gebelikte	-	+	-	-	860	+	
11	19	Enfekte	Gebelikte	-	+	+	-	419		+
				Abortus				453		
12	24	Bilinmiyor	Gebelikte	-	+	-	-	708	+	
				Bilinmiyor, takipte	+	+	-	826		
13	22	Bilinmiyor	Gebelikte	-	-	-	+	489	+	
14	22	Enfekte	Gebelikte	+	-	-	+	Bilinmiyor		+
15	29	Enfekte	Gebelikte	-	-	+	-	735		+
				-	+	+	-	735		
16	24	Enfekte	Gebelikte	-	+	+	-	496	+	
17	33	Enfekte	Gebelikte	-	+	+	-	640	+	
18	27	Enfekte	Gebelikte	-	-	-	Bilinmiyor	984		+
				-	-	-	Bilinmiyor	984		
19	32	Enfekte	Doğum sonrası	+	-	-	+	739	+	
20	26	Enfekte	Doğum sonrası	+	-	-	+	Bilinmiyor		+
21	23	Enfekte	Doğumda	-	-	+	-	279	+	
22	45	Enfekte	Doğum sonrası	+	-	-	+	1000		+
23	23	Bilinmiyor	Doğum sonrası	+	-	-	+	204		+
24	37	Enfekte	Gebelikte	-	+	-	-	316		+
25	16	Enfekte	Gebelikte	+	-	-	+	Bilinmiyor		+
26	24	Enfekte değil	Gebelik öncesi	Gebeliği devam ediyor				590	+	
27	22	Enfekte	Gebelik öncesi	Bilinmiyor, takipte	+	+	-	899	+	

[PS-247]

Bir Olgu: KLL Tanılı Hastada İbrutinib Sonrası Gelişen İnvazif Aspergilloz

Nihat Türkan[1], Burak Şeker[1], Halil Erkan[1], Deniz Yüce Yıldırım[1], Alpay Arı[1], Selma Tosun[1], Reyhan Yiş[1], Cansu Atmaca Mutlu[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

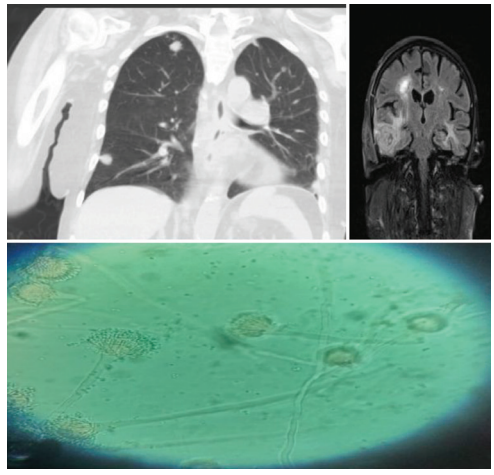
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kronik lenfositik lösemi (KLL) erişkinlerde en sık görülen lösemi tipidir. Bu hastalarda primer hastalığa ve kullanılan agresif kemoterapilere bağlı immün sistemde baskılanma oluşmakta ve bu hastalar enfeksiyon hastalıklarına duyarlı hale gelmektedirler. İnvazif mantar enfeksiyonları bağışıklığı baskılanmış bu hasta grubunda önde gelen morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Hastanemizde takip edilen bir olgu ile bu konunun önemine vurgu yapılması amaçlanmıştır.

Olgu: Bilinen diabetes mellitus tanılı, 2008 yılında KLL tanısı alan 71 yaşında kadın hasta, KLL için 2008 yılında klorambusil tedavisi, 2010 yılında 4 kür fludarabin-siklofosfamid sonrası refrakter KLL nedeniyle 2015 yılında altı kür rituksimab ve bendamustin tedavisi almıştı. 2015-2019 arasında tedavisiz remisyonda izlenmişti. 2019 yılında refrakter KLL için ibrutinib tedavisi başlanmıştı. Tedavinin 4. haftasında hasta acil servise bilinç değişikliği, anlamsız konuşma genel durum bozukluğu nedeniyle getirilmişti. Tetkiklerinde beyaz küre 14,350 10^3/µl, hemoglobin: 11 g/dl trombosit: 178.000 10^3/µl, C-reaktif protein (CRP): 89 pg/ml (0-5) olarak görülmüştü. Yapılan kraniyal görüntülemelerinde multipl yer kaplayan oluşum toraks görüntülemesinde multipl nodüler lezyon saptanmıştı. Muayenesinde ense sertliği ve meninks irritasyon bulgusu yoktu. Kraniyal lezyonların metastaz-apse ayrımı açısından beyin cerrahisi tarafından operasyona alınmıştı. Operasyon sırasında lezyonların apse olduğu görülmüş ve drene edilmişti. Mikrobiyolojik kültürleri ve patolojiye örnek gönderilmişti. Örnek alındıktan sonra tarafımızca ampirik meropenem 3x2 gr, linezolid 2x600 mg, lipozomal amfoterisin B 5 mg/kg/ gün i.v. tedavisi başlandı. Hastanın ameliyat materyali patoloji örneğinde nekrobiyotik hücrelerle birlikte 45 derece ile açılanan septalı hif yapıları görüldü. Mikobakteri kültüründe üreme olmadı. Mikrobiyolojik kültüründe *Aspergillus fumigatus* üremesi saptandı. Hastanın liposomal amfoterisin B tedavisi kesilerek vorikonazol 6 mg/kg yükleme sonrası 4 mg/kg/gün i.v. tedavisi başlandı. Hastanın postoperatif hematoloji servisi takibinde bilinç durumunda düzelme izlendi. Hastanın tedavisinin otuz beşinci gününde servisimize devir alındı. Takiplerinde satürasyon düşüklüğü, bilinç değişikliği gelişen hastanın yeni toraks görüntülemesinde aspirasyon pnömonisi ile uyumlu görünüm izlendi. Hasta iç hastalıkları yoğun bakım birimine devredildi. Hastanın yoğun bakım takibinin beşinci gününde hastane kökenli pnömoniye bağlı solunum arresti sonrası kardiyak arrest gelişerek hasta eks oldu.

Sonuç: İbrutinib refraktör KLL tedavisinde oral yolla kullanılan güçlü geri dönüşümsüz bir Bruton tirozin kinaz inhibitörü ilaçtır. KLL tedavisindeki başarısına rağmen bu ilacı kullanan hastalarda birçok invazif aspergillos olgusu bildirilmiştir. Klinisyenler ibrutinib kullanan hastalarda gelişebilecek potansiyel aspergillus olguları için uyanık olmalıdırlar. Biz de hastanemizde takip ettiğimiz bir olguyu sunarak farkındalığı artırmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Aspergilloz, ibrutinib, KLL



Şekil 1. Toraks BT, kraniyal MRG, mikroskopi

[PS-248]

Gluteal Yerleşimli Kist Hidatik Olgusu

Merve Çelik[1], Furkan Erdoğan[2], Tuba Kuruoğlu[1], Hasan Göçer[2]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun

[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Samsun

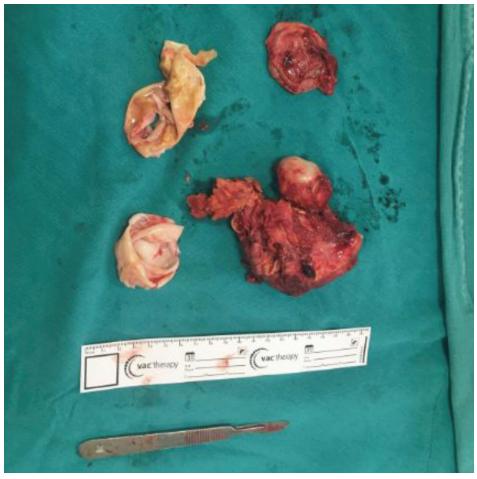
Giriş: Kistik hidatik, *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu insanın ara konak, köpeklerin ise ana konak olduğu paraziter bir hastalık olup parazit yumurtaları ile kontamine yiyeceklerin alınması sonrasında mukozaya penetrasyonun ardından dolaşıma katılır. Kistlerin en sık yerleşim yeri karaciğer ve akciğerdir. Daha nadir olarak beyin, kalp ve kemik-eklem tutulumu da olabilir. Hidatik kistler sıklıkla sistemik belirtiler vermeden yerleştiği organa özgü belirtilerle kendini gösterebilir. Tanıda serolojik testler, radyoloji ve patolojiden yararlanılır. Bu olgu ile nadir yerleşimi olan bir kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Üç aydır sol kalçada şişlik, ağrı dışında şikayeti olmayan 27 yaşında polis memuru olan erkek hastanın yüzeyel USG'sinde sol gluteal bölgede 46x22x53 mm boyutunda abseiform koleksiyon tespit edilmesi üzerine gluteal apse direnajı amacı ile ortopedi tarafından yatırılmıştı. Operasyon esnasında lezyonun morfolojik görünümü kist hidatik açısından şüpheli olarak değerlendirilmesi üzerine, apse kültürü ve patoloji için örnekleme ile birlikte serumdan ekinokok IgG gönderilmişti. Öyküsünde hastanın aralıklı kırsal bölgeye ziyaretinin olduğu, ailesinin hayvancılıkla uğraştığı öğrenildi. Gluteal apse açısından risk faktörü yoktu. İntraoperatif gönderilen 3 eksuda kültüründe MRKNS üremesi olan hastaya tarafımızca tigesiklin tedavisi başlandı. Ancak hasta tetkik sonuçları tamamlanmadan kendi isteği ile taburcu oldu. Taburculuk sonrası enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran hastanın Ekinokok IgG pozitif olduğu görülmesi nedeni ile ekinokok İHA istendi. Yapılan abdomen USG ve akciğer direkt grafide patoloji saptanmadı. Dış merkezde operasyon öncesi yapılan MR tetkiki tekrar yorumlatıldı ve kist hidatik lehine rapor edildi. Ekinokok IHA sonucu 1/2018 ve patoloji raporu kist hidatik ile uyumlu saptandı. Hastaya albendazol 2x400 mg oral başlandı. Aylık ultrasonografi ve olası yeni kistler açısından klinik takip planlandı.

Sonuç: Kist hidatik tanısı alan hastaların %13'ünde karaciğer ve akciğer dışı tutulum saptanmaktadır. Deri yumuşak doku tutulumu sınırlı sayıda

olguda mevcuttur. Tüm kist hidatikler içinde insidansını bilmek mümkün olmamakla birlikte Adel ve ark.'nın yaptığı çalışmada 7 yıllık olgu serisinde 136 kist hidatik olgusunun yalnızca bir tanesinde izole kutanöz tutulum tespit etmişlerdir. Olgunun olağandışı prezentasyonu operasyon öncesi tanıyı güçleştirmekle birlikte olgumuzda olduğu gibi apse olarak yanlış tanı konulabilir. Endemik ülkelerde kistik bir lezyonla uğraşırken, bir ekinokok kistinin vücudun hemen hemen her yerinde bulunabileceği akılda tutulmalı ve eksizyon sırasında rüptüre olmamasına dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Atipik prezantasyon, gluteal, kist hidatik



Resim 1. İntraoperatif çıkarılan kistik materyal

[PS-249]

Kortikosteroid Kullanımı Sonrası *Listeria monocytogenese* Bağlı Meningoensefalit Gelişen Olgu

Yusuf Oluç, Uluhan Sili, Volkan Korten

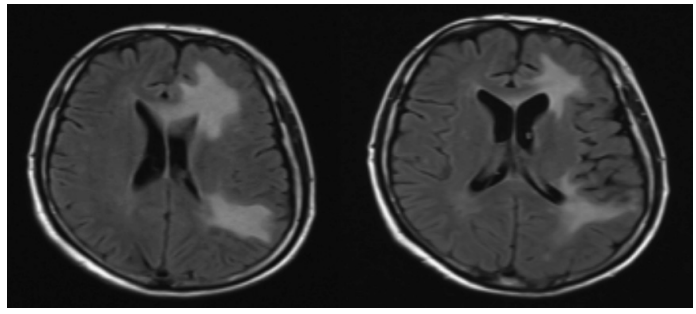
Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: *Listeria monocytogenese* bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda, yenidoğanlarda, yaşlılarda merkezi sinir sistemi enfeksiyonuna neden olan bir patojendir. *Listeria monocytogenese* bağlı meningoensefalit gelişen olgu tartışılacaktır.

Olgu: Diabetes mellitus tanılı 60 yaşında erkek hastaya retroperitoneal fibrozis nedeniyle 64 mg prednizolon tedavisi başlanıyor. Prednizolon tedavisinin yaklaşık 2. haftasında hastada ateş, şuur bulanıklığı, garip davranışlar gözlenmesi nedeniyle tedavisi kesiliyor. Acil servisimize başvuran hastanın vitallerinde; ateş: 38 °C, nabız: 102/dk, tansiyon: 145/65 mmHg solunum sayısı: 22 satürasyon: 98 idi. Fizik muayenede non-koopere, non-oryante gözler taktil uyaranla açılıyor, emir alamıyor, kelime çıkışı sağlanamıyordu. Ense sertliği yoktu. Tetkiklerinde beyaz küre: 9700/µl, HGB: 14,2, NEU: 7600/µl, LENF: 1100/µl, PLT: 156000, AST: 13 U/l, ALT: 22 U/l, CRP: 111 mg/l, prokalsitonin: 0,14 µg/l, BUN: 28, KRE: 1,12 idi. Lomber ponksiyonunda (LP) beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncı artmış, rengi bulanık, lökosit: 290/mm^3, protein: 73 mg/dl, glikoz: 95 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 228 mg/dl idi. BOS menenjit/ensefalit panelinde (Biofire® Filmarray) *Listeria monocytogenese* PCR pozitif saptandı. Kan kültürlerinde üreme olmayan hastanın BOS piyojen kültüründe *L. monocytogenes* üredi. Hastanın çekilen kraniyal MRG'de sol frontal ve parietal lobda heterojen kontrast tutan T2-FLAIR hiperintens lezyonlar görüldü. Hastaya akut meningoensefalit ön tanısıyla ampirik seftriakson 2x2 gr i.v., ampisilin 4x3 gr i.v., asiklovir 3x12,5 mg/kg başlanmıştı. Panelde *L. monocytogenes* saptanması üzerine asiklovir ve seftriakson kesilerek ampisilinin yanına kotrimoksazol 20 mg/kg/gün dozunda başlandı. Hastaya tedavinin 2. haftasında kontrol LP yapıldı. BOS basıncı normal, rengi berrak, lökosit 10/mm^3, protein: 62 mg/dl, glikoz: 141 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 248 mg/dl idi. Toplamda 3 hafta IV antibiyoterapi sonrasında oral kotrimoksazol 2x1 tablet, amoksisilin 3x1 gr tablet ile tedavisinin devamına karar verilerek taburcu edildi. Taburculuktan bir ay sonra nöbet geçirme şikayetiyle acile getirilen hastanın çekilen görüntülemelerinde sol frontal ve pariyetal loplarda hiperintens, ödem etkisi olan lezyonları olması, shift olması nedeniyle LP yapılamadı. Anti-ödem tedavisi için deksametazon 4x4 mg ve nöbet nedeniyle levetirasetam 2x500 mg i.v. başlandı. Hastanın tedavisine 10 gün boyunca ampisilin 4x3 gr, kotrimoksazol 20 mg/kg/gün ve linezolid 2x600 mg i.v. olarak devam edildi. On gün i.v. tedavi sonrası ödemi gerileyen, klinik bulguları düzelen ve konuşmaya başlayan hasta oral kotrimoksazol 2x1 tablet, amoksisilin 3x1 gr tablet ile taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde, kontrol MRG görüntülemelerinde gerileme saptanan hastanın antibiyoterapisi oral ve parenteral olarak toplamda 3 aya tamamlandı.

Sonuç: Menenjit gelişen 50 yaşından büyük, kortikosteroid kullanımı olan olgularda *L. monocytogenes* akılda tutulmalı ve ampirik tedavide ampisilin ivedilikle başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Listeria monocytogenese*, BOS menenjit/ensefalit paneli



Şekil 1. *Listeria*'nın meningoensefalit tutulumu. Sol frontal ve parietotemporal loblardaki T2 ve FLAIR ağırlıklı incelemelerde hiperintens alanların boyut ve kontrast tutulumumda belirgin gerileme gözlenmiştir

[PS-250]

Maligniteyi Taklit Eden Periton Tüberkülozu Olgusu

Fatma Kacar, Esma Eroğlu, Fatma Çölkesen, Arzu Tarakçı, Şule Özdemir Armağan, Selver Can

Konya Meram Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Periton tüberkülozu (TB) sık görülen abdominal tüberkülozlardandır. Gelişmekte olan ülkelerde önde gelen asit nedenlerinden biridir. Asitli siroz hastalarında mutlaka araştırılması gerekir. Hastalık çoğu olguda peritondaki latent TB odağının reaktivasyonuyla ortaya çıkar. TB göçmenlerde yaklaşık 10 kat fazla görülür. Bunun göçmenlerin hayat şartları ile ilgili çok çeşitli sebepleri vardır. Malignite araştırmaları yapılırken periton TB saptanan ve başarılı bir şekilde tedavi edilen bir olgu sunuldu.

Olgu: Halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, 3 ayda 15/kg zayıflama, karın ağrısı ve şişliği nedeniyle gastroenteroloji polikliniğine başvuran 21

yaşında kadın hastanın tetkiklerinde; CRP: 148 mg/l, sedimentasyon: 18 mm/saat, prokalsitonin: 0,029 ng/ml, hemoglobin: 10 gr/dl, PLT: 255/mm^3, AST: 62 U/l, ALT: 68 U/l, batın ultrasonografide (USG): peritonit ve splenomegali, endoskopide: antral gastrit, kolonoskopide: normal iliokolonoskopik bulgular, mide biyopsisinde: kronik atrofik gastrit, toraks bilgisayarlı tomografide (BT): sağ hemitoraksda 1,5 cm olan plörezi, ekokardiyografide: sağ atriyum arkasında perikardiyal mayi rapor edildi. Abdomen BT de: mezenterik kök, periportal, periaortik, paraçölyak artmış milimetrik LAP'ler, barsak ansları arasında serbest sıvı, barsak duvarında kalınlık ve kontrastlanma artışı, sol overde 2,5 cm kitle, onkolojik pozitron emisyon tomografide (PET): plevral mayi, batın ve pelviste masif sıvı, pelvik bölge, mezenterik yapraklar ve barsak ansları arasında artmış fluoro-2-deoksiglikoz (FDG) tutulumu gösteren alanlar (SUV_{maks}: 18,32) raporlandı. Peritonun primer tümörü ya da müsinöz over tümörü açısından araştırılması öneriliyordu. CA15-3: 46,6 U/ml, CA125: 447 U/ml olarak saptandı. Araştırmaya devam edilen hasta bu aşamada tarafımızca konsülte edildi. Hastadan TB ön-tanısı ile tetkikler istendi; plevral sıvı eksüda vasfında olup, sitolojisinde mix tipte enflamatuvar hücreler görüldü, PPD: 20 mm bulundu. Periton mayide TB PCR (-), ARB şüpheli (+) idi. Omentum biyopsisinde; kazeifiye granülomatöz peritonit tespit edildi. Dörtlü anti-tüberküloz (izoniyazid+rifampisin+etambutol+prazinamid) tedavi başlandı, hasta hızlı bir iyileşme süreci ile tüm şikayetleri 2 ayda geçti, 20 kg aldı. Periton mayiden gönderilen TB kültüründe üreme olmadı. Kontrol laboratuvar tetkiklerinde; CRP: 3,4 mg/l sedimentasyon 10/saat, hemoglobin: 13 gr/dl saptandı. Tedavi bir yıla tamamlanıp kesildi.

Sonuç: Ülkemizde de hala endemik olan ve özellikle göçmen sayısının arttığı düşünüldüğünde ateş, kilo kaybı, karın ağrısı ve asit ile başvuran hastalarda tüberküloz peritoniti ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir. Batı Avrupa ülkelerinde tüm tüberküloz olgularının %20-28'inin göçmenlerde geliştiği saptanmıştır. Sunulan olgu; göçmen bir hasta olup malignite araştırılması esnasında TB peritoniti teşhisi almıştır. Şüphe ve erken tedavi hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Malignite, tüberküloz peritonit

[PS-251]

Komorbid Hastalığı Olmayan Bir Kişide Mortal Seyreden H1N1 Olgusu

İlknur Akkuş[1], Ayşe Füsun Kalpaklıoğlu[2], Gülçin Aydın[3], Sedat Kaygusuz[1]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

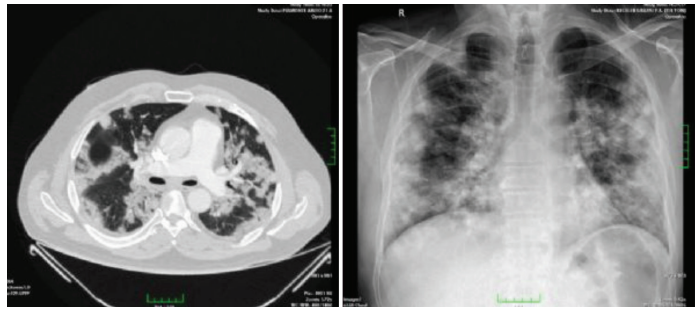
[3]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: H1N1, İnfluenza A'nın alt tipi olup, 2009 yılında domuzlardan insanlara bulaşan ve domuz gribi olarak anılan, günümüzde ise her yıl mevsimsel gribin en sık nedenlerinden biridir. Bu bildiride, sağlıklı bir kişide mortalite ile sonuçlanan H1N1 olgusu sunulmuştur.

Olgu: Komorbid hastalığı olmayan 57 yaşında erkek hasta, acil servise yüksek ateş ve kanlı balgam şikayeti ile başvurmuş, hastanın anamnezinden ateş, öksürük, bulantı, baş dönmesi şikayetleri ile birkaç kez dış merkezde acil servise başvurduğu öğrenilmiştir. En son başvurusunda yapılan tetkiklerinde lökosit sayısı: 6,1x103/ul (%91 nötrofil), hemoglobin: 15,2 gr/dl, Plt: 219x103 /ul, CRP: 282 mg/l, üre: 73 mg/dl, kreatinin: 1,51 mg/dl olarak ölçülmüş; vital bulgularında ateş: 37,9 °C derece, nabız: 96, solunum sayısı: 18 (SpO_2: 98) olarak bulunmuştur. Akciğer BT-anjiyografide bilateral yamalı tarzda, içerisinde hava bronkogramları bulunduran dağınık konsolide alanları olan hastanın, pnömoni tanısıyla göğüs hastalıkları YBÜ'ye yatışı yapılmıştır (Şekil 1). Parenteral seftriakson (2x1 gr), moksifloksasin (1x400 mg) tedavisi başlanmış, influenza pnömonisi dışlanamadığı için oseltamivir (2x75 mg, po) tedaviye eklenmiştir. Alınan kültürlerinde bakteri üremesi olmamış, balgam Gram incelemesinde özellik saptanmamıştır. Nazofaringeal sürüntüden çalışılan solunum panelinde PCR ile H1N1 pozitif bulunmuştur. Hastada böbrek yetmezliği gelişmesi üzerine diyaliz kateteri takılarak hemodiyalize alınmış, takipne ve hipoksemi nedeniyle entübe edilmiştir. Glasgow Koma Skorlaması 3 olması üzerine anestezi YBÜ'ye devredilmiş, akciğer grafisinde infiltrasyonda gerileme nedeniyle oseltamivir tedavisi kesilmiştir. Akut faz reaktanlarında artış, ateş yüksekliği ve akciğer sekresyonlarında artış nedeniyle kültürleri tekrarlanmış, çekilen akciğer grafisinde bilateral yeni gelişen pnömonik infiltrasyonu olduğu görülmüştür. Kateter ve perifer kan kültüründe *Klebsiella pneumoniae* üremesi nedeniyle diyaliz kateteri değiştirilmiş, trakeal aspirat kültüründe *Acinetobacter baumannii* üremesi nedeniyle kolistin ve tigesiklin tedavisi başlanmıştır. Tedavisi değiştirildikten bir gün sonra kardiyak arrest gelişen, kardiyopulmoner resüsitasyona yanıt vermeyen hasta eksitus olarak kabul edilmiştir.

Sonuç: İnfluenza virüsleri, kronik hastalığı olan ileri yaş hastalarda mortal seyredebilmektedir. Özellikle kronik akciğer hastalığı olanlarda akut alevlenmelere, primer veya sekonder pnömonilere sebep olabilmektedir. Ancak komorbid hastalığı olmayanlarda da oksijenizasyonda bozulma (takipne, hipoksemi), kardiyopulmoner yetmezlik (hipotansiyon), SSS bozuklukları (konfüzyon), renal tutulum gibi organ disfonksiyonlarına ve mortaliteye sebep olabilmektedir. Bu nedenle, grip mevsiminde tipik semptomlarla başvuran hastalar erken tanı testleri ile tanınarak hemen antiviral tedaviye başlanmalı ve gerekirse hastaneye yatırılarak takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, pnömoni



Şekil 1.

[PS-252]

Bakteriyemik Üriner Sistem Enfeksiyonlarında Kan Kültürlerinde Üreyen Etkenler ve Antibiyotik Duyarlılıkları

Hülya Çaşkurlu, Burcu Işık Gören, Yasemin Çağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Üriner sistem enfeksiyonları hastaneye yatış gerektiren önemli enfeksiyonlardan birisidir. Komplike üriner sistem enfeksiyonlarının %15-40'ında çoğunlukla sepsis ve septik şok ile birlikte olan bakteriyemi görülmektedir. Çalışmamızda hastanemiz üroloji kliniğine bir yılda ateş nedeniyle başvuran üriner sistem enfeksiyonu tanısıyla tedavi edilen

hastaların kan kültürlerinde üreyen etkenler ve antibiyotik dirençlerini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2019-31 Aralık 2019 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma hastanesi üroloji kliniğinde yatırılarak tedavi edilen hastaların kan kültürleri retrospektif olarak değerlendirildi. Kan kültüründeki üremenin santral venöz kateter ilişkili olduğu belirlenen 1 hasta ve tek kan kültüründe üreyen Gram-olumlu deri florası ile uyumlu mikroorganizmalar çalışmaya dahil edilmedi. Üreyen bakterilerin identifikasyonu MALDITOF-MS yöntemiyle yapıldı. Antibiyotik duyarlılıkları Vitek-2 cihazı ile yapıldı ve EUCAST kriterlerine göre değerlendirildi.

Bulgular: 2019 yılı içerisinde toplam 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 25'i (%62,5) erkek, 15'i (%37,5) kadındı. Hastaların yaşları ortalama (IQR) 59,2 (20-92) yaş idi. Altta yatan komplike edici faktörler; diyabet, nefrolitiazis, benign prostat hiperplazisi, üriner obstrüksiyon, ürolojik girişimler olarak belirlendi. Kırk hastanın 35'inde (%87,5) Gram-olumsuz basil, 5'inde (%12,5) Gram-olumlu kok etken olarak belirlendi. En sık tespit edilen mikroorganizmalar; *Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa* idi (Tablo 1). Gram-olumsuz mikroorganizmaların 18'i (%51) genişlemiş spektrumlu β-laktamaz (GSBL) üretimi olduğu belirlendi. Yirmi altı (%65) hastada ürolojik girişim sonrası bakteriyemi geliştiği saptandı. En sık yapılan ürolojik girişimler perkütan nefrostomi takılması, DJ stent yerleştirilmesi ve transrektal ultrasonografi eşliğinde biyopsi idi. Komplike üriner sistem enfeksiyonlarında erkeklerde kolaylaştırıcı faktör olarak %76 üriner sistem tümörleri, %24 renal taş, etken olarak *E. coli*'nin önde geldiğini ve ESBL pozitifliğinin yüksek olduğunu, multidrug resistans oranının %66,6 ile kadınlardan yüksek olduğunu, kadınlarda ise kolaylaştırıcı faktör %86,6 nefrolitiazis, etken olarak *E. coli* başta olmak üzere Gram-olumsuz bakterilerin başta geldiğini sefalosporin direncinin erkeklerden farklı olmadığı, multidrug resistant bakteri oranının %30,4 ile erkeklere göre daha az olduğu her iki grupta da karbapenem direncine rastlanmadığı belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda komplike üriner sistem enfeksiyonlarında kan kültürü alınmasını ve ampirik antibiyotik seçiminde her hastanenin kendi verilerine göre hareket etmesini vurgulamış olduk.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, üriner enfeksiyon, direnç

Tablo 1. Kültür sonucunda üreyen bakteriler

Üreyen mikroorganizma	Hasta sayısı (%)
Escherichia coli	15 (%37,5)
Klebsiella pneumonia	6 (%15)
Pseudomonas aeruginosa	5 (%12,5)
Klebsiella oxytoca	2 (%5)
Proteus mirabilis	2 (%5)
Acinetobacter calcoaceticus	2 (%5)
Staphylococcus aureus	2 (%5)
Enterococcus faecalis	2 (%5)
Enterococcus faecium	1 (%2,5)
Enterobacter cloacae	1 (%2,5)
Providencia rettgeri	1 (%2,5)
Hafnia alvei	1 (%2,5)
Toplam	40

[PS-253]

Kırıkkale İlinde Hükümlü Hastalarda Kronik Hepatit C Enfeksiyonu Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Burçin Tuncel, Gökçe Ayvaz, Sedat Kaygusuz, Serdar Gül, Birgül Kaçmaz, Ergin Ayaşlıoğlu Açıkgöz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Kronik hepatit C enfeksiyonu hepatit, siroz ve hepatoselüler karsinomanın önemli nedenlerinden biridir. Kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, damar içi madde kulanımı en sık bulaş yollarındandır. Damar içi madde kullanım öyküsü olan mahkum hastalarda kronik hepatit C insidansı topluma göre fazladır. Günümüzde kronik hepatit C enfeksiyonu tedavisinde virüs eliminasyonu ve kür sağlayan doğrudan etkili antiviral lerin (DEA) kullanılması tedaviyi kolaylaştırmıştır. Çalışmamızda DEA tedavisi alan hükümlü hastaların tedavi sonuçları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2017-Aralık 2019 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'ne başvuran, kronik hepatit C enfeksiyonu tanısı konulan hastalara ombitasvir/paritaprevir/ ritonavir+dasabuvir (OPrD); ombitasvir/paritaprevir/ ritonavir+dasabuvir+ribavirin (OPrD+rib); sofosbuvir+ribavirin (SOF+rib) ve glekaprevir+pibrentasvir (G/P) içeren DEA rejimlerinden biri uygulanmıştır. Elli beş hükümlü hasta çalışmaya alınmıştır. Tedavi öncesi, tedavi sonrası 1. ve 6. aylarda real-time PCR (Qiagen, Almanya) ile HCV-RNA sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir. Altıncı ayda HCV-RNA negatif saptanan hastalarda kalıcı viral yanıt elde edildiği kabul edilmiştir.

Bulgular: Kırk sekiz hasta 47'si erkek ve 1'i kadın hasta olmak üzere hepsinin tedavi naiv hasta, yaş ortalamasının 28.03 (22-53) olduğu görülmüştür. Hastaların 31'i genotip 1a (%64,5), 8'i genotip 1b (%16,6), 8'i genotip 3 (%16,6) ve 1'i genotip 2 (%2,3) olarak tespit edilmiştir. Tedavi sonrası 1. ayda ulaşabildiğimiz 22 hastanın 22'sinde HCV-RNA sonucu negatif olarak saptanmıştır. Tedavi sonrası 6. ayda ulaşabildiğimiz 21 hastanın 20'sinde HCV-RNA sonucu negatif olarak saptanmıştır. Bir hastada tedavi sonrası 6. ayda HCV-RNA pozitifliğinin devam ettiği görülmüştür. Kalıcı viral yanıt alınamayan hastanın genotipinin tip 1b olduğu ve OPrD tedavisi aldığı görülmüştür. Beş hasta ise tedavi başladıktan sonra kontrole gelmemiştir.

Sonuç: Çalışmamızda DEA tedavisi ile 1. ay sonu HCV-RNA negatifleşme oranının %100 olduğu, 6. ay sonu ise genotip 1a, genotip 2 ve genotip 3'de %100, genotip 1b'de ise %83,3 oranında kalıcı viral yanıt elde edildiği görülmüştür. Kronik hepatit C enfeksiyonu tedavisinde DEA kullanımı ile yüksek oranda kalıcı viral yanıt elde edilmiş olması hem ülkemizde hem de dünyada hepatit C enfeksiyonu eliminasyon hedefleri açısından umut vericidir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit C, DEA

Tablo 1. Hükümlü hastaların kaldığı cezaevleri ve uygulanan tedavi rejimleri, kalıcı viral yanıt oranları

	Tip 1a		Tip 1b		Tip 2		Tip 3	
	OprD+rib (n)	G/P (n)	OprD (n)	G/P (n)	SOF/rib (n)	G/P (n)	SOF/rib (n)	G/P (n)
Hükümlü hastalar (Keskin T Tipi Kapalı Cezaevi, Sulakyurt Kapalı Ceza infaz Kurumu)	26	5	8	-	-	1	2	6
Kalıcı viral yanıt oranı	%100	%100	%83.3	-	-	%100	%100	%100

[PS-254]

Hastanemizde Son İki Yılda Üretilen *S. aureus* Suşlarında Metisilin Direnç Oranlarının Karşılaştırılması

İlknur Akkuş, Gökçe Ayvaz, Burçin Tuncel, Serdar Gül, Birgül Kaçmaz, Ergin Ayaşlıoğlu Açıkgöz, Sedat Kaygusuz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: *Staphylococcus aureus*, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları başta olmak üzere vücudun birçok bölgesinde gerek toplum kökenli, gerekse hastane kökenli enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Son yıllarda giderek artan metisilin direnç oranları ise *S. aureus* tedavisini daha da zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada, hastanemizde son iki yılda üretilen *S. aureus* suşlarında metisilin direnç oranlarının karşılaştırılması yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2018 ve 2019 yıllarında hastanemize gönderilen tüm kültürlerde üretilen *S. aureus* suşları değerlendirmeye alınmış, hastanın kliniği ve Gram-boyama özelliklerine göre enfeksiyon etkeni olarak kabul edilenler çalışmaya dahil edilmiştir. Aynı hastadan alınan eş zamanlı kültürler, tek örnek olarak kabul edilmiştir. Üretilen etkenler VITEK® 2 Microbial ID/AST Testing System (ABD) ve BD Fhoenix 100 Automated Microbiology System (ABD) ile tiplendirilmiş ve antibiyotik duyarlılıkları belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 2018 yılında 118 hastada, 2019 yılında 219 hastada üretilen *S. aureus* suşlarının metisilin direnç oranları ve karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir. 2018 yılında MRSA oranı %34,7 iken, 2019 yılında bu oran %26 olarak bulunmuştur. 2018 yılına göre 2019 yılında MRSA görülme oranı azalmış olmakla birlikte istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,2).

Sonuç: 2018 ve 2019 yıllarında hastanemizde MRSA görülme oranları düşmüş olsa da aralarında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dünyada ve ülkemizde giderek artan MRSA oranları hastanede yatış süresini uzatmakta, uzun süreli antibiyotik kullanımına ve sağlık giderlerinin artışına neden olmaktadır. Bu nedenle, hastane enfeksiyonlarını önleme tedbirlerinin sürekli güncel sürveyans verileri ile desteklenerek sürdürülmesi esas alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *S. aureus*, MRSA

Tablo 1. *S. aureus* suşlarında metisilin direnç oranları

	2018		2019	
Örnek Adı	Toplam *S.aureus* (n)	MRSA n (%)	Toplam *S.aureus* (n)	MRSA n (%)
Kan	38	13 (34,2)	71	20 (28,1)
Yara	61	23 (37,7)	122	29 (23,7)
İdrar	6	1 (16,6)	22	5 (22,7)
Diğer	13	4 (30,7)	4	3 (75)
Toplam	118	41 (34,7)	219	57 (26)

[PS-255]

Diyabetik Ketoz Kliniği ile Gelen Akut Bakteriyel Menenjit Olgusu

Burçin Tuncel, Hatice Bulut, Serdar Gül, Sedat Kaygusuz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Akut bakteriyel menenjit, meninkslerin enfeksiyonu olup, ani gelişen baş ağrısı, ateş, bulantı ve kusma en sık görülen semptomlarıdır. Bu bildiride diyabetik ketoz kliniği ile gelen akut bakteriyel menenjit olgusu sunulmuştur.

Olgu: Tip 2 diabetes mellitus, kronik hepatit B ve buna bağlı karaciğer siroz tanıları olan 53 yaşında bir erkek hasta, yataktan düşme, idrar kaçırma ve konuşma bozukluğu nedeniyle acil servise başvurmuştur. Başvuru sırasında vücut ısısı: 36,5 °C derece, TA: 132/80 mmHg, nabız: 114/dk olarak ölçülmüş, genel durumu orta, bilinci konfüze, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı, beyin BT ve difüzyon MR görüntülemeleri normal olarak değerlendirilmiştir. Hastanın başvuru sırasında meningial irritasyon bulgularının ve ateşinin olmaması nedeniyle ilgili klinik tarafından merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonu düşünülmemiştir. Tetkiklerinde kan şekeri: 488 mg/dl ve tam idrar tetkikinde keton 2+, glikoz 4+ saptanması üzerine diyabetik ketoz tanısıyla endokrinoloji kliniğine yatırılmıştır. Hasta, yatışını takiben 38,3 °C derece ölçülen ateş yüksekliği sebebiyle tarafımıza konsülte edilmiş, ayrıntılı anamnezinde yaklaşık iki hafta önce başlayan kulak akıntısı şikayeti olduğu, Kulak Burun Boğaz (KBB) polikliniğine başvurduğu, oral sefalosporin kullandığı fakat kulak akıntısının hala devam ettiği öğrenilmiştir. Hastanın bilinç bulanıklığı, konuşma bozukluğu, kulak akıntısı, ateş yüksekliği olması göz önüne alındığında, santral sinir sistemi enfeksiyonunun ekarte edilmesi amacıyla, hastaya lomber ponksiyon yapılmış ve BOS mikroskopisinde 24.000 lökosit/mm^3, %92 PMNL görülmüştür. BOS biyokimyasında glikoz: 47 mg/dl, protein: 2749 mg/l ve eş zamanlı kan şekeri 204 mg/dl olarak saptanmış, Gram-boyamasında Gram-olumlu diplokoklar görülmüştür. Hastaya menenjit ön tanısı ile seftriakson 2x2 gr ve vankomisin 2x1 gr i.v. olarak başlanmıştır. Hastanın BOS kültüründe *Streptococcus pneumoniae* üremiş ve antibiyoterapisinin devamı için kliniğimizce devralınmıştır. Kulak akıntısının olması sebebiyle, kronik mastoidit şüphesi ile KBB kliniğine konsülte edilmiş, hastaya çekilen temporal BT görüntülemesinde kronik mastoidit ile uyumlu görünüm saptanmıştır. Seftriakson ve vankomisin antibiyoterapisinin 21. gününde KBB tarafından masteidektomi yapılmıştır. Masteidektomi sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın tedavisi 4 haftaya tamamlanmış ve kronik mastoidit (opere) tanısı nedeniyle iki hafta levofloksasin tedavisi planlanarak taburcu edilmiştir.

Sonuç: Merkezi sinir sitemi enfeksiyonlarında etiyolojinin çoğunlukla hematolojik yol ile olmasının yanında kronik otit, sinüzit, mastoidit gibi komşuluk yoluyla da olabileceğinin akıldan çıkarılmaması, hem primer hem de reenfeksiyonların gelişmesinin önlenmesi için kronik mastoidit gibi klinik tabloların cerrahi ve medikal olarak tedavi edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ketoz, menenjit, mastoidit

[PS-256]

Unkal İskemiyi Taklit Eden Herpes Ensefaliti Olgusu

Ömer Şahin, Hatice Bulut, Birgül Kaçmaz, Serdar Gül

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

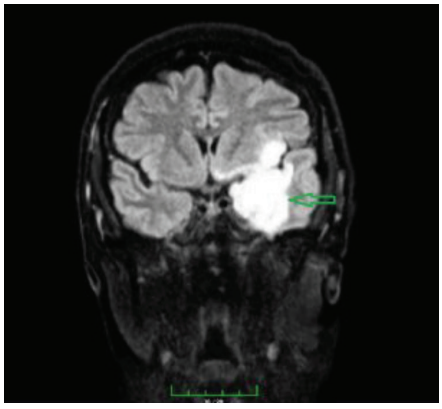
Giriş: Tüm dünyada viral ensefalitlerin en sık görüleni ve mortalitesi en fazla olanı herpes ensefalitidir. Tanısında, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile herpes simpleks virüs (HSV) DNA saptanması, en duyarlı mikrobiyolojik yöntemdir. Bu bildiride, iskemik serebrovasküler olay düşünülen, ancak herpes ensefaliti tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli altı yaşında hipotiroidi tanısı olan kadın hasta, acil servise iki gündür olan bulantı, baş ağrısı, ateş yüksekliği nedeniyle getirilmiş, fizik muayenesinde vücut ısısı: 37,7 °C derece, TA: 115/70 mm Hg, nabız: 67/dk, solunum sayısı: 18/dk, bilinci konfüze, dezoryante ve nonkoopere

olarak muayene edilmiştir. Kas gücü dört ekstremitede normal, bilateral solunum sesleri doğal ve diğer sistem muayeneleri normal bulunmuştur. Acil serviste çekilen difüzyon MR incelemesinde, sol temporal lob unkus düzeyinde hiperintens, akut enfarkt ile uyumlu kısıtlanmış difüzyon alanı tespit edilmiştir (Şekil 1). Hastanın başvurusu sırasındaki laboratuvar değerleri lökosit sayısı: 10.600/dl (nötrofil %83), hemoglobin: 13,1 g/dl, Plt: 166000/mm^3, C-reaktif protein (CRP): 0,2 mg/l, BUN: 53 mg/dl, kreatinin: 0,8 mg/dl olarak ölçülmüştür. Hastada ateş, bilinç bulanıklığı olması üzerine acil serviste lumbal ponksiyon yapılmış, BOS örneğinde 70 lökosit (%71 PMNL) /mm^3 ve 10 eritrosit/mm^3 görülmüş, Gram incelemesinde bakteri görülmemiştir. Hasta akut iskemik serebrovasküler olay şüphesi ile nöroloji servisine yatırılmış ve tedavisine ensefalit ve menenjit dışlanamadığı için parenteral asiklovir 3x750 mg, seftriakson 2x2 gr, vankomisin 2x1 gr başlanmıştır. BOS kültürlerinde üreme olmamıştır. Tedavinin 4. gününde, herpes ensefaliti açısından incelenen BOS örneğinde PCR ile HSV tip 1 DNA'sı (8240 kopya/ml) pozitif bulunmuştur. Seftriakson ve vankomisin kesilerek, asiklovir tedavisine devam edilmiştir. Hastanın takibinde ateş yüksekliği, bilinç bulanıklığı kooperasyon ve oryantasyon bozukluğu gerilemiştir. Tedavinin 9. gününde yapılan tetkiklerinde lökosit: 6800, CRP: 2 mg/l olarak ölçülmüştür. Hastanın tedavisinin 21 güne tamamlanması planlanmıştır.

Sonuç: Temporal lob tutulumu olan iskemik serebrovasküler olay şüpheli hastalarda eşlik eden ateş, bilinç bulanıklığı bulguları varsa herpes ensefaliti akılda bulundurulmalı ve BOS-PCR sonucu çıkana kadar ampirik asiklovir tedavisi değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Herpes ensefalit, iskemik serebrovasküler olay, PCR



Şekil 1. Difüzyon MR incelemesi

[PS-257]

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinden İzole Edilen Enterokok Türleri ve Antibiyotik Direnç Oranlarının Dağılımı

Ömer Şahin, Burçin Tuncel, İlknur Akkuş, Ferhat Arslan, Serdar Gül, Birgül Kaçmaz, Sedat Kaygusuz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) sık karşılaşılan vankomisin dirençli enterokok (VRE) türleri kolonizasyona ve enfeksiyona neden olan önemli etkenlerdir. Uzun süreli veya geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, uzun süreli hastane yatışı, altta yatan hastalıklar, kolonize hastalar, çevresel kontaminasyon VRE gelişiminde etkili faktörlerdir. Bu bildiride, hastanemizin YBÜ'de yatan hastalardan alınan örneklerden izole edilen enterokok türleri ve antibiyotik direnç durumlarının araştırılması ve 2018 yılı verileri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya 1 Ocak-31 Aralık 2019 tarihleri arasında YBÜ'lerden, semptomları olan hastalardan laboratuvarımıza gelip kültürü yapılan ve enfeksiyon etkeni olarak kabul edilen VRE'ler dahil edilmiştir. Üreme olan örnekler otomatize tiplendirme sistemi ile (BD Phoenix 100 Automated Microbiology System, ABD) tiplendirilmiş ve antibiyotik duyarlılıkları elde edilmiştir. Bu sonuçlar aynı yöntemle 2018'de yapılan araştırma sonuçları ile kıyaslanmış, ki-kare testi ile p değeri hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 109 enterokok türü, en fazla kan örneklerinden izole edilmiştir (%39) (Tablo 1). İzole edilen *Enterococcus faecium* suşlarında vankomisin direnci %3 olarak saptanırken, *Enterococcus faecalis* suşlarında vankomisin direnci saptanmamıştır. 2018 yılında VRE suşlarının çoğunu, 2019 yılında ise VRE suşlarının tamamını *E. faecium* oluşturmuştur. İki çalışmanın karşılaştırılması sonucunda, 2018 yılında vankomisin direnci %7 iken, 2019 yılında %2 olarak saptanmış olup hastanemizde VRE oranı azalmasına rağmen bu fark istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,059). Enterokok türlerinin 2018 ve 2019 yılındaki antibiyotik direnç durumları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Sonuç: VRE gibi dirençli enterokok türlerinde antibiyotik duyarlılıkları takip edilip, akılcı antibiyotik kullanımı kurallarına ve izolasyon önlemlerine uyularak yayılım önlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: VRE, yoğun bakım ünitesi, direnç

Tablo 1. 2019 yılında üretilen enterokok türlerinin izolasyon yerleri

	Kan n (%)	İdrar n (%)	Yara n (%)	Toplam n (%)
Enterococcus faecalis	22 (52)	6 (19)	14 (40)	42 (38)
Enterococcus faceium	20 (48)	26 (81)	20 (57)	66 (61)
Enterococcus raffinosus	-	-	1 (3)	1 (1)
Toplam	42 (39)	32 (29)	35 (32)	109 (100)

Tablo 2. Enterokok türlerinin dağılımı ve antibiyotik direnç oranları

	E.faecalis		*E.faecium*		*E.raffinosus*	
	2018 n (%)	2019 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)
Toplam	51 (52)	42 (38)	44 (45)	66 (61)	0	1
Ampisilin direnci	2 (4)	3 (7)	24 (55)	47 (71)	0 (0)	1 (100)
Vankomisin direnci	1 (2)	0 (0)	6 (14)	2 (3)	0 (0)	0 (0)
Tigesiklin direnci	1 (2)	0 (0)	5 (11)	2 (3)	0 (0)	0 (0)

[PS-258]

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları Sürveyansı

İlknur Akkuş, Birgül Kaçmaz, Hatice Bulut, Ömer Şahin, Serdar Gül, Sedat Kaygusuz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Hastanede yatan hastalarda invazif araç kullanımı önemli bir enfeksiyon odağını oluşturmaktadır. Çeşitli sebeplerle uygulanan santral

venöz kateterlere bağlı kan dolaşımı enfeksiyonları yoğun bakım hastalarında önemli bir morbitide ve mortalite nedenidir. Hastalarda hem hastanede kalış süresini hem de bakım maliyetlerini artırmaktadır. Bu bildiride 01 Ocak 2019-31 Aralık 2019 tarihleri arasında hastanemiz YBÜ'lerde yatan hastalarda saptanan santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SVK-KDE) hız oranları ve etkenleri karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 2019 yılında yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından aktif sürveyansla takip edilmiş, Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Sistemi'ne girilen veriler retrospektif olarak incelenmiş, SVK-KDE hız oranı "hız=enfeksiyon sayısı/araç günü x 1000" formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

Bulgular: YBÜ'lerde yatan 1,415 hasta, 10,863 hasta günü takip edilmiştir. Anestezi YBÜ, Cerrahi YBÜ, Kardiyovasküler (KVC) YBÜ, Yenidoğan YBÜ'de (1,501-2,500 gr ağırlıklı bebekler) SVK-KDE hızları ve SVK-KDE'ye sebep olan mikroorganizmaların dağılımı belirtilmiştir (Tablo 1, 2). 2018 yılı ile kıyaslandığında SVK-KDE hızında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Hastanemiz YBÜ'lerde takip edilen hastalarda 2019 SVK-KDE hızlarının, önceki yıllardaki Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Sistemi verilerinden elde edilen Türkiye ortalaması ile benzer olduğu görülmüştür. 2018 yılına göre bir artış olmaması, alınan tedbirler açısından dikkatin üstte olduğunu göstermektedir. SVK-KDE'lerin azaltılması için bakım yapan sağlık personelinin eğitilmesi, paket önlemlerin uygulanması gerekmektedir. Bu önlemler arasında; el hijyeni uygulaması, kateter takılırken deri antisepsisine dikkat edilmesi, kateterin günlük bakımının yapılması, günlük SVK gereksiniminin değerlendirilmesi gibi maddeler yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kateter enfeksiyonu, sürveyans

Tablo 1. YBÜ'lerde SVK-KDE hız oranlarının yıllara göre dağılımı

	2018			2019			
YBÜ Adı	Kateter Günü	SVK-KDE Sayısı	Hız	Kateter Günü	SVK-KDE sayısı	Hız	p değeri
Anestezi YBÜ	1719	19	11,05	1658	19	11,46	0,49
Cerrahi YBÜ	1153	13	11,27	1133	11	9,7	0,49
KVC YBÜ	16	0	0	175	0	0	0,2
Yenidoğan YBÜ 1501-2500 gr	109	0	0	40	1	25	0,36

Tablo 2. YBÜ'lerde izole edilen mikroorganizmalar

Etken adı	Görülme sayısı n (%)
Klebsiella pneumoniae	15 (45,45)
Koagülaz-negatif stafilokok	6 (18,18)
Candida parapisilosis	3 (9,09)
Serratia marcescens	3 (9,09)
Acinetobacter baumannii	2 (6,06)
Diğer	4 (12,12)

[PS-259]

Granülomatöz Mastit Saptanan Olguların İrdelenmesi

Göknur Yapar Toros, Gülşen İskender, Sabahat Çeken, Duygu Mert, Yüksel Kolukısa, Mustafa Ertek

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Granülomatöz mastit (GM), memenin klinik ve radyografik olarak meme karsinomunu taklit edebilen nadir bir kronik enflamatuvar lezyonudur. GM etiyolojisi hala belirsizdir. Tedavisi tartışmalıdır. Otoimmün süreç, enfeksiyon, oral kontraseptif ilaçlarla ilişkili kimyasal reaksiyon, laktasyon, hormonal dengesizlik, otoimmünite, bilinmeyen mikrobiyolojik ajanlar, sigara içme ve α-1-antitripsin eksikliği gibi çeşitli faktörlerin hastalık etiyolojisinde rol oynadığı öne sürülmüştür. Bu çalışmada GM saptanan 35 hastada granülomatöz mastitle ilişkili komorbid durumlar (DM, HT) risk faktörleri (ailede meme kanseri öyküsü, sigara içimi, oral konstraseptif kullanımı) ve granülomatöz etiyolololojiye yönelik enfeksiyöz (tüberküloz, bruselloz, bartenolloz) ve non-enfeksiyöz nedenlerin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne mastit yakınması ile müracat eden ve patolojik olarak GM saptanan 35 hasta dahil edildi. Hastalarda komorbid durumlar, risk faktörleri, klinik özellikler ve GM yapan nedenler hasta takip formları ile tarandı. Hastalarda enfeksiyöz etiyolojiye yönelik, biyopsi materyalinde bakteriyolojik kültür, tüberküloza yönelik ARB boyama,kültür ve PCR, interferon gama salınım testi (IGST), bruselloz, bartonelloz ve tularemiye karşı ise serolojik testler (aglütinasyon testleri, IFA) otoimmün hastalıklara yönelik (RF, ANA, AMA anti-DsDNA) testleri prolaktin radyolojik bulgular ve aldıkları tedaviler kaydedildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 33,2 idi. Yüzde 8,5'inin BMI >30 kg/m^2'den büyüktü. Yüzde 57'sinin başvuruya kadar geçen süre >3 aydı, %77'si önceki gebeliğin 5 yılı içinde idi. En sık saptanan fizik muayene bulgusu %100 ile kitleydi. Hastaların hiçbirinde komorbid hastalık ve memeye travma öyküsü saptanmadı, %2,45'inde ailede meme kanseri öyküsü, %28,5'inde son 5 yılda sigara içme öyküsü, %4,83'ünde oral kontraseptif kullanımı vardı. Enfeksiyöz etiyoloji saptanan olguların üçünde üreme saptandı (*E. coli*, MRSA, *C. albicans*) hastaların hiçbirinde otoimmün hastalık saptanmadı. Hastaların %26'sında IGST pozitifliği saptandı ama bu hastalarda tüberküloza yönelik PCR, ARB pozitifliği saptanmadığı için anti tübeküloz tedavi ilk aşamada planlanmadı. Tüm olgular idiopatik granülomatöz mastit olarak değerlendirildi. Olguların %42'sine başlangıçta amoksisilin-klavulanik asit+siprofloksasin antibiyotik tedavisi başlanırken verileri olan 28 hastanın ancak %17,8'inde başlanan antibiyotik tedavisine yanıt alındı. Olguların %25,7'sine prednol başlandı biri hariç tedaviye yanıt alındı.

Sonuç: Granülomatöz mastit saptanan hastalarda risk faktörlerinin, enfeksiyöz ve enfeksiyon dışı nedenlerin saptanması tedavi yaklaşımı ve başarısı açısından önemlidir. Sunduğumuz çalışma elde ettiğimiz veriler granülomatöz mastit saptanan hastalar için tanı algoritması sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz mastit, meme, tanı

Tablo 1. Klinik ve demografik bulgular

Özellikler	n=35
Yaş SD	33.2 SD (5.27)
Başvuruya kadar geçen süre	
≤15 gün	6/35 %17
15-30 gün	1/35 %2.8
1-3 ay	8/35 %22.8
>3 ay	20/35 %57
Menopoz durumu n (%)	
Premenapozal	30/35 %85.7
Perimenopozal	5/35 %14.83
postmenapozal	0/35 %0
Gebelik durumu	
<1 yıl	0/35 %0
1-5 yıl	27/35 %77
> 5 yıl	6/35 %17
Nullipar	2/35 %5.7
Emzirme yeri	
Sağ meme	11/33 %33.3
Sol meme	12/33 %36.3
Bilateral	10/33 %30.3
Başlanan antibiyotik tedavisi	
Amoksisilin-klavulonik asit	2/33 %6
Amoksisilin-klavulonik asit+siprofloksasin	14/33 %42.2
Doksisiklin+teikoplanin	7/33 %21.2
Diğer ab+ Amoksisilin-klavulonik asit	1/33 %27.2
Diğer ab	9/33 %3.03
Veri olmayan	2 %0
IGST	
Pozitif	6/35 %26
Negatif	17/35 %74
Kontraseptif kullanımı	5/35 %4.83
Ailede kanser öyküsü	0/35 %0
Memeye travma öyküsü	0/35 %0
Son 5 yılda sigara kullanımı	10/35 %28.5
BMI (>30 kg/m2)	3/35 %8.5
Fizik muayne	
Kitle	%100
Hassasiyet/ağrı	%43
Eritem	%14
Fistül	%11
Meme başı akıntısı	%11
Apse	%17
Başlanan antibiyotik tedavisine yanıt	
Yanıt var	5/28 %17.8
Yanıt yok	12/28 %42.8
Kısmi yanıt	11/28 %39.2
Verisi olmayan	7 %0

[PS-260]

Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin HBV, HAV Geçirme ve Aşılanma Durumlarının Değerlendirilmesi (AntiHBs Negatif Olanlara HBV Aşısı Yapalım mı? Kaç Doz Yapalım?)

Eyyüp Kanat, Selma Tosun, Hülya Özkan Özdemir

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin HBV & HAV geçirme ve aşılanma durumlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2019-2020 eğitim öğretim döneminde staj yapmakta olan öğrencilerin HBV & HAV geçirme ve aşılanma durumlarını öğrenmek üzere uygulanan anket ve yapılan eğitimi takiben HBV, HAV ile ilgili olarak ellerindeki mevcut tetkik sonuçları değerlendirilmiş, eksik tetkikler de hastanemizde tamamlanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza doğum yılları 1995-2002 (17-24 yaş) arasında değişen; 106'sı kız, 25'i erkek toplam 131 öğrenci katılmıştır. AntiHBs açısından 100 öğrencide (%80) yeterli antikor düzeyi (>=10 IU/ml) saptanmıştır. Yirmi beş öğrencide (%20) antikor titreleri koruyucu düzeyin altında (<=9 IU/ml) saptanmışsa da hiçbirinde HBsAg veya antiHBc IgG pozitifliği saptanmamıştır. AntiHBs titrelerinin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Antikor düzeyi negatif olan 25 öğrencinin çoğu 2002 ve 2001 doğumlu olup, tek doz rapel yapıldığında 24'ünde 1 ay sonra anamnestik yanıt gözlenmiştir. Bir öğrencide üç dozluk seri tamamlandıktan sonra yanıt sağlanmıştır. HAV açısından öğrencilerin 83'ü (%69) seronegatif saptanmış ve aşı programına alınmıştır. Anti-HAV IgG açısından seronegatiflik saptanan 83 öğrenciden 43'ü (%52) 2002 doğumlu iken 23'ü de (%28) 1995-1998 arası doğan grupta yer almaktadır.

Sonuç: Ülkemizde ulusal HBV aşılamasına 1998 yılında başlanmış olup 2006-2008 yılları arasında catch-up aşı kampanyası kapsamında eksik HBV aşıları tamamlanmıştır. Bu uygulama ile 1998 ve 1999 doğumlu çocuklar teorik olarak hem doğumda hem de kampanyada iki seri aşılanmıştır; 2000 yılında ve sonrasında doğmuş olan çocuklar ise sadece doğumdan itibaren HBV için üç doz aşılanmış, daha sonra aşı uygulanmamıştır. Öğrencilerde antiHBs titresinin koruyucu düzeyin altında olduğu yaşların 2002 ve 2001 olması da bu durumu destekler niteliktedir. Primer aşılama sonrası yıllar içinde antikor yanıtı azalmakta, tek doz rapelle anamnestik yanıt oluşmaktadır. Bu nedenle antiHBs titresi negatif saptandığı için üç dozluk şema uygulanmasına gerek yoktur. HAV aşılaması ülkemizde çocukluk çağı aşı programına 2013 yılında girmiştir ve kapsayıcılığı 2011 ve sonrasında doğan çocukları içermektedir. Bu nedenle bundan yaklaşık 8-9 yıl sonra HAV açısından aşılı öğrenciler stajyer olarak geleceği için ve seronegatiflik oldukça yüksek olduğundan, bu süreçte öğrencilerin HAV açısından da tetkik edilmeleri ve seronegatiflerin aşılanmaları uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık meslek lisesi stajyer, HAV, HBV

Tablo 1. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin antiHBs titrelerinin yaş gruplarına göre dağılımı (n=125)

Doğum yılları	AntiHBs <=9 IU/ml	AntiHBs 10-49 IU/ml	AntiHBs >=50 IU/ml	Toplam
1995-1997	0	0	15 (%100)	15
1998	0	4 (%17)	19 (%87)	23
1999	2 (%25)	1 (%12,5)	5 (%62,5)	8
2000	5 (%36)	2 (%14)	7 (%50)	14
2001	4 (%44)	1 (%12)	4 (%44)	9
2002	14 (%25)	18 (%32)	24 (%43)	56
Toplam	25 (%20)	26 (%20.8)	74 (%59.2)	125

[PS-261]

Frontal Sinüzit Sonrası Gelişen Pott Puffy Tümörü

Suzan Şahin[1], Sedef Çoruk[2], Dilara Akman[1], Gözde Öztürk Altunyurt[1], Ayşe Batırel[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

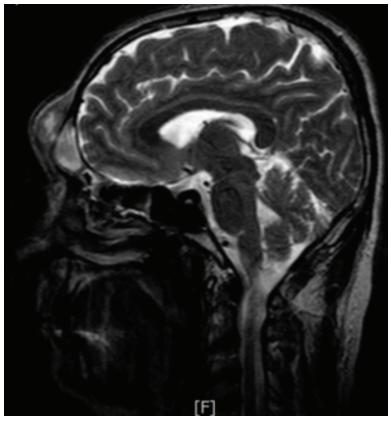
Giriş: Bu yazıda nadir rastlanan bir durum olan Pott Puffy tümörü olgusu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Daha önce bilinen hastalığı olmayan 54 yaşında erkek hasta, iki hafta önce alında şişlik şikayeti ile kulak burun boğaz kliniğine başvurmuştu. Kulak burun boğaz kliniğine başvurmadan üç gün önce adını bilmediği oral antibiyotik tedavisi almıştı. Evde 38 dereceyi geçen ateşi ve gece terlemeleri oluyordu. Şikayetleri gerilemeyen hasta kulak burun boğaz kliniği tarafından frontal bölgede apse nedeniyle interne edilmişti. Hastadan enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. Muayenesinde

frontal bölgede orta hatta, yaklaşık 5x5 cm boyutlarında, üzeri hiperemik şişlik gözlendi. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre: 11.000/mm^3, CRP: 10,4 mg/l idi. Paranazal sinüs tomografisinde sol frontal sinus anteriorundan deri altı yumuşak dokuya uzanım gösteren heterojen izohipodens görünüm ve deride defekt görüldü. Manyetik rezonans görüntülemede "Santrali büyük oranda difüzyon kısıtlayan effüzyon ve etrafında yoğun kontrast tutan enflamasyon alanı izlenmektedir. Tanımlanan alanın subkutan yağlı dokudaki kesimi yoğun kontrast tutmakta olup, 31x13 mm boyutlarındadır. Frontal sinüs içerisindeki kesimle birlikte toplam boyutu aksiyal kesitlerde 40x24 mm ölçülmüştür. Tanımlanan bulgular sol frontal sinüzite sekonder Pott Puffy tümörü lehine değerlendirildi" şeklinde yorumlandı. Hastaya tarafımızca ampisilin-sulbaktam 4x2 g/gün ve metronidazol 3x500 mg/gün tedavisi başlandı. Kulak Burun Boğaz Kliniği tarafından operasyona alınan hastaya apse boşaltılması ve nekrotik dokuların uzaklaştırılması işlemi uygulandı, alınan materyal mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi, aerob ve anaerob kültürde üreme saptanmadı. Hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi, tedavisinin 7. gününde oral ardışık tedavi ile eksterne edildi.

Sonuç: Puffy pump tümörü genellikle akut ya da kronik frontal sinüzitin komplikasyonu olarak görülmekle birlikte, frontal kemik travması, intranazal kokain kullanımı, fungal enfeksiyon, kraniyoplasti öyküsü, böcek ısırığı, akupunktur ya da frontal sinüs mukoseline bağlı olarak da görülebilmektedir. Enfeksiyonun direkt yayılımı veya frontal sinüsün venöz drenajı yoluyla komplikasyon gelişebilmektedir. Kesin tanı klinik bulgular ve görüntüleme yöntemleri ile koyulurken, uygun tedavinin erken dönemde başlanması ciddi komplikasyonlardan kaçınmak için gereklidir. Parenteral geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve eş zamanlı cerrahi müdahale tedavide temel yaklaşımdır. Tedavi, apsenin drenajı, nekrotik dokunun eksizyonu ve patojene bağlı olarak parenteral antibiyotik kullanımından oluşmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sinüzit, Pott Puffy



Şekil 1. Lezyonun kraniyal MRG görüntüsü

[PS-262]

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Kızamık Bağışıklık Taraması ve Aşılama Sonuçları

Dilşah Başkol[1], Hüseyin Aytaç Erdem[1], Deniz Akyol[1], Ayşın Zeytinoğlu[2], Hüsnü Pullukçu[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1]

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

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Kızamık, aşıyla önlenebilen sıklıkla çocukluk çağında görülen bulaşıcı döküntülü bir hastalıktır. Ancak aşı reddi, aşıya ulaşamama ve aşının uygun koşullarda saklanmaması nedeniyle dönem dönem erişkinlerde de endemik ataklar görülmektedir. Özellikle son yıllarda kızamık salgınlarında artma nedeniyle sağlık çalışanlarının kızamığa karşı bağışık olması gereklidir. 1970 yılından beri ülkemizde kızamık aşılaması uygulanmaktadır. Öyküde kızamık aşısı olmasına rağmen kızamık antikor yanıtı olmayan kişilerde hafıza immün cevap oranının değerlendirilmesi amacı ile bu çalışma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 1 Şubat 2018-1 Şubat 2020 tarihleri arasında polikliniğimize bağışıklık tarama amacıyla başvuran, bilinen bir hastalığı olmayan kızamık seronegatif tıp fakültesi öğrencileri yaş, cinsiyet, kızamıkçık, kabakulak, HIV, HBV, HCV serolojileri ve KKK aşılamaları sonrası antikor yanıtları açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya kızamık seronegatif görülen 64 öğrenci dahil edildi. Öğrencilerin %60,9'u (n=39) erkek, %39,1'i (n=25) kadın idi. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin %75'ine (n=48) kabakulak IgG bakıldı ve bunların da %75'i (n=36) pozitif saptandı. Rubella IgG istenen 54 (%84,3) öğrencinin %92,5'inin pozitif olduğu görüldü. Öğrencilerin hiçbirinde eş zamanlı HIV, HCV veya HBV enfeksiyonu saptanmadı. Öğrencilerin tamamına KKK aşısı bir ay ara ile iki doz uygulandı. Birinci doz aşıdan 7-10 gün sonra öğrencilerin %78,1'inin (n=50) kontrol serum kızamık IgG antikor değeri bakıldı. Bir doz aşılama sonrası kontrol antikor bakılanların %22'sinde (n=11) kızamık IgG antikoru pozitif, %78'inde (n=39) negatif olarak saptandı. İkinci doz aşılama sonrası bağışıklık yanıtları takibi devam etmektedir.

Sonuç: Kızamık, salgınlar yapabilen bir hastalık olup özellikle sağlık personeli risk altındadır. Bağışıklık sistemi baskılanmamış ve çocukluk çağında aşılanmış olduğu bilinen kişilerde dahi antikor kaybı söz konusu olabilmektedir. Bu çalışmada birinci doz aşılama ile kızamık antikor yanıtı elde edilme oranının düşük olduğu görülmüştür. İkinci doz aşılama sonrası bağışıklama yanıtları henüz kontrol edilmektedir. Çocuklukta aşılama öyküsü bilinse dahi özellikle sağlık çalışanlarında erişkin dönemde bağışıklık kontrolü yapılmasının ve gereğinde tekrar aşılanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, bağışıklık, kızamık

[PS-263]

Hastanede Temizlik ve Hasta Taşıma Görevi Yapan Personelin El Hijyeni, Eldiven ve Maske Kullanımının Değerlendirilmesi

Alpay Arı[1], Selma Tosun[1], Sema Aktolga[2], Türkan Tezcan[3], Sabiha Cangöz[3], Gülhan Çapanoğlu[2], Esra Erikmen[4]

[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

[2]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir

[3]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği, İzmir

[4]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim AR-GE Birimi, İzmir

Giriş: Hastanelerde temizlik ve hasta taşıma görevi yapan personelin el hijyeni, eldiven ve maske kullanımının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve temizlik ve hasta taşıma görevi yapan personele yönelik olarak eğitim öncesi bir anket uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 39'u kadın, toplam 88 kişi katılmıştır. Çoğunluğu meslek yılı olarak 0-10 yıllıktır, yaşları 19-58 arasındadır. Hastanemizde el

hijyeni ile ilgili eğitim alıp almadıkları sorulduğunda %10'u eğitim almadığını belirtmiştir. El hijyeni için su ve sabunla el yıkama gerektiğini 86 kişi (%98), alkol bazlı el dezenfektanı gerektiğini ise 77 kişi (%87,5) bilmektedirler. Ancak eldiven çeşitleri, eldivenlerin doğru kullanım endikasyonları ve maske kullanımı konularındaki bilgileri yetersiz bulunmuştur. Özellikle temizlik yaparken veya hasta nakli yapılırken hangi durumlarda maske kullanılması gerektiği iyi bilinmemektedir ve genellikle her iki durumda da cerrahi maske kullanma eğiliminde oldukları belirlenmiştir. Temizlik sonrası/hasta odası ve eşyaları ile temas sonrası el yıkama gerektiğini bilmektedirler ancak uygulamada iş yoğunluğu nedeniyle genellikle tüm odalar bittikten sonra el yıkama eğilimindedirler. Hasta taşırken ve temizlik yaparken kullandıkları eldiven çeşidini katılımcıların 73'ü (%83) non-steril cerrahi eldiven olarak belirtmiştir. Sedye taşırken hangi eldiveni kullanacakları sorusunu katılımcıların 42'si (%47) yanıtlayamazken, 39 kişi (%44) non-steril eldiven, 15 kişi de (%13) şeffaf eldiven kullandığını belirtmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda değerlendirdiğimiz temizlik ve hasta taşıma görevi yapan sağlık çalışanlarının doğru el hijyeni hakkında bilgilerinin ve uygulamalarının büyük oranda yeterli olduğu; ancak eldiven ve maske kullanımı konusunda hem bilgi yetersizliği ve eksikliği hem de uygulama hataları olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte "Hastanemizde el hijyeni ile ilgili eğitim aldınız mı?" sorusuna katılımcıların %10'unun "Almadım" şeklinde yanıt vermiş olması ilgi çekicidir. Çünkü bilindiği üzere hastane temizlik çalışanları her ay düzenli ve zorunlu olarak el hijyeni eğitimi almaktadır. Bu veriden çıkartılması gereken sonuç; her ay zorunlu olarak yapıldığı için artık anlam ve önemini yitirmiş olan, çoğu zaman katılımcıların sadece birkaç dakika dinledikleri (veya hiç dinlemedikleri) ve imza atıp zorunlu katılımı sağladıkları formattaki eğitim toplantılarının yararı olmadığıdır. Bu nedenle biz hastanemizde bu konuya ilişkin interaktif ve uygulamalı bir eğitim başlatmış bulunuyoruz ve ilk verilerimiz, bu uygulamanın önceki uygulamaya göre çok daha yararlı ve verimli olduğu şeklindedir. Bu konudaki çalışmamız halen devam etmekte olup sonuçlar tamamlandığında önümüzdeki günlerde ayrı bir sunum şeklinde paylaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Temizlik ve hasta taşıma görevlileri, el hijyeni, eldiven ve maske kullanımı

[PS-264]

İki Olgu ile Riketsiyal Hastalık Deneyimimiz

Kamuran Türker[1], Betül Taş[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Enfeksiyöz nedenli döküntülü hastalıkların en sık etkeni virüsler, daha ender bakteri ve parazitlerdir. Ülkemizde özellikle yaz aylarında erişkinlerde Benekli Ateş grubundan riketsiyozların (Marsilya humması) giderek arttığı bildirilmektedir. *Rickettsia conori*'nin etken olduğu kene ile bulaşan bu hastalığa ülkemizde de "Akdeniz Benekli Ateşi" verilmektedir. Kış aylarında şiddetli döküntüsü olan, herhangi bir kene ya da böcek ısırığı olmayan iki olgu Türkiye'nin farklı bölgelerinden aynı zamanda hastanemize başvurdu. Burada iki olgu ile bu deneyimimizi paylaşmak istedik.

Olgu 1: Altmış iki yaşında erkek hasta tüm vücutta yaygın el ve ayak tabanında da mevcut olan makülopapüler döküntü, ısı artışı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde beş gün öncesinde aniden ateş ve ellerden başlayan, tüm gövde el ve ayak tabanlarını tutan, yer yer veziküler ve kurutlu olan döküntü birleşme eğilimindeydi. Herhangi bir böcek teması belirtmedi ancak Trakya bölgesinde kırsal alanda yaşamaktaydı. Fizik muayenesinde genel durumu orta, şuur açık ateş: 37,8 °C tüm vücutta yaygın el ve ayak tabanında da mevcut olan makülopapüler döküntü vardı, diğer sistem bulguları doğaldı (Resim 1A). Yapılan deri biyopsisi *Rickettsia* spp. PCR (real-time) negatif, serum *Rickettsia conori* IgM IFA negatif, *Rickettsia conori* IgG IFA 1/160 titrede pozitifti. Hastaya doksisiklin 2x200 mg po ilk 72 saat sonra 2x100 mg, seftriakson 2x1 gr IM verildi.

Olgu 2: On dokuz yaşında erkek hasta tüm vücutta yaygın el ve ayak tabanında da mevcut olan makülopapüler döküntü, yüksek ateş nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde beş gün öncesinde aniden ateş, halsizlik boğaz ağrısı şikayeti ile sefuroksim aksetil 2x750 mg IM ve amoksisilin-klavulonik asit 2x1.000 mg PO kullanım öyküsü vardı. İlaçlardan bir gün sonrasında ve ellerden başlayan, tüm gövde el ve ayak tabanlarını ve başı tutan, yer yer veziküler olan makülopapüler döküntüsü oluşmuştu. Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan hastanın kardeşi ve yeğenlerinde de benzer döküntülerin olduğu çevrelerindeki dut ağaçlarında böceklenme olduğunu belirtti. Kanda *Rickettsia* spp. PCR (real-time) negatif, serum *Rickettsia conori* IgM IFA 1/384, *Rickettsia conori* IgG IFA 1/640 titrede pozitifti. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, şuur açık ateş: 36,4 °C orofarenks hiperemik, tüm vücutta yaygın el ve ayak tabanında da mevcut olan makülopapüler döküntü vardı, ayaklarda yaygın mantar eşlik ediyordu diğer sistem bulguları doğaldı (Resim 1B).

Sonuç: Riketsiyal hastalıklar konusuna dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Riketsiya, el ayak döküntüsü, yüksek ateş



Resim 1. A) 62 yaşındaki olgu yaygın tüm vücudu kaplayan makülopapüler döküntüsü ile. **B)** On dokuz yaşındaki olgu nispeten daha az olan ellerde belirgin makülopapüler döküntüsü ile

[PS-265]

Sağlık Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi

Türkan Tüzün[1], Bahriye Çümen[2]

[1]Tavas Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Denizli

[2]Denizli Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Denizli

Giriş: Sağlık çalışanları kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar açısından risk altındadır. Bu çalışmada sağlık personelinin kesici-delici aletle yaralanma sıklığı ve yaralanma öyküsü olanların HBV, HCV, HIV seroprevalansının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 2014-2019 yılları arasında kesici-delici aletle yaralanması olan kayıtlar retrospektif olarak değerlendirildi. Cinsiyet, meslek, HBsAg, antiHBs, anti-HCV, anti-HIV sonuçları, birinci, üçüncü ve altıncı ay takiplerinde bulaş olup olmadığı değerlendirildi.

Bulgular: Kesici-delici alet yaralanmasıyla 19 (%29) erkek, 46 (%71) kadın olmak üzere 65 çalışan başvurdu. Meslek gruplarına bakıldığında 8 (%12,3) doktor, 12 (%18,5) ebe, 21 (%32,3) hemşire, 13 (%20) stajyer öğrenci, 7 (%10,8) temizlik personeli, 4 (%6,1) laboratuvar teknisyeni idi. Koruyucu bariyer kullanım oranının %61,5 olduğu görüldü. Yaralanmaların 44'ü iğne ucu, 4'ü lanset, 10'u sütür işlemi, 2'si vacutainer, 1'i spinal iğne ile, 4'ü diş kanal tedavisi aletleri ile meydana gelmiştir. Altmış dört personel HBV'ye karşı bağışıktı. Bir personelde antiHBs <10 IU/l olup, kaynağı belli olmayan bir iğne ucu ile yaralanma olması nedeni ile hepatit B aşısı ve immünoglobulini yapıldı. Başka bir personel de HBsAg pozitif bir hastadan iğne ucu ile yaralanmıştı ancak HBV'ye karşı bağışıktı. Takiplerinde hiçbir personelde HBV, HCV, HIV açısından bulaş olmadığı görüldü.

Sonuç: Çalışanların büyük kısmı hepatit B'ye karşı aşılı olsa bile HCV ve HIV enfeksiyonları önemli bir sorundur. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı artırılmalı ve hepatit B'ye karşı bağışık olmayanların aşılanması sağlanmalıdır. En çok yaralanma enjektör kapatırken iğne ucu ile olduğu görülmüş olup, enjektör kapaklarının kapatılmaması, kesici-delici alet kutularının kullanımı konusunda eğitimlerin artırılması yaralanmaların önlenmesinde önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, kesici-delici alet yaralanmaları

[PS-267]

Hastane Enfeksiyonlarına Baskın! Nokta Prevalans

Hüseyin Aytaç Erdem[1], Deniz Akyol[1], Dilşah Başkol[1], Damla Akdağ[1], Demet Dikiş[2], Nilay Bilgili Korkmaz[2], Nilüfer Uzunbayır Akel[2], Fatma Feriha Çilli Hall[3], Dilek Yeşim Metin[3], Bilgin Arda[1], Oğuz Reşat Sipahi[1], Sercan Ulusoy[1]

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

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemşireliği, İzmir

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

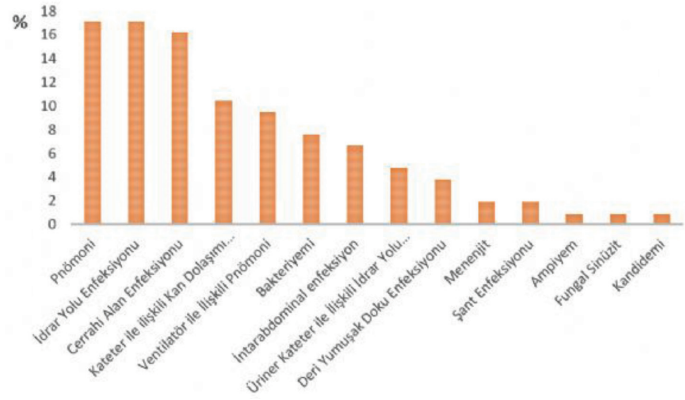
Giriş: Hastane enfeksiyonları (HE) ya da sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar, sağlık tesislerinde mortalite ve morbiditeyi artırmasının yanı sıra tedaviye dirençli enfeksiyonların yayılması ve maliyet üzerine etkisi de düşünüldüğünde özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sağlık sorunu teşkil etmektedir. Nokta prevalans çalışmaları ile hastanelerdeki enfeksiyon sorunu hızlı bir şekilde tespit edilerek etkin enfeksiyon kontrol önlemleri alınabilir. Bu çalışmada üçüncü basamak eğitim hastanemizde 25 Aralık 2019 tarihinde yatan hastalardaki HE prevalansı irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: 25 Aralık 2019'da hastanemizde yatmakta olan hastalardan HE tanısı ile izlenmekte olan hastalar altta yatan hastalıklar, risk faktörleri, uygulanan girişimler, enfeksiyon odakları ve etken mikroorganizmalar açısından sorgulayan bir form ile kaydedilmiştir. Veriler SPSS 20 paket programı kullanılarak girilip değerlendirilmiştir.

Bulgular: 25 Aralık 2019 tarihinde hastanemizde yatan hasta sayısı 1.264, HE prevalansı %7,27 olarak saptandı. HE saptanan 92 hastanın 33'ü (%36) erkek, 59'u (%64) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 44,41 (yaş aralığı 87-0,1) yıl idi. HE prevalansı yoğun bakım ünitelerinde %18,2 (37/203) iken servislerde %5,18 idi (55/1061). Hastalarda en sık görülen hastane enfeksiyonu pnömoni (%17, n=18) ve idrar yolu enfeksiyonu (%17, n=18) olup, diğer enfeksiyon odakları sırasıyla cerrahi alan enfeksiyonları (%16, n=17), kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (%10, n=11) ventilatör ile ilişkili pnömoni (%9,5, n=10) ve bakteriyemi (%7,6, n=8) şeklinde sıralandı (Şekil 1). Hastane enfeksiyonları etkenleri sıklık sırasına göre değerlendirildiğine 22 (%24) hastada mikrobiyolojik kanıt elde edilememiş, diğerleri sıklık sırasına göre *Escherichia coli* (%19,6), *Klebsiella pneumoniae* (%14,2) *Pseudomonas aeruginosa* (%8) ve *Acinetobacter baumannii* (%8) idi.

Sonuç: Nokta prevalans çalışmaları hızla uygulanması, kısa sürede sonuç alınması ve maliyeti düşük olması nedeniyle belirli sürelerle kolaylıkla tekrarlanabilir. Sağlık tesisinin enfeksiyon kontrol önlemleri ve faaliyetlerinin etkinliğini değerlendirebileceği en pratik yol olmakla birlikte, kontrol önlemlerinin uygulanması, planlanması ve hedeflerin gerçekleştirilmesine de ciddi katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hastane enfeksiyonu, nokta prevalans



Şekil 1. Hastane enfeksiyonu tanısı alan hastaların enfeksiyon odakları

[PS-268]

Akciğer Tüberkülozu ile Tedavi Başlanan HIV Enfekte Hastada Paradoksal TB-IRIS

Onur Çolak, Servet Öztürk, Semra Kavas, Merve Kaçar Eker, Derya Öztürk Engin, Canan Ağalar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

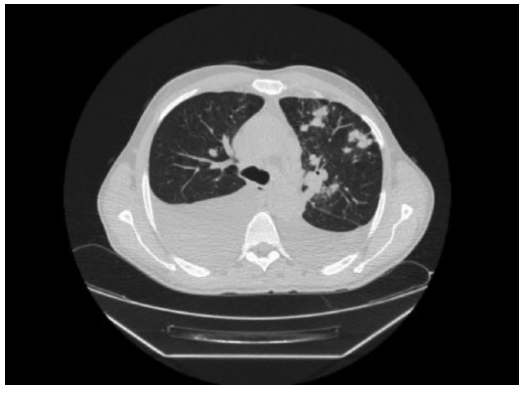
Giriş: HIV enfekte hastalarda fırsatçı enfeksiyonların varlığında, immünitenin hızla düzelmesine bağlı olarak immün rekonstitüsyon enflamatuvar sendromu (IRIS) gelişebilmektedir. Ayrıca tüberküloz (TB) tedavisi sırasında anti retroviral tedavi (ART) başlandığında özellikle ilk 3 ayda klinik veya radyolojik olarak yeni TB bulgularıyla paradoksal TB IRIS sendromu ortaya çıkabilmektedir. Bu duruma dikkat çekmek için kliniğimizde takip edilen HIV enfekte tüberküloz olgusunda gelişen paradoksal IRIS olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Acil servise nefes darlığı, genel durum bozukluğu nedeniyle başvuran 46 yaşında erkek hasta, pnömoni tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde bilateral servikal, submandibular ve aksiller lenfadenopati, sağ akciğer orta ve alt zonlarda ralleri saptandı. Hastanın tetkik sonuçlarında anti-HIV pozitif, HIV-RNA: 606.714 IU/ml, CD4: 93/microL olarak sonuçlandı. Akciğer tomografisinde, bilateral minimal plevral effüzyon ve her iki akciğer bazalde infiltrasyonları mevcuttu. Bronkoalveoler lavaj sıvında

yapılan mikobakteri kültürü pozitifti. Ekokardiyografisinde, 18 mm kardiyak tamponata neden olmayan perikardiyal effüzyon tespit edildi. Dörtlü anti TB tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci ayında hastaya ART (dolutegravir 2x50 mg ve tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin 1x245/200 mg) başlandı. Anti-TB tedavisinin 2. ayında tedavisi INH ve RIF olarak değiştirildi. ART tedavisinin beşinci haftasında nefes darlığı ve pretibial ödem şikayeti gelişti. HIV-RNA: 342 IU/ml, CD4: 401/microL olarak sonuçlandı. Çekilen akciğer tomografisinde bilateral masif plevral effüzyon, bilateral infiltratif alanları mevcuttu. Ekokardiyografisinde 5 mm perikardiyal effüzyon izlendi. Kardiyoloji önerisiyle metoprolol ve furosemid tedavileri başlandı. Hastaya toraks tüpü takıldı. Hücre sayımında 730 hücre/microL (%90 lenfomonositer) saptandı. Plevra sıvısı transuda olarak değerlendirildi, kültür ve patoloji sonuçlarında özellik saptanmadı. Yatışının 14. gününde, anti-TB, ART, furosemid ve metoprolol tedavileri ile taburcu edildi. ART'nin 15. haftasında HIV-RNA: negatif, CD4: 392/microL idi ve perikardiyal effüzyonu tamamen gerilemişti. Anti-TB tedavisi 6 aya tamamlandı. Anti-TB tedavisi kesildikten bir ay sonra yapılan poliklinik değerlendirilmesinde hastanın şikayeti yoktu.

Sonuç: Ülkemizde tüberküloz endemik olup, HIV enfekte hastalarda fırsatçı enfeksiyonların ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. Bu hastalarda kılavuzlara uygun şekilde anti-TB ve ART tedavi başlansa da paradoksal IRIS gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: IRIS, tüberküloz, HIV



Şekil 1. Akciğer tomografisi. Paradoksal TB IRIS geliştiğindeki akciğer tomografi görüntüsü

[PS-269]

Pakistan Ziyareti Olan XDR *Salmonella enterica* Olgusu

Onur Çolak, Servet Öztürk, Semra Kavas, Berna Özdemir, Derya Öztürk Engin, Canan Ağalar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Salmonelloz, multisistemik tutuluma yapan ve ölümcül seyredebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Dünyanın bazı bölgelerinde gelişen direnç nedeniyle, tedavide sorunlar yaşanmaktadır. Kliniğimizde ateş yüksekliği nedeniyle takip edilen, kan kültürlerinde XDR *Salmonella enterica* spp. enterica üreyen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Polikliniğimize on gündür devam eden ateş yüksekliği şikayeti ile başvuran, 48 yaşındaki erkek hasta, kliniğimize yatırıldı. Hastanın yatışından üç hafta önce Pakistan'ın Karaçi bölgesine seyahat öyküsü olduğu, burada üç gün süren ishal şikayetinin bulunduğu belirtilmekteydi. Hasta bu dönemde ilaç kullanmadığını ve şikayetlerinin spontan gerilediğini ifade etti. Hastaya, kliniğimize yatışından 5 gün önce sefuroksim aksetil tedavisi başlanmış ve düzenli olarak kullanmıştı. Yapılan fizik muayenesinde traube kapalılığı dışında her hangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde beyaz küre: 5400/microL (%55 nötrofil), CRP: 7,04 mg/dl (<0,5) idi. Diğer test sonuçları normal olarak bulundu. Tekrarlayan incelemelerde sıtma parazitine rastlanmadı. Ekokardiyografisinde özellik saptanmadı. Hastanın yatışında alınan kan kültürlerindeki üreme MALTI-TOF ile *Salmonella enterica* spp. enterica olarak tiplendirildi. Ampisilin, trimetoprim/sulfametoksazol, 3. kuşak sefalosprorinler ve kinolonlara dirençli, karbapenemlere duyarlı idi. XDR *Salmonella* olarak değerlendirildi. Hastaya ertapenem tedavisi başlandı. Gaita kültüründe *salmonella-shigella* üremesi olmadı. Tedavinin üçüncü gününde ateşi geriledi. Tedavi 14 güne tamamlandı ve hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Özellikle Pakistan, Güneydoğu Asya ve Afrika ziyareti olan ateşli hastalarda ön planda sıtmanın yanı sıra enterik ateş de akla gelmelidir. Bu ön tanı ile tedavi başlanan hastalarda da ampirik tedavi düzenlenirken XDR *Salmonella* olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: XDR *Salmonella*, enterik ateş

[PS-270]

Streptococcus gallolyticus'a Bağlı Bir Enfektif Endokardit Olgusu

Onur Çolak, Derya Öztürk Engin, Servet Öztürk, Semra Kavas, Deniz Dazkır, Canan Ağalar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Enfektif endokardit, çok sayıda organı tutabilen ve komplikasyonlarla seyreden morbiditesi ve mortalitesi yüksek bir enfeksiyon hastalığıdır. Enfektif endokardite bağlı iskemik serebrovasküler olay (SVO) geçiren ve kan kültüründe *Streptoccocus gallolyticus* spp. gallolyticus üreyen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: İskemik SVO nedeniyle girişimsel radyolojide doku plazminojen aktivatörü (TPA) uygulanan 73 yaşında erkek hasta, işlem sonrası serebral hemoji gelişmesi ve genel durumunda bozulma olması nedeniyle yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırıldı. Yoğun bakım takiplerine üfürümü olmayan, ateş yüksekliği tespit edilmeyen hastanın, yapılan tetkiklerinde CRP: 7,3 mg/dl (<0,5), beyaz küre: 12.000/microL (%84 nötrofil), hemoglobin: 9,4 mg/dl, trombosit: 232.000/microL, kreatinin: 1,8 mg/dl, tam idrar tetkikinde: 6 lökosit, 16 eritrosit saptandı. Hastanın alınan iki kan kültüründeki üremeleri MALDI-TOF ile *Streptoccocus gallolyticus* spp. gallolyticus olarak tiplendirildi. Suşa ulaşılamadığı için antibiyogram çalıştırılamadı. Yapılan transtorasik ve transözefagial ekokardiyografide aort kapakta 0,6x0,6 cm boyutunda vejetasyon saptandı. Romatoid faktör (RF): negatif idi. Böbrek fonksiyon bozuklukları da olan hastaya renal doz ayarı yapılarak ampisilin ve gentamisin tedavisi başlandı. Kalp damar cerrahisi tarafından değerlendirilen hastaya cerrahi endikasyon düşünülmedi. Tedavisinin 14. gününde gentamisin kesildi ve YBÜ'den nöroloji servisine devri yapıldı. Kontrol kan kültürlerinde üremesi olmadı. Hastaneye yatışının yedinci haftasında nörolojik sekelle hasta taburcu edildi.

Sonuç: Enfektif endokardit hayatı tehdit eden bir durumdur. SVO nedeniyle takip edilen hastalarda, enfektif endokardite bağlı septik emboli olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, SVO, septik emboli

[PS-271]

Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Serebral Malaria Olgusu

Ahmet Melih Şahin[1], İlknur Yavuz[1], Feyza Yıldız Aytekin[2], Gökhan Bavlı[3], Hasan Mücahit Özbaş[4], Adnan Burak Bilgiç[5], Meltem Arzu Yetkin[1]

[1]*Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun*

[2]*Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Giresun*

[3]*Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Kliniği, Giresun*

[4]*Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Giresun*

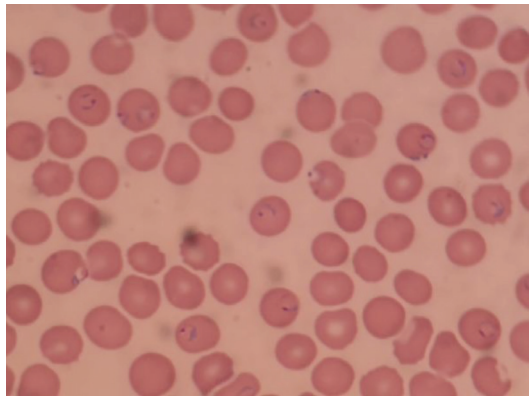
[5]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Samsun*

Giriş: *Plasmodium falciparuma* bağlı gelişen sıtma kliniği diğer sıtma etkenlerine göre daha ağır seyirlidir. Serebral malaria *Plasmodium falciparum*'a bağlı gelişen en ciddi nörolojik komplikasyondur. Bu olgu sunumunda nörolojik tutulumla seyreden bir *Plasmodium falciparum* olgusu sunulmuştur.

Olgu: Daha önce hiç bir yakınması olmayan 25 yaşında başvurudan 10 gün önce Türkiye'ye üniversite okumak için Çad 'tan gelen genç erkek hasta acil servise 2 gündür devam eden ateş, karın ağrısı, bulantı, kusma ve genel durum bozukluğu şikayeti ile başvurmuştur. Yapılan fizik muayenede ateş: 40 °C, taşikardik bilinç açık ancak belirgin ajite olarak izlenmiştir. Yapılan tetkiklerde ALT: 69, AST: 43, total bilirubin: 2,5, direkt bilirubin: 1,37, LDH: 394, trombosit: 21.000 saptanması üzerine geldiği bölgede dikkate alınarak viral hemorajik ateş? Sıtma ön tanılarıyla yatırılmıştır. Ateşli dönemde alınan ince ve kalın yaymalarında gametositler izlenmesi üzerine sıtma tanısı konularak arthemeter lumefantrine tedavisi başlandı (Şekil 1). Tedavinin 1. gününde hastada epileptik nöbet ve sonrasında Glaskow Koma puanı: 6 saptanması üzerine serebral sıtma tanısıyla yoğun bakım ünitesinde takibe alınmıştır. Yapılan beyin MR inclemesinde yaygın difüzyon kısıtlanması ve serbral ödem izlenmiştir. Anti ödem tedavi olarak intravenöz mannitol ve antiepileptik tedavi başlanmıştır. Birinci gün yapılan yaymasında gametositler izlenmemiştir. Sıtma tedavisi oral alımının bozulması nedeniyle artesunate olarak düzenlenmiştir. Hastanın yapılan göz dibi incelemesinde her iki gözde retinal hemoraji saptanmıştır (Şekil 2, 3). Destek tedavisi ve antimalaryal tedavisi tamamlanan hasta sekelsiz salah ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: *Plasmodium falciparum* ülkemizde sık görülen sıtma türü değildir. Sıtma ön tanısıyla yatırılan hastalarda seyahat öyküsü etkenin tespitinde, takip ve tedavinin hızlı bir şekilde planlanabilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca tedavi sırasında hastada, tedaviyle birlikte parazitin hızlıca ortadan kadırılmasıyla birlikte yoğun hemoliz gelişebileceği ve buna bağlı olarak da komplikasyonların gelişebileceği göz önünde bulundurularak böyle hastaların yoğun bakım ihtiyacı olabileceği için yakın takip edilmesi gerektiğini vurgulamak için bu olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelime: Serebral sıtma



Şekil 1. Periferik yayma

[PS-272]

Etken: *Achromobacter species*! Peki Sonrası?

Sema Taban[1], Seçil Deniz[2], Firuze Soyak[2], Sibel Pekcan[3]

[1]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli*

[2]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli*

[3]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli*

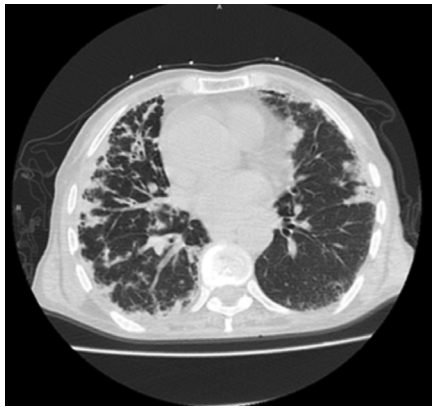
Giriş: *Achromobacter* cinsi bakteriler, aerob, oksidaz ve katalaz pozitif, non-fermantatif Gram-olumsuz basillerdir. Özellikle malignite, solid organ transplantasyonu, hipogamaglobulinemi, AIDS hastaları gibi immün sistemin baskılandığı durumlarda invazif enfeksiyonlara yol açarlar. Bu yazıda pnömoni etkeni olarak *Achromobacter* spp. saptanan ve eş zamanlı olarak akciğer tüberkülozu tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bir yıldır astım tanısı ile izlenen ve bronkodilatatör kullanımı olan 79 yaşında kadın hasta son zamanlarda artan nefes darlığı, öksürük, koyu sarı renkli balgam, hırıltılı solunum, ateş yüksekliği ve belirgin kilo kaybı yakınmalarıyla hastanemize başvurdu. Fizik bakıda genel durumu orta, ateş 36,4 °C, kan basıncı 106/66 mmHg idi. Akciğer oskültasyonunda sağda daha belirgin bilateral ralleri mevcuttu. Diğer fizik muayene bulguları olağandı. Özgeçmiş sorgulanmasında, benzer klinik bulgularla tekrarlayan hastane yatışları mevcuttu. Soygeçmişinde, birinci ve ikinci derece yakınlarında deri kanseri ve akciğer kanseri öyküsü olduğu öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde; lökosit sayısı 18.880/mm^3 (%85 nötrofil, %9 lenfosit, %4 monosit), eritrosit sedimentasyon hızı 150 mm/saat, C-reaktif protein 140 mg/l saptandı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde, bilateral plevral kalınlaşmalar, buzlu cam dansiteleri, solda minimal bal peteği görünümü, sağda orta ve alt zonda infiltratif görünümler, üst zon posteriorda 7 mm boyutlu nodüler görünüm izlendi. Hastadan periferik kan ve balgam kültürleri alındı. Balgam kültüründe *Achromobacter* spp. (piperasilin-tazobaktam duyarlı) üremesi olan hastaya piperasilin-tazobaktam 3x4,5 gr parenteral tedavisi başlandı. Antibiyoterapinin birinci haftasında klinik bulgularında ve laboratuvar değerlerinde düzelme gözlendi. Alınan bronkoalveolar lavaj örneğinde de *Achromobacter* spp. üremesi olması üzerine hastanın toplam tedavi süresi 14 güne tamamlandı. Ancak bu süreçte gönderilen balgam örneği aside dirençli boyama (ARB) sonucunun pozitif gelmesi üzerine tüberküloz ön tanısıyla antitüberküloz tedavi başlanarak takibe alındı.

Sonuç: Doğada yaygın bulunan *Achromobacter* cinsi bakteriler nadiren, insanlarda enfeksiyon etkeni olarak saptanabilirler. Özellikle immün sistemi

baskılanmış hastalarda üriner, gastrointestinal sistem, santral sinir sistemi, kemik ve protez enfeksiyonları gibi farklı klinik tablolara yol açabilirler. Yanı sıra, olgumuzda olduğu gibi kronik akciğer hastalığı olan bireylerde toplum kökenli pnömonilere yol açabilirler. Bu nedenle çeşitli vücut örneklerinden izole edilen *Achromobacter* cinsi bakterilerin enfeksiyon etkeni olabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca bu hasta gruplarının özellikle risk faktörü olabilecek immünosüpresyon oluşturan durumlar açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: *Achromobacter* spp., pnömoni, tüberküloz



Şekil 1. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde; bilateral plevral kalınlaşmalar, buzlu cam dansiteleri, solda bal peteği görünümü, sağda orta ve alt zonda infiltratif görünümler

[PS-273]

Beyin Apsesi ile Seyreden Bir Aktinomiçez Olgusu

Ayşe Kaya Kalem, İmran Hasanoğlu, Bircan Kayaaslan, Rüveyda Korkmazer, Hatice Rahmet Güner

Ankara Şehir Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Aktinomikoz, Gram-olumlu anaerob *Actinomyces* spp. bakterilerin neden olduğu klinik tablodur. Bu bakteriler orofarenks, gastrointestinal sistem ve kadın genital sisteminde bulunurlar. Oroservikofasiyal, torasik, intraabdominal, pelvik, santral sinir sistemi, kas-iskelet sistemi enfeksiyonları, dissemine hastalık gibi çeşitli kliniklerle görülebilmektedir. Diş tedavisi, ağız cerrahisi, baş-boyun radyoterapileri, gastrointestinal sistem cerrahileri, divertikülit, steroid kullanımı, bifosfonat kullanımı, HIV enfeksiyonu, akut lösemiler, akciğer, böbrek transplantasyonu risk faktörlerindendir. Histolojik olarak sülfür granüllerinin görülmesi tanı koydurur. Pozitif kültür tanıyı kesinleştirmesine rağmen olguların çok azında kültür pozitiftir. Dolayısıyla tanıda koymada gecikmeler yaşanabilmektedir. Tedavi yüksek doz, uzun süreli penisilindir.

Olgu: Yetmiş bir yaş erkek hasta ani başlayan baş ağrısı ve görme bulanıklığı nedeniyle hastaneye başvurması üzerine yapılan kraniyal görüntülemesinde sol oksipitalde 2 cm'lik kitle, çevresinde ödem tespit edilmesiyle hasta beyin cerrahisi tarafından opere edildi. Operasyon sonrası yara yerinde akıntı olunca yapılan tetkiklerinde subdural apse ile uyumlu görünüm saptanmasıyla hasta tekrar opere edildi. Patoloji aktinomikoz olarak raporlandı, hasta kliniğimize devir alındı ve ampisilin tedavisi başlandı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldığında BOS mikroskopsinde 150 lökosit, BOS proteini 656 BOS glikozu 55 eş zamanlı kan glikozu 150 tespit edildi. BOS kültüründe üreme olmadı. BOS TBC PCR negatif, BOS ARB boyama negatif sonuçlandı. BOS sitolojisinde birkaç adet lenfosit görüldü. Hastanın takiplerinde baş ağrısı şikayeti gerilememesi üzerine hastaya kraniyal görüntüleme yapıldığında apsenin sebat etmesi üzerine tekrar operasyona alındı. Apse kültüründe üreme olmadı. Olası nozokomiyal etkenleri kapsamak adına tedavisi meropenem, linezolid, ampisilin olarak düzenlendi. Olası nokardia enfeksiyonu tanısı için patoloji materyalinde modifiye EZN boyaması yapıldı, negatif sonuçlandı. Hastanın hayvancılık öyküsü olması üzerine gönderilen tetkiklerinde brusella Rose Bengal pozitif, brusella Coombs aglütinasyon 1/320 titrede pozitif saptandı, tedaviye rifampisin ve siprofloksasin eklendi. Operasyonda gönderilen materyalde aktinomikoz görülmedi. Hastanın meropenem linezolid ampisilin rifampisin, siprofloksasin tedavileri altında baş ağrısı geriledi, mobilize olmaya başladı. Meropenem ve linezolid 4 hafta süreyle devam edilip oral rifampisin ve siprofloksasinle 6 haftaya, ampisilin tedavisi amoksisilin-klavulanik asit ile 6 aya tamamlanmak üzere hasta taburcu edildi. Taburculuk sonrası hastanın şikayetlerinin tekrarlamadığı, fonksiyonel kapasitesinin daha iyi olduğu görüldü.

Sonuç: Aktinomikoz beyin apsesi ile takip edilen hastalarda akla gelmesi gereken bir tablodur.epidemiyolojik öykü ve risk faktörleri çok önemlidir. Ancak beyin apsesinin polimikrobiyal olabileceği tedavi planlanırken mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beyin apsesi, aktinomiçez, brusella

[PS-274]

Ayaktan Gelen Türk ve Suriyeli Göçmen Hastaların İdrar Kültürlerinden İzole Edilen *Escherichia coli* Kökenlerinin Antibiyotik Duyarlılıkları

Nisel Yılmaz, Sebahat Taş, Nilüfer Saygılı, Şükran Saba Çopur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Üriner sistem enfeksiyonlarının en sık etkeni olan *Escherichia coli*'nin bir bölgedeki antibiyotik duyarlılığını bilmek empirik tedavi seçimi için önemlidir. Bu çalışmada hastanemize başvuran Türk ve Suriyeli göçmen hastaların idrar kültürlerinden izole edilen *E. coli* kökenlerinin antibiyotik duyarlılıklarını belirlemeyi ve karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Hastanemize ayaktan başvuran hastaların idrar kültürlerinden izole edilen *E. coli* kökenleri retrospektif olarak incelenmiştir. İdentifikasyon ve antibiyotik duyarlılıkları konvansiyonel yöntemlerin yanında otomatize sistemlerle (Maldi-TOF MS, Bruker ve Phoenix, BD) yapılmıştır.

Bulgular: Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında toplam 210 Suriyeli göçmen, 1436 Türk hastanın kültür sonuçları değerlendirilmiştir. Antibiyotik duyarlılıkları Tablo 1'de gösterilmiştir. Her iki grupta da duyarlılık oranlarının benzer olduğu görülmüştür.

Sonuç: İdrar yolu enfeksiyonlarında ilk seçenek olabilecek ampisilin direnç oranının %60 civarında, trimetoprim-sulfametoksazolün %35 civarı ve siprofloksasinin Türk hastalarda %29, Suriyeli göçmen hastalarda %19 olduğu görülmüştür. Bulgular düzenli sürveyans çalışmalarının devamlı yapılması ve akılcı antibiyotik kullanım politikalarının vurgulanması gerektiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Üriner sistem enfeksiyonu, *E. coli*, Suriyeli göçmen

Tablo 1. Türk ve Suriyeli göçmen hastaların idrar kültürlerinden izole edilen *E. coli* kökenlerinin antibiyotik direnç oranları (%)

	AMP	AMC	SXT	CIP	FOS	NIT
Türk hasta	60	23,7	37,3	29	3	8,2
Suriyeli göçmen hasta	66	29	35,2	19	2,6	7,3

AMP: Ampisilin, AMC: Amoksisilin-klavulonik asit, SXT: Trimetoprim-sulfametoksazol, CIP: Siprofloksasin, FOS: Fosfomisin, NİT: Nitrofurantoin

[PS-275]

İmmünokompetan Hastada Sık Ama Nadir Bir Tanı: Akut Sitomegalovirüs Enfeksiyonu

Nurefşan Aydeniz, Sevgi Özan, Seçil Deniz, Elif Ergin, Tuğba Sarı, Selda Sayın Kutlu

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli

Giriş: Sitomegalovirüsler (CMV), özellikle immünosüprese hastalarda önemli morbidite ve mortalite sebebidir. Sağlıklı bireylerde ise genellikle asemptomatik olmakla birlikte ateş, boğaz ağrısı, lenfadenopati ve ishal gibi özgül olmayan bulgularla seyredebilmektedir. Burada CMV ile enfekte iki immünokompetan olgu sunulmuştur.

Olgu 1: Elli üç yaşında kadın hasta, 10 gündür olan ateş yüksekliği, baş ağrısı, karın ağrısı, ishal ve öksürük yakınmalarıyla başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde ateş 39 °C ve batında yaygın hassasiyeti dışında diğer bulguları olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 5,100/mm^3 (%64 nötrofil, %33 lenfosit %2 monosit) trombosit 82.000 K/ul, hemoglobin 12 g/dl, CRP: 11 mg/l, AST: 59 IU/l, ALT: 41 IU/l, LDH: 629 U/l, viral hepatit, HIV ve bruselloz açısından aktif enfeksiyonla uyumlu sonuç bulunmadı. Kan, idrar ve gaita kültürlerinde üreme saptanmadı. Çekilen batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) hepatomegali ve parankiminde milimetrik non-spesifik hipodens görünümler izlendi. CMV IgM ve IgG antikorlarının pozitif saptanması üzerine yapılan CMV IgG aviditesi düşük titrede pozitif ve CMV PCR >150 cp/ml olarak bulundu. Hasta akut CMV enfeksiyonu tanısıyla 10 gün tedavisiz izlenerek taburcu edildi.

Olgu 2: Otuz bir yaşında erkek hasta, üç haftadır günde iki kez yükselen ateş, terleme, halsizlik, balgam yakınmalarıyla başvurdu. Yapılan fizik muayenesi olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 6.280 mm^3 (%54 nötrofil, %36 lenfosit, %8 monosit), hemoglobin: 12 g/dl, trombosit: 358.000 K/ul, CRP: 61 mg/l, AST: 69 IU/l, ALT: 121 IU/l, LDH: 230 U/l, viral hepatit markerları HIV, EBV ve brusella serolojileri negatif bulundu. Anti-CMV IgM pozitif, CMV-PCR: 182 cp/ml olarak saptandı. Toraks ve batın BT'sinde her iki akciğer orta ve bazal zonlarda buzlu cam görünümü ve splenomegali saptandı. Akut CMV enfeksiyonu tansıyla bir hafta süreyle tedavisiz izlenerek taburcu edildi.

Sonuç: CMV, ülkemizde özellikle yaşamın erken dönemlerinde karşılaşma sıklığının yüksek olması nedeniyle, immünokompetan bireylerde öncelikli enfeksiyon etkenleri arasında yer almamaktadır. Ayrıca sağlıklı bireylerde enfeksiyonun özgül belirtilerinin olmaması ve tedavisiz gerileyebilmesi özellikle uzun süreli ateş olgularının değerlendirilmesinde tanıda gecikmelere neden olmaktadır. Literatürde bu konuda veriler de kısıtlıdır. Bu sunuda uzun süreli ateş yakınması olan olgularda akut CMV enfeksiyonlarına dikkat çekilmek istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İmmünokompetan, sitomegalovirüs

[PS-276]

Şırnak İlindeki HBsAg Pozitiflik Oranları ve Hepaitit B Bağışıklık Oranlarının Değerlendirilmesi

Meyha Şahin[1], Semra Bahar[2]

[1]Çerkezköy Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Tekirdağ

[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Türkiye hepaitit B enfeksiyonu açısından orta endemik bir bölge olup hepatit B aşısının kullanıma girmesi ile enfeksiyonun görülme sıklığı azalmıştır. Biz de çalışmamızda, hepatit B aşısının rutin aşı programına girdiği 1998 yılında ve sonrasında Şırnak ilinde doğan kişilerde hepatit B enfeksiyonu, doğal bağışıklanma ve aşılanma oranlarını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Yaklaşık üç yıl boyunca başta cerrahi girişim öncesi değerlendirme olmak üzere çeşitli sebeplerle hastaneye başvuran 0-21 yaş arasındaki hastaların çalışılan HBsAg, antiHBs ve antiHBc IgG tetkik sonuçları hastane veri sisteminden elde edildi. Hastaların bağışıklık ve enfeksiyon oranları yaş gruplarına göre karşılaştırıldı. Doğal ve aşı ile edinilen bağışıklık oranları hesaplandı.

Bulgular: 2017-2019 yılları arasında hastaneye başvuran ve 1998 yılı ve sonrasında doğan 861 hastanın yaş ortalaması 12,8 (0-21) idi. Hastaların %51,7'si (445/861) erkekti. Hastaların %2,3'ü hepatit B ile hayatlarının bir döneminde karşılaşmıştı. AntiHBc IgG pozitif olan 20 hastanın 12'sinde HBsAg, 7'sinde antiHBs pozitif saptanırken bir hastada hem HBsAg hem de antiHBs negatifti. Hastaların %1,4'ünde HBsAg pozitif iken, %65'inde antiHBs pozitif saptandı. Hastaların yaşa göre HBsAg ve antiHBs pozitiflik oranları Tablo 1'de gösterildiği gibidir.

Sonuç: Hepatit B aşısının ülkemizde rutin aşı programına girmesi ve kullanımının yaygınlaşması ile bağışıklanma oranları artmakta, enfeksiyon oranları ise azalmaktadır. Hepatit B enfeksiyonun ve komplikasyonlarının önlenmesinde çocukluk çağı aşıları son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HBsAg, antiHBs, aşı

Tablo 1. Yaş gruplarına göre HBsAg ve antiHBs pozitiflik oranları

	HBsAg		Anti-HBs	
	pozitif	negatif	pozitif	negatif
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
0-5 yaş arası	0 (0)	128 (100)	115 (90)	13 (10)
6-10 yaş arası	0 (0)	131 (100)	90 (69)	41 (31)
11-15 yaş arası	1 (1)	99 (99)	151 (60,5)	99 (39,5)
16-21 yaş arası	11 (3)	341 (97)	204 (58)	148 (42)

[PS-277]

Diabetes İnsipidus ile Seyreden Kuduz Olgusu

Sibel İba Yılmaz, Ömer Karaşahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Erzurum

Giriş: Kuduz, merkezi sinir sisteminin, akut bir viral enfeksiyonudur. İnsanlara enfekte hayvanın ısırması sonrası bulaşır ve daima ölümcüldür. Sunulan olguda, hayvan ısırıkları sonrası toplum davranışının kuduzu önlemedeki önemi ve diabetes insipidus birlikteliğini vurgulanmak amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi yaşında erkek, beş gün önce başlayan su içememe, tükürüğünü yutamama, kollarda kasılma ve bacaklarda güçsüzlük yakınması ile acil servise getirildi. Son on gündür de huzursuz davranışlarının olduğu ve birkaç gündür ışık ve aşırı sesten rahatsız olduğu bilgisi alındı. Tilki tarafından elli gün önce sağ el parmaklarının ısırılmış, ancak bu nedenle herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamıştı. Kuduz ön tanısıyla yatırıldı. Fizik muayenesinde bilinç açık, kooperasyonu tamdı. Fotofobisi ve hidrofobisi vardı. Vital bulguları ve diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Laboratuvar bulguları ise hemoglobin: 17,0 gr/dl, lökosit: 17.180/mm^3, trombosit: 285.000/mm^3, C-reaktif protein: 7,96 mg/l ve diğer biyokimyasal değerler normal sınırlarda idi. Akciğer grafisi ve elektrokardiyografide patolojik bulgu tespit edilmedi. Hastaya at kaynaklı kuduz immünoglobulini (EquiRab®) 40 İÜ/kg ve bir doz kuduz aşısı (Abhayrab®) intramüsküler yoldan uygulandı. Kuduz ön tanısıyla ense bölgesinde saçlı deri iki cm punch biyopsi alınarak kıl kökleri, salya, serum ve lomber ponksiyon yapılarak beyin omurilik sıvısı (BOS) numunelerinden kuduz tanısına yönelik revers transkriptaz-polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi çalışıldı. Sadece salya örneğinde yapılan pozitif olarak sonuçlandı. Hastanın ajitasyonu huzursuzluğu artması nedeni ile entübe edildi. Midazolam ve propofol infüzyonu başlandı. Kasılmaları devam etmesi nedeni ile levetirasetam eklendi. Hastanın poliüri ve sonucunda gelişen dehidrasyon ilişkili hipernatremi (167 mmol/l) nedeni ile santral diabetes insipidus ve TSH, prolaktin, LH, FSH gibi ön hipofiz hormanlarında düşüklük ile hipopituitarizm tanısı konuldu. Bu nedenle desmopressin uygulandı. Yatışının yedinci gününde kardiyak arrest gelişti. Yapılan müdahalelere yanıt vermeyen hasta eksitus olarak kabul edildi.

Sonuç: Kuduz yabanıl ve evcil hayvanlardan insanlara bulaşabilen çoğunlukla ölümcül bir zoonotik hastalıktır. Ölümlerin çoğunluğu köpek kaynaklı olduğu bilinmektedir. Ancak, bizim olgumuz gibi vahşi hayvan teması da nadir olarak görülmektedir. Bu olguda, temas sonrası sağlık kuruluşuna başvurmamış olması toplumsal bilgi düzeyindeki eksikliği göstermektedir. Ayrıca, literatürde de bildirilen bir komplikasyon olarak gelişen santral diabetes insipidus ve hipopituitarizm gelişmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kuduz, diabetes insipidus

[PS-278]

Ezber Bozduran Bir Menenjit Olgusu: Toplum Kaynaklı *Escherichia coli* Menenjiti

Merve Türker[1], Derya Seyman[1], Ayşegül Seremet Keskin[1], Ayça İnci[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Antalya

Giriş: Gram-olumsuz bakteriyel (GNB) menenjit özellikle kafa travması, beyin omurilik sıvısı (BOS) kaçağı, shunt ve nöroşirurjik girişimler sonrası gelişen nozokomiyal menenjittir. Toplum kaynaklı (TK) GNB menenjit ise alkolizm, siroz, diabetes mellitus ve malignite gibi risk faktörü olan hastalarda görülmektedir. TK-GNB menenjitler toplum kaynaklı tüm menenjitlerin %8,7'sini oluşturur. Menenjit tanısının klasik üçlüsü (ateş, ense sertliği ve bilinç değişikliği) hastaların sadece %25'inde görülmektedir. TK-GNB menenjitte sıklıkla başka bir enfeksiyon eşlik etmektedir. Sıklık sırasına göre bakteriyemi, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, peritonit görülebilmektedir. *E. coli* menenjiti mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Bu yazıda, atipik klinik seyir gösteren TK-*E. coli* menenjit olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş iki yaşında kadın hasta bacaklarda hissizlik, güçsüzlük ve vücutta şişlik şikayeti ile nefroloji kliniğine yatırılmıştı. Mide adenokansinom tanısı ile 2016'da opere olan ve tedavisi iki yıl önce tamamlanmış olan hastanın takiplerde 38,8 °C ateşi ve CRP: 120 mg/l saptanması üzerine tarafımızca değerlendirildi. Muayenede yer, kişi ve zaman kooperasyonu olmayan hastanın Glaskow Koma Skoru (GKS) 10 idi. Hastanın birkaç dakika içinde spontan olarak kooperasyon ve bilinç durumu normale döndü (GKS: 15). Bir haftadır ense ağrısı ve bacaklarda güçsüzleşme dışında şikayeti olmayan hastanın fizik muayenesinde ense sertliği ve meninks irritasyon bulguları yoktu. Epileptik atak, SVO, ensefalit ön tanısıyla yoğun bakım ünitesine alındı. Lomber ponksiyon yapıldı. BOS hücre sayımında: 1,400/mm^3 lökosit (%100 nötrofil) ve basil izlendi. BOS biyokimyasında glikoz: 14 mg/dl (eş zamanlı kan glikoz: 195 mg/dl), protein: 203 mg/dl saptandı. Ampirik olarak seftriakson + linezolid + deksametazon başlandı. Takipte epileptik atak ve bilinç durumunda kötüleşme olan hasta tedavinin ikinci günü entübe edildi. Hastanın kan ve BOS kültürlerinde sadece ampisilin dirençli *E. coli*, idrar kültüründe *Klebsiella oxytoca* üredi. Halen entübe, genel durumu kötü olup tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: TK-GNB menenjitlerde klinik bulgular bilinenin aksine daha silik ve atipik seyirli olmaktadır; eşlik eden diğer enfeksiyonun klinik bulguları daha ön plandadır. Bizim hastamızda da ateş dışında menenjiti düşündüren anlamlı klinik bulgu izlenmezken eşlik eden bakteriyemi saptandı. Olgumuzda olduğu gibi TK-GNB menenjit için risk faktörü olan fakat menenjitin klasik bulguları olmayan epileptik atağa benzer şekilde bilinç durumu dakikalar gibi kısa sürede bozulan ve kendiliğinden düzelen hastalarda SSS ekardasyonu için BOS incelemesinin elzem olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: *Escherichia coli*, menenjit, toplum kaynaklı

[PS-279]

Öpücük ile Bulaşan Bartonelloz

Kamuran Türker

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Çocukluk çağı lenfadenopatilerin (LAP) en sık nedenleri arasında kedi tırmığı hastalığı (KTH) etkeni olan *Bartonella henselae* görülmektedir. Kedinin tırmalaması ya da kedi bitlerinden bulaş söz konusudur. Burada tırmalama ya da bit ısırığı olmadan, yakın temas ile sıklıkla öperek sevdiği kediden submental *Bartonella*'ya bağlı lenfadenopati gelişen bir olgu sunuyoruz.

Olgu: On yedi yaşında erkek hasta çene altı bölgesinde şişlik nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dört ay öncesinde yavru, hasta, sokak kedisi ile temas ettiğini ifade etti. Fizik muayenesinde ateş: 36,5 °C submandibular yaklaşık 1x2 cm'lik boyutunda yumuşak lenfadenopati mevcuttu bunların dışında özellik yoktu (Resim 1). Laboratuvar sonuçlarına göre beyaz küre: 10,4 /µl, hemoglobin: 13,9 g/dl, sedimentasyon: 3 mm/h ve C-reaktif protein: 0,8 mg/l'di. Boğaz ve balgam kültüründe patojen bakteri üremedi. Serumda *Bartonella henselae* IgG 1/256 pozitifti. Boyun ultrasonografisinde submandibuler gland medial kesiminde 8x11 mm iki adet santral hiler ekojenitesi izlenen kortikal mantosu kalınlaşmış birbirine komşu lenfadenopati mevcuttu. Tedavide seftriakson 2x1 gr IM gün ve doksisiklin 2x100 mg gün po şeklinde tedavi verildi.

Sonuç: Kedilerin diş etlerinde, ağız salgılarında bulunan *Bartonella* türlerinin ağızdan ağıza yakın temasla geçebileceğini akılda tutulmasına dikkat çekmek için olguyu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: *Bartonella*, öpücük, kedi tırmığı



Resim 1. Çene altında 1x2 cm'lik lenfadenopati

[PS-280]

Türkiye'deki İlk Batı Nil Virüs İnsan Olgularının Tanımlanmasından 10 Yıl Sonra, İlk Olguların Günümüz Bakış Açısıyla İrdelenmesi

Selma Tosun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Ülkemizde Batı Nil virüsü (BNV) insan olguları ilk kez 2010 yılında kümelenen olgular nedeniyle Manisa'da tanımlanmıştır. Ancak ilk olgular başvurduğunda henüz bu hastalığa ilişkin yeterli farkındalık olmadığı için bazı olguların tanıları muhtemelen tam olarak konamamıştır. Bu çalışmada 10 yıl önce başvuran olguların klinik ve laboratuvar bulgularının bugünkü bakış açısıyla tekrar değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Manisa Devlet Hastanesi'ne Ağustos 2010 döneminde yüksek ateş, bilinç bulanıklığı semptomlarıyla başvuran, başka bir nedenle açıklanamayan ve ensefaliti düşündüren bulgularla serviste ya da yoğun bakım biriminde yatırılarak izlenen olguların kayıtları tekrar incelenerek değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yüksek ateş, bilinç bulanıklığı semptomlarıyla 11 Ağustos 2010 tarihinde getirilen ilk olguyu takiben 15 günde benzer 12 olgu başvurmuştu. Olguların dokuzu erkek, yaş ortalamaları 52 idi. Dokuzunda bulantı-kusma ve yüksek ateş, sekizinde halsizlik olup bilinç bulanıklığı hemen tüm olgularda gözlenmişti. Şüpheli olguların bir kısmından (tümünden değil) serum örnekleri alınarak ELISA ve IFA ile BNV IgM ve IgG Ab bakılmıştı; ayrıca plak redüksiyon nötralizasyon testi ile (PRNT) spesifik nötralizan antikorlar araştırılmıştı. Vefat eden olgulardan üçünde (biri olası olgu), iyileşen olgulardan da birinde PRNT ile BNV pozitifliği saptanmıştı. Şüpheli olguların yedisi (beş erkek, iki kadın) 1-57 gün içinde hayatını kaybetmişti. O dönemde benzer klinik bulgularla başvuran toplam 12 hastanın özellikleri, klinik bulguları, test sonuçları ve akıbetleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Ülkemizin ilk insan BNV olguları Manisa Devlet Hastanesi'ne başvurmuş olan olgulardır. Ancak o dönemde henüz BNV enfeksiyonu, bildirimi zorunlu hastalık kapsamında olmadığından ve hastalığına ilişkin olası/kesin tanı kriterleri bulunmadığından; ayrıca üst üste birkaç gün içinde gelen ve bir kısmı kısa sürede vefat eden olgulardan BNV tanısına koymaya yönelik olarak gerekli ve yeterli serum/BOS örnekleri alınamadığı için bu olguların BNV olgusu olabileceği düşünülüp tetkikler gerçekleştirilinceye kadar bazı olguların tanısının muhtemelen konamadığı; bu nedenle her ne kadar resmi kayıtlarda Manisa ilinden üç kesin bir olgu olduğu şeklinde yer almış olsa da gerçek olgu sayısının 10 veya 11 olabileceği düşünülmüştür. Ancak yine de ülkemizdeki ilk insan olgularının tanımlanmasına vesile olması nedeniyle; ve yine o dönemde komşu birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de çok sayıda olgu saptanmasına; hastalığın tanımlanıp bildirimi zorunlu hastalıklar kapsamına alınmış olmasına yol açması açısından yararlı bir deneyim olmuştur.

Anahtar Kelimeler: BNV, Türkiye'deki ilk insan olguları

Tablo 1. BNV şüpheli olguların demografik özellikleri, klinik bulguları, test sonuçları ve akıbetleri (2010 yılı Manisa)

Olgu no	Cinsiyet	Yaş	BNV için risk faktörleri	Ateş	Baş ağrısı	Bulantı-kusma	Bayılma	Konfüzyon	Ajitasyon	Konvülsiyon	Döküntü	İshal	KC enzim yüksekliği	Trombositopeni	CPK-LDH yüksekliği	BNV sonuç	Akıbet
1	E	40	Çevrede sivrisinek, sulak alan bulunması	+	+	+	-	Yattıktan sonra gelişti	Yattıktan sonra gelişti	+	+	+	+	+	+		Vefat
2	E	31	Çevrede sivrisinek bulunması	+	-	+	+ (Acilde arrest)			+			+	+			Vefat
3	K	18	Çiftçi Çevrede sivrisinek, sulak alan bulunması	+	+	+	+			+			+	+	+		Taburcu
4	E	65	Çevrede sivrisinek, sulak alan bulunması, açık havada aktivite	+	+	-	+			+	+	+	+	+	+		Vefat
5	E	48	Çiftçi Çevrede sivrisinek bulunması, açık havada aktivite	+	+	+	+					+	+	+		Doğrulandı	Taburcu
6	K	86	Yok	+	-	+							+	+		Doğrulandı	Vefat
7	E	60	Demiryolu işçisi Çevrede sivrisinek, sulak alan bulunması	+	+	+	+			+			+	+		Olası olgu	Vefat
8	E	62	Çevrede sivrisinek, sulak alan bulunması, açık havada aktivite	-	-	+					+						
9	K	38	Çevrede sivrisinek, sulak alan bulunması, açık havada aktivite	-	-	-	-	+	+							Doğrulandı	Vefat
10	E	25	Çevrede sivrisinek bulunması, açık havada aktivite	+	-					-							Vefat
11	E	61	Yok	+	-	+	+	+									
12	E	86	Çiftçi Çevrede sivrisinek, sulak alan bulunması, açık havada aktivite	-	-	+	+										

[PS-281]

Periton Diyalizi Hastasında *Rothia mucilaginosa* Kaynaklı Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Peritonit

Sibel İba Yılmaz[1], Can Sevinç[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Erzurum

[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Periton diyalizi hastalarında şimdiye kadar üç adet *Rothia mucilaginosa* kaynaklı peritonit olgusu bildirilmiş olup, bu nadir mikroorganizmaya bağlı peritonit olgusuna dikkat çekmektir.

Olgu: Altmış bir yaşında 11 yıldır periton diyalizi ugulayan hasta kadın hasta ateş, genel durum bozukluğu, bulantı kusma, karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede genel durum orta, 38 °C ateş, akciğerlerde dinlemekle minimal ral, batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre: 11.370 (%95,1 nötrofil), C-reaktif protein 34,8 idi. Batın ultrasonografisinde batında 4 santimetreye varan serbest mayi (diyalizat mayii) izlendi. Hastanın periton mayiden alınan hemogram testinde beyaz küre: 2,329 olarak tespit edildi. Eş zamanlı alınan periton mayi kültüründe *Rothia mucilaginosa* tespit edildi. İntraperitoneal seftazidim ve vankomisin tedavisi başlandı. Hastanın periton diyalizi enfeksiyon nedeni ile efektif yapılamaması ve hipervolemisi olması nedeniyle periton diyaliz kateteri çekilerek hemodiyalize başlandı. Vankomisin-seftazidim tedavisine yanıt alınamayan hastanın tedavisi doz ayarlanarak meropenem ve cubicin olarak değiştirildi. Tedavisi 14 güne tamamlandı. Çekilen diyaliz kateterinin mikrobiyolojik incelemesinde *Rothia mucilaginosa* üredi. Ateşi olmayan ve klinik olarak düzelen hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: *Rothia mucilaginosa*'nın neden olduğu peritonit nadir görülmektedir ve optimal antibiyotik tedavisi, tedavi süresi ile ilgili veriler sınırlıdır. Mikroorganizmanın yabancı cisimler üzerinde biyofilm oluşturma özelliği bulunmaktadır. İmmün sistemi baskılanmış kişilerde, kronik diyaliz hastalarında akla gelmelidir. Erken tanı ve uygun antibiyotik tedavisi gereklidir. İnvazif girişim uygulanan hastalarda *Rothia mucilaginosa* enfeksiyonu akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, *Rothia mucilaginosa*, peritonit

[PS-282]

Spondilodiskit: 38 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi

Firuze Soyak[1], Suna Seçil Öztürk Deniz[1], Merve Arslan[1], İlker Kiraz[2], Murat Kutlu[1]

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

[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Denizli

Giriş: Spondilodiskit, intervertebral diskin ve komşu vertebraların enfeksiyonudur. Günümüzde bağışıklığı baskılanmış hasta sayılarının ve invazif girişimlerin artması görülme sıklığını artırmaktadır. Tedavide başarı sağlanmasında etkenlerin belirlenmesi önemlidir. Etiyolojinin belirlenmesinde karşılaşılan güçlükler, tanı ve tedavide gecikmelere neden olabilmektedir. Epidemiyolojik ve klinik özellikler erken tanı ve tedavide yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada, spondilodiskit tanılı olgularının demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada 2017-2020 yılları arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde takip edilen on sekiz yaş üstü spondilodiskit tanılı toplam 38 hasta retrospektif değerlendirildi. Hastalara ait veriler hastane otomasyon veri sisteminden elde edildi. Tanılar, bel ağrısı, ateş yüksekliği gibi klinik bulguları olan olgularda radyolojik görüntüleme, kültür örneklemeleri ve serolojik testler değerlendirilerek konuldu. Serum tüp aglütinasyon testi ≥1/160 titrede pozitif ve/veya kan kültüründe üremesi olan olgular *Brucella* spondilodiskiti olarak değerlendirildi. Piyojenik spondilodiskit ve tüberküloz spondilodiskiti tanıları doku örneklerinin Gram veya Ziehl-Neelsen boyama sonuçları ve/veya kültür sonuçlarına göre konuldu.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 60 (42-84) ve %60'ı kadın idi. Tüm hastaların ilk başvuru şikayeti bel ağrısıydı. On dört (%36) hastada ateş yüksekliği görüldü. Yirmi bir (%55) hastada geçirilmiş spinal veya gastrointestinal operasyon öyküsü mevcuttu. Yirmi altı hastaya piyojenik, dört hastaya tüberküloz, sekiz hastaya *Brucella* spondilodiskit tanısı konuldu. Piyojenik spondilodiskitlerde, sekiz olguda *Staphylococcus aureus* ve koagülaz-negatif-stafilokoklar, beş olguda Gram-olumsuz basiller, iki olguda da *Candida* spp. etkendi. Etiyolojide Gram-olumsuz basil veya fungal etken olan hastaların tümünde geçirilmiş spinal veya gastrointestinal operasyon öyküsü mevcuttu. En sık tutulum lomber bölgede gözlendi. Otuz dört (%89) hastada sedimentasyon ve C-reaktif protein yüksekliği, yedi (%18) hastada lökositoz görüldü. Elde edilen etkene yönelik veya ampirik olarak tedavi başlanan hastalarda, ortalama tedavi süresi altı ay ve hastanede kalış süresi 28 gündü. Yirmi sekiz (%70) olguda antimikrobiyal tedaviye ek olarak cerrahi işlem uygulandı.

Sonuç: Spondilodiskit olgularında en sık etkenler *S. aureus* ve koagülaz negatif stafilokoklardır. Ancak ülkemiz gibi endemik bölgelerde tüberküloz ve *Brucella* türleri de etiyolojide düşünülmelidir. Ayrıca geçirilmiş operasyon öyküsü olan hastalarda Gram-olumsuz bakteriler ve *Candida* türleri göz ardı edilmemelidir. Hastalığın prognozu ile etkenin tespiti arasında güçlü bir ilişki bulunmakta olup, tedavi ve takibi için multidisipliner yaklaşım gereklidir.

Anahtar Kelimeler: *Brucella*, spondilodiskit, tüberküloz

Tablo 1. Piyojenik, tüberküloz ve *Brucella* spondilodiskit tanılı hastaların epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar bulguları

	Piyojenik (n=26)	Tüberküloz (n=4)	*Brucella* (n=8)
Yaş ortalaması	59	62	61
Cinsiyet			
Erkek	10 (%39)	2 (%50)	3 (%38)
Kadın	16 (%61)	2 (%50)	5 (%63)
Ateş yüksekliği	9 (%35)	1 (%25)	4 (%50)
Gece terlemesi	5 (%19)	1 (%25)	2 (%25)
Kilo kaybı	5 (%19)	3 (%75)	3 (%38)
Semptomların süresi (gün)	76	100	111
Mikrobiyolojik etken	-	-	-
Brucella spp.	-	-	8
M. tuberculosis	-	4	-
S. aureus	4 (%15)	-	-
Koagülaz-negatif-stafilokoklar	4 (%15)	-	-
Gram-olumsuz basiller	5 (%19)	-	-
C. albicans	1 (%4)	-	-
C. glabrata	1 (%4)	-	-
Tutulum bölgesi	-	-	-
Servikal	2 (%8)	-	-
Torakal	4 (%15)	1 (%25)	2 (%25)
Lumbar	15 (%58)	2 (%50)	5 (%63)
Torakalumbal	1 (%4)	1 (%25)	-
Lumbasakral	4 (%15)	-	1 (%12,5)
Diabetes mellitus	18 (%69)	4 (%100)	8 (%100)
Sedimentasyon (mm/saat)	94	92	41
C-reaktif protein (mg/dl)	63	24	23
Lökositoz (7000-10000/mm^3)	6 (%23)	1 (%25)	-
Kan kültür pozitifliği	7 (%27)	-	3 (%38)
Doku kültür üremesi	15 (%56)	4 (%100)	1 (%13)
Cerrahi işlem gerekliliği	20 (%77)	4 (%100)	3 (%38)
Klinik yanıt	15 (%56)	3 (%75)	8 (%100)

[PS-283]

İmmünokompetan Hastada Gelişen *Listeria monocytogenes* Menenjiti

Dilara Akman, Pınar Öngürü, Öznur Ak, Ayşe Batırel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: *Listeria monocytogenes* menenjiti ülkemizde sık görülmeyen santral sinir sistemi enfeksiyonu etkenlerinden olup genellikle immünokompremize ve ileri yaş hasta gruplarında görülmektedir. Bu bildiride immünokompetan 46 yaşında bir hastada görülen *L. monocytogenes* menenjiti sunulmaktadır.

Olgu: Bilinen herhangi bir kronik hastalığı olmayan 46 yaşında obez hasta, bir gün önce başlayan baş ağrısı, ateş, bulantı, kusma ve bilinç değişikliği ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde ateşi: 41 °C, nabzı: 95/dk olan hastanın bilinci konfüze, dezoryante, kooperasyonu kısıtlı idi. Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları saptanmayan hastanın diğer fizik muayenesi normaldi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde patoloji saptanmadı. Beyaz küre: 16.000 ul, C-reaktif protein: 187 mg/l olan hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) berrak, basıncı artmış, BOS glikozu: 48 mg/dl, serum glikozu: 180 mg/dl, BOS proteini: 107 mg/dl, hücre sayımında 320/mm^3 lökosit (%60 polimorf nükleuslu lökosit) saptandı. BOS mikroskopisinde mikroorganizma görülmedi. Akut bakteriyel menenjit ön tanısıyla kliniğimize yatırılan hastaya seftriakson 2x2 gram intravenöz (i.v.) ve ampisilin 6x2 gram i.v. başlandı. Kan ve BOS kültüründe üreme olmadı. Kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral parietal lob komşuluğunda meninkslerde minimal kontrastlanma saptandı. BOS multipleks polimeraz zincir reaksiyonu incelemesinde *L. monocytogenes* saptanması üzerine seftriakson kesilerek ampisilin ile devam edildi. Tedavinin 13. gününde tüm vücutta ürtikeryal alerjik reaksiyon gelişen hastada ampisilin kesilerek trimetoprim-sulfametoksazol 400/80 mg 3x4 i.v. başlandı. Trimetoprim-sulfametoksazol sekiz gün verilen hastanın toplam tedavisi 21 güne tamamlanarak sekelsiz, şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Predispozan faktörü olmayan ve tedaviye yanıt alınamayan santral sinir sistemi enfeksiyonlarının ampirik tedavisinde *L. monocytogenes*'in immünokompetan ve genç hastalarda da görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut menenjit, *Listeria monocytogenes*

[PS-284]

Vankomisin ile Tedavi Edilen Bir Hastada Gelişen Vankomisine Bağlı İlaç Ateşi

Hatice Bulut, Burçin Tuncel, Sedat Kaygusuz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: İlaç ateşi, genellikle ilacın verilmesinden 7-10 gün sonra başlayan ve ilacın kesilmesi ile 24-72 saat sonra düşen ateş varlığında düşünülmesi gereken bir klinik tablodur. Sıklıkla antibiyotikler, antiepileptikler, antineoplastik ajanlar ve kardiyak etkili ilaçların kullanımı sonrasında görülmektedir. Pnömoni tanısıyla tedavi edilen ancak tedavinin sonuna doğru kullanılan vankomisine karşı ilaç ateşi gelişen olgu sunulmaktadır.

Olgu: Romatoid artrit ve ankilozan spondilit tanıları olan 52 yaşında erkek hasta, yaklaşık 15 gündür devam eden ateş, öksürük, balgam çıkarma ve sağ yan ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurmuştur. Başvuru sırasında vücut ısısı: 38,1 ^{0}C, nabız: 92/dk, tansiyon: 120/80 mmHg olarak ölçülmüştür. Akciğer muayenesinde sağ bazalde ral ve kabalaşmış solunum sesleri duyulmuştur. Alınan balgam örneğinin Gram-boyamasında bol periferik kanda polimorf nüveli lökosit ve Gram-olumlu diplokoklar görülmüş, laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 19.000/µl (%75 nötrofil), CRP: 92 mg/l, kreatinin: 0,96 mg/dl, AST: 16 U/l, ALT: 15 U/l olarak saptanmıştır. Akciğer grafisinde sağ sinüsü küntlüğü, her iki akciğerde peribronşiyal kalınlaşmalar görülmüştür. Hasta pnömoni ön tanısı ile kliniğimize yatırılmıştır. Daha önce 2. kuşak oral sefalosporin tedavisi alan ve cevap vermeyen hastaya ampirik vankomisin ve moksifloksasin tedavisi başlanmıştır. Takibinde ateşi gerilemiş, öksürük ve balgam şikayetleri azalmıştır. Kültürde üreme olmamıştır. Moksifloksasin tedavisi kesilerek vankomisin ile tedaviye devam edilmiştir. Hasta 7 gündür ateşsiz iken, tedavinin 9. gününde ateşi yükselmeye başlamıştır. Muhtemel bir hastane enfeksiyonu ön tanısı ile hastanın tüm odakları değerlendirilmiş, kültürleri alınmış, tedavisine ampirik meropenem eklenmiştir. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide, yapılan

abdomen ultrason ve ekokardiyografide patoloji saptanmamıştır. Periferik yaymada eozinofil artışı, IgE yükselmesi, sağ bacağında maküler döküntüleri olması nedeniyle ilaç ateşi olabileceği düşünülmüş, vankomisin tedavisi kesilmiştir. Vankomisin kesildikten sonra 48 saat içinde ateşi düşmüş, bu dönemde karaciğer enzimleri yükselmeye başlamıştır. Hasta eozinofili ve sistemik semptomların eşlik ettiği ilaç döküntüsü sendromu açısından değerlendirilmiş, karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle gastroenteroloji kliniğine danışılmıştır. Gastroenteroloji tarafından hepatoksisite yapabilecek ilaçlarının kesilmesi önerilmiş, bu nedenle almakta olduğu meropenem, sulfasalazin ve kolşisin tedavileri kesilmiştir. Takiben karaciğer enzimleri düşmeye başlayan, tüm semptomları kaybolan hasta taburcu edilmiştir.

Sonuç: Ateş yüksekliği olup enfeksiyon odağı saptanamayan hastalarda ilaca bağlı ateş akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Vankomisin, ilaç ateşi

[PS-285]

Nedeni Bilinmeyen Ateşin Nadir Bir Nedeni: Tiroidit

İmran İçel Yıldırım[1], Filiz Kürklü Bozkır[1], Seval Sönmez Yıldırım[1], Gözde Akkiraz Baç[2]

[1]Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Aksaray

[2]İzmir Menemen Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Ateş, çeşitli uyaranlara karşı vücudun verdiği bir yanıttır. Enfeksiyon hastalıklarının en sık bulgularından biridir ancak her ateş yüksekliği enfeksiyonlara bağlı değildir. Nedeni bilinmeyen ateşin (NBA) en sık nedeni de enfeksiyon hastalıklarıdır. Burada NBA etiyolojisi araştırırken tanı koyduğumuz, NBA'nın nadir nedenlerinden olan tiroidite dair bir olgu sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz yedi yaşında erkek hasta, son bir ayda on kilo kaybı, halsizlik, boğaz ağrısı ve 39 °C ateş şikayetleriyle son iki haftadır üç kere acil servise başvurmuş. Hastada üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek amoksisilin-klavulonik asit ve parasetamol reçete edilmiş. Üçüncü başvurusunda ateşinin devam etmesi ve rölatif taşikardisinin olması nedeniyle hasta tarafımıza danışıldı. Hasta NBA etiyolojisi araştırılmak üzere kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde ateş: 38 °C, nabız: 130/dakika idi. Hastanın şuuru açık idi ancak ajitasyonu vardı. Konjonktivalar hiperemikti ve ekzoftalmus saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı: 4.000/mm^3, trombosit: 140.000/mm^3, hemoglobin: 12,5 g/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 22 mm/saat, C-reaktif protein: 1,75 mg/l (0-5 mg/l) olarak tespit edildi. Elektrokardiyogram bulgusu sinüs taşikardisi idi. Hastadan kan kültürleri ve boğaz kültürü alındı. Hastanın hayvancılıkla uğraşması ve on yıl önce bruselloz geçirme öyküsü nedeniyle ve mevcut bulgularıyla, yatışının sabahında hastanın brusella aglütinasyon testleri ve tiroit fonksiyon testleri istendi. Brusella rose bengal testi negatif, brusella immuncapture aglütinasyon testi negatif görüldü. Serbest T3: 21,93 pg/ml (2,6-4,3 pg/ml), serbest T4: 4,27 ng/dl (0,6-1,2 ng/dl), tiroit uyarıcı hormon: 0,001 µIU/ml (0,38-5,3 µIU/ml) tespit edildi. Dahiliye konsültasyonu sonucunda yapılan ek tetkiklerinde anti TPO: 258,4 IU/ ml (0-9 IU/ml), anti tiroglobulin antikor 0,3 IU/ml (0-4 IU/ml), tiroit bezine yönelik ultrasonografide tiroidit bulguları görüldü. Hasta dahiliye kliniğine devredildi. Uygun tedavi ile hastanın ateşi düştü, kliniği düzeldi.

Sonuç: Bu olguyu sunmamızın nedeni tiroiditlerin NBA nedenleri arasında nadir olarak görülmesine rağmen, ayrıntılı fizik muayene ve uygun tetkikler sonucunda kolaylıkla tanısı konulabilen bir hastalık olduğunu vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, tiroidit

[PS-286]

Acil Servis Çalışanlarının Kızamık Aşılaması Uygulamalarına Karşı Davranış Biçimlerinin Araştırılması

Hilal Küpeli, Fulya Demir, Selma Tosun, Alpay Arı, Hülya Özkan Özdemir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Bir eğitim araştırma hastanesi acil servis çalışanlarının, dünyada ve ülkemizde artış gösteren kızamık olguları nedeniyle kızamık açısından tetkik ve aşılanmalarını sağlama çalışma girişiminin meslek grupları tarafından algılanma ve davranış biçimlerinin irdelenmesi amaçlanmıştır. Kızamık aşısı, sağlık çalışanlarına yapılması ilk sırada önerilen aşılar arasında yer almaktadır ve son yıllarda dünyada ve ülkemizde görülen kızamık epidemileri nedeniyle sağlık çalışanlarının aşılı olmalarının önemi büyüktür. Ülkemizdeki aşı programı nedeniyle geçmiş yıllarda tek doz aşılanmış olan kişilerin de aşı şemasının tamamlanmasını sağlamak amacıyla son olarak 1980-1991 arası doğanlara aşı uygulanmasına başlanmıştır. Ancak sağlık çalışanlarının kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısına uyumu yüksek değildir. Normal koşullarda aşılama öncesinde serolojik değerlendirmeye gerek yoktur. Ancak acil servise kızamık şüpheli olgu başvuruları artınca acilde çalışan sağlık çalışanlarının kızamığa karşı bağışıklık ve aşılanma durumlarının araştırılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Acil servis çalışanlarının mevcut verileri değerlendirilerek aşı öyküleri öğrenilmiş ve aşı öncesi test yaptırmak isteyenlerden kan alınarak kızamık IgG antikorları araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 169 sağlık çalışanı katılmış olup, 31 kişi tetkik yaptırmadan kızamık aşısı olmak isterken 86 kişi aşı öncesi test yaptırmak istemiş, 52 kişi ise ne aşı ne de test yaptırmak istememiştir. Asistan hekimlerin %58'i tetkik yaptırırken, hemşire, ebe, temizlik görevlisi ve acil tıp teknikerlerinin %70'inin hem tetkik hem aşı yaptırdığı, %11'inin de tetkik yaptırmadan aşı yaptırdığı saptanmıştır. Memur-bilgi işlem görevlilerinin %64'ünün tetkik yaptırmadan aşı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Eğitim görevlilerinin %42'si ile güvenlik görevlilerinin %67'si ne tetkik ne de aşı yaptırmak istememiştir ($p<0,05$). Sağlık çalışanları arasında iki kişinin gebe olduğu saptanıp görev yerleri geçici olarak değiştirilmiş, kan tetkikinde ikisinin de bağışık olduğu saptanmıştır. Yapılan tetkikler sonucu 86 sağlık çalışanının dördü (%5) seronegatif saptanmış olup yaşları 26, 30, 30 ve 32'dir ve hemen aşılanmaları sağlanmıştır.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının KKK aşısına uyumu genellikle düşüktür. Başvuran olgular arttığında kızamık açısından tetkik ve/veya aşılanma konusuna uyumları incelendiğinde asistan, hemşire, temizlik görevlisi ve acil tıp teknisyenleri gibi daha genç yaştaki sağlık çalışanlarının uyumunun daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Eğitim görevlilerinin ve güvenlik görevlilerinin teste ve aşıya uyumu en az bulunmuş olup muhtemelen hastayla temaslarının daha az olduğu düşüncesiyle bu şekilde davrandıkları düşünülmüştür. Yine de bu konuda farkındalığı artırıcı bilgi güncellemelerinin yapılmasının yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kızamık, sağlık çalışanı, acil servis

[PS-287]

Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonu Tanılı Olguların Değerlendirmesi

Emine Basınlı, Akide Çakmak Şen, Merve Arslan, Seçil Deniz, Hüseyin Turgut

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli

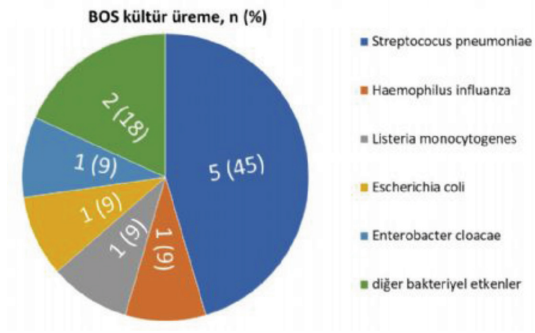
Giriş: Santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonları, kalıcı sekeller ve ölümle sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle hızlı tanı ve tedavi gerekmektedir. Moleküler testler de erken tanıda avantaj sağlamaktadır. Bu çalışmada SSS enfeksiyonu tanısıyla izlenen olguların demografik ve klinik özellikleriyle etiyolojide kullanılan yöntemler değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Pamukkale Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde Ocak 2017- Aralık 2020 tarihleri arasında SSS enfeksiyonu ön tanılı 28 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. Hasta verileri hastane otomasyon sisteminden elde edildi. SSS enfeksiyonu tanısı, ateş, baş ağrısı, bulantı, kusma, bilinç değişikliği gibi bulguları olan olguların, beyin omurilik sıvısı (BOS) örneklerinin, mikrobiyolojik ve biyokimyasal olarak değerlendirilmesiyle konuldu. BOS/kan glikoz oranları, BOS protein düzeyleri yanında direkt ve boyalı mikroskobik bakı sonuçları, bakteriyel ve viral etiyolojilerin belirlenmesinde yol gösterici oldu. BOS kültür ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) sonuçlarıyla tanı doğrulandı. BOS kültüründen izole edilen etkenler Phonenix BD. cihazıyla tanımlanarak, Avrupa Antimikrobiyal Duyarlılık Testi Komitesi kriterlerine göre antibiyotik duyarlılıkları belirlendi. Multipleks PCR Easyone Ekstraksiyon Rotorgene Amplifikasyon cihazıyla adenovirüs, CMV, EBV, HSV, VZV, enterovirüs, paraechovirüs, HHV, parvovirus B19, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus equi* çalışıldı.

Bulgular: Olguların 21'i (%75) erkek, yaş ortalaması 50 (18-73) idi. En sık başvuru sonbahar aylarında (%39), en sık semptomlar; ateş yüksekliği %79 (22/28) ve bilinç değişikliği %60 (17/28), en sık laboratuvar bulgusu BOS protein artışı %96 (27/28) olarak saptandı (Tablo 1). On bir (%39) BOS kültüründe etken izole edildi (Şekil 1). Hastaların altısında (%21) hemato-onkolojik malignite, üçünde (%11) kraniyal dural defekt, ikisinde (%7) diyabet, birinde (%4) lomber disk herni operasyonu mevcuttu. İki hastada lomber paravertebral apse ve spondilodiskit saptandı. *S. pneumoiae* üremesi olan beş (%45) hastada PCR pozitif saptanmış olup, üç (%17) hastada PCR, kültür üremesi olmaksızın pozitif saptandı. BOS PCR'de iki (%11) hastada HSV, bir (%5) hastada *Neisseria meningitidis* pozitif saptandı. Altı hastada saptanan adenovirüs PCR pozitifliği klinik olarak anlamlı kabul edilmedi. Uygulanan antibakteriyel ve antiviral tedavilerle 24 hastada iyileşme sağlanırken, 4 hastada mortalite gelişti.

Sonuç: SSS enfeksiyonlarının hızlı tanı ve tedavisi prognoz açısından büyük önem taşımaktadır. Erken tanıda BOS özellikleri ve PCR sonuçları yol göstericidir. Epidemiyolojik verilerin belirlenmesi sonuçların doğru yorumlanmasına katkı sağlayacaktır. Çalışmamızda elde edilen sonuçların, olguların erken tanı ve tedavisinde yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: BOS, SSS enfeksiyonu



Şekil 1. BOS kültür üremeleri

Tablo 1. Hastaların klinik bulguları ve laboratuvar sonuçları

Klinik bulgular	**Hasta sayısı n=28 (%)**
Ateş	22 (78)
Bilinç değişikliği	18 (64)
Baş ağrısı	7 (25)
Epileptik nöbet	4 (14)
Bel ağrısı	3 (11)
Laboratuvar	**Hasta sayısı (n=28) (%)**
Lökositoz	19 (67)
Nötrofil hakimiyeti	18 (64)
CRP yüksekliği	14 (50)
BOS'de pleositoz	26 (93)
BOS'de eritrosit	16 (61)
BOS protein artışı	27 (96)
BOS/kan glikoz <%50	16 (43)

CRP: C-reaktif protein, BOS: Beyin omurilik sıvısı, n: Sayı

[PS-288]

Tekrarlayan *Plasmodium falciparum* Sıtma Olgusu

Semra Kavas, Servet Öztürk, Onur Çolak, Derya Öztürk Engin, Berna Özdemir, Canan Ağalar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Sıtma, tropikal ve subtropikal bölgelerde yaygın olarak görülen, seyahatlerin artması ile tüm dünyada önemini koruyan bir enfeksiyon hastalığıdır. Sıtma tedavisinde kullanılacak ilaçlar seçilirken hastanın klinik durumu, enfeksiyonun edinildiği coğrafik bölge, etken olan *Plasmodium* türü göz önünde bulundurulmaktadır. Kliniğimizde *P. falciparum* sıtması nedeniyle takip ettiğimiz, ancak tedavi başarısızlığı yaşadığımız bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Daha önce geçirdiği sıtma nedeniyle, kontrol amacıyla polikliniğimize başvuran 61 yaşındaki erkek hasta, periferik yaymasında *P. falciparum* paraziti bulunması nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Hastanın kliniğimize yatışından 12 gün önce Ankara'da bir hastaneye halsizlik ve ateş şikayeti ile başvurduğu öğrenildi. Burada yapılan testlerde hastada *P. falciparum* tespit edilmiş, 3 gün artesunat tedavisi verilmiş ve tedavi altında ateşi düşmüş. Hastanın Ankara'da yatışından bir hafta önce Burkino Faso'ya

(Batı Afrika) seyahati olmuş, ancak sıtma için profilaksi kullanmamış. Ankara'da 7 gün yattıktan sonra taburculuğu yapılmış. Taburcu olduktan 5 gün sonra kontrol amacıyla polikliniğimize başvuran hastanın halsizlik dışında şikayeti bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde patolojik bulgusu saptanmayan hastanın yapılan tetkiklerinde; beyaz kan hücresi: 6.010/µl, hemoglobin: 13,5 g/dl, platelet: 350.000 mm^3 C-reaktif protein: 1,3 mg/dl (<0,5), kreatin kinaz 52l U/l idi. Hastanın periferik yayması *P. falciparum* ile uyumlu idi ve antijen testi pozitif geldi. Sıtma Savaş Merkezi'nden temin edilen artemeter 20 mg/lumefantrin 120 mg tablet üç gün verildi. Semptomları düzelen hastanın, tedavi sonu testlerinde *P. falciparum* saptanmadı. Kontrol önerisiyle taburcu edildi. Ancak hastanın taburculuğundan 14 gün sonra yapılan kontrol periferik yaymasında *P. falciparum* paraziti yeniden görüldü ve hızlı antijen testi pozitif idi. Hasta yatırıldı. Kinin sülfat 3x600 mg 3 gün ve doksisiklin 2x100 mg tedavisi 7 güne tamamlandı. Tedavi sonu yayma incelemelerinde parazit görülmedi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: *P. falciparum*'da artemisin ve türevlerine (artesunat, artemeter, dihidroartemisin) direnç gelişebilmektedir. Semptomu olmasa dahi tedavi sonrası hastanın kontrollere gelmesi, hastalığın erken tanısını sağlayacaktır. Riskli bölgelere seyahat öncesinde sıtma kemoprofilaksisini ihmal etmemek, hayat kurtarıcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Plasmodium falciparum*, artemisin, direnç

[PS-289]

Nadir Görülen Bir Nozokomiyal Enfeksiyon: Miyazis

Damla Akdağ[1], Hüseyin Aytaç Erdem[1], Nilay Bilgili Korkmaz[2], Oğuz Reşat Sipahi[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği, İzmir

Giriş: Miyazis, sineklerin memeli dokusunda beslenerek yaşam döngüsünün tamamlaması ve yumurtanın bırakılması ile gelişen bir tablo olup klinik bulgular sinek türlerine, larva sayısına ve işgal edilen bölgenin konumuna bağlı olarak değişkenlik gösterir. En yaygın görülen tip kutanöz miyazis olup sıklıkla ihmal edilmiş ve bakımsız yaralarda ortaya çıkar. Larvalar, başlangıçta hasarlı yüzeye ve zamanla derin dokuya yayılarak hasarlanmayı artırır. Yaşlılık, kötü yaşam koşulları, düşük sosyo-ekonomik düzey, diyabet ve vasküler sorunlar, sineği uzaklaştıramayacak durumda olmak gibi kolaylaştırıcı faktörler bulunmakta olup bazen hastanede yatan ancak ihmal edilen hastalarda da karşımıza çıkabilir. Bu bildiride nozokomiyal bir miyazis olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Seksen dört yaşında, Alzheimer ve subaraknoid kanama öyküsü nedeni ile bakım hastası olarak izlenen erkek hasta solunum sıkıntısı nedeniyle getirildiği acil servisten aspirasyon pnömonisi ve mekanik ventilatör ihtiyacı nedeni ile yoğun bakım ünitesine yatırılarak izleme başlanmış. Piperasilin-tazobaktam ve levofloksasin antbiyoterapileri başlanmış ancak kısa bir süre sonra kesilmiş, branşımıza konsülte edilmemişti. Olgudan sadece boğaz sürüntüsü ve idrar kültürü alınmış, üreme olmamış. Yatışı süresince perkütan endoskopik gastrostomi çevresinde akıntı olması nedeni ile iki defa yenileme yapılmış, parenteral olarak beslenmişti. Yoğun bakım ünitesindeki yatışının sekizinci ayında olan hasta, nöbet şartlarında, skrotal ve anal bölgede larva gözlenmesi üzerine branşımıza konsülte edildi. Yerinde değerlendirilen hastanın genel durumu kötüydü, spastik ve kuadriparetikti. Mekanik ventilatör desteğinde bilinci kapalı olarak izleniyordu. Ateş yüksekliği olmayan, hemodinamik olarak stabil olan ve antibiyotiksiz izlenen hastanın sol uyluk arka yüzünde, yaklaşık 5x5 cm çapında ve skrotum altında pürülan görünümlü, akıntılı bası yarası ve çevresinde eritem gözlendi. Nöbetçi hekim tarafından yara yerinden temizlenen yaklaşık 50 adet miyazın hasta başında, steril kapta olduğu görüldü. Son iki aya ait herhangi bir tetkiki bulunmayan hasta için nöbetçi hekim ile görüşülerek kontrol hemogram ve rutin biyokimya görülmesi, mutlaka doku kültürü alınması, ayrıca osteomiyelit açısından radyolojik görüntüleme yapılması önerildi. Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve hastane yönetimi durum hakkında bilgilendirildi. Hastanın takibinde bir hafta sonra kardiyak arrest nedeniyle kaybedildiği görüldü ancak branşımıza tekrar konsülte edilmedi.

Sonuç: Miyazis, sıklıkla yaşam koşulları kötü, bakımı yetersiz hastalarda görülen toplum kaynaklı bir hastalık olsa da nadiren hastane koşullarında da ortaya çıkabilmektedir. Sağlık personelinin eğitilmesi, pencerelere sineklik takılması, odalarda havalandırma sistemi kullanımı ve uygun pansuman/yara bakımı yapılması ile bu durumun önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Miyazis, nozokomiyal enfeksiyon

[PS-290]

Enfektif Endokardit Olgusunda Etken, Brusella mı? Stafilokok mu?

Tuğba Özdemir, Müzeyyen Tuğçe Benli, Muhammet Rıdvan Tayşi, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Enfektif endokardit mortalite ve morbidite oranı yüksek olması nedeniyle önemini koruyan bir enfeksiyon hastalığıdır. Ateş etiyolojisi araştırılmak amacıyla takibe alınan hastalarda enfeksiyon odağı saptanamadığında ya da kardiyak üfürüm varlığında mutlaka akılda tutulmalıdır. Burada enfektif endokardit tanısı alan kan kültüründe, enfektif endokarditle uyumlu mikroorganizma üremesi olan, ancak serolojik tetkiklerinde brusella pozitifliği de bulunan olgu bir sunumu yapılacaktır.

Olgu: Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta, bilinen hipertansiyon, glokom ve bilateral diz protezi tanıları mevcut. Yaklaşık iki aydır bulantı kusma, üşüme-titreme, ateş yakınması olmakta imiş. Üç hafta önce pnömoni öntanısı ile amoksisilin-klavulonik asit kullanımı olmuş. Hasta dış merkezde ateş etiyoloji araştırılması amacıyla yatırılmış ve sulperazonla linezolid tedavisi başlanmış, bu tedavi altında 6 gün boyunda ateş yükseklikleri devam etmişti. Kan kültüründe 2 set (dört şişe) metisiline duyarlı koagülaz negatif stafilokok üremesi ve transtorasik ekokardiyografisinde (EKO) mitral kapakta 1,3 cm vejetasyonu olması üzerine tedavisi sefazolin ve gentamisin olarak revize edilmişti. Tarafımızca nakil alınan hastanın çalışılan brusella Rose Bengal testi ve tüp aglütinasyonu 1/320 pozitif olarak sonuçlandı. Hastanın tedavisine doksisiklin 2x100 mg ve rifampisin 1x600 mg eklendi. Gentamisinin altıncı gününde kreatin yükseldiğinden gentamisin tedavisi kesildi. Doksisilin tedavisini tolere edemediğinden, doksisiklin kesilerek ciprofloksasin başlandı. Takibinde ortopne ve platipne yakınması oldu. Çekilen kontrol ekokardiyografisinde vejetasyon boyutu 1,7 cm yükselmişti. Hastaya mitral kapak replasmanı tedavisi önerildi, preoperatif hazırlıkları esnasında sağ üst ekstremitede lokalize tonik klonik nöbetleri olması üzerine çektirilen kraniyal görüntülemede akut difüzyon kısıtlaması görüldü. Gentamisin tedavisi kesilmesine rağmen kreatin değerlerinde artma olan hasta solunum yetmezliği ve takipne gelişmesi üzerine elektif entübe edilerek yoğun bakım ünitesine devir edildi. Yoğun bakım takipleri sırasında ateş yakınması olmadı ancak kontrol ekokardiyografide vejetasyon boyutları 2 cm'ye kadar yükseldi. Ağrılı uyaran yanıtı azalan sedasyon almamasına rağmen Glaskow koma skalası gerileyen hastaya yaptırılan

beyin görüntüleme de sol orta serebral arter masif enfarkt gelişen hasta tedavisinin toplam beşinci haftasında eksitus oldu.

Sonuç: Enfektif endokardit yol açtığı mortalite ve takibinde gelişen önemli morbiditeler nedeniyle tanısının hızlı konulması ve etkene yönelik/uygun antibiyoterapinin geciktirilmemesi gereken bir durumdur. Serolojik tetkikler kültür negatif grupta önemli olarak görülse de klinik şüphe varlığında ve epidemiyolojik öykü durumunda, birden fazla etkenin enfektif endokardite neden olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, brusella, etken

[PS-291]

Myastenia Gravisli Olguda Israrlı Üriner Salmonelloz

Kamuran Türker[1], Bilge Özdemir[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Salmonelloza bağlı üriner sistem enfeksiyonları nadir görülmekte, özellikle immün süpresyonun eşlik ettiği durumlar görülme riskini artırmaktadır. Özellikle HIV pozitif olgularda bu şekilde gelişen enfeksiyonlar bildirilmektedir. Burada kullandığı immünsüpresif ilaçların etkisiyle yaklaşık iki seneye yakın idrar kültüründe tedavi kesilince tekrarlayan Salmonellaya bağlı üriner sistem enfeksiyonlu bir hasta sunmaktayız.

Olgu: Elli beş yaşında kadın hasta idrarda yanma, bulantı şikayeti mevcuttu. Myastenia gravis hastalığı için Azotiopurin 2x50 mg ve 30 mg prednizolon kullanmaktaydı. Yaklaşık bir yıl öncesin de benzer şikayetlerle hastanemize başvurduğu ve idrarda *Salmonella* spp. ürediği hikayesinde vardı. Fizik muayenesinde ateş: 37,8 ^{0}C genel durum orta, dikrot nabız, şiddetli suprapubik hassasiyet, splenomegali mevcuttu. Laboratuvar sonuçlarına göre beyaz küre: 6,9/µl, hemoglobin: 10,6 g/dl, sedimentasyon 48 mm/h ve C-reaktif protein: 35,1 mg/l idi. İdrar incelemesinde lökohemosidürisi mevcuttu. İdrar kültüründe patojen bakteri üremedi. Üroplazma kültürü pozitifti. Serumda Grubel Widal aglütinasyon testinde *Salmonella typhii* O 1/320, *Salmonella paratyphii* O 1/40 pozitifti. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Batın ultrasonografisinde bilateral böbrek boyutlarında azalma ve konturlarında lobülasyon dışında özellik yoktu. Tedavide ampisilin-sulbaktam önce parenteral sonra oral uzun süreli kullanılmasına rağmen kesildikten sonra bulgular tekrarlayınca tedavinin başlangıcından 5 ay ve 14 ay sonraki yapılan idrar kültürlerinde tekrar *S. typhii* üreyip idantifiye edildi.

Sonuç: Her geçen gün immünosüpresif kullanan hasta grubumuz artmaktadır, olağan enfeksiyon etkenlerinden ziyade *Salmonella* gibi ciddi enfeksiyon etkenlerinin de görülebileceği ve hatta uzun süreli olabileceğini sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Myastenia gravis, üriner sistem, salmonelloz

[PS-292]

Uygunsuz ADH Salgılanması ile Seyreden HIV-pozitif Kriptokok Menenjit Olgusu

Semra Kavas[1], Onur Çolak[1], Servet Öztürk[1], Derya Öztürk Engin[1], Nalan Okuroğlu[2], Merve Kaçar Eker[1], Canan Ağalar[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: *Cryptococcus neoformans* hayatı tehdit eden fırsatçı organizmalardan biridir. İnsan immün yetmezlik virüsü ile enfekte bireyde, kriptokokun neden olduğu santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonuna bağlı, uygunsuz antidiüretik hormon (ADH) salgılanması ile kendini gösteren olgu sunuldu.

Olgu: Acil servise baş ağrısı, mide bulantısı ve yakınları ile iletişimde azalma nedeni getirilen 55 yaşında erkek hastanın özgeçmişinde hipertansiyon dışında özellik yoktu. Yaklaşık 10 gündür yakınmaların devam ettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde, genel durum orta, dil kuru, deri turgor-tonusu azalmış, bilinç açık, apatik, kooperasyon gecikmeli, oryantasyonu tam olup vital bulguları normal sınırlarda idi. Olguda ense sertliği ve Kerning - Brudzinski negatif, diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı 8.800 /µl (%84 nötrofil), hemoglobin 12,5 g/dl, trombositler 288.000/mm^3, C-reaktif protein: 0,25 mg/l, prokalsitonin 0,05'ten küçük, serum sodyum değeri: 121 (136-145 mg/dl), magnezyum: 1,5 (1,6-2,6 mg/dl), klor: 85 (98-112 mmol/l) bulundu. Kraniyal bilgisayarlı tomografi görüntülemede patolojik bulgu yoktu. Hasta hipovolemik hiponatremi nedeni ile iç hastalıkları servisine yatırıldı. Adrenokortikotropik hormon, kortizol, aldığı-çıkardığı sıvı takibi, idrar sodyum tetkikleri ile uygunsuz ADH salınımı sendromu olarak değerlendirildi. Tetkiklerinde olgunun anti HIV pozitif olduğu tespit edilerek enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji servisine devir alındı. SSS enfeksiyonu şüphesi ile lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde basınç normal, görünüm berrak, 88 lökosit/mm^3 (%80 lenfositer), protein: 106 mg/dl, glikoz: 19 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 127 mg/dl olup çini mürekkebi ile boyanmış preparatlarda kapsüllü maya mantarı görüldü. Olguya kriptokok menenjiti tedavisi indüksiyon fazı için lipozomal amfoterisin-B 3 mg/kg/gün ve flukonazol 800 mg/gün başlandı. Siklohekzimitsiz Sabouraud dekstroz agar besiyerinde 48 saat sonra bej renginde, mukoid koloniler tespit edildi. Antibiyogram yapıldı. Lateks aglütinasyon yöntemi ile BOS'de ve serumda *Cryptococcus* antijeni pozitif sonuçlandı. 4-5. günlerde apati ve kooperasyon güçlüğü düzeldi. Antifungal tedavinin iki, üç ve dördüncü haftalarında yapılan kontrol lomber ponksiyon sonuçlarına göre amfoterisin B 4. haftada kesildi ve flukonazol 800 mg/gün ile konsolidasyon fazına geçildi. CD4: 43 hücre/µl, HIV-RNA: 4587657 IU/l olarak tespit edilen hastaya antifungal tedavinin 5. haftasında MAC profilaksisi ve flukonazole ilaveten antiretroviral ilaçları başlandı.

Sonuç: Uygunsuz ADH salınımı SSS enfeksiyonlarında görülebilen bir komplikasyondur. HIV pozitif olgularda menenjit etkenleri içinde ülkemizde kriptokokların da görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kriptokok, menenjit, ADH

[PS-293]

Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerine Kızamık, Kızamıkçık ve Kabakulak (KKK) Bakalım mı? Bu Yaş Grubuna KKK Aşısı Yapalım mı?

Selma Tosun, Eyyüp Kanat, Hülya Özkan Özdemir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Amaç sağlık meslek lisesi öğrencilerinin kızamık, kızamıkçık ve kabakulak (KKK) geçirme ve aşılanma durumlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2019-2020 döneminde staj yapmakta olan öğrencilerin KKK geçirme ve aşılanma durumlarını öğrenmek üzere uygulanan anket ve yapılan eğitimi takiben kızamık, kızamıkçık ve kabakulak ile ilgili olarak ellerindeki mevcut tetkik sonuçları değerlendirilmiş, eksik tetkikler hastanemizde tamamlanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza doğum yılları 1995-2002 (17-24 yaş) arasında değişen, 97'si kız 16'sı erkek toplam 113 öğrenci katılmıştır. Kızamık açısından 113 öğrenciden 64'ünde (%57) koruyucu antikorlar saptanırken, 48 öğrenci (%43) seronegatif bulunmuştur. Seronegatif öğrencilerde en yüksek sayının (24 öğrenci) 2002 doğumlularda olduğu belirlenmiştir. Kabakulak açısından 113 öğrencinin 75'i (%66) pozitif, 38'i (%34) negatif saptanmıştır. Rubella açısından 113 öğrenciden sadece 1999 ve 2002 doğumlu iki kız öğrenci dışında (%1,8) hepsi seropozitif saptanmıştır.

Sonuç: Ülkemizde kızamık aşılaması uzun yıllardır uygulanmaktadır; 2003 ve 2005 yıllarında yaygın kızamık aşılama kampanyaları gerçekleştirilmiştir. Sonra 2006 yılında KKK aşısı rutin aşılara eklenmiş olup 12. ayda ve ilköğretim 1. sınıfta iki doz olarak uygulanmaktadır. Bu verilere göre; çalışma grubumuzdaki öğrencilerin 2005 yılından itibaren yapılan uygulamalar sırasında kızamık için aşılanmış olabilecekleri; doğum yılları itibariyle 2006 yılında başlatılan KKK aşılaması kapsamında 12. aydaki aşılama programına yetişmemiş olsalar da ilköğretim 1. sınıftaki uygulamalarda en azından tek doz KKK aşısı uygulanmış olduğu öngörülmüştür. Çalışma grubumuzdaki öğrencilerin %43'ü kızamık açısından seronegatif saptanmıştır ve en yüksek seronegatiflik 2002 yılında doğmuş olan öğrencilerdedir. Kabakulak açısından seronegatiflik de %34 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin bazıları kabakulak geçirdiğini ifade etmektedir, bu nedenle saptanan antikorların bir kısmının doğal yolla geçirilen kabakulak enfeksiyonuyla oluşan antikorlar olabileceği düşünülmüştür. Kızamıkçığa ilişkin seropozitiflik çok yüksek olup doğal yolla geçirilmiş olma olasılığı çok yüksektir. Yani özetle; bu yaş grubunda kızamık ve kabakulak açısından seronegatif olgu oranı %34-43 civarıdır ve bu yaş grubundaki çocuklara muhtemelen tek doz KKK yapılmış olduğunu; bu nedenle özellikle kızamık ve kabakulak açısından tetkik edilmelerinin yararlı olacağını; bu mümkün olamıyorsa en azından tek doz KKK aşısı yapılmasının uygun olacağını düşündürmektedir. Ayrıca dünyada son zamanlarda kızamık olgularının artma eğiliminde olduğu düşünüldüğünde stajyer öğrenciler arasında da kızamık açısından seronegatif öğrenciler olabileceği akla getirilmeli, olası bir epidemide aşılama catch-up programları uygulanacağı zaman bu veriler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık meslek lisesi stajyer öğrenci, KKK

[PS-294]

Akut Hepatit A ve Kronik Hepatit B Akut Alevlenmenin Beraber Olduğu Bir Olgu

Fatma Çölkesen, Halil Karataş, Fatma Kacar, Şule Özdemir Armağan, Arzu Tarakçı, Esma Eroğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Hepatit A tüm dünyada yaygın olup özellikle gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağında, gelişmiş ülkelerde ise erişkinlerde daha sık görülen ve özellikle fekal-oral yolla bulaşan bir enfeksiyondur. Hepatit B ise cinsel ilişki, kan veya vücut sıvıları ve bunların bulaştığı materyaller ile bulaşan bir enfeksiyondur. Bu iki enfeksiyonun bulaşma yolları ile sık görülme yaşlarının farklı olması sebebiyle bir arada görülmesi nadirdir. Dolayısıyla akut hepatit A enfeksiyonu diğer akut viral hepatit etkeni hepatotropik virüslerle ko-enfeksiyon oluşturmaktan daha çok kronik hepatit B ve C hastalarında süper enfeksiyon olarak görülebilmektedir. Bu yazıda akut hepatit A ve kronik hepatit B akut alevlenmesinin birlikte görüldüğü bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Kırk üç yaşında kadın hasta 15 gündür olan halsizlik, vücutta yaygın ağrı, gözlerde sararma, çay rengi idrar yapma ve midede şişkinlik şikayetleri ile hastanemizin acil servisine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hepatit B taşıyıcısı olduğu ama takiplerine düzenli gitmediği öğrenildi. Hastanemizde daha önce bakılan hepatit B virüsü (HBV) DNA sonucu yoktu ancak 3 ay önce bakılan alanin aminotransferaz-aspartat aminotransferaz (ALT-AST) değerleri normaldi. Fizik muayenesinde skleralar ve deri ikterik olup karaciğer kot altında 1-2 cm ele geliyordu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yatış rutinlerinde ALT: 3.426 U/l, AST: 3.875 U/l, toplam bilirubin: 11,47 mg/dl, direkt bilirubin: 6,65 mg/dl, laktat dehidrogenaz: 1.790 U/l, gama glutamil transferaz: 146 U/l, beyaz kan hücresi: 9.800 K/ul, hemoglobin: 14,6 g/dl, platelet: 239 K/ul, Protrombin zamanı: 1,8 INR olarak saptandı. Hasta kliniğimize yatırılarak semptomatik tedavi başlandı. Primer ve sekonder hepatit markerları istendi. Sonuçlarda HBsAg (+), HBeAg (-), antiHBs (-), anti HBe (+), antiHBc IgM (+), antiHBc IgG (+), HBV-DNA: 12940 IU/ml, anti HDV (-), anti HCV (-), anti HIV (-), anti HAV IgM (+) anti-HAV IgG (+) olarak tespit edildi. Hastaya akut hepatit A ve kronik hepatit B akut alevlenme tanısı kondu. Kronik hepatit B akut alevlenmenin akut hepatit A'ya bağlı olduğu düşünüldü. Takiplerinde şikayetleri geriledi. Laboratuvar parametreleri düzeldi. Hasta kronik hepatit B nedeniyle poliklinik takibine devam etmektedir.

Sonuç: Kronik hepatit B enfeksiyonu olan hastalar diğer viral hepatit etkenleri açısından taranmalı ve gerekli aşıları yaptırılmalıdır. Kronik hepatit B hastasında akut alevlenme tespit edildiğinde diğer viral hepatit serolojileri tetkik edilmelidir. Herhangi bir pozitiflik saptandığından bizim olgumuzdaki gibi tek bir etken olmayabileceği göz önüne alınarak tüm etkenler taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit A, hepatit B, ko-enfeksiyon

[PS-295]

HIV Enfekte Olgularda Göz Bulguları

Ayşe İnci[1], Melike Çıvak[1], Armağan Fitil[2], Hatice Kübra Bağış[1], Tülay Akçetin[2], Özgü Kesmezacar[3], Nagehan Didem Sarı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul

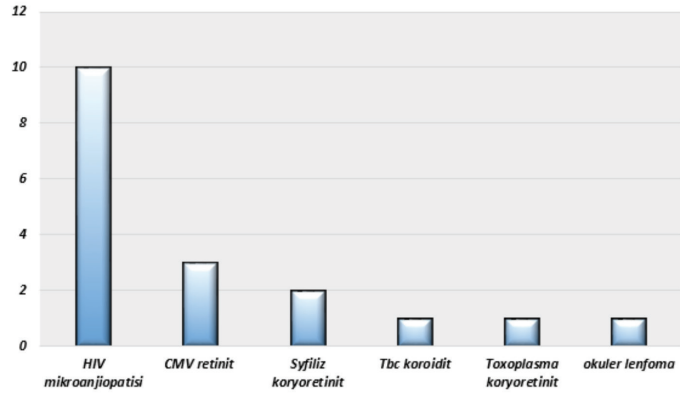
Giriş: HIV ile enfekte olan hastalarda, genellikle immün yetmezliği nedeniyle gözün farklı bölümlerinde oküler komplikasyon gelişebilmektedir. HIV/ edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromu (AIDS) hastalarında oküler bulgular adneksiyal bozukluklardan posterior segment hastalığına kadar uzanmaktadır. Bu çalışmada amacımız kliniğimizde yatırılarak takip edilmiş olan HIV enfekte olgularda göz bulgularının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 2017-2019 tarihleri arasında kliniğimizde takip edilmiş olan HIV (+) olgular alınmıştır. Olguların retrospektif olarak bilgisayar kayıtları incelenerek göz hastalıkları kliniğinden göz konsültasyonu istenen hastalar kaydedilmiştir. Bu hastaların tanı sırasında yaş, cinsiyet, ART alma durumu, CD4, HIV-RNA değerleri ve göz bulguları kaydedilmiştir. Hastalara midriatik damla (%1 tropikamid) damlatıldıktan sonra biyomikroskop ile ayrıntılı ön segment göz muayenesi ve 90D lens kullanılarak ayrıntılı arka segment göz muayenesi yapıldı. Görülen bulgular kaydedildi. Göz muayene bulgularıyla hastada daha önceden tespit edilen fırsatçı enfeksiyonlar birlikte değerlendirilerek hastaların arka segmentinde AIDS'ye bağlı olası oküler tanılar belirlendi. Olgular göz bulguları olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır, iki grup arasında yaşın, cinsiyetin, CD4, HIV-RNA göz bulgusu varlığına etkisi incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza toplam HIV enfekte göz hastalıkları konsültasyonu istenmiş toplam 54 olgu alındı. Olguların yaş ortalaması 43,8 iken erkek oranının %77,8 (42/54) olduğu belirlendi. Olgularımızın toplamda %35,2 (19/54) göz bulgusu olduğu belirlenmişken 18-30 yaş grubunun %66,7'sinde, >45 yaş grubunun %44'ünde, 31-45 yaş grubunun %17,4'ünde göz bulgusu varlığı tespit edilmiştir. Olgularımızın CD4 sayısına göre göz bulgusu varlığı oranları ve göz bulgusu varlığı durumuna etki eden faktörler Tablo 1'de görülmektedir. Toplam göz bulgusu olan 19 olgumuzda en sık görülen göz bulgusunun HIV mikroanjiapatisi ardından sitomegalovirüs retinit olduğu belirlenmiştir (Grafik 1).

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde CD4 değeri 200 altında olanlarda oküler komplikasyonların daha yüksek olduğu düşünüldüğünde özellikle bu olgularda oftalmolojik muayenenin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: HIV, göz bulguları, CD4



Grafik 1. HIV enfekte olgularda tespit edilen olası oküler tanılar

HIV: İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü, CMV: Sitomegalovirüs, Tbc: Tüberküloz

Tablo 1. Olgularımızın demografik ve laboratuvar değerleri

	Göz bulgusu (+) (n=19)	Göz bulgusu yok (-) (n=35)	p
Cinsiyet			
Erkek	16 (38,1)	26 (61,9)	0,402
Kadın	3 (25,0)	3 (25,0)	
CD4			
<200	19 (45,2)	23 (54,8)	0,004
>=200	0 (0,0)	12 (100,0)	
HIV-RNA (ort ± SS) (medyan)	1.604.185,21±2.235.894,68 421.347,00	1.433.902,51±3.227.009,05 415.728,00	0,415

HIV: İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü, ort: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı

[PS-296]

Akut Hepatit A ve *Plasmodium Falciparum* Sıtması Ko-enfeksiyonu

Gamze Durmaz, Burçin Şahin, Ayşe İnci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Dünyada paraziter hastalıklar arasında en fazla ölüme yol açan sıtma, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Genellikle non-spesifik bulgularla karşımıza çıkan sıtma olguları endemik bölgeye seyahat anamnezi varlığında ilk planda akla gelen ön tanılardandır. Olgumuz akut hepatit A enfeksiyonu tanısı ile hastanemize yönlendirilip, sıtma açısından tetkik edilen ve *P. falciparum* tanısı alan sıtma olgusudur.

Olgu: Yirmi üç yaşında Uganda'lı erkek hasta. Hasta 3 gün önce Uganda'dan Türkiye'ye gelmişti, beş gün önce başlayan halsizlik ve iştahsızlık, 3 gün önce başlayan gözlerde sarılık ve idrar renginde koyulaşma şikayetleri mevcuttu. Fizik muayenede, ateş: 38,7 °C, arteriyel tansiyon: 110/70 mmHg, nabız: 120/dk, bilinci açıktı. Laboratuvar bulguları; Hgb: 12 g/dl, beyaz küre: 7.400/µl, trombosit: 101.000/µl, C-reaktif protein: 110 mg/l, aspartat aminotransferaz: 54 U/l, alanin aminotransferaz: 191 U/l, toplam bilirubin: 16,7 direkt bilirubin: 8,5 mg/dl ve akciğer grafisi normaldi. Etiyolojisinin araştırılması için dış merkezde bakılan ELISA tetkiklerinde

anti-HAV IGM (+) saptanan hasta internasyon için tarafımıza yönlendirildi. Servisimize interne edilip hepatit A enfeksiyonu açısından semptomatik tedavisi başlanan hastanın endemik bölge seyahat öyküsü olması nedeniyle istenen kalın damla ve ince yayması ile hızlı antijen testi *P. falciparum* ile uyumlu görülerek sıtma tanısı konuldu. Tedavisi üç günlük artemether 20 mg-lumefantrine 120 mg olarak düzenlendi. Takibi boyunca ateş yüksekliği olmadı. Tedaviyle şikayetleri gerileyen laboratuvar değerleri normal sınırlara gelen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Endemik bölgeden gelme öyküsü olan hastalarda ateş, halsizlik gibi non-spesifik bulguların etiyolojisi araştırılırken sıtma akılda bulundurulmalı ve halen klasik enfeksiyon hastalıklarının tanısının konmasında önemini sürdüren periferik yayma yapılmalıdır. Tedavi öyküsü olsa bile eksik tedavi edilmiş olma olasılığı nedeniyle relaps enfeksiyon unutulmamalıdır. Ateş şikayeti ile başvuran, yurtdışı seyahat öykü olan kişilerin seyahat detaylarının iyice irdelenmemesi halinde tedavi gecikerek mortalitesi yüksek olan sıtmanın göz ardı edilmesine göz yol açacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anamnez, hepatit A, *P. falciparum*

[PS-297]

Yoğun Bakım Kaynaklı Acinetobacter Enfeksiyonları ve Tedavi Protokollerinin İncelenmesi

Merve Sefa Sayar[1], Fatma Aybala Altay[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

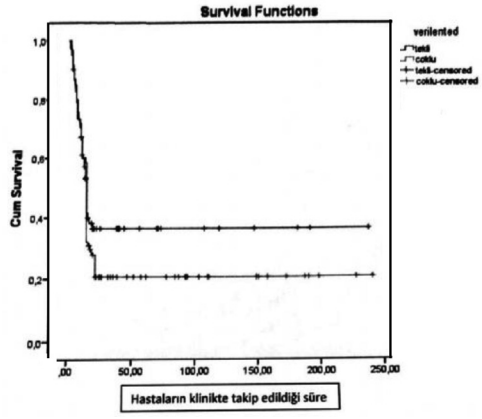
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Çalışmamızda 2008-2011 yılları arasında hastanemizdeki yoğun bakımlarda Acinetobacter türlerinin etken olduğu hastane kökenli enfeksiyonlar retrospektif olarak değerlendirilerek; olguların tanımlayıcı özellikleri ve ölüm/sağkalım gelişen olguların tedavi protokolleri irdelendi. Monoterapi ve kombine tedavi modalitelerinin sağkalım ve klinik yanıt açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Ocak 2008 ve Aralık 2011 tarihleri arasında, 807 yataklı bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde takip edilen 18 yaş üstü hastalarda retrospektif olarak yapıldı. Hasta bilgileri enfeksiyon kontrol komitesi takip formları, hastane takip sistemindeki laboratuvar verileri ve epikriz bilgilerinden yararlanılarak derlendi. Hastaların kültür üremeleri mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvarlarınca çalışıldı. Bakteri tanımlaması otomatize/konvasiyonel tekniklerle yapıldı. Antibiyotik duyarlılıkları için o yıla ait Laboratuvar Standartları Kurumu kriterleri gözetildi. Hastane enfeksiyonu tanısı ABD Salgın Hastalıkları Önleme ve Mücadele Merkezi'nin 2008 ve 2011 yıllarındaki tanımlara göre konuldu. Kültür sonucunda *Acinetobacter* spp. üremesi olan ancak; antimikrobiyal tedavi verilmeyen ve eş zamanlı farklı mikroorganizma üremesi olup farklı antimikrobiyal tedaviler alan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, komorbid hastalıkları, enfeksiyon gelişimini kolaylaştırabilecek invazif girişimleri, etkene yönelik verilen tedaviler, tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığı, enfeksiyon tedavisini tamamlayan hastaların taburculuk durumu kaydedildi. Hastaların tedavi etkinliğini karşılaştırmak amacıyla gruplandırılmasında aşağıdaki tanımlar kullanıldı: 1. Tedavinin ilk 72 saatinin sonunda hastanın laboratuvar ve klinik bulgularına göre oluşturulan kriterlere göre; tedaviye yanıt; tablodaki mevcut klinik ya da laboratuvar parametrelerden en az birinde düzelme olması olarak tanımlandı. Yanıtsızlık ise; tablodaki mevcut parametrelerden hiçbirinde düzelme olmaması olarak tanımlandı. 2. Antimikrobiyal tedavi süresinin sonunda tedaviyi tamamlayan ve tablodaki tüm kriterlerde düzelme olan hastalara "kür"; tedaviyi tamamlamış fakat halen tabloda mevcut olan kriterlerin tamamında düzelme olmayan hastalar "iyileşme" olarak tanımlandı. Hastaların uygulanan tedavi sonrasında hastaneden 28 gün içerisinde taburcu ve eks olma durumları "hasta sonucu" olarak adlandırıldı. Hastaların aldıkları antibiyotik tedavileri monoterapi (*Acinetobacter* spp. etkili tek antimikrobiyal tedavi) ve kombine terapi (*Acinetobacter* spp. etkili en az iki antimikrobiyalden oluşan tedaviler) olarak gruplandırıldı ve tedaviler klinik yanıt/hasta sonucu açısından karşılaştırıldı. **Bulgular:** Çalışmaya 248 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 65,1±17,8 ve hastaların %60,9'u erkekti. Hastaların %80'inde eşlik eden bir hastalık bulunmaktaydı. Hastaların %75'i kombine tedavi protokolleri ile tedavi edilmiştir. Klinik yanıt açısından her iki grup değerlendirildiğinde monoterapi ya da kombine tedavi uygulamalarının klinik yanıta, hasta sonucuna ve sağkalım sürelerine anlamlı etkisi saptanmamıştır.

Sonuç: *Acinetobacter* enfeksiyonlarında uygulanan kombine/monoterapilerin hasta yönetiminde klinisyene anlamlı düzeyde bir destek sunamadığı kanısına vardık. Hastaların yoğun bakım ünitelerine kabulünden itibaren; *Acinetobacter* spp.'lerle kolonize olmalarının önlenmesi gerekliliğine yönlendirmektedir. Standart önlemlere ve akılcı antibiyotik kullanımı uygulamalarının önemini ortaya çıkarmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Acinetobacter*, antimikrobiyal tedavi



Grafik 1. Monoterapi ya da kombine tedavinin sağkalım üzerine etkisi

Cumm: Kümülatif

Tablo 1. Monoterapi ve kombine tedavinin klinik yanıt/hasta sonucu/sağkalım açısından karşılaştırılması					
Klinik ve laboratuvar değerlendirmede kullanılan parametreler	Lökosit sayısı (lökosit: 4.000-12.000 /dl arasına gelmesi)	-	-	-	-
	Ateş (38 °C altı ateş ölçümü)	-	-	-	-
	Vazopressör desteğe ihtiyacının devamlılığı ya da kalmaması	-	-	-	-
	Akut faz reaktanlarının laboratuvar değeri (CRP değerinde 48 saatte %50 gerileme olması)	-	-	-	-
	Tedavi devam ederken tekrarlayan kültür alımlarında etken devamlılığının varlığı/yokluğu	-	-	-	-
	Genel durumunda düzelme	-	-	-	-
Antibiyoterapi uygulanan hastalar	n (%)	-	-	-	-
Monoterapi	62 (%25)	-	-	-	-
Kombine tedavi	186 (%75)	-	-	-	-
	Klinik yanıt	-	-	-	-
	Kür n (%)	İyileşme n (%)	Yanıtsız n (%)	-	-
Monoterapi	39 (%62,9)	13 (%21)	10 (%16,1)	-	-
Kombine tedavi	107 (%57,5)	53 (%28,5)	26 (%13,9)	-	-
p	>0,05	>0,05	>0,05	-	-
	Monoterapi ve kombine terapinin hasta sonucu açısından karşılaştırılması	-	-	-	-
	Taburcu	Tedavi devam ederken eks	Tedavi tamamlandıktan sonra eks	-	-
Monoterapi	22 (%35,5)	17 (%27,4)	23 (%37,1)	-	-
Kombine tedavi	43 (%23,1)	70 (%37,6)	73 (%39,2)	-	-
p	>0,05	>0,05	>0,05	-	-
	Hastaların uygulanan tedavilerin sağkalım analizleri (Kaplan-Meier analizi ile)	-	-	-	-
Sağkalım	3. gün	7. gün	14. gün	21. gün	Medyan sağkalım süresi
Monoterapi	0,917	0,733	0,583	0,364	15,00+0,38
Kombine tedavi	0,903	0,790	0,531	0,278	15,00+0,28
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	-
CRP: C-reaktif protein, n: Sayı					

[PS-298]

Kayseri Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Alt Solunum Yolu Örneklerinden Yapılan Kültürlerinin Değerlendirilmesi

Yekta Özkılıç[1], Esma Eren[1], Serhat Aydoğan[2], İlhami Çelik[1]

[1]*Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri*

[2]*Kayseri Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Kayseri*

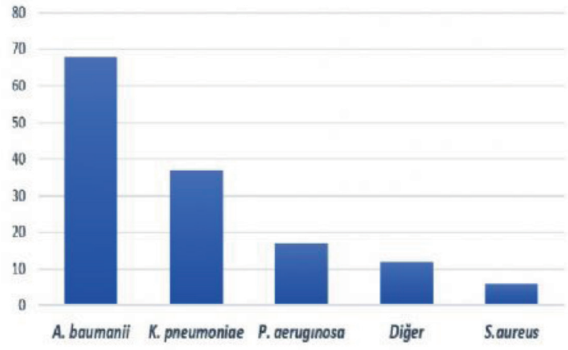
Giriş: Kayseri Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'nde tedavi edilen hastalardan alınan ETA (endotrakeal aspirat) ve BAL (bronkoalveolar lavaj) kültürlerinin sonuçlarını değerlendirmek ve direnç oranlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, Kayseri Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'nde 1 Haziran 2018 - 31 Aralık 2019 tarihleri arasında invazif mekanik ventilasyon desteği alan hastaların ETA ve BAL kültüründe üreyen mikroorganizmalar belirlendi. Mikrobiyolojik kültürün sonucu sadece baskın suşlar, Gram-boyama sonucuyla tutarlı olduğunda dahil edildi. Saf kültürler ve baskın patojenler VITEK 2 sistemleri tarafından tanımlanmıştır. Pozitif örnekler (>105 bakteriyel koloni) antibiyogram çalışmaları için Mueller-Hinton Agar'a transfer edildi. Antibiyotik duyarlılıkları kaydedildi.

Bulgular: Çalışma süresince 250 kültür sonucu değerlendirildi. Bu kültürlerin 140 tanesinde üreme saptandı. Yirmi beş tanesi BAL, 115 tanesi ETA örneği idi. Örneklerin %95,7'sinde Gram-olumsuz, %4,3'ünde Gram-olumlu bakteri üremesi oldu. Gram-olumsuz bakterilerin %50,7'sinde *Acinetobacter baumannii*, %27,6'sında *Klebsiella* spp., %12,7'sinde *Pseudomonas aeruginosa* saptandı. *Acinetobacter baumannii*'de karbapenem direnci %98, tigesiklin direnci %52, piperasilin-tazobaktam direnci %94 olarak saptanırken kolistin direncine rastlanmadı (Tablo 1). Altı örnekte Gram-olumlu bakteri üredi ve tamamı *Staphylococcus aureus* idi ve %66,6'sı metisiline dirençli idi.

Sonuç: Yoğun bakım enfeksiyonlarında dirençli bakteriler etken olarak sık görülmektedir. Ampirik yaklaşımların belirlenmesi için ise duyarlılık sonuçlarının bilinmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alt solunum yolu örnekleri kültürü, antimikrobiyal duyarlılık, yoğun bakım üniteleri



Şekil 1. Alt solunum yolu örneklerinde üreyen bakterilerin dağılımı

Tablo 1. Gram-olumsuz mikroorganizmalar ve antibiyotik direnç oranları

	Kolistin	Meropenem	İmipenem	Piperasilin-Tazobaktam	Amikasin	Tigesiklin	Kotrimoksazol
A. baumannii (n=68)	-	98	98	94	88	52	83
K. pneumoniae (n=37)	25	93	92	100	84	25	91
P. aeruginosa (n=17)	16	75	76	58	53	-	88
Diğer (n=12)	80	71	50	75	37	75	66

n: Sayı

[PS-299]

Sağ Alt Lob Pnömonisi ile Karışan Enfekte Kist Hidatik

Sevil Alkan Çeviker[1], Emine Kübra Dindar Demiray[2], Alper Tahmaz[3], Mehmet Fatih Ekici[4]

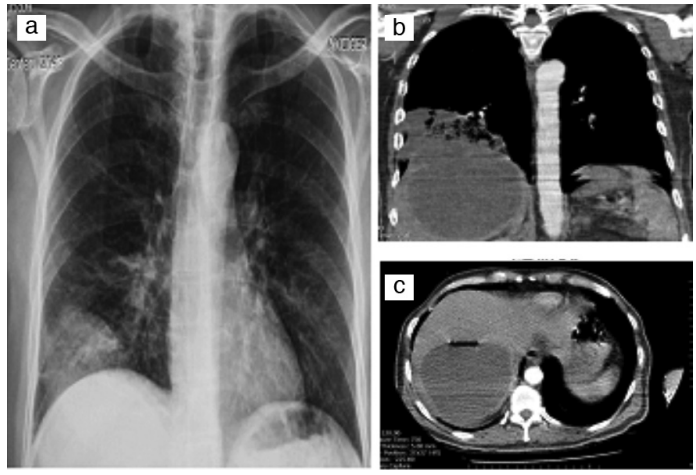
[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya
[2]Bitlis Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bitlis
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun
[4]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya

Giriş: Hidatik kist, ülkemiz için endemik zoonotik bir hastalıktır. En sık tutulum karaciğerde olmakla beraber, hemen hemen her organ ve dokuda saptanabilir. Bu nedenle akciğer hastalıklarının ayırıcı tanısı olarak düşünülmelidir. Bu olgu sunumunda, alt lob pnömonisi ile karışan akciğere rüptüre olması nedeniyle pnömoni ile karışan karaciğer kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli yaşında bir erkek hasta, öksürük, balgam, ateş yüksekliği şikayetleriyle acil servise başvurdu. Köyde yaşayan hayvancılıkla uğraşan hastanın kronik hastalığının olmadığı öğrenildi. Fizik muayesinde ateş 39,2 °C, kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 90/dakika idi. Karaciğer kot altında 2 cm ele geliyordu ve Traube açıktı. Sağ akciğer bazalde ekspiratuvar ral mevcuttu ve solunum sesleri azalmıştı. Fizik muayenede başka anormallik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde, lökosit: 18.600/mm^3, trombosit: 126.000/mm^3, hemoglobin: 11,1 gr/dl, eritrosit sedimentasyon hızı; 105 mm/saat, C-reaktif protein: 286 mg/Lt olarak saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile kanama profili tetkikleri normal sınırlarda idi. Posterior anterior akciğer grafisinde sağ akciğer alt lobda şüpheli infiltrasyon vardı. Hasta pnömoni ön tanısıyla ileri tetkik ve tedavi amaçlı yatırıldı. Hastaya ampirik olarak toplum kökenli pnömoni ön tanısıyla seftriakson 2x1 gr i.v. tedavisi başlandı. Hastadan toraks bilgisayarlı tomografi istendi ve sonucu karaciğerde hepatikopulmoner fistüle sekonder alt lob pnömonisi saptandı. Hastadan endirekt floresan aglütinasyon testi (IFAT) istendi IFAT sonucu 1/320 ile pozitifti. Hastaya 400 mg albendazol tedavisi başlandı ve antibiyotik tedavisine metronidazol 3x500 mg i.v. eklendi. Hasta genel cerrahi kliniğine operasyon amaçlı devir edildi.

Sonuç: Ülkemizde kist hidatiğin yaygın görülen bir zoonotik hastalık olması nedeniyle özellikle sağ alt lob pnömonilerinde ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Ayırıcı tanı, kist hidatik, sağ alt lob pnömonisi



Şekil 1. a) Sağ alt lobta infiltrasyon, **b, c)** Toraks BT'de sağ akciğer alt lob bazal segmentte fokal buzlu cam dansiteleri ve assiner imajlar izlenmektedir. Bu alan komşuluğunda karaciğerde yaklaşık 12 cm çapa ulaşan içerisinde hava-sıvı seviyelenmesi bulunan kalın duvarlı kistik lezyon saptanmaktadır. Radyolojik görünüm karaciğerde gelişen kist hidatiğin akciğere perforasyonu

[PS-300]

Ateş Tetkikinde Leptospiroz Saptanan Olguda Gelişen Guillain-Barre Sendromu

Habibe Tülin Elmaslar Mert, Emine Bal, Figen Kuloğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Edirne

Giriş: Guillain-Barre sendromunun leptospiroz olgularında da görülebileceğine dikkat çekmektir.

Olgu: Üşüme, titreme, halsizlik, sarılık, sık-sulu dışkılama, idrar renginde koyulaşma, yaygın vücut ağrısı ve ateş yüksekliği şikayetleri ile 66 yaşındaki erkek hasta tarafımıza başvurdu. Aile hekimince verilen iki günlük kotrimoksazol ve semptomatik tedavi altında şikayetleri devam eden hasta karaciğer fonksiyon testleri, üre-kreatinin, bilirubin değerlerinde yükseklik ve trombositopeni saptanınca; ilaç toksisitesi ve hepatorenal sendrom ön tanılarıyla hastanemize sevk edildi. Edirne ili, Uzunköprü İlçesinde kırsal alanda yaşayan, kene tutunma öyküsü olmayan, iki hafta önce sulak arazide yalın ayak boru döşeme yapmış olan hastanın skleralarda ikterohemorajik görünüm haricinde fizik muayenesinde patoloji yoktu. Hastada ön planda Weil hastalığı düşünüldü. Yapılan tetkiklerde lökositoz (13.300 %86 PNL), trombositopeni (18.000), anemi (11.2 gr/dl) C-reaktif protein: 230 mg/l üre: 146 mg/dl, kreatinin: 5,1 mg/dl, AST: 32 U/l ALT: 67 U/l, toplam bilirubin/direkt bilirubin: 15,9/9 mg/dl, amilaz: 1934 U/l, lipaz: 552 U/l idi. Periferik yaymada trombosit sayısı tam kan sayımı ile uyumlu olduğu nötrofillerde toksik granülasyon olduğu ve şistosit olmadığı görüldü. Torakoabdominal bilgisayarlı tomografik incelemesinde mediyastende 14 mm boyutunda lenfadenomegali, sağ akciğer üst lobda buzlu cam dansitesinde alanlar izlendi, karaciğer normal, safra kesesi yatağı ödematöz, internal ve eksternal safrayolları normal ve dalak 12,5 cm boyutunda saptandı. Transtorasik ekokardiyografide enfektif endokardit açısından anlamlı bulgu saptanmadı. Akut böbrek yetmezliği nedeni ile aralıklı hemodiyaliz uygulandı. Ampirik başlanılan ampisilin-sulbaktam tedavisinin üçüncü gününden sonra ateş yüksekliği olmadı, trombosit sayısı artmaya başladı. Leptospiroz için gönderilen real time PCR tetkiki

pozitif olarak sonuçlandı. Ampisilin-sulbaktam tedavisinin yedinci gününde bilirubin değerlerinin artmaya devam etmesi üzerine kristalize penisilin tedavisine geçildi. Penisilin tedavisinin ikinci gününde tüm ekstremitelerde motor kayıp gelişti. Beyin tomografi ve manyetik rezonans incelemelerinde patoloji saptanmayınca nöroloji Guillain-Barre ön tanısı ile lomber ponksiyon önerdi. Penisilin tedavisi yan etki düşünülerek yedinci günde kesildi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) direkt bakısında iki hücre vardı. BOS proteini 64 mg/dl saptandı. Elektromiyografide akut aksonam dejeneratif miks tip polinöropati saptandı. Amsan tipi Guillain-Barre tanısı ile plazmaferez planlandı. İki hafta plazmaferez uygulanan hasta klinik düzelme ile taburcu edildi. Poliklinik kontrollerine gelen hastada böbrek yetmezliğinin tamamen gerilediği ve mobilizasyonun tam olarak sağlandığı görüldü.

Sonuç: Leptospiroz ülkemizde ve bölgemizde görülen bir zoonotik hastalıktır. Pek çok klinik seyirde karşımıza çıkmaktadır. Hepatorenal sendromun yanı sıra nadir olarak görülebilse de Guillain-Barre sendromu ile klinik prezentasyon gösterebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Guillain-Barre, leptospirozis

[PS-301]

Hematopoetik Kök Hücre Nakli Uygulanan Hastalarda Gözden Kaçan Hepatit B Tanısı

Zeynep Türe Yüce, Gamze Kalın Ünüvar, Ayşegül Ulu Kılıç

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Hematopoetik kök hücre nakli, ritüksimab ya da yoğun immünosüpresif tedaviler sonrasında hepatit B virüsü reaktivasyon hızı %4 ile %40 arasında değişmektedir. Bu hastalarda antiHBs'nin negatifleşmesi hepatik reaktivasyon için bir belirteç olabilir. Bu çalışmada hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalardaki antiviral profilaksi oranları, Hepatit B virüsü serolojisindeki değişiklikler ve reaktivasyon hızlarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018 - Temmuz 2019 yılları arasında kök hücre nakil merkezine yatarak takip edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, hematolojik malignite ve nakil türü, immünosüpresif tedavileri nakil öncesi ve sonrası hepatit B serolojik belirteçleri, laboratuvar değerleri retrospektif olarak hasta dosyaları ve hastane otomasyon kayıt sisteminden incelendi. Antiviral profilaksi alan ve alamayan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma süresinde takip edilen 148 hastadan iki tanesi kronik hepatit B, 39 hastanın da takip süresinin 6 aydan kısa olması ya da nakil sonrası verileri eksik olması nedeniyle 107 hasta dahil edildi. Medyan yaş 54 ve %60'ı erkekti. Multipl miyelom (%32) en sık malignite ve otolog nakil (%55) en sık nakil türü idi. Nakil sonrası 36 hastada Graft-versus-Host hastalığı ön tanısı ya da tanısıyla; 23 hastada ise nakil sonrası progresyon nedeniyle immünosüpresif tedavilere devam edildi. Nakil öncesi medyan antiHBs değeri: 80 IU/l iken nakil sonrası 31 IU/l'ye geriledi. Hastaların %60'ında nakil sonrası antiHBs düşüşü görülürken %13'ünde antiHBs değeri koruyucu düzeyin altına geriledi. Nakil öncesi antiHBc pozitif olan 38 hastadan 20 tanesine antiviral profilaksi verildi. Anriviral profilaksisi gözden kaçan 18 hastadan dört tanesinde (%22) HBV serokonversiyon ve hepatik alevlenme görüldü. Nakil öncesi antiHBc negatif olan 69 hastanın üç tanesinde nakil sonrası takiplerde antiHBc pozitifleşti. Antiviral profilaksi alan ve alamayan hastalar arasında yaş, hematolojik malignite, nakil türü ve immünosüpresif tedavileri açısından istatistiksel farklılık görülmedi. Ancak nakil sonrası antiHBs medyan düzeyleri antiviral profilaksi almayan grupta daha düşüktü (167 IU/l, 15 IU/l, p=0,028).

Sonuç: Nakil öncesi antiHBc pozitif olan hastalarda antiviral profilaksi mutlaka hatırlanmalıdır. Antiviral profilaksi almayan hastalar hepatik alevlenme gelişmesi için adaydır. Ayrıca nakil öncesi antiHBs pozitif olan hastaların takipte negatifleşme ve antiHBc negatif olan hastaların takipte pozitifleşme ihtimali göz önünde bulundurularak nakil sonrası immünosüpresyonun devamına göre 3-6 ayda bir seroloji takibi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hematopoetik kök hücre nakli, hepatit B, hepatik alevlenme

Tablo 1. Antiviral profilaksi alan ve gözden kaçan hastaların demografik, klinik ve HBV serolojisi açısından karşılaştırılması

	Antiviral profilaksi alan grup (n=20) n (%)	Antiviral profilaksi almayan grup (n=18) n (%)	p
Yaş medyan (min-maks)	58 (27-74)	55 (17-69)	0,496
Hematolojik malignite türü			
AML	8 (40)	2 (11)	0,212
ALL	1 (5)	0	
Multipl miyelom	6 (30)	9(50)	
Lenfoma	3 (15)	13 (17)	
Diğer	2 (10)	4 (22)	
Erkek cinsiyet	10 (50)	14 (78)	0,101
Nakil türü Allojenik Otolog	11 (55) 9 (45)	13 (72) 5 (28)	0,328
GVHD varlığı	3 (15)	1 (6)	0,606
Nakil sonrası nüks	6 (30)	5 (28)	0,999
Nakil sonrası immünosüpresif tedavi	6(30)	1 (6)	0,093
Nakil öncesi medyan antiHBs düzeyi (IU/l)	176 (2-2951)	81 (2-1000)	0,331
Nakil sonrası medyan antiHBs düzeyi (IU/l)	167 (2-1000)	15 (2-398)	0,028
Nakil sonrası antiHBs düzeyinde gerileme varlığı	11 (55)	13 (72)	0,328
AntiHBs titresinin koruyucu düzeyin altına gerilemesi	1 (5)	4 (22)	0,170
HBV serokonversiyonu		4 (22)	-

AML: Akut miyeloid lösemi, ALL: Akut lenfoblastik lösemi, GVHD: Graft-Versus-Host hastalığı, HBV: Hepatit B virüsü, n: Sayı

[PS-302]

HIV Enfekte Olguların Deri Bulguları

Azat Abul[1], Ahmet Refik Konyalı[1], Duygu Erdil[2], Ayşe İnci[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: HIV ile enfekte hastalarda birçok sebeple dermatolojik bulgular görülebilmektedir. Bu olgularda görülen deri ve mukozalardaki dermatolojik bulgular, hastalığın hem tanısında hem de takibinde önemlidir. Bu çalışmada amacımız kliniğimizde takip edilen HIV enfekte olguların deri bulgularını ve eş zamanlı CD4 değerleri araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2017-2020 yılları arasında servisimize yatırılarak takip edilmiş 31 HIV enfekte olgunun retrospektif olarak bilgisayar kayıtları incelenerek deri tutulumları ve dağılımları ile birlikte eş zamanlı gönderilen CD4 sayıları incelenmiş ve kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda en sık görülen deri bulgularının sırasıyla oral kandidiazis, Kaposi, herpes simpleks olduğu belirlenmiş olup olgularımızın deri bulguları ve eş zamanlı CD4 ortalama değerleri Tablo 1'de görülmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda en sık görülen bulgunun oral kandidiazis olduğu belirlenmiş olup bu durumun yatarak takip edilen hastaların CD4 sayılarının daha düşük olması ile ilişkili olduğu düşünüldü. Bunun yanında tedavi başlandıktan sonra hastalar taburcu edildiği için ilaçlara bağlı oluşan dermatolojik bulguların daha az olduğu düşünüldü. HIV enfekte olguların başvuru ve takipleri sırasında düzenli olarak deri bulguları açısından dikkatli bir şekilde muayene edilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz

Anahtar Kelimeler: CD4, deri bulguları, HIV

Tablo 1. Olgularımızın deri bulguları ve CD4 ortalama değerleri

Hastalık adı	Hasta sayısı	Yüzde	CD4 lenfosit sayısı
Oral kandidiazis	25	60,9	123±129
Kaposi sarkomu	7	17,0	113±139
Herpes simpleks	4	9,7	24±18
Verrü	4	9,7	247±161
Seboreik dermatit	3	7,3	167±58
Bül	3	7,3	430±557
Dermatofitozis	2	4,8	60±54
İlaç eripsiyonu	2	4,8	350±182
Herpes zoster	1	2,4	310
Psöriazis	1	2,4	24
Staz dermatiti	1	2,4	223
Pikür	1	2,4	32
Kaşıntı	1	2,4	707
İmpetigo	1	2,4	32
Oral aft	1	2,4	32
Ürtiker	1	2,4	41
Akneiform erüpsiyon	1	2,4	196

Tablo 1. Devamı

Hastalık adı	Hasta sayısı	Yüzde	CD4 lenfosit sayısı
Sifilitik lezyon	1	2,4	59
Pigmente purpurik dermatoz	1	2,4	6
Molloskum kontagiosum	1	2,4	2
Paronişi	1	2,4	11

[PS-303]

Salmonella Enfeksiyonlarında Nadir Görülen Bir Komplikasyon: Dalak Apsesi Olgu Sunumu

Hasibullah Yaqoobi, Tayyibe Bal, Mehmet Çabalak, Yusuf Önlen, Sabahattin Ocak

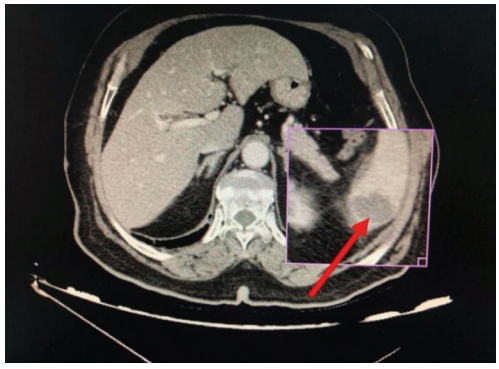
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay

Giriş: Dalak apselerinin en sık nedeni çeşitli enfeksiyon bölgelerinden kaynaklanan bakteriyemilerdir. *Staphylococcus* spp., *Salmonella* spp., *Escherichia coli ve Klebsiella pneumoniae* sık izole edilen mikroorganizmalar arasında yer almaktadır. Dalak apselerinde klinik non-spesifik olduğundan tanı genellikle gecikmektedir. Burada Salmonella enfeksiyonuna bağlı oluşan nadir bir dalak apsesi olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta sol yan ağrısı şikayetiyle başvurdu. Öyküsünde yaklaşık iki aydır sol yan ağrısı olduğu, ağrının hiç geçmediği, giderek arttığı ve son 10-15 gündür daha da şiddetlendiği, başka herhangi bir şikayetinin olmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde 20 yıldır diabetes mellitus, sekiz yıldır hipertansiyon mevcuttu. Geçirilmiş abdominal cerrahi, son bir iki yıldır geçirilmiş akut enfeksiyon ve travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede sol kostovertabral açı hassasiyet mevcuttu, diğer sistem muayeneleri olağandı. Vital bulguları olağandı. Laboratuvar bulgularında CRP: 170 mg/dl, beyaz küre: $6x10^3$ (%78 PNL), tam idrar tetkiki olağandı. Biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. Mevcut kliniği ile değerlendirilen hastaya tanı amaçlı çekilen tüm batın ultrasonografide (USG) dalak alt pol düzeyinde subkapsüler yerleşimli 15x15 mm boyutunda anekoik ve posterioruna güçlenme gösteren loküle mayi izlendi. Aynı zamanda tarafımıza başvuru öncesinde çekilen kontrastlı batın tomografisinde Şekil 1'de dalak alt polde 20x15 mm boyutunda loküle mayi apse olduğu görüldü. Hasta dalak apsesi ön tanısıyla servisimize yatırıldı. USG eşliğinde perkütan apse drenajı uygulanarak 20 cc apse materyali drene edildi. Hasta başında pürülan materyalden aerop, anaerop kültür, Gram-boyama yapıldı. Ayrıca apse materyalinden 5 cc erişkin kan kültürü şişesine ekildi. Gram-boyamanın mikroskobik incelemesinde Gram-olumsuz basiller görüldü. Aerob kültür ve kan kültürü şişesinde *Salmonella* spp. üredi. Antibiyogramda siprofloksasin duyarlı olduğundan siprofloksasin 2x500 mg po tedavi başlandı. Bir hafta sonra çekilen tüm batın USG'de rezidüel apse olmadığı görüldü. Tedaviye klinik, laboratuvar, radyolojik olarak cevap alınan hasta poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Dalak apsesi olan hastalar çoğu zaman non-spesifik klinik bulgularla başvurmaktadır. Detaylı anamnez, fizik muayene, batın bilgisayarlı tomografi/USG ile kolaylıkla tanı konulabilmektedir. Dalak apseleri kontrendikasyon yoksa perkütan olarak drene edilmeli ve drenaj materyalından salmonella dahil diğer etken mikrooraganizmaların identifikasyon için aerop, anaerop kültür yapılmalı ve kan kültürü şişesine ekilmelidir. Olgumuzdan da anlaşılacağı üzere endemik bölgelerde dalak apselerinde *Salmonella* spp. ön tanılar arasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dalak apsesi, *Salmonella* enfeksiyonu



Şekil 1. Kontrastlı batın BT'de dalakta apse görünümü (kırmızı okla gösterilen lezyon)

[PS-304]

Sitomegalovirüs İlişkili Tonsillit

Kaya Süer[1], Sebine Teymurova[2], Meryem Güvenir[3], Emrah Güler[5], Emine Ünal Evren[4], Hakan Evren[4], Nedim Çakır[1]

[1]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

[2]Azerbeycan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bakü, Azerbaycan

[3]Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Lefkoşa

[4]Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Girne

[5]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa

Giriş: Tonsillit tablosu rutin olarak polikliniklerde sıklıkla karşılaşılan bir hastalıktır. A grubu beta hemolitik Streptokoklar yanında viral etkenler de rol alabilir. Epstein-Barr virüs (EBV), adeno virüs, parvovirüs B19, sitomegalovirüs (CMV) ve nadiren herpes simpleks virüs etken olabilir. Bakteriyel tonsillit kliniği gösteren hastalarda antibiyotik tedavisine başlanmadan önce sistemik muayene yapılmasının önemini vurgulamak açısından, bir CMV tonsilliti olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu: Otuz dört yaşındaki erkek hasta, dört gündür olan ateş, boğaz ağrısı ve yutkunma güçlüğü şikayetleriyle KBB kliniğine başvurmuş. Akut tonsillit ön tanısıyla hastaya seftriakson 2x1 gr IV olarak başlanmış. Seftriakson tedavisinin dördüncü gününde şikayetlerinde artış olan, baş ağrısı, bulantı, iştahsızlık ve yaygın miyalji şikayetleri başlayan hastaya piperasilin-tazobaktam başlanmak üzere enfeksiyon kliniğine antibiyotik onayı için başvuruldu. Enfeksiyon kliniği tarafından konsülte edilen hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta, vücut sıcaklığı 39,5 °C, arteryel kan basıncı: 100/75 mmHg, nabız: 110/dk, tonsillerde hipertrofi ve tonsil üzerinde ve dışında yumuşak damak, nazofarenkste görülen membranöz lezyonlar ve eksudasyon görüldü. Bilateral submandibular-posterior servikal zincirde, aksillada ve inguinal bölgede ağrılı, mobil multipl lenfadenopati ve batın muayenesinde hepatomegali saptandı. Tüm batın ultrasonografisinde karaciğer: 182 mm, dalak: 110 mm olarak bulundu. Laboratuvar tetkikleri lökosit: 14,54x10^3/ul, nötrofil: 79,96%, lenfosit: 8,69%, monosit: 4,39%, trombosit: 211x10^3/ul, ALT: 81 U/l, AST: 73 U/l, LDH: 275 U/l, toplam bilirubin: 1,4 mg/dl, GGT: 147 U/l, ALP: 196 U/l, CRP: 19,18 mg/dl, sedimentasyon: 31 mm/saat, Strep A ve tularemi testleri negatif saptanan hastaya sistemik bulgularının da olması nedeni ile viral etkenler açısından tetkikleri istendi. EBV VCA IgM negatif, EBV VCA IgG pozitif olarak saptandı. CMV IgM pozitif, CMV IgG grayzone olarak saptandı. Hastanın yutma güçlüğü olması nedeni ile CMV tanısı ile hastaya gansiklovir 500 mg 1x1 olarak başlandı. Takibinin birinci haftasında ateş kontrol altına alındı, karaciğer enzimleri geriledi, hastanın genel durumu düzeldi ve taburcu edildi. Hastanın tedavi sonrası yurtdışına gitmesi dolayısıyla CMV IgG artışı için test yaptırması ve bize bildirmesi önerildi.

Sonuç: Eksüdatif tonsillit ayırıcı tanısında bakteriyel etkenlerle beraber viral etkenler de rol alır. Bakteriyel tonsillit ön tanısı ile tedaviye başlanmadan önce rutin laboratuvar incelemeleri yanında hastanın sistemik muayenesinin eksiksiz olarak yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sitomegalovirüs, tonsillit

[PS-305]

Direkt Etkili Antivirallerle Tedavi Edilen Kronik Hepatit C Hastalarının Değerlendirilmesi

Dilek Bulut, Merve Sefa Sayar

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

Giriş: Kronik hepatit C (KHC) tedavisinde kullanılan direkt etkili antiviralle (DEA) 2016 yılında ülkemizde kullanıma girmiştir. İyi tolere edilebilen ve tedavi yanıt oranları çok yüksek olan bu rejimler KHC tedavisinde çığır açmıştır. Bu çalışma ile DEA verilen hastaların demografik özelliklerinin, tedaviye yanıtın, tedaviye bağlı yan etkilerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2016-2019 yılları arasında Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve KHC tanısı alan ve DEA tedavi verilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hasta ve tedavi ilişkili veriler hastane sistemi ve hasta dosyalarından kaydedildi.

Bulgular: Tedavi verilen 55 hastanın 37'si erkek, 18'i kadındı. Komorbidite olarak 17'sinde hipertansiyon, yedisinde diabetes mellitus, dördünde koroner arter hastalığı, beşinde KOAH, 13'ünde kronik böbrek yetmezliği, üçünde renal transplant, dördünde siroz, ikisinde hepatocelluler karsinom, ikisinde kronik hepatit B enfeksiyonu, ikisinde HCC dışı malignite mevcuttu. Yirmi bir hastada komorbidite yoktu. HCV bulaşında risk faktörü olarak, yedi hastada operasyon varlığı, 13 hastada diyaliz, 12 hastada IV uyuşturucu, bir hastada kuaförlük mesleği, bir hastada piercing yaptırmak, bir hastada mahkum olmak tespit edildi. Risk faktörü bilinmeyen 20 hasta mevcuttu. Hastaların altısı Genotip 1a, 36'sı 1b, 13 tanesi ise Genotip 3'tü. Hataların 37'si naif, 18'i tedavi deneyimliydi. Hastaların hepsinin tedavileri tamamlanmış olup tedavi sonu yanıt ve kalıcı virolojik yanıt oranları %100'dü. Tedavi yanıtsızlığına rastlanmadı.

Sonuç: DEA virallerin kullanımı hastaların sağkalımı ve tedavi tolerebilitesi açısından büyük aşama kaydetmemize neden olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Direkt etkili antiviral tedavi rejimleri, kronik hepatit C

Tablo 1. DEA tedavi alan KHC hastalarının demografik ve tedavi ile ilgili özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	37	67,3
Kadın	18	32,7
Komorbidite	17	21,3
HT	7	8,8
DM	4	5
KAH	5	6,3
KOAH	13	16,3
KBY	3	3,8
Renal transplantasyon	4	5
Siroz	2	2,5
HCC	2	2,5
KHB	2	2,5
Malignite (HCC dışı) Yok	21	26,3
HCV bulaşında risk faktörü		
Operasyon	7	12,7
Diyaliz	13	23,6
İV uyuşturucu	12	21,8
Kuaför olmak	1	1,8
Piercing yaptırmak	1	1,8
Mahkum olmak	1	1,8
Bilinmeyen	20	36,4
Genotip		
1a	6	10,9
1b	36	65,5
3	13	23,6
Tedavi deneyimi		
Naif	37	67,3
Deneyimli (Peg IFN + RBV)	18	23,7
Verilen DEA tedavi		
Sofospuvir + ledipasvir	17	30,9
OPrD	19	34,5
Glekaprevir + piprentasvir	15	27,3
Sofospuvir + ribavirin	4	7,3

KHC: Kronik hepatit C, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, KAH: Koroner arter hastalığı, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KBY: Kronik böbrek yetmezliği, HCC: Hepatosellüler karsinom, KHB: Kronik hepatit B, HCV: Hepatit C virüsü, İV: İntravenöz, IFN: İnterferon, n: Sayı

[PS-306]

Üçüncü Basamak Hastanede Yazılan Antibiyotik Reçetelerinin ve Hasta Başvurularının Enfeksiyon Hekimi Gözüyle Retrospektif Olarak İncelenmesi

Sevil Alkan Çeviker[1], Mustafa Yılmaz[1], Emine Kadıoğlu[2], Murtaza Kaya[2], Harun Yıldırım[2], Abdil Coşkun[3]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kütahya

[3]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kütahya

Giriş: Acil servisler en fazla hasta başvurusunun olduğu yerler olup enfeksiyon hastalıklarına bağlı semptomlarla ayaktan hasta başvuruları oldukça fazladır. Hastaların ayıca sevk zincirine uymamaları acil servislerde gereksiz iş yüküne neden olmaktadır. Bu amaçla hastanemiz acil servise başvuran enfeksiyon tanılı hastaların tanıları ve antibiyotik reçete edilme oranının incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi'ne (ana hizmet binası) 12.02.2020 tarihinde başvuran uluslararası hastalık sınıflandırması (ICD) kodlarına göre enfeksiyon tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait klinik tanılar ve reçeteler retrospektif olarak değerlendirildi ve bir günlük kesitsel çalışma yapıldı.

Bulgular: Çalışma günü olan 12.02.2020 tarihinde 00.00-23.59 saatleri arasında Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Bölümü'ne (ana hizmet binası) enfeksiyon tanısı ile başvuran 124 hastanın yaş ortalaması: 35,16 (1-73) yaş, 68'i erkek, 56'sı kadındı. Hastaların ICD kodlarına göre yapılan retrospektif çalışmada; akut konjonktivit, tanımlanmamış: bir, akut sinüzit, tanımlanmamış: bir, akut tonsillit, tanımlanmamış: bir, akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış: 94 (%75,8), Akut alt solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış: bir, akut konjonktivit, tanımlanmamış: bir, akut farenjit, tanımlanmamış: bir, akut otitis: bir, akut üst solunum yolu enfeksiyonları, diğer birden fazla yerlerin: iki, ateş, tanımlanmamış: dört, gastroenterit ve kolit, diğer: sekiz, otitis eksterna: beş, pnömoni: iki, Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış: iki hastada saptandı. Hastaların 35'inden (%28,2) tetkik istendiği, hastaların %75'inin sarı alan hastası olduğu, yani aslında poliklinik hastası olduğu saptandı. Yüz yirmi dört hastanın 86'sına (%68,5) ait reçetede antibiyotik mevcuttu. Yirmi dokuz reçetede sefalosporin, 28'inde amoksisilin-klavulonik asit, 2'sinde ampisilin, 14 ünde kinolon, birinde oseltamivir, dördünde klaritromisin, altısında penisilin, birinde topikal tobramisin, birinde metronidazol, altısında ikili antibiyotik kombinasyonu mevcuttu. Yedisi intramüsküler (İM), biri İM ardından oral, biri oküler, ikisi intraauriküler, 73'ü oral, biri intraauriküler + oral yoldan kullanılması reçete edilmişti. Hastaların hiçbirinde mortalite gerçekleşmedi.

Sonuç: Üçüncü basamak hastane olan hastanemiz acil serviste gereksiz olarak 1. basamak hasta grubu olan hasta başvurularının olduğu ve reçetelerin %68,5'inde antibiyotik olduğu saptandı. Acil servislerdeki yoğunluğun azaltılması ve gereksiz antibiyotik reçetelerinin azaltılması amaçlı ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, antibiyotik, reçete

[PS-307]

Cerrahi İlişkili Tetanoz Olgusu

Ramazan Altun, Berfin Çirkin, Tayyibe Bal, Mehmet Çabalak, Sabahattin Ocak, Yusuf Önlen

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay

Giriş: Tetanoz; *Clostridium tetani* nörotoksinleriyle oluşan, dirençli tonik spazmlarla karakterize mortalitesi yüksek ancak aşıyla önlenebilen enfeksiyon acillerinden biridir. Burada, ameliyat sonrası açık iyileşmeye bırakılan yaradan gelişen bir tetanoz olgusu paylaşılmıştır. Bu olguyla tetanoz açısından risk grubunda olup opere olacak hastalara tetanoz aşılamasının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Yetmiş beş yaşında kadın hasta yurtdışından tetanoz ön tanısıyla tarafımıza sevk edildi. Öyküsünde iki hafta önce sol ayak bileğinden opere edildiği, yaranın açık olarak iyileşmeye bırakıldığı ve yara yeri enfeksiyonu geliştiği öğrenildi. Sonrasında ense sertliği ve nöbetler halinde gelen jeneralize ağrılı kas spazmları olması nedeniyle hasta tetanoz ön tanısıyla entübe edilerek kliniğimize sevk edilmişti. Hastanın özgeçmişinde kalp yetmezliği, diyabet ve hipertansiyon mevcuttu. Acil servisteki fizik muayenesinde; bilinci kapalı, vücut sıcaklığı: 36,8 ^{o}C, solunum sayısı: 21/dk, kan basıncı: 110/70 mmHg, nabız: 80/dk olan olguda, ense sertliği mevcuttu. Sol ayak bileğinde yaklaşık 6x6 cm boyutlarındaki nekroze, pürülan akıntılı yara dışında fizik muayenesinde ek özellik yoktu. Beyaz küre: 15.000/mm^3, CRP: 78 mg/dl, kreatin: 3,3 mg/dl dışındaki laboratuvar sonuçları olağandı. Hastaya tetanoz ön tanısıyla insan tetanoz immünoglobulini 500 U intramüsküler ile tetanoz aşısı uygulandı ve metronidazol 4x500 mg intravenöz (i.v.) tedavisi başlandı.Dahili yoğun bakıma alınan hastaya yara yeri enfeksiyonu tanısıyla piperasilin-tazobaktam 4x4,5 gr i.v. ve teikoplanin 1x400 mg i.v. tedavisi başlandı. Yatışının birinci gününde jeneralize kasılmaları olan hastaya sedasyon için; midazolam 0.2 mg/kg/saat i.v., kas rijiditesi ve spazmları için reküronyum bromür 10-20 mg/saat i.v. infüzyon tedavileri başlandı. Yatışının ikinci günü ve sonrasında karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde artış (kreatin değeri: 4,6 mg/dl AST: 183 U/l) olan hasta diyalize alındı. Hipotansif seyreden hastaya dopamin hidroklorür 0,5-20 mcg/kg i.v. ve norepinefrin 0,01-3 mcg/kg/dk i.v. tedavileri başlandı. Yatışının üçüncü gününde hiperpotasemisi, yüksek doz inotrop desteğine rağmen hipotansif seyri devam eden olgu aynı gün eks oldu.

Sonuç: Ameliyat öncesinde hastaya yapılan kontrollerde tetanoz aşısı bulunmuyor ise öncelikle tetanoz aşısı yapılmalıdır. Her türlü operasyon sonrası tetanoz gelişme olasılığının olabileceği akılda tutulmalıdır. Buna ek olarak tanıda gecikmeyle hızlı mortal seyir gösterebilen tetanoza ait klinik bulgular hakkında özellikle hekimlerinin bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aşı, cerrahi, tetanoz

[PS-308]

Hastanemiz Kültür Antibiyogram Sonuçları ile Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlarında Antibiyogram Sonuçlarında Direnç Oranlarının Karşılaştırılması

Fatma Aybala Altay, Fadime Callak Oku, Esengül Şendağ, Ganime Sevinç, Asiye Tekin, Mustafa Çağatay, Gönül Çiçek Şentürk, Yunus Gürbüz, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Antibiyotik direnci son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük bir sorun olmaktadır. Kurumlarımızda 2005 yılından itibaren aktif olarak yürütülen Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonları (SHİE) sürveyansı ile SHİE tanısı alan hastalarda antibiyotik direnç sürveyansı yürütülmektedir. Son yıllarda daha fazla olmak üzere kurumumuza ilk başvuru sırasında ya da yatışın ilk gününde alınan kültür sonuçlarında da pozitiflik saptanmaktadır. Çalışmamızda 2019 yılı için kurumuzda tanı konulan SHİE etkenleri ile SHİE dışındaki, yani toplum kökenli/yatışta var olan enfeksiyon etkenlerinin antibiyotik direnç oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2019 yılında hastanemizde tüm yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) tüm tanı başlıklarında, hastane genelinde kan dolaşımı enfeksiyonu ile dahili kliniklerde pnömoni,üriner sistem enfeksiyonu ve cerrahi kliniklerde altı kategoride prosedür spesifik cerrahi alan sürveyansı ile postoperatif pnömoni sürveyansı yapılmaktadır. SHİE tanıları Ulusal SHİE Sürveyans Tanı Rehberi, 2017 esas alınarak tanımlanmıştır. Tanı konulan olgular "SHİE hasta takip formuna" kayıt edilip İNFLİNE kaydedilerek antibiyotik direnç analizleri sistem üzerinden yapılmıştır. Hastanemiz bünyesinde çalışılan tüm kültür antibiyogram sonuçları HBYS sisteminden Excel olarak alınarak manüel % hesaplaması yapılmıştır.

Bulgular: 2019 yılı için kurumumuza yatışı yapılan hasta sayısı 52.300, toplam yatış günü 207.206 olarak bulunmuş ve toplam 620 SHİE tanımlanmıştır. SHİE tanılarının %17,10'u dahili, %19, 84'ü cerrahi ve %63,06'sı YBÜ'lerde tanımlanmıştır. 2019 yılı için kurumumuz verileri kıyaslamalı olarak Tablo 1'de sunulmuştur. Tabloda da görüleceği üzere, hastanemiz laboratuvarında SHİE dışındaki, yani toplum kökenli/yatışta var olan enfeksiyon etkenlerinin direnç paternleri ile hastanemizin SHİE etkenlerine ait üremelerin direnç paternleri belirgin farklılık gösterebilmektedir.

Sonuç: Tüm laboratuvar sonuçları üzerinden yapılan direnç değerlendirmesinde kurumumuza başvuran hastaların dirençli patojenlerle enfekte ya da kolonize olduğunu görmekteyiz. Direnç artışındaki etmenler göz önüne alındığında önlem çalışmaları içerisinde ulusal düzeyde yürütülen sürveyans sistemlerinde kurumların birbirleriyle veri paylaşımının aktif hale getirilmesi ile dirençli mikroorganizma trafiğinin takip edilebilir hale getirilebilmesi büyük önem arz etmektedir. Veri paylaşımı ile kurumlarımızda enfeksiyon kontrol önlemlerinin erken dönemde alınmasının çapraz bulaşın önlenmesine ve daha da önemlisi antibiyotik kullanım kontrolüne büyük katkı sağlayacağına inanmaktayız. Veri paylaşım sistemlerine kadar geçen sürede mevcut uygulamamız olan günlük kültür antibiyogram sonuçlarının takibi ile izolasyon uygulaması gereken hastaların erken dönemde belirlenmesi ile izolasyon önlemlerinin alınmasının çapraz bulaşın önlenmesinde efektif olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Antimikrobiyal direnç, mikroorganizma, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon

Tablo 1. Kurumumuz tüm kültür antibiyogram sonuçları ile SHİE etkeni olarak alınan antibiyogram sonuçlarında direnç oranları, 2019

SHİE dışı etkenlerde direnç, %	SHİE dışı etkenlerde, n	Mikroorganizma adı ve direnç grubu	SHİE etkenlerde n	SHİE etkenlerde direnç, %
25,46	498	*S. aureus* - metisilin	40	25,00
22,22	45	*Acinetobacter* spp. - kolistin	103	0,09
90,73	355	*Acinetobacter* spp. - karbapenem	103	85,43
19,35	62	*Pseudomonas* spp. - kolistin	-	-
54,08	519	*Pseudomonas* spp. - karbapenem	43	44,18
61,36	44	*Klebsiella* spp. - kolistin	3	0,00
17,42	1276	*Klebsiella* spp. - karbapenem	75	40,00
1,82	604	*Enterecoccus* spp. vankomisin	63	3,17

SHİE: Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonları, n: Sayı

[PS-309]

2017-2019 Yıllarında Sekonder Bakteriyemilerin Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon Tanılarına Göre Dağılımı

Ganime Sevinç, Asiye Tekin, Gönül Çiçek Şentürk, Esengül Şendağ, Fadime Callak Oku, Yunus Gürbüz, Fatma Aybala Altay, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

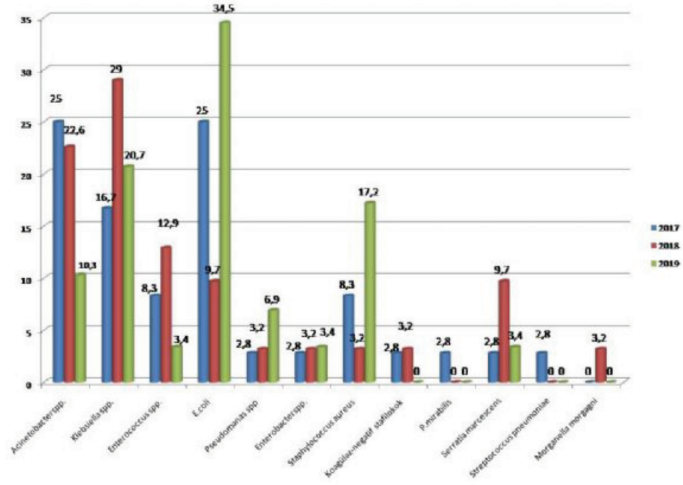
Giriş: Sekonder bakteriyemiler, vücudun başka bir bölgesinde kanıtlanmış bir enfeksiyona neden olan mikroorganizma ile bu enfeksiyon sonrası gelişen bakteriyemilerdir. Bu çalışmada, hastanemizde 2017-2019 yıllarında Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlarda (SHİE) sekonder gelişen bakteriyemilerin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2017-2019 yıllarında hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde aktif ve prospektif sürveyans, kliniklerde ise laboratuvara dayalı sürveyans ve prosedür spesifik cerrahi alan enfeksiyonu sürveyansı çalışmaları yürütülmüştür. Sürveyans, SB Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmet Standartları Daire Başkanlığı Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA)'nın, "Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi" doğrultusunda yürütülmüştür. Tanı konulan olgular bu amaçla kullanılmakta olan bilgisayar programına uygun "Hastane enfeksiyonları hasta takip formu"na kayıt edilip, sürveyans yazılım programına online olarak girilmiştir. Sonuçlar İNFLİNE'dan analiz edilmiştir.

Bulgular: Yapılan çalışmada SHİE'lerde primer bakteriyemi görülme oranı 2017 yılında (80) %12,1, 2018 yılında (72) %9,8 ve 2019 yılında (68) %12,7'dir. 2017 yılında konulan 661 SHİE tanısının (36) %5,8'inde, 2018 yılında konulan 736 SHİE tanısının (31) %4,2'sinde ve 2019 yılında konulan 536 SHİE tanısının (29) %5,4'ünde sekonder bakteriyemi gelişmiştir. Sekonder bakteriyemi tanılarının branşlara göre dağılımına baktığımızda; 2017 yılında (19) %52,8'i yoğun bakım ünitesinde, (11) %30,6'sı cerrahi branşlarda, (6) %16,7'si dahili branşlarda takip edilmiştir. 2018 yılına bakıldığında (21) %67,7'si yoğun bakım ünitesinde, (3) %9,7'si cerrahi branşlarda, (7) %22,6'sı dahili branşlarda takip edilmiştir. 2019 yılında ise; (16) %55,1'i yoğun bakım ünitesinde, (6) %20,7'si cerrahi branşlarda, (7) %24,1'i dahili branşlarda takip edilmiştir.

Sonuç: 2017-2019 yılları arasında SHİE tanıları değerlendirilmiş ve üriner sistem enfeksiyonlarında sekonder bakteriyemi gelişiminin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Yıllara göre bakıldığında 2017 yılında %52,8, 2018 yılında %51,6 ve 2019 yılında %44,8 ile üriner sistem enfeksiyonlarında sekonder bakteriyemi gelişmiştir. Sekonder bakteriyemi etkeni olarak 2017 ve 2018 yıllarında en sık *Acinetobacter* spp. ve *Klebsiella* spp. izole edilirken 2019 yılında *E. coli* olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon, mikroorganizma, sekonder bakteriyemi



Grafik 1. Yıllara göre sekonder bakteriyemi olgularından izole edilen mikroorganizmalar

Tablo 1. Yıllara göre sekonder bakteriyemi olgularının SHİE tanılarına göre dağılımı

Sekonder bakteriyemi	2017 (36)	2018 (31)	2019 (29)
Alt solunum yollarının diğer enfeksiyonu	13,9	9,7	13,8
Alt solunum yollarının diğer enflamasyonları	13,9	0	0
Pnömoniye ait kanıt bulunmaksızın alt solunum yolu enflamasyonu	0	9,7	13,8
Üriner sistem enfeksiyonu	52,8	51,6	44,8
Kateter ilişkili ÜSE	41,7	45,1	27,6
Semptomatik ÜSE	11,1	6,5	13,8
Asemptomatik bakteremik ÜSE	0	0	3,4
MSS enfeksiyonu	0	9,7	0
Menenjit	0	9,7	0
Cerrahi alan enfeksiyonu	13,9	0	10,3
CAE organ boşluk	8,3	0	0
CAE derin primer	5,6	0	10,3
CAE yüzeyel primer	0	0	0
Pnömoni	16,7	25,8	24,1

Tablo 1. Devamı			
Sekonder bakteriyemi	**2017 (36)**	**2018 (31)**	**2019 (29)**
VİP/OVİP/YOVİP	8,3	9,7	10,3
Pnömoni	8,3	16,1	13,8
Deri yumuşak doku enfeksiyonu	2,8	3,2	6,9
Deri yumuşak doku enfeksiyonu	2,8	3,2	6,9
SHİE: Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonları, ÜSE: Üriner sistem enfeksiyonu, MSS: Merkezi sinir sistemi, CAE: Cerrahi alan enfeksiyonu, VİP: Ventilatör ilişkili pnömoni			

[PS-310]

Otolog Kök Hücre Nakli Olan AntiHBc IgG Pozitif Hastalarda Antiviral Profilaksinin Önemi

Sabahat Çeken[1], Merih Kızıl Çakar[2], Gülşen İskender[1], Duygu Mert[1], Habip Gedik[3], Göknur Yapar Toros[1], Dicle İskender[2], Fevzi Altuntaş[2], Mustafa Ertek[1]

[1]Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Ankara

[3]Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Hepatit B virüsü (HBV) ile karşılaşmış kişiler immünosüpresif tedavi aldıklarında hepatit reaktivasyonu riski altındadır. Bu çalışmada AntiHBc IgG pozitif otolog kök hücre (OKİT) nakli olmuş hastalarda HBV reaktivasyonu ile ilişkili faktörler incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz hematoloji kliniği kök hücre nakli ünitesinde, Mayıs 2012-Aralık 2018 tarihleri arasında, otolog kök hücre nakli olmuş hastalardan AntiHBc IgG titresi pozitif olan 18 yaş ve üstü hastalar çalışmaya dahil edildi. Kök hücre nakli sonrası en az bir yıl takip edilmemiş hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların demografik verileri, malignite tanısı, HBsAg, antiHBs, HBeAg, anti-HBe, HBV-DNA değerleri, profilaksi alıp almadıkları, takip sırasından reaktivasyon olup olmadığı kaydedildi. Reaktivasyon olan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri, kullanılan antiviral ve sonuç kaydedildi. Hasta verileri, enfeksiyon hastalıkları polikliniği hasta takip dosyaları ve hastane otomasyon sisteminden elde edildi.

Bulgular: Hastanemizde 6,5 yıllık bir süre içinde otolog kök hücre nakli olmuş hastaların 96'sında antiHBc IgG pozitif bulundu. Bu hastaların sekizi HBsAg pozitif, 50'si antiHBs pozitifti. HBsAg pozitif hastalardan beşi başvuru sırasında antiviral tedavi almakta idi, diğer üç hastaya da antiviral tedavi başlandı. Takip sırasında antiviral tedaviyi bırakan bir hastanın HBV DNA'sı pozitifleşti. HBs Ag negatif 88 hastanın dördü OKİT sonrası ilk bir yıl içinde çeşitli nedenlerden kaybedildiğinden 84 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların beşinde HBV-DNA pozitifliği (occult hepatit) saptandı. Hastaların 48'i (%57,1) antiHBs pozitifti. Hastaların 52'si (%61,9) antiviral profilaksi alırken 32'si (%38,1) profilaksisiz takip edildi. HBsAg negatif, antiHBc IgG pozitif, HBV-DNA negatif olan otolog kök hücre nakli hastalarında antiviral profilaksi için rehber önerisi olmadığından, 2016 yılından önce bu hastaların bir kısmı profilaksisiz takip edildi. Profilaksi almayan hastalardan dördünde (%12,5) hepatit reaktivasyonu gelişirken, profilaksi alan grupta reaktivasyon görülmedi. Reaktivasyon olan hastalarda karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme görülürken hiçbir hastada hepatite bağlı mortalite görülmedi. Reaktivasyon gelişen ve gelişmeyen hastalarla ilgili klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: Otolog kök hücre naklinde, HBs Ag negatif olsa da HBV reaktivasyon riski göz önünde bulundurularak antiviral profilaksi verilmelidir

Anahtar Kelimeler: Hepatit B virüsü, hepatit reaktivasyonu, otolog kök hücre nakli

Tablo 1. Hepatit B reaktivasyonu olan ve olmayan hastaların klinik ve laboratuvar bulguları

	Tüm hastalar (n=84)	**Reaktivasyon olmayan (n=80)**	**Reaktivasyon olan (n=4)**	**p**
Yaş, ortalama (± SS)	52,6±11,7	52,32±11,8	58,25±8,92	0,326
Erkek cinsiyet, n (%)	58 (69)	55 (68,7)	3 (75)	0,845
Malignite				
Hodgkin lenfoma, n (%)	9 (10,7)	9 (11)	0 (0)	0,719
Non-Hodgkin lenfoma, n (%)	14 (16,6)	13 (16)	1 (25)	
Multipl miyelom, n (%)	58 (69)	55 (68,7)	3 (75)	
Solid tümör, n (%)	3 (3,5)	3 (3,7)	0 (0)	
Hazırlık rejimi				
Melfalan, n (%)	57 (67,8)	54 (67,5)	3 (75)	0,908
BEAM, n (%)	22 (26,1)	2126,2	1 (25)	
TECA, n (%)	3 (3,5)	3 (3,7)	0 (0)	
CY-TBI, n (%)	2 (2,3)	2 (2,5)	0 (0)	
Başlangıçta HBV DNA pozitifliği, n (%)	5 (5,9)	5 (6,2)	0 (0)	0,779
HBeAg pozitifliği, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Anti-HBe pozitifliği, n (%)	25 (29,7)	24 (30)	1 (25)	0,657
AntiHBs pozitifliği (≥10 IU), n (%)	48 (57,1)	46 (57,5)	2 (50)	0,27
AntiHBs ≥100, n (%)	25 (29,7)	23 (28,7)	2 (50)	0,574
Hepatit profilaksisi uygulanan hasta sayısı, (%)	52 (61,9)	52 (65)	0 (0)	0,179
Hepatit profilaksisi ilacı				
Profilaksi yok	32 (38,1)	28 (35)	4 (100)	0,024
Lamivudin	28 (33,3)	28 (35)	0 (0)	
Tenofovir	20 (23,8)	20 (25)	0 (0)	
Entekavir	4 (4,8)	4 (5)	0 (0)	
Takip süresi, ay	37,75±21,27	38,01±21,41	30,75±19,61	0,503
HBV: Hepatit B virüsü, SS: Standart sapma, n: Sayı				

[PS-311]

Dört Haftalık Tedaviye Yanıt Alınan Hepatit C Olgusu

Arzu Tarakçı, Fatma Çölkesen, Esma Eroğlu, Şule Özdemir Armağan, Fatma Kacar, Selver Can

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Kronik Hepatit C'nin (KHC) tedavisinde son zamanlarda yeni tedavi rejimlerinin gündeme gelmesi ile interferonsuz, iyi tolere edilebilen, yanıt oranı yüksek oral tedavi seçenekleri mevcut hale gelmiştir. İyi tolere edilebilen, başarı oranı oldukça yüksek olan direkt etkili antiviral ajanlardan biri de Glecaprevir/pibrentasvir kombine tek tablet rejimidir. Bu yazıda 8 haftalık tedavi planlanan ancak elde olmayan nedenlerden dolayı tedavisi yalnızca 4 hafta ile sınırlı kalan ve kalıcı virolojik yanıt elde edilen KHC olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 24 yaşında mahkum erkek hasta, cezaevinde yapılan tetkiklerinde anti HCV pozitif saptanması üzerine polikliniğimize yönlendirildi. Anamnezinde intravenöz madde bağımlılığı nedeniyle Amatem tarafından Buprenorfin ile tedavi edildiği ve bir yıldır madde kullanmadığı öğrenildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde ALT: 49 mg/dl, AST: 29 mg/dl, HCV-RNA: 2.962.000 IU/ml, HCV genotip: 3, anti HAV IgG (-), HBs Ag (-), antiHBs (+), antiHBc IgG (-), anti HIV (-) olarak saptanmıştır. Daha önce KHC için tedavi almayan non-sirotik naif hastaya glecaprevir/pibrentasvir tedavisi planlanarak sekiz haftalık ilaç raporu çıkarıldı. Hastanın reçetesi yazılarak bir ay sonra kontrole gelmesi önerildi. Hasta polikliniğimize dört ay sonra tekrar başvurdu. Sorgulandığında bir kutu ilaç kullandığı sonrasında takibe gelmediği ve tedavinin üstünden üç ay geçtiği öğrenildi. Hastadan istenen kontrol tetkiklerde karaciğer fonksiyon testi normal, HCV-RNA (-) olarak saptandı. Sadece dört hafta tedavi alan hasta bir ay sonra tekrar kontrole çağrılarak HCV-RNA testi tekrarlandı. Sonuç yine negatif olarak saptandı. Hastada kalıcı virolojik yanıt oluştuğu görüldü.

Sonuç: KHC tedavisinde intravenöz madde bağımlılarında sık rastlanan genotip 3 profilindeki hasta grubunda daha uzun tedavi süreleri ile çok daha düşük kalıcı virolojik yanıt oranları elde edilmekteydi. Günümüzde glecaprevir/pibrentasvir rejimi ile yüksek tedavi başarısı sağlanmış ve tedavi süresi sekiz hafta ile sınırlandırılmıştır. Bu olguda dört haftalık tedavi ile kalıcı virolojik yanıt elde edilmiştir. Bu dört haftalık tedavi süresi kür için yeterli midir sorusunun cevabı için geniş serilerle yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Glecapevir/pibrentasvir, kronik hepatit C, virolojik yanıt

[PS-312]

Yoğun Bakım Biriminde Kan Kültürlerinden İzole Edilen Bakterilerde Antimikrobiyal Direnç

Arzu Şenol

Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde dirençli bakterilerin neden olduğu enfeksiyonlar, tedavi güçlüğü ve mortalite yüksekliği nedeniyle büyük bir sorundur. Bu nedenle, bu birimlerde saptanan bakteriler ile antibiyotik direnç profillerinin ortaya konulması önemlidir. Kandaki enfeksiyon etkenini saptamada kan kültürleri altın standart olma özelliğini korumaktadır. Bu çalışmada, anestezi ve reanimasyon yoğun bakım birimindeki olguların kan kültürlerinden izole edilen Gram-olumlu ve Gram-olumsuz suşların antimikrobiyal direnç oranlarının retrospektif değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019 - Şubat 2020 tarihleri arasında anestezi yoğun bakımdaki olguların kan kültürlerinden izole edilen 39 bakteri (gram-olumlu ve olumsuz) çalışmaya alındı. Aynı hastadaki aynı enfeksiyon odağından tekrarlayan üremeler değerlendirilmedi. Kan kültürleri, BACTEC 9240 (Becton Dickinson, Diag. Ins. System, USA) tam otomatik kan kültür cihazında değerlendirildi. Üreyen bakterilerin identifikasyonu ve antibiyotik duyarlılığı EUCAST önerilerine göre, MicroScan WalkAway 96 otomatize sistemi, kolistin için mikrotüp dilusyonu ile değerlendirildi. İstatistiksel analizde, SSPS 22 programı kullanıldı. Kantitatif veriler için Student's t-testi, non-kantitatifler için ki-kare testi kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırılmada, normal dağılım gösteren parametreler için Students t-testi kullanıldı. P değeri <0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Kan kültürlerinden izole edilen 39 suşun 13'ü *K. pneumoniae*, 4'ü *P. aeruinosa*, 3'ü *A. baumanii*, 2'si *E. coli*, 2'si *E. cloacae*, 5'i *S. aureus*, 5'i *E. faecalis*, 5'i *S. haemolyticus* idi. Olguların 19'u kadın, 20'si erkek, yaşları 32-98 (%87,2 5,0 yaş üstü) arasında idi. En sık izole edilen bakteri *K. pneumoniae* idi. *K. pneumoniae* suşlarında GSBL-pozitiflik oranı %84,6 idi. *E. coli* ve *Enterobacter* suş sayısı düşük olduğundan çalışma dışı bırakıldı. Stafilokok suşlarınının her ikisinde de metisilin direnç oranı %80 idi ve tigesiklin, teikoplanine direnç saptanmadı. Enterokok suşlarında ise tigesiklin ve linezolid direnci yoktu. *Klebsiella*, *Pseudomonas* ve *Acinetobacter* suşlarında en düşük direnç kolistinde saptandı. Gram-olumlu ve olumsuz arasında yaş, cinsiyet, biyokimyasal parametreler (beyaz küre, AST, ALT, PLT, CRE, CRP normalden yüksekti) arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: Antibiyotik seçiminde yol göstermesi açısından belli aralıklarla kan kültüründe üreyen mikroorganizmalar ve antibiyotik direnç oranlarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Gram-olumsuz suşlarda karbapenemlere direncin arttığı görülmektedir. Bu suşların tedavisinde kolistin iyi bir tedavi seçeneği olabilir. Stafilokok suşlarında, metisilin direnci yüksekti. Stafilokok ve enterokok suşlarınının tedavisinde tigesiklin, linezolid tercih edilebilir. Direnç oranı düşük olduğundan vankomisin ve teikoplanin tedavide alternatif kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Antimikrobiyal direnç, bakteri, kan kültürü

Tablo 1. Kan kültüründen izole edilen bakteriler ve antimikrobiyal direnç oranları

Antibiyotik	*K. pneumoniae* n (%)	*P. aeruginosa* n (%)	*A. baumannii* n (%)	*S. aureus* n (%)	*S. haemolyticus* n (%)	*E. faecalis* n (%)
Siprofloksasin	11 (84,6)	3 (75)	3 (100)	4 (80)	4 (80)	3 (60)
Seftazidim	10 (76,9)	1 (25)	3 (100)	-	-	-
Meropenem	7 (53,8)	1 (25)	2 (66,6)	-	-	-
İmipenem	5 (38,5)	1 (25)	2 (66,6)	-	-	-
Piperasilin-tazobaktam	8 (61,5)	2 (50)	3 (100)	-	-	-
Trimetoprim-sulfametoksazol	9 (69,2)	2 (50)	3 (100)	2 (40)	2 (40)	-
Amoksisilin-klavulonik asit	11 (84,6)	4 (100)	3 (100)	4 (80)	4 (80)	3 (60)
Gentamisin	9 (69,2)	2 (50)	2 (66,6)	1 (20)	1 (20)	1 (20)
Seftriakson	11 (84,6)	4 (100)	3 (100)	-	-	-
Kolistin	3 (23,0)	0 (0)	1 (33,3)	-	-	-
Tigesiklin	7 (53,8)	2 (50)	2 (66,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Oxacilin	-	-	-	4 (80)	4 (80)	
Linezolid	-	-	-	1 (20)	1 (20)	0 (0)
Vankomisin	-	-	-	0 (0)	1(20)	1 (20)
Teikoplanin	-	-	-	0 (0)	0 (0)	1 (20)

n: Sayı

[PS-313]

Kandidemi Nedeniyle Takip Edilen Hastaların Kandidemi Süresi, Mortalite Oranları ve Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması

Sudem Mahmutoğlu Çolak, Tuba İlgar, Sevda Özdemir Al, İlknur Esen Yıldız, Uğur Kostakoğlu, Ayşe Ertürk

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Kandidemi yatan hastalarda major mortalite sebeplerinden biridir. Mortaliteyi etkileyen faktörlerden olan antifungal tedaviye yanıt takibi kan kültürü ile yapılmakta ve hastalar laboratuvar tetkikleri ile takip edilmektedir. Biz bu bildiride kandidemi nedeniyle takip edilen hastalarda kandidemi süresi ile mortalite oranları ve laboratuvar değerleri arasındaki ilişkileri değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya 01.01.2019 - 31.12.2019 tarihleri arasında hastanemizde yatarak takip edilen ve kan kültürlerinde *Candida* spp. üremesi olan 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edilmiştir. Elektronik kayıtlar ve enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları incelenerek hasta verilerine ulaşılmıştır. Hastalarda kandidemi saptanan ilk gün hemogram değerleri kaydedilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Kandidemi saptanan 50 hastanın 23'ü (%46) kadındır, yaş ortalaması 68,92'dir [standart sapma (SS)=15,6]. Hastaların demografik özellikleri ve kandidemi risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların %40'ında *C. albicans* üremesi saptanmıştır. Otuz üç hastaya antifungal tedavi başlanmış ve bu hastaların %33,3'ünün (n=11) tedavisi tamamlanmış, %66,7'sinin (n=22) tedavisi tamamlanmadan eksitus olmuştur. On yedi hastaya ise eksitus olduktan sonra kültür sonucu çıktığından antifungal tedavi verilememiştir. Verilen antifungal tedavi süresi ortalaması 16,59 (SS=12,1), hastaneye yatış günü ortalaması ise 38,54 (SS=27,5) gündür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda tüm hemogram parametreleri incelenmiş ve eksitus olan hastalarda ortalama trombosit sayısının (ortalama: 175,3 10^3/ul) taburcu olan hastalara göre (ortalama: 274 10^3/ul) anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (p=0,006). Ortalama trombosit hacmi (MPV) ortanca değerlerinin de eksitus olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (p=0,028). Kandidemi süresi ile tüm parametreler karşılaştırıldığında; operasyon öyküsü olanlarda, total parenteral nutrisyon (TPN) tedavisi alanlarda ve perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ile takipli hastalarda ortanca kandidemi süresinin anlamlı derecede yüksek (sırasıyla p=0,028, p=0,032, p=0,016), *C. albicans* üremesi olan hastalarda ise anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (p=0,021). Tedavi süresi tamamlanan hastalardan eksitus olanların trombosit ortalamasının (ortalama: 157,6 10^3/ul) taburcu olanlara göre (ortalama: 322,2 10^3/ul) daha düşük olduğu görülmüştür (p=0,036). Tedavi süresi tamamlanan hastaların kandidemi süresi ile diğer parametreler karşılaştırılmış ve operasyon öyküsü olanlarda ortalama kandidemi süresinin (28,5 gün) anlamlı olarak daha uzun, üriner kateteri olanlarda ise daha kısa (7 gün) olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0,04, p=0,047).

Sonuç: Kandidemi nedeniyle takip edilen hastalarda trombosit ve MPV değerlerinin mortalite yönünden belirteç olabileceği gösterilmiş, kandidemi süresiyle mortalite veya laboratuvar değerleri arasında ise istatistiksel bir ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Kandidemi, laboratuvar, mortalite

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve risk faktörleri bilgileri	
Demografik özellikler ve risk faktörleri	**n (%)**
Servis yatış	25 (%50)
YBÜ* yatış	25 (%50)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	10 (%20)
Koroner arter hastalığı	12 (%24)
Konjestif kalp yetmezliği	9 (%18)
Akut veya kronik böbrek yetmezliği	10 (%20)
Hemodiyaliz	6 (%12)
Siroz	0
Transplantasyon	1 (%2)
Hematolojik malignite	2 (%4)
Solid tümör	19 (%38)
Diabetes mellitus	18 (%36)
YBÜ yatış öyküsü	11 (%22)
Operasyon öyküsü	21 (%42)
İmmünsüpresyon	12 (%24)
Steroid kullanımı	11 (%22)
Mekanik ventilasyon	26 (%52)
Santral kateter	32 (%64)
Üriner kateter	47 (%94)
Nazogastrik sonda	33 (%66)
PEG**	11 (%22)
Total parenteral nutrisyon	24 (%48)
Mide koruyucu	50 (%100)
Eksitus	40 (%80)
Taburcu	10 (%20)
*YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, **PEG: Perkütan endoskopik gastrostomi	

[PS-314]

Üçüncü Basamak Bir Hastanede İzlenen Bruselloz Olgularının Değerlendirilmesi

Esma Kepenek Kurt, Sümeyye Yüce, Bahar Kandemir, İbrahim Erayman, Mehmet Bitirgen

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Bruselloz dünyada ve ülkemizde yaygın görülen zoonotik hastalıklardan biridir. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilen bruselloz olgularının demografik/epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin, komplikasyonlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2010 - 31 Aralık 2018 yılları arasında takip edilen olgular, üniversite etik kurulundan (2019/1674 no'lu karar) onam alındıktan sonra, retrospektif olarak incelendi. Hasta bilgilerine hastaların arşivdeki yatış dosyaları, hastane otomasyon sisteminden ulaşıldı. Hastaların demografik özellikleri, Bruselloz için risk faktörleri, başvuru şikayetleri, ilk başvurudaki biyokimyasal ve serolojik özellikleri, uygulanan tedavi ve komplikasyonlar SPSS programına kaydedildikten sonra sayı ve yüzde, ki-kare testi, t testi kullanılarak analiz yapıldı.

Bulgular: Brusellozlu 365 hastanın 159'u (%43,56) kadın, 206'sı (56,44) erkekti. Yaş ortalaması tüm hastaların 45,9±14,51 (18-82), kadınların 48,47±13,76, erkeklerin 43,92±14,8'di. Kadın hastalarda yaş ortalaması erkeklerden istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0,0029). Hastalar en sık 137 (%37,53) ile yaz mevsiminde başvurmuş olup bunu 96 (%26,3) ile ilkbahar, 73 (%20) ile sonbahar, 59 (%16,16) ile kış mevsimi izlemekteydi. Olguların 165'i akut (%45,21), 99'u (%27,12) subakut, 101'i (%27,67) kronik brusellozdu. Hastaların en sık şikayeti 302 (%82,7) halsizlik olup başvuru şikayetlerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalığın en sık bulaş yolu 252 (%69,04) ile hayvancılıkla uğraş olup bunu 68 (%18,63) ile süt ve süt ürünleri ile beslenme izlemekte, 13 (%3,56) hastanın mesleki riske (veteriner hekim, kasap, gibi) sahip olduğu saptandı. Otuz iki (%8,77) hastanın bulaş yolu saptanamadı. Hastaların laboratuvar bulguları Tablo 2'de gösterilmiştir. Wright agglütinasyon testi 26 hastada pozitif saptanmış olup immuncapture testi hastaların 40'ında (%11,8) 1/160, 59'unda (%16,34) 1/320, 63'ünde (%17,45) 1/640, 55'inde (%15,24) 1/1280, 48'inde (%13,3) 1/2560, 96'sında (%16,59) 1/5120 pozitif saptandı. Doksan hastadan kan kültürü alınmış olup 63'ünde (%70) üreme saptanmadı. Yirmi beşinde (%27,78) üreme olup bir hastanın diz eklem sıvısında, bir hastanın hem kan hem de paravertebral apse materyalinde *Brucella* spp. üredi. Nörobruselloz olgularının beyin omurilik sıvısı kültüründe üreme olmadı. Elli sekiz olguda spondilodiskit, 26 artrit, 18 sakroileit, 17 orşit, 14 hepatosplenomegali, 16 splenomegali, 7 nörobruselloz, 5 hepatomegali, 4 lenfadenopati, 2 sternoklavikuler apse, birer olguda tenosinovit, enfektif endokardit + dalakta apse + orşit, saçta dökülme, portal ven trombusu + dalakta enfarkt, üveit + spondilodiskit + sakroileit saptandı. Hastaların en sık tedavi kombinasyonu doksisiklin + rifampisin 153 (%44,2) idi.

Sonuç: Yöremizde brusellozun hala önemli bir sorun olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hastalıklı hayvanların aşılanması ve risk grubundaki bireylerin bilgilendirilmesi gibi koruyucu önlemlerin olgu sayılarını azaltabileceği görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, epidemiyoloji, laboratuvar bulguları

Tablo 1. Başvuru şikayet dağılımı	
Sayı	**n (%)**
Halsizlik	302 (82,7)
Eklem ağrısı	272 (74,5)
Ateş	194 (53,2)
Bel ağrısı	171 (46,9)
Terleme	165 (45,2)
İştahsızlık	136 (37,3)
Kilo kaybı	115 (31,5)
Kalça ağrısı	91 (24,9)
Bulantı	62 (17)
Öksürük	16 (4,4)

Tablo 2. Hastaların ilk başvurudaki laboratuvar verileri	
Anemi (erkek Hb <14 mg/dl; kadın Hb <12 mg/dl)	53 (33,3)/114 (55,3) (p=0,0283)
CRP (>5 mg/l)	228 (62,5)
SED (>20 mm/saat)	154 (42,2)
WBC <4.000/µl >10.000/µl	29 (8) 29 (8)
Nötrofil <1.500/µl >7.300/µl	15 (4,1) 33 (9)
Lenfosit <800/µl	10 (2,7)
Monosit >900/µl	32 (8,8)
Trombosit <150.000/µl	35 (9,6)
ALT >40 U/l	105 (28,8)
AST >40 U/l	85 (23,3)
Hg: Hemoglobin, CRP: C-reaktif protein, SED: Sedimentasyon, WBC: Beyaz küre, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz	

[PS-315]

2018-2019 Yıllarında 65 Yaş Üzeri Hastalarda Görülen Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların Değerlendirilmesi

Fadime Callak Oku, Esengül Şendağ, Fatma Aybala Altay, Ganime Sevinç, Asiye Tekin, Gönül Çiçek Şentürk, Yunus Gürbüz, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

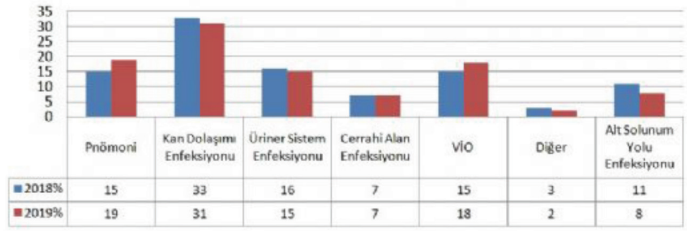
Giriş: Hastaneye çeşitli tanılarla tedavi amaçlı başvuran hastaların yatışının 3. günü ve sonrasında gelişen enfeksiyonları, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon (SHİE) olarak adlandırılmaktadır. Hastaların yatış süreleri SHİE gelişiminde bir faktör olmakla birlikte pek çok faktör SHİE'lerin gelişiminde etkili olmaktadır. Bu faktörlerden birinin ileri yaş (65 yaş ve üstü) olduğu gözlenmektedir. Bu çalışma ile hastanemiz 2018-2019 yılları arasında 65 yaş üstü hastalardaki SHİE'lerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde tüm yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) tüm tanı başlıklarında, hastane genelinde kan dolaşımı enfeksiyonu ile dahili kliniklerde pnömoni, üriner sistem enfeksiyonu ve cerrahi kliniklerde 6 kategoride prosedür spesifik cerrahi alan sürveyansı ile postoperatif pnömoni sürveyansı yapılmaktadır. SHİE tanıları Ulusal SHİE sürveyans tanı rehberi, 2017 esas alınarak tanımlanmıştır. Tanı konulan olgular İNFLİNE programına kaydedilerek sistem üzerinden analiz edilmiştir.

Bulgular: Kurumumuzda; 2018 yılında 736 SHİE tanısının tespit edildiği, bu tanıların 359'unun 65 yaş üstü hastalarda geliştiği görülmüştür. 2019 yılında ise 620 SHİE tanısının 333'ünün 65 yaş üstü hastalarda geliştiği görülmüştür. Hastanemiz geneli 65 yaş üstü hastalarda SHİE tanıların dağılımı Grafik 1'de, SHİE gelişen 65 yaş üstü hastaların hastanedeki yatış süreleri ise Grafik 2'de verilmiştir.

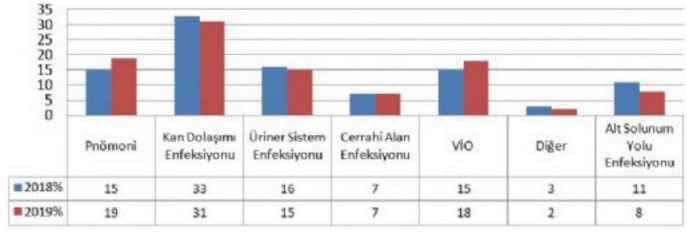
Sonuç: 2018-2019 yılları arasındaki verilerimiz değerlendirildiğinde kurumumuz genelinde 2019 yılında SHİE tanılarındaki sayısal azalmayla birlikte 65 yaş üstü hastalardaki SHİE tanılarında da azalma olduğu görülmektedir. SHİE tanılarının dağılımına baktığımızda 2018 ve 2019 yıllarında kan dolaşımı enfeksiyonun ilk sırada olduğu, 2019 yılında ventilatör ilişkili olay ve cerrahi alan enfeksiyonu sayılarının bir önceki yıla oranla arttığı görülmektedir. Ayrıca 2019 yılında SHİE gelişmiş 65 yaş üstü hastalarda hastanede kalış süreleri değerlendirildiğinde ise 41 gün ve üzeri hastanede kalan grubun gelişen SHİE tanısının önemli bir kısmını oluşturduğu görülmektedir. Klinik çalışmalarda enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanması, altta yatan hastalıkların kontrol altında tutulması, hastaların öz bakımlarının desteklenmesi tüm hastalarda olduğu gibi 65 yaş üstü hastalarda da SHİE'yi önlemede etkili olmaktadır. SHİE'lerin önlenmesi hastalarda yaşam kalitesini yükselttiği gibi hastanede kalış süresini de azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, SHİE, 65 yaş üstü



Grafik 1. 2018-2019 yıllarında 65 yaş üstü hastalardaki görülen enfeksiyonların yüzdesi

VİO: Ventilatör ilişkili olay



Grafik 2. 2018-2019 yıllarında 65 yaş üstü hastaların hastanedeki yatış sürelerinin yüzdesi

[PS-316]

Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde El Hijyeni Uyumu ve Hastane Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

Zehra Beştepe Dursun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

Giriş: Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonlarının (SBİE) önlenmesinde ilk sıralarda el hijyenine uyum gelmektedir. Çalışmamızda bir yıllık süreçte yoğun bakım ünitelerindeki el hijyeni uyumunun değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 2018 yılında faaliyete başlayan bir şehir hastanesinde dahili ve cerrahi olmak üzere toplam 191 hasta yatağının olduğu yoğun bakım (YB) ünitelerinde Enfeksiyon Kontrol Komitesi hemşireleri tarafından Sağlık Bakanlığı'nın sürveyans veri tabanına yüklenen el hijyeni uyum ve SBİE oranlarının 2019 yılı boyunca girilen verileri incelenmiştir. Enfeksiyon etkeninin saptanması için klinik örnekler %5 koyun kanlı ve eosin methylene blue agar besiyerlerine ekildi. Ekimler aerobik koşullarda 37 °C'de 24 saatlik inkübasyona bırakıldı. Mikroorganizmaların identifikasyonu için klasik tanı yöntemleri kullanıldı. Tanımlanan suşların antibiyotik duyarlılıkları Klinik Laboratuvar Standartları Komitesi (CLSI) kriterlerine göre değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada el hijyeni uyumu değerlendirildiğinde hastane genelindeki el hijyeni uyumu %69,4 olup en fazla uyumun yanık YB olduğu görüldü. Yanık YB yatak sayısı beş olup enfeksiyon hızı ve

dansitenin en yüksek olduğu YB olarak değerlendirildi. Bunun sebebi ise Yanık YB'de yatan hasta sayısının az olmasına rağmen enfeksiyon sayısının fazla olmasıdır. Toplam hastane enfeksiyon hızı 5,08 dansite ise 11,08 bulundu. Enfeksiyon hızı en yüksek yanık YB (%150), ikinci sırada nöroloji YB (%18,9), üçüncü sırada ise çocuk 2. basamak YB (%6,9) olarak görüldü. Enfeksiyon türlerine göre hızı en yüksek olan kan dolaşımı enfeksiyonu, ikinci sırada pnömoni, üçüncü sırada cerrahi alan enfeksiyonu olarak görüldü. Hastane enfeksiyonlarına en sık neden olan etkenler ise *Acinetobacter baumanii* (%32,8), ikinci sırada *Klebsiella pneumoniae* (%30,8), üçüncü sırada ise *Pseudomonas aeruginosa* (%7,8) olarak görüldü. *Acinetobacter baumannii* de karbapenem direnci %79,4 kolistin direnci %3,9, *Klebsiella pneumoniae* ESBL %73,2, *Pseudomonas aeruginosa* da karbapenem direnci ise %42,3 olarak görüldü.

Sonuç: YB'lerde SBİE hızı dünya ve ülkemizdeki oranlara benzerdir. Enfeksiyon etkeni olan mikroorganizmalar ön planda Gram-olumsuzlar olup antimikrobiyal direnç oranları yüksektir. Sağlık çalışanlarının el hijyeni uyumunun yeterli düzeyde olmaması durumunda SBİE hızlarının ve antibiyotik direncinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: El hijyeni, sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonlar, yoğun bakım

Tablo 1. Yoğun bakım el hijyeni uyum oranı ve enfeksiyon hızları

Yoğun bakım ünitesi	Toplam yatak sayısı	El hijyeni uyum oranı	Enfeksiyon hızı
Anestezi	28	55,5	6,51
Genel cerrahi	14	50,3	3,3
Nöroloji	14	63,9	18,99
Beyin cerrahi	14	74,4	4,95
Kalp damar cerrahi	10	66,8	2,21
Koroner	26	72,7	0,17
Dahiliye	38	74,4	6,91
Göğüs	14	77,9	6,01
Yanık	5	53,9	150
Çocuk 3. basamak	28	53,2	15
Çocuk 2. basamak	14	59,5	17,9

[PS-317]

Açık Kırıklarda Erken Dönemde Gelişen Yara Enfeksiyonlarının Mikrobiyolojisi ve Profilaktik Antibiyotik Kullanımı

Ali Ilgın Olut[1], Gökhan Karahan[2], Kamil Yamak[2], Taşkın Altay[2], Halil Erkan[1], Sedat Serttaş[2], Selma Tosun[1]

[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

[2]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İzmir

Giriş: Açık kırıklar yüksek enerjili travmalar nedeniyle oluşur ve kırık bölgesinin dış çevre ile teması sonucu açık yaralar mikroorganizmalar ve yabancı cisimlerle kontamine olur. Bu yüzden açık kırık yönetiminde cerrahi yara debridmanı ile birlikte profilaktik antibiyotik uygulaması kaçınılmazıdır. Enfeksiyon riski kırığın tipi ve zedelenmenin ağırlığına bağlı olarak değişir. Kırığın ağırlığını belirlemede en yaygın olarak Gustilo-Anderson sınıflandırması kullanılır. Bu çalışmada Gustillo tip I, II ve III açık kırıklarda gelişen enfeksiyonlarda etiyolojik ajanlar ve profilaktik antibiyotik protokollerimizin etkinliğini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2015-2019 yılları arasında hastanemizin ortopedi kliniğine açık kırıkla başvuran 108 hastayı retrospektif olarak değerlendirdik. Açık kırıklarda erken yönetim protokolümüz yıkama + debridman ve profilaktik antibiyotik uygulamasıdır. Profilaksi protokolümüz Gustillo tip I ve II kırıklar için sefazolin ve tip III kırıklar için seftriakson + gentamisin 72 saat süreyle intravenöz olarak verilmesidir. Çalışmada profilaktik antibiyoterapiye rağmen açık kırık oluşumundan kırığın terminal fiksasyonuna kadar süreçte enfeksiyon gelişen hastalar değerlendirilmiş, ameliyat sonrası komplikasyon olarak enfeksiyon gelişen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Bulgular: Tüm açık kırık hastaları değerlendirildiğinde, hastaların %9,2'sinde (n=10) ortalama 3,7 günde (2-7 gün) yara enfeksiyonu geliştiği saptanmıştır. Enfeksiyon gelişme insidansı Gustillo tip III için %13,5 (7/52), tip II için %4 (1/25) ve tip I açık kırıklar için %6 (2/31) olarak bulunmuştur. Toplam 10 hastadan 12 enfeksiyöz ajan izole edilmiş ve en sık saptanan ajanlar *Pseudomonas aerigonsa* (n=4), *Serratia marcescens* (n=2) ve metisiline duyarlı *Staphylococcus epidermidis* (n=2) olmuştur. Açık kırık tipleri, oluş mekanizmaları ve izole edilen mikroorganizmalar tabloda verilmiştir.

Sonuç: İzole edilen 12 mikroorganizmanın 8'inin Gram-olumsuz ajanlar olması primer antimikrobiyal profilaksinin özellikle tip III kırıklarda Gram-olumsuz mikroorganizmaları da kapsaması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, Gram-olumsuz 8 izolattan 7'sinin piperasilin-tazobaktama duyarlı olması, antimikrobiyal profilaksi için bu antibiyotiğin uygun bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Açık kırıklar, antimikrobiyal profilaksi

Tablo 1. Açık kırık tipleri, oluş mekanizmaları ve izole edilen mikroorganizmalar

Hasta Yaş/cinsiyet	Açık kırık yeri/tipi	Travma mekanizması	İzole edilen mikroorganizmalar	Antibiyotik duyarlılıkları
47/E	Sol Humerus/Tip III	Yüksekten düşme	*Staphylococcus aureus* (MSSA)	Methicillin (S)
33/E	Sol Tibia /Tip III	Yüksekten düşme	*Enterobacter cloacae*	Amoxicillin-Clavulanate, Ceftriaxone, Trimethoprim-Sulfamethoxazole (R): Piperacillin-Tazobactam, Ertapenem, Ciprofloxacin (S)
38/E	Sağ Femur/Tip I	Motorsiklet kazası	*Pseudomonas aeruginosa* *Staphylococcus epidermidis* (MSSE)	Ceftazidime, Ceftriaxone,Ciprofloxacin (R), Imipenem, Piperacillin-Tazobactam (S)
43/E	Sol Femur/Tip II	Araç içi tarfik kazası	*Serratia marcescens*	Amoxicillin-Clavulanate (R), Ceftriaxone, Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Ciprofloxacin, Piperacillin-Tazobactam (S)
36/E	Sol Tibia /Tip III	Ateşli silah yaralanması	*Serratia marcescens* *Pseudomonas aeruginosa*	m.o 1: Amoxicillin-Clavulanate (R), Ceftriaxone, Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Ciprofloxacin, Piperacillin-Tazobactam (S): mo 2: Ceftazidime, Ceftriaxone, Ciprofloxacin (R), Imipenem, Piperacillin-Tazobactam (S)
48/E	Sol Tibia/Tip III	Yüksekten düşme	*Candida parapsilosis*	-
38/E	Sol Radius/Tip III	Ateşli silah yaralanması	*Pseudomonas aeruginosa*	Ceftazidime, Ceftriaxone, Ciprofloxacin, Cefepime (R) Imipenem, Piperacillin-Tazobactam (S)
19/E	Sol Tibia/Tip I	Motorsiklet kazası	*Staphylococcus epidermidis* (MSSE)	Methicillin (S)
45/E	Sağ Tibia/Tip III	Yüksekten düşme	*Pseudomonas aeruginosa*	Ceftazidime, Ceftriaxone, Ciprofloxacin (R), Cefepime, Imipenem, Piperacillin-Tazobactam (S)
66/K	Sol Tibia/Tip III	Araç içi tarfik kazası	*Acinetobacter baumannii*	Ceftazidime, Ceftriaxone, Ciprofloxacin Cefepime, Imipenem, Piperacillin-Tazobactam (R), Kolistin,Tigecycline (S)

K: Kadın, E: Erkek

[PS-318]

Akut Hepatit B ve Akut HIV Ko-enfeksiyonu Görülen Bir Olgu

Ufuk Kırbaş, Dilara İnan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Ortak bulaş yolları nedeniyle, insan immünyetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte kişilerde, hepatit B virüsü (HBV) veya hepatit C virüsü (HCV) ko-enfeksiyonları izlenebilmekte ve çeşitli ek sorunlara neden olabilmektedir.

Olgu: Burada HIV/HBV ko-enfeksiyonu saptanan hastanın tanı ve tedavisinde karşılaşılan güçlükler irdelenmiştir 66 yaşında, erkek, yaklaşık 3 aydır devam eden halsizlik, kilo kaybı, tüm vücutta ağrı, efor kapasitesinde azalma şikayeti olan hastada HIV 1+2 Ab reaktif saptanmış. Fizik muayenesinde servikal lenfadenopati dışında bulgu saptanmayan hastanın başlangıç tetkiklerinde HIV-RNA: 884.000 kopya/ml, CD4: 50 hücre/mm^3, ALT: 71 U/l AST: 44 U/l, GFR: 71 ml/dk/1,73 m^2 ve serolojik tetkiklerinde HBsAg pozitif, HBsAb negatif, HBc IgM negatif, HBcTotal pozitif tespit edildi. Hastaya tenofovir alafenamit/emtrisitabin/kobisistat/elvitegravir ve profilaksi için trimetoprim-sulfametoksazol başlandı. Takiplerinde AST/ALT değerlerinde giderek yükselme ve asemptomatik 20 kat artış izlenen hastada transaminaz yüksekliği açısından ayırıcı tanıda akut hepatit B enfeksiyonu, ilaç toksisitesi, IRIS düşünüldü.

Sonuç: HIV/HBV ko-enfekte hastalarda siroz, son dönem karaciğer hastalığı ve hepatosellüler karsinom tek başına HBV enfeksiyonu olanlardan daha hızlı gelişir. Buna karşın HBV, HIV seyrini, antiretroviral tedaviye (ART) virolojik ve immünolojik yanıtı belirgin oranda değiştirmez. Hastalarda HBV'ye karşı da etkili olan kombine tedaviler tercih edilmelidir. HIV/HBV tedavisine başladıktan sonra transaminaz yükselmesiyle karakterize immün rekonstrüksiyon gözlenebilir. Bazen de ART'ye bağlı ilaç toksisitesi ve transaminaz yükselmesi olabilir. Antiretroviral ilaç kesilmeye karar verilmeden önce bu iki tabloyu ayırt etmek gerekir. Klinik olarak bu iki tablonun birbirinde ayırt edilmesi güçtür. Karaciğer biyopsisi yapılarak bazı özel boyalar yardımıyla klinik tablo birbirinden ayırt edilebilir. Ancak her hastada biyopsi yapmak mümkün olmayabilir. Hastanın ilk başvurusunda istenen HBc IgM negatif saptanmıştır, AntiHBc IgM nin akut enfeksiyonda pozitif olması beklenir. Ancak akut enfeksiyonda antiHBc IgM kanda çok kısa süre pozitif kalır. Hasta yaklaşık 3 aydır süren şikayetleri ile başvurmuştu. Muhtemelen AntiHBc IgM'in kaybolduğu dönemde başvurduğu düşünüldü. Hastanın temas öyküsü, kliniği ve diğer laboratuvar bulguları ile akut HBV enfeksiyonu olarak kabul edildi.

Anahtar Kelimeler: HIV, hepatit B, ko-enfeksiyon

Tablo 1. Tedavinin 6. haftasında gelişen AST/ALT yüksekliği nedeni ile TAF/FTC/EVG/c ve trimetoprim-sulfametoksazol kesilerek TDF tedavisi ile 1 aylık takip sonrası, tedavinin 2. ayında tekrar TAF/FTC/EVG/c başlandı

	Temmuz 2019	Tedavinin 1.haftası	Tedavinin 3.haftası	Tedavinin 1. ayı	Tedavinin 6.haftası	Tedavinin 2. ayı*	Tedavinin 3. ayı	Tedavinin 4.ayı
Hb	12,1	12,8	11.6	11,3	12,2	12.5	11,7	12,8
Lenfosit	1270	1720	1150	1160	1400	1080	1470	1500
PLT	48.000	47.000	39.000	93.000	174.000	112.000	120.000	228.000
ALT	71	466	366	313	977	39	11	13
AST	44	436	228	154	588	42	12	18
T.bil	0,7	1,29	1,0	0,87	2,3	0,7	0,5	0,4
CD4	50			208		130	396	300
Hiv RNA	884.000 kopya			157 kopya		8.190.000 kopya	778 kopya	176 kopya
HBV DNA	398.088.000 kopya			11.931.000 kopya		680.940 kopya	390.624 kopya	5.529 kopya

AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, PLT: Platelet, T. Bil: Toplam bilirubin, HIV: İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü, HBV: Hepatit B virüsü, Hb: Hemoglobin

[PS-319]

Vankomisine Dirençli Enterokok Enfeksiyonlarının İrdelenmesi

Fatma Kacar[1], Esma Eroğlu[1], Fatma Çölkesen[1], Şule Özdemir Armağan[1], Arzu Tarakçı[1], Selver Can[1], Naile Çetin[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Konya

Giriş: Enterokokların ana konağı insan ve hayvanların gastrointestinal sistemidir ve enfeksiyonlarının %60'ı nozokomiyaldir. Avrupa sürveyans verilerine göre, Vankomisin Dirençli Enterekok (VRE) oranları Finlandiya ve Hollanda'da %2'nin altında, İrlanda, Yunanistan ve Portekiz'de %20'nin üzerindedir. Ülkemizde çok merkezli çalışmalar olmamasına rağmen bu oranın %1-2 olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada; 01.01.2015 - 31.09.2019 tarihleri arasında hastanemizde yatan hastalardan, hastane enfeksiyonu etkeni olarak izole edilen enterokokların direnç oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastaların belirlenmesinde yoğun bakım ünitesi (YBÜ) izlem formları, Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans ve Kontrol Birimi (UHESKB) verileri dikkate alınmıştır. Hastane enfeksiyonları "ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri " (CDC) tanı kriterlerine göre tanımlanmıştır.

Bulgular: %48,58'sı (n=86) kadın, %51,42'sı (n=91) erkek olmak üzere tüm nozokomiyal enfeksiyonlar arasında %6,24 (n=177) oranında *Enterococcus* spp. tespit edildi. Bunların %50,28'i (n=89) *E. faecium*, %49,72'i (n=88) *E. faecalis*'ti. Enfeksiyonların %54,80 (97)'ı YBÜ, %45,20'si (n=80) servislerde yatmaktaydı. Enterokokların %57,63'si (n=102) idrarda, (%47,05'i *E. feacium*, %52,95'i *E. fecalis*), %27,11'i (n=48) kanda, (%58,33'ü *E. feacium*, %41,67'si *E. fecalis*), %13,56 (n=24) tanesi de yara akıntı ve süründü kültürlerinde (%50'si *E. feacium*, %50'si *E. fecalis*), %1,13'si (n=2) solunum sekresyonunda (%50'si *E. feacium*, %50'si *E. fecalis*), %0,57'si (n=1) vajinal akıntı kültüründe (%100 *E. feacium*) üremişti. Enterokoklara bağlı nozokomiyal enfeksiyon alınan hastaların 7 tanesi vankomisine dirençliydi. VRE'lerin tümü vankomisin yanında teikoplanine de dirençli, linezolid, daptomisin ve tigesikline invitro duyarlıydı. Tüm nozokomiyal enfeksiyonlar irdelendiğinde VRE oranı %0,24 bulundu. Yaş aralığı: 24-80 (ortalama: 63,4), VRE'lerin; 1'i kan, 6'sı idrar, kültüründe üremişti, hepsinde etken *E. feacium* (%100), bunların tümü YBÜ'de yatmaktaydı. Beş hasta ileri yaşta (>70 yaş), 4 hastada ABY/KBY, 1'inde siroz,1'inde malignite, 1'inde romatolojik hastalık, 2 hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı ya da solunum yetmezliği gibi immünosüpressif bir durum mevcuttu. Ayrıca, uygulanan invazif girişimler açısından bakıldığında; hastaların hepsinde (%100) üriner ve santral venöz kateter kullanımı, %42,85'inde total parenteral nütrisyon kullanımı mevcuttu. %42,85'i mekanik ventilatörde takipli, %28,57 hasta hemodiyalize giriyordu. VRE enfeksiyonu öncesinde glikopeptid kullanmı %42,85 olup, hastaların %100'üne önceden 3. kuşak sefalosporin başlanmıştı. VRE'ye bağlı nozokomiyal enfeksiyonlu hastalarda ölüm oranı %71,42 bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda VRE oranı Türkiye verilerine göre oldukça düşük ve diğer çalışmalarla uyumlu olarak en çok idrarda saptandı. Bu durum Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesinin gerekli izolasyon önlemlerinin alması ve uygun dezenfeksiyon yöntemlerinin uygulanması ile ilişkilendirildi. Hastanemizde olduğu gibi bu önlemleri uygulayarak VRE oranlarını düşürmek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Nozokomiyal enfeksiyon, sürveyans, vankomisine dirençli enterokok

Tablo 1. Beş yılda *Enterococcus* spp. üreyen nozokomiyal enfeksiyon sayısı

N:177	Idrar	Kan	Yara	Sol. Sekresyonu	Vaginal akıntı	toplam
Toplam:%(sayı)	%57,63(102)	%27,11(48)	%13,56(24)	%1,13(2)	%0,57(1)	177
E. feacium	%47,05(48)	%58,33(28)	%50(12)	%50(1)	%100(1)	89
E. fecalis	%52,95(54)	%41,67(20)	%50(12)	%50(1)	%0(0)	88

[PS-320]

Diyaliz Kateteri Kaynaklı Vankomisin Dirençli Enterokok Endokarditi Olgusu

Vahibe Aydın Sarıkaya, Serkan Sürme, Filiz Pehlivanoğlu, Gönül Şengöz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Enfektif endokardit (EE), genellikle öncesinde kardiyak anomalisi olan bireylerde, kalp odacıkları veya kapaklarına ait endotel tabakasının, çeşitli mikroorganizmalar ile enfeksiyonu sonucu gelişen bir enflamatuvar süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu olguda diyaliz kateteriyle ilişkili vankomisin dirençli enterokok endokarditi bildirilmiştir.

Olgu: Bilinen epilepsi, mental retardasyon ve kronik böbrek yetmezliği olan, haftada üç kez hemodiyaliz tedavisi alan 29 yaşında kadın hasta, acil servise ateş yüksekliği ve genel durum bozukluğu nedeniyle başvurdu. Başvurusundan üç gün önce sağ subklavian hemodiyaliz kateteri yerleştirilmişti. Muayenesinde sağ subklavian kateter bölgesi eritematöz görünümde ve kötü kokulu pürülan akıntılıydı. Kateter ile ilişkili enfeksiyon düşünülerek yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırılarak meropenem ve teikoplanin başlandı. Subklavian kateteri çekilerek femoral kateter açıldı. YBÜ'de alınan periferik kan ve eş zamanlı subklavian kateter kültüründe

metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus* (MSSA) üredi. Yapılan transtorasik ekokardiyografide kitle ve vejetasyon gözlenmedi. Kateter ilişkili sepsis düşünüldü. YBÜ'de takip sonrası kliniğimize nakil alınan hastanın meropenem ve teikoplanin tedavisi MSSA üremesi sonrası sefazolin sodyum 3x1 gr intravenöz (iv) olarak düzenlendi. Sefazolin tedavisine geçildikten 24 saat sonra hastada >38 °C ateş yüksekliği ve enflamatuvar değerlerinde artış saptandı. Femoral kateteri kontrol edildiğinde gaita bulaşı olduğu gözlendi. Femoral kateteri çekilerek kültüre gönderildi. Eş zamanlı periferik kan kültürleri alınarak antibiyoterapisi meropenem 500 mg iv/gün olarak düzenlendi. Femoral kateter ve periferik kan kültüründe vankomisin dirençli enterokok üredi. Çekilen yeni transtorasik ekokardiyografide triküspit kapakta 7x8,5 mm boyutunda vejetasyon saptandı. Femoral kateter ilişkili VRE sepsisi ve endokarditi olarak değerlendirildi. Hastanın antibiyoterapisi meropenem + linezolid olarak düzenlendi. Tedavinin 7. günü ateş yanıtı alınamayan ve kontrol ekokardiyografide tirküspit kapak üzerinde saptanan vejetasyon boyutunun 11x8,3 mm olduğu (boyut artışı) görüldü. Bu nedenle linezolid tedavisine yanıt vermediği düşünülerek antibiyoterapisi ampisilin + daptomisin olarak revize edildi. Hastanın oryantasyon ve kooperasyon yetersizliği olması nedeniyle bazal işitme testi yapılamadı ve streptomisin eklenemedi. Ampisilin + daptomisin tedavisi sonrası ateş yanıtı alındı, kontrol ekokardiyografisinde vejetasyon kayboldu. Kontrol periferik kan kültürlerinde üreme olmadı. Ampisilin ve daptomisin tedavisi 6 haftaya tamamlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Enterokoklar, EE'nin sık karşılaşılan üçüncü etkenidir ve olguların %10-15'inden sorumludur. Sonuç olarak, kronik hemodiyaliz hastalarında bakteriyemi odağı kateter olsa dahi, eşlik eden EE olasılığı akla gelmeli ve ekokardiyografi ile vejetasyon varlığı araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, hemodiyaliz kateteri

[PS-321]

Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastane Enfeksiyonu Etkenlerinde Kolistin Direnci

Aylin Çalıca Utku, Hüseyin Doğuş Okan, Gökçen Gürgök Budak, Aslı Vatan, Ertuğrul Güçlü, Oğuz Karabay

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

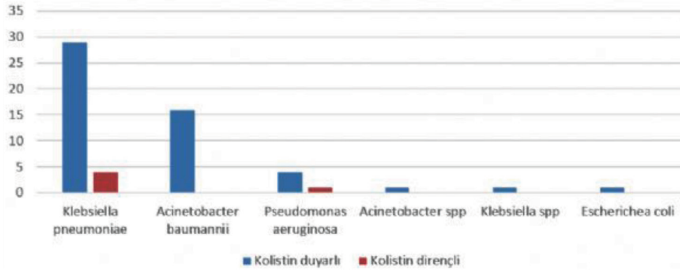
Giriş: Çoklu ilaç direnci olan Gram-olumsuz bakterilerdeki direnç problemi, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) son yıllarda yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. Bu enfeksiyonlara karşı son seçenek ilaç olarak görülen kolistinin yaygın kullanımı sonucu kolistin direncinde artış görülmektedir. Bu çalışmamızda yoğun bakım ünitesinde hastane enfeksiyonu olarak karşılaştığımız Gram-olumsuz mikroorganizmaların kolistin direncini araştırdık.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2019 - 31.12.2019 tarihlerinde hastanemiz YBÜ'lerde hastane enfeksiyonu tanısıyla takip edilen ve Gram-olumsuz üremesi olan hastaların izolatlarının kolistin dirençleri retrospektif olarak araştırıldı.

Bulgular: 2019 yılında hastanemiz yoğun bakım ünitesinde hastane enfeksiyonu nedeniyle takip edilen ve kolistin duyarlılığı bakılan 52 hastanın izolatı çalışmaya alındı. Toplam izolatlar arasında; %55,7 (n=29) *Klebsiella pneumoniae*, %30,7 (n=16) *Acinetobacter baumannii*, %7,6 (n=4) *Pseudomonas aeruginosa*, %1,9 (n=1) *Acinetobacter* spp., %1,9 (n=1) *Klebsiella* spp. ve %1,9 (n=1) *Escherichia coli* izole edildi ve %9,6 (n=5) izolat kolistin dirençliydi. *Klebsiella pneumoniae*'de direnç %13,7 (n=4), *Pseudomonas aeruginosa*'da %25 (n=1) idi. Kolistin dirençli bakterilerin duyarlılıkları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Kolistine dirençli mikroorganizma oranı yoğun bakım ünitesinde %9,6 olarak saptandı. Kolistine dirençli bakterilerin duyarlı olduğu antibiyotikler; gentamisin (%80), amikasin (%40), Trimetoprim-sulfametoksazol (%40), levofloksasin (%20), siprofloksasin (%20) ve netilmisin (%20) idi. Kolistin dirençli bakteriler, yoğun bakım ünitelerinde tedavi seçeneklerini kısıtlamaktadır. Bu nedenle antibiyotik yönetim programları her hastane bünyesinde oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hastane enfeksiyonu, kolistin direnci



Grafik 1. İzolatlara göre kolistin direnci dağılımları

Tablo 1. İzolatlara göre kolistin direnci dağılımları

Kolistin dirençli bakteriler	Üreme yeri	Duyarlı olduğu antibiyotik	Az duyarlı olduğu antibiyotik
Klebsiella pneumoniae	Yara	Gentamisin	Yok
Klebsiella pneumoniae	Trakeal aspirat	Yok	Yok
Klebsiella pneumoniae	Kan	Amikasin, SXT, Gentamisin,	Meropenem
Klebsiella pneumoniae	Trakeal aspirat	SXT, Gentamisin	Netilmisin, tikarsilin klavulanik asit
Pseudomonas aeruginosa	Kan	Amikasin, Tikarsilin klavulanik asit, Levofloksasin, Gentamisin, Netilmisin, Siprofloksasin	Meropenem

SXT: Trimetoprim Sülfametoksazol

[PS-322]

Gebelikte Grip Aşısı Olmamanın Ölümcül Olmayan Sonuçları

Cansu Bulut Avşar[1], Hüseyin Aytaç Erdem[1], Candan Çiçek[2], Oğuz Reşat Sipahi[1]

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

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Grip her sene yaptığı mevsimsel salgınlar sonucu, özellikle risk gruplarında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Korunmada en etkin yol aşı olup, kontrendikasyonu olmayan bütün erişkinlere önerilmektedir. İnfluenza ilişkili komplikasyonlar açısından en yüksek riskli gruplardan biri olan gebelere de postpartum iki hafta dahil olmak üzere gebeliğin her döneminde ve her gebelikte aşılama ABD Hastalık Kontrol ve Korunma

Merkezleri tarafından önerilmektedir. Bu çalışmada, hastanemizde 15 Aralık 2019 ve 15 Şubat 2020 tarihleri arasında kadın hastalıkları ve doğum servisinde ateş yüksekliği ve üst - alt solunum yolu şikayetleri nedeniyle takip edilen ve enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji bölümüne konsülte edilen gebe hastaların İnfluenza aşı durumları ve viral solunum yolu paneli sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 15 Aralık 2019 - 15 Şubat 2020 tarihleri arasında kadın hastalıkları ve doğum servisinden enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji bölümüne ateş yüksekliği ve/veya boğaz ağrısı, burun akıntısı, öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı gibi üst/alt solunum yolu şikayetleri nedeniyle danışılan gebe hastalar İnfluenza aşı durumları, aşı önerilip önerilmediği, konsültan hekim tarafınca nazofarengeal sürüntü alınarak viral solunum yolu paneli ve/veya ampirik oseltamivir tedavisi önerilme durumu ve viral solunum yolu paneli sonuçları, mortalite durumları açısından hastanemiz elektronik dosyası üzerinden değerlendirilmiştir. İnfluenza tip A ve B virüslerini saptamak üzere gerçek zamanlı multipleks polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi (RealAccurate, Respiratory RT-PCR, PathoFinder, Netherlands, and Seeplex RV15 ACE Detection, Seegene, South Korea) kullanılmıştır.

Bulgular: Belirtilen tarihler arasında branşımıza 68 hasta için 137 konsültasyon istemi yapılmıştır. Ateş yüksekliği ve solunum sistem yakınmaları olan 25 gebe hasta konsültan hekim tarafından değerlendirilerek hepsinden viral solunum yolu paneli çalışılmak üzere nazofarengeal sürüntü gönderilmesi istenmiştir. Örnek gönderilen 24 hastadan, pozitiflik saptanan 20 gebenin hepsi aşısız olup, kendilerine aşı önerilmediğini belirtmişlerdir. Yirmi örnekten 10 tanesinde İnfluenza tip A H1N1, sekizinde influenza tip B, ikisinde H1N1 ve tip B birlikteliği saptanmıştır. Takip edilen hastalarda anne ve/veya bebek kaybı yaşanmamıştır.

Sonuç: Salgın döneminde değerlendirilen ve grip ile izlenen hastaların hepsinin aşısız olması ve aşı önerisinin yapılmamış olduğunu ifade etmeleri, en önemli risk gruplarından biri olan gebeler için aşılama ile ilişkili olarak bilgi ve eğitim eksikliğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, grip, influenza

[PS-323]

Renal Transplantasyon Hastasında Gelişen Rinoorbitoserebral Mukormukozis

Yeliz Çiçek, Recep Tekin

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Rinoorbitoserebral mukormikozis, Mukorasea ailesine ait *Mukor*, *Rhizomukor*, *Rizopus*, *Absidia* türleri tarafından oluşturulan bir enfeksiyondur. Klasik olarak diyabetik ve immünsüprese hastalarda ortaya çıkan fırsatçı ve hızla yayılan anjiyoinvazif bir enfeksiyondur. Geniş debritman, hiperbarik oksijen tedavisi ve yoğun antifungal tedaviye rağmen mortalitesi %50 ve üzerindedir. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulur. Renal transplantasyon sonrası genel durumda bozulma, yüz bölgesinde şişlik ile acil servisimize gelen rinoorbitoserebral mukormikozisli hastamızı erken tanı ve tedavi ile kür elde edebileceğinin önemine vurgu yapmak amacıyla sunduk.

Olgu: Yaklaşık 2 ay önce renal transplantasyon öyküsü olan; prednizolon, takrolimus, mikofenolat mofetil kullanan 51 yaşındaki kadın hasta acil servise baş ağrısı şikayeti ile başvuruyor. Küme tipi baş ağrısı tanısıyla kliniğine yatırılan hastanın yatışının 2. gününde sol gözde kızarıklık ve şişlik gelişmesi üzerine selülit ön tanısı ile tarafımızdan konsültasyon istenen hastanın yapılan ilk muayenesinde sol gözde ve periorbital bölgede şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve sol bukkal bölgede nekrotik renk değişikliği ile beraber göz hareketlerinde her dört yönde de ciddi hareket kısıtlılığı saptandı. İvedilikle kulak burun boğaz ve göz hastalıkları görüşü istenmesi önerisinde bulunulup; meropenem, vankomisin ve 5 mg/kg lipozomal amfotesin B tedavisine başlandı. İlgili cerrahi kliniklerce de rinoorbitoserebral mukormikozis ön tanısı destekleyip 3 kez geniş cerrahi debritman uygulandı. Hastanın tomografisinde frontal sinüs sol kompartman ve sol daha belirgin olmak üzere bilateral etmoid ve maksiler sinüslerde yumuşak doku dansiteleri, retrobulber alanda yaklaşık 1,1 cm çapında apse, sol orbita intrakonal, sol ekstrakonal dokuya uzamın gösteren 2,5x1,5 cm boyutunda apse saptandı. Tekrarlayan cerrahi debritmanlarda alınan tüm numuneler patoloji tarafından PAS ile maya hifaları gözlendi, mukormikozis ile uyumludur şeklinde raporlandı. Hastadan istenilen klinik yanıt alınamaması sebebiyle tedaviye kaspafungin eklendi. 3. ayda klinik ve radyolojik yanıt alınması üzerine hasta öneriler ve poliklinik kontrolu ile taburcu edildi.

Sonuç: Mukormikozis, nadir görülen akut başlangıçlı fırsatçı bir enfeksiyondur. Damar tutulumu, trombozis ve doku nekrozu antifungalların geçişinin yetersiz olmasına neden olmaktadır. Altta yatan ve enfeksiyon için uygun zemin oluşturan hastalığın kontrol altına alınması da en az antifungal tedavi ve cerrahi debritman kadar önemlidir. Yayılım genellikle nazal veya oral mukozadan paranazal sinüslere doğrudur. Sonuç olarak erken tanı, geniş cerrahi debritman, sistemik antifungal tedavi ve metabolik kontrol mukormikoziste sağkalım şansını ciddi bir şekilde artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Transplantasyon, mukor

[PS-324]

Göz Polikliniğine Başvuran Sifilitik Üveit Olgusu

Şenay Öztürk Durmaz[1], Melih Akıdan[2]

[1]Kepez Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

[2]Kepez Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Antalya

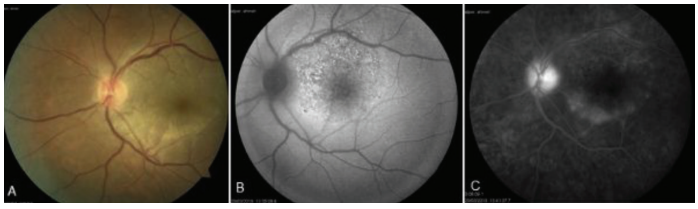
Giriş: Sifilizin erken tanı ve tedavisinin önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz sekiz yaşında, erkek hasta bilinen kronik hastalık, kullandığı ilaç yok. Şikayet: Birkaç gün önce özellikle sol gözünde başlayan ve giderek artan bulanık görme ile göz polikliniğine başvuruyor. Optik koherens tomografide özellikle sol gözde seröz retina dekolmanı ve subretinal birikimler, preretinal sahada vitritise bağlı hiperreflektivite artışları saptanıyor. Hastanın sol gözüne günde tek doz siklopentolat hidroklorür ve her iki göze 5 saat arayla prednizolon asetat topikal medikal tedavisi başlanıyor. Hastadan enfeksiyöz üveitlere yönelik serolojik testler isteniyor. Enfeksiyon hastalıklarına hasta konsülte ediliyor. Yapılan kan testlerinde insan immünyetmezlik virüsü, hepatit B, hepatit C, toksoplazma IgM/IgG negatif saptanırken zührevi hastalıkları araştırma laboratuvarı (VDRL) sonucu pozitif (1/8) saptanıyor. Şüpheli cinsel ilişkilerinin olduğu öğrenilen olgudan tanıyı doğrulamak için treponema pallidum hemaglütinasyon testi isteniyor, pozitif saptanıyor. Hastada papillit, vaskülit ve plakoid tarzda retina lezyonlarının ve serolojik testlerin pozitif olması üzerine akut sifilistik posterior plakoid koryoretinopati düşünülüyor ve enfeksiyon hastalıkları kliniğine devir ediliyor. Nörosifiliz açısından olguya lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) bulguları: görünüm berrak, basınç normal, mm^3 de 16 hücre %92'si lenfosit, BOS VDRL: Negatif ve BOS kültüründe üreme olmadı ve BOS biyokimyası normaldi. Hastaya 4x6 mü kristalize penisilin ve olası non-gonokoksik üretrit etkenleri için doksisiklin tedavisi başlandı. Üç gün sonra hastanın bulanık görmesi

geriledi, çevresindeki objeleri tanımaya başladı. Vitritis geriledi, 2 hafta sonra vitritis tamamen kayboldu. Görme keskinliği her iki gözde tamdı. Tedavi 14 güne tamamlandı.

Sonuç: Sifilizin erken tanı ve uygun tedavisi morbiditeyi azalttığı gibi sağlıklı bir vizüalizasyon için de gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sifiliz, üveit



Şekil 1. Göz anjiyografisi **A)** Sol göz fundus fotoğrafı görünümü, optik disk ve etrafındaki vaskular arkuattan makülaya uzanan hafif sarı-beyaz renkli retinal lezyon, **B)** Sol göz fundus otoflorasans görünümü, maküladaki lezyona bağlı hiper-hipootoflorasans sahalar, **C)** Sol göz fundus flouresein anjiyografi görünüm, optik disk ve perivaskular sızıntıya bağlı makülada hiperflorasans

[PS-325]

HIV ile Yaşayan Bireylerde Komorbiditeler ve Yaşlanma

İnci Yılmaz Nakir, Esra Zerdali, Mustafa Yıldırım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Günümüz antiretroviral tedavileri ile insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) enfeksiyonu yönetilebilir kronik bir hastalık haline gelmiştir. Özellikle kronik enflamasyon ve uzun süreli ilaç maruziyeti nedeniyle HIV ile yaşayan bireylerin aynı yaştaki popülasyona oranla daha genç yaşlarda komorbiditelere sahip olduğu bilinmektedir. Biz çalışmamızda polikliniğimizde takipli hastalarımızın tanı ve tedavi altında gelişen komorbid hastalıklarını ve geriatrik HIV popülasyonu oranlarımızı değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Ocak 1998-Ocak 2018 yılları arası Western Blot testi ile HIV enfeksiyonu doğrulanmış ve antiretroviral tedaviyi en az 1 yıl süreyle almakta olan 789 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Hastaların demografik verileri, CD4+ T lenfosit sayıları, komorbiditeleri retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza dahil olan toplam 789 HIV/AIDS hastasının 84'ü kadın, 705'i erkek; yaş ortalaması 41 (yaş aralığı: 19-85) idi. Tanı anında komorbid hastalığı olan hasta sayısı 264 (%33,4), tedavi altında komorbidite gelişen hasta sayısı 315 (%39,9) olarak saptandı. Tanı anında komorbiditesi olan hastalarımızın yaş ortalaması 41 ve bu hastaların %28'inin 50 yaş üzeri olduğu görüldü. Tanı anında en sık eşlik eden komorbidite %50 oranında osteoporoz ikinci sıklıkta ise %14 oranla hipertansiyon olarak saptandı. Tedavi altında en sık gelişen komorbidite %63 oranında osteoporoz ve ikinci sıklıkta %13 oranında hiperlipidemi olduğu görüldü. Komorbidite oranları Tablo 1'de gösterilmiştir. Tanı anında komorbiditesi olmayan 525 hastadan 224'ünde (%42,6) tedavi altında komorbidite geliştiği; en sık olarak ise 151 hastada osteoporoz geliştiği görüldü. Tanı anında komorbiditesi olan 264 hastadan 83'ünde (%31,4) ise tedavi altında yeni komorbiditeler geliştiği saptandı. Hastalarımızda gelişen komorbiditelerin CD4 sayısı ile ilişkisi açısından incelendi. Tanı anında CD4 sayısı 200 altında olan hastalarda tedavi altında komorbidite gelişme oranı %50,5; tanı anında CD4 sayısı 200 üzerinde olan hastalarda tedavi altında komorbidite gelişme oranı %36,7 olarak saptandı. Tanı anında 50 yaş üzeri olan hastalarımızın oranı %16,5 iken 1998-2008 arasında bu oran %23,9 yükselmiştir. Geriatrik HIV popülasyonumuzun arttığı görülmektedir.

Sonuç: HIV enfeksiyonu tedavisinde yeni antiretroviraller ile virolojik baskılanma kolaylıkla sağlanmakta ve HIV pozitif hastaların yaşam süreleri uzamaktadır. Artık tedavideki asıl sorunumuz viral baskılanmanın ötesinde uzun vadedeki komorbiditelerin engellenmesi ve yönetimidir. ART seçiminde hastanın komorbiditeleri, potansiyel ilaç etkileşimleri ve ilaç yan etkileri göz önünde bulundurularak yapılmalı ve hastaların izleminde değişik disiplinlerin birlikte çalışmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, yaşlanma, komorbidite

Tablo 1. Tanı anında ve tedavi altında gelişen komorbiditeler

Komorbid hastalıklar	Tanı anında komorbiditesi olan hastalar sayı (%)	Tanı anındaki yaş ortalaması	Tedavi altında komorbidite gelişen hastalar sayı (%)
Koroner arter hastalığı	21 (%7,9)	56	15 (%4,7)
Hipertansiyon	37 (%14)	54	21 (%6,6)
DM	26 (%9,8)	50	16 (%5,07)
Hiperlipidemi	8 (%3,03)	54	41 (%13)
Kronik böbrek yetmezliği	9 (%3,4)	51	15 (%4,7)
Karaciğer hastalıkları	12 (%4,5)	40	6 (%1,9)
Osteopeni-osteoporoz	132 (%50)	40	201 (%63)
Malignite	10 (%3,78)	40	21 (%6,6)
Tiroit hastalıkları	10 (%3,78)	50	3 (%0,9)
Psikiyatrik hastalıklar	31 (%11,7)	33	14 (%4,4)
Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları	12 (%4,5)	42	2 (%0,6)
Otoimmün hastalıklar	12 (%4,5)	53	3 (%0,9)

DM: Diabetes mellitus

[PS-326]

Ağır Leptospiroz Olgularının Tedavisinde Ne Zaman Plazmaferez Kararı Verilmeli? Eş Zamanlı Takip Edilen Üç Olgu Eşliğinde Literatürün Gözden Geçirilmesi

İlknur Yavuz[1], Ahmet Melih Şahin[1], Selin Eyüpoğlu[2], Hasan Mücahit Özbaş[3], Duygu Demiriz Gülmez[4], Meltem Arzu Yetkin[1]

[1]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun

[2]Giresun Üniversitesi, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Giresun

[3]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Giresun

[4]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Giresun

Giriş: Leptosipiroz Doğu Karadeniz Bölgesinde endemik olarak gözlenen, zoonotik bir enfeksiyondur. Ağır seyreden olgularda böbrek yetmezliği, ensefalit, karaciğer yetmezliği, solunum yetmezliği ve sonucunda da ölüm gözlenebilmektedir. Terapötik plazmaferez büyük molekül ağırlıklı maddelerin kandan uzaklaştırılmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmada kliniğimize takip ettiğimiz üç ağır seyirli Weil hastasına

uygulanan tedavi amaçlı uygulanan plazmaferez yönteminin yararı ve bu konudaki literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu 1: Altmış beş yaşında erkek hasta acile ateş, gözlerde sararma ve halsizlik şikayeti ile başvurmuş. Tetkiklerinde ALT: 74 U/l AST: 157 U/l toplam bilirubin: 15,10 mg/dl, direkt bilirubin: 11,78 mg/dl, kreatin: 6,86 mg/dl beyaz küre (WBC): 13.300 trombosit: 37.000 olması üzerine yatırılmıştır. Hastanın takiplerinde akut böbrek yetmezliği (ABY), ensefalit, kemik iliği süpresyonu ve belirgin bilirubinemi ile seyreden Weil hastalığı kliniği gelişmiş olup hasta yoğun bakım ünitesinde takibe alınarak antibiyotik tedavisinin yanı sıra ALT ve AST değerleri gerilerken serum total bilirubin seviyesi 35 mg/dl olması üzerine teröpötik plazmaferez ve hemodiyaliz tedavileri uygulanmış salah ile taburcu edilmiştir.

Olgu 2: Kırk beş yaşında kadın hasta acile ateş halsizlik şikayetleriyle başvurmuş olup yapılan tetkiklerde ALT: 72 mg/dl, AST: 87 mg/dl, toplam bilirubin: 1,49 mg/dl, direkt bilirubin: 0,54 mg/dl, kreatin: 3,86 mg/dl, beyaz küre: 5.200, trombosit: 37.000 hasta ABY, kemik iliği süpresyonu, kardiyorespiratuvar yetmezlik ile seyreden leptospiroz tanısı konulmuştur. Hasta, yoğun bakım ünitesinde entübe takip edilmiş ve hemodiyaliz ihtiyacı olmuştur. Bilirubini en yüksek 4,95 mg/dl olduğundan plazmaferez gerekmemiştir. Antibiyotik tedavisi ve destekleyici tedavi uygulanan hasta salah ile taburcu edilmiştir.

Olgu 3: Altmış yaşında erkek hasta acile ateş, sarılık halsizlik, bilinç bulanıklığı şikayetleriyle başvurmuş. Yapılan tetkiklerde ALT: 169U/l, AST: 538U/l toplam bilirubin: 27,65 mg/dl, direkt bilirubin: 22,90 mg/dl, kreatin: 7,58 mg/dl, beyaz küre: 11.820, trombosit: 17.000 ABY, ciddi hiperbilirubinemi, ensefalit ve kardiyopulmoner yetmezlikle seyreden leptospiroz tanısı konulmuştur. Yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın ALT ve AST değerleri gerilerken serum toplam bilirubin seviyesi 40 mg/dl olması üzerine hastaya antibiyotik ve destekleyici tedavilerin yanı sıra teröpötik plazmaferez ve hemodiyaliz tedavileri uygulanmıştır. Hasta tedaviler sonrasında kronik böbrek yetmezliği gelişerek taburcu edilmiştir.

Sonuç: Son dönemde takip ettiğimiz üç Weil hastalığının üçünün de hemodiyaliz ihtiyacı olmuş, ciddi hiperbilirubinemisi olan ikisine plazmaferez tedavisi uygulanmıştır. Literatürde de ABY, ciddi hiperbilirubinemi ve/veya pulmoner kanaması olan olguların tedavilerine ek olarak teröpötik plazmaferez uygulandığında başarılı sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir. Teröpötik plazmaferez ağır seyreden ciddi leptospiroz olgularında özellikle karaciğer fonksiyon testleri gerilerken bilirubin seviyesi: 35 mg/dl olduğunda ve bilirubin yüksekliğine bağlı klinik bulguların oluşmaya başladığında uygulanması halinde yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Plazmaferez, Weil hastalığı

[PS-327]

Hastaneye Solunum Yolu Enfeksiyonu Semptomlarıyla Başvuran Hastalarda Etkenlerin Dağılımının İrdelenmesi

İlknur Yavuz[1], Ahmet Melih Şahin[1], Feyza Yıldız Aytekin[1], Emsal Aydın[2], Meltem Arzu Yetkin[1]

[1]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun

[2]Giresun Üniversitesi, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Giresun

Giriş: Viral solunum yolu enfeksiyonları mevsimsel olarak sonbahar kış aylarında sık görülmektedir. Salgınlara yol açabilen bu enfeksiyonlarda alt solunum yolu tutulum varlığında hastaneye yatırılarak tedavi edilmekte ve bir kısım hastada yoğun bakım yatış endikasyonu olabilmektedir. Bu nedenle bu hastaların erken ve doğru tanısı hastaların tedavilerinin planlanması açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada hastanemiz polikliniklerine solunum yolu şikayetleri ile başvuran hastalarda influenza ve diğer solunum yolu enfeksiyon etkenlerinin saptanma oranlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 1 Ekim 2019 - 15 Şubat 2020 tarihleri arasında ateş, öksürük, nefes darlığı ve yaygın vücut ağrısı şikayetleri ile başvuran ve solunum yolu paneli real time multipleks PCR (QIAGEN) ile çalışılmış olan 18 yaş üzerindeki hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 264 hastanın %48,5'i (136/264) erkek olup yaş ortalaması 53,92±19,43 (18 yaş - 94 yaş) arasında saptanmıştır. Hastaların 137'si (%51,9) poliklinikten tedavi edilmiş olup, %48,1'i yatırılarak tedavi edilmiştir. Yatan hastaların 106'sı (%83,5) servislerde 21'i (%16,5) yoğun bakımda takip edilmiştir. Yatırılarak tedavi edilen hastaların ayaktan tedavi edilen hastalara göre daha yaşlı oldukları görülmüştür. Hastaların demografik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların %65,90'da alınan solunum yolu polimeraz zincir reaksiyon incelemesinde etken saptanırken, %34,09'da etken saptanması olmamıştır. İnfluenza virüsü tüm hastaların %26,13'de (69/264), ayaktan poliklinikten takip edilen hastaların %37,22'de, yatırılarak tedavi edilen hastalarda %31,13'te, yoğun bakım yatırılan hastaların %28,57'de saptanmıştır. İnsan rhinovirüs hastaların %7,19'da insan corona virüsler %6,81 saptanmıştır.

Sonuç: İnfluenza salgın yapabilme potansiyeli olan viral bir hastalıktır ancak doğru tanı koymak uygunsuz antibiyotik ve antiviral kullanımını engelleyecektir. Hastanemize solunum yolu şikayetleri ile başvuran hastaların yaklaşık üçte birinde influenza saptanmıştır. Bu hastaların erken tanınması bu hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine yardımcı olacaktır. Hastaneye bu ön tanıyla yatırılan hastalara bakım veren sağlık personeline bulaşın önüne geçilebilmesi enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumun artırılmasıyla olacaktır.

Anahtar Kelime: Solunum yolu enfeksiyonları

Tablo 1. Hastaların demografik ve laboratuvar değerleri

	Ayaktan hastalar (n=137)	Serviste yatan hastalar (n=106)	Yoğun bakımda yatan hastalar (n=21)
Yaş	42 (min: 19 maks: 89)	63 (min:18 maks:94)	71 (min: 29 maks: 92)
Cinsiyet (E/K)	63/74	54/52	11/10
Yatış günü	-	7 (min:1 maks:51)	6 (min: 0 maks:39)
Lökosit (10^9/l)	7.725 (min:1480 maks: 39680)	8.460 (min: 150 maks: 64.000)	10.090 (min: 60 maks: 28.170)
Trombosit (10^9/l)	218.500 (min: 314 maks:1.111.000)	172.000 (min: 139 maks: 483.000)	180.000 (min: 10.000 maks: 553.000)
ALT (U/l)	18 (min:7 maks: 362)	19 (min: 2 maks: 875)	19 (min: 5 maks: 196)
AST (U/l)	21,5 (min:10 maks:136)	22,5 (min: 2 maks: 839)	34 (min: 5 maks: 217)
CRP (mg/dl)	1,39 (min: 0,01 maks: 28,38)	6,86 (min: 0,09 maks: 49,29)	16,22 (min: 0,20 maks: 51,32)

ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, CRP: C-reaktif protein, E: Erkek, K: Kadın, min: Minimum, max: Maksimum, n: Sayı

[PS-328]

BK Virüs İlişkili Hemorajik Sistitte İntravezikal Sidofovir ile Yanıt Alınabilir mi?

Gamze Şanlıdağ, Meltem Işıkgöz Taşbakan, Tansu Yamazhan, Hüsnü Pullukçu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: BK virüs polyomavirus ailesine ait bir DNA virüsüdür. Toplumda %90 seropozitiflik saptanmakta ve genellikle asemptomatik seyretmektedir. İmmünsüpresif hastalarda ise farklı klinik tablolara neden olmaktadır. Örneğin; allojenik kemik iliği transplantasyonu (AKİT) sonrası, BK virüs ilişkili hemorajik sistit %7-70 arasında değişen bir komplikasyondur. Kesin tedavisi olmayan bu virüsün tedavisinde sidofovir kullanılan bir ilaçtır. Ancak nefrotoksik etkisi nedeniyle intravezikal uygulamasının denendiği, kısıtlı sayıda olgu sunumu bildirilmiştir. Bu yazıda, kliniğimizde AKİT sonrası BK virüs ilişkili Hemorajik Sistit tanısı ile takip edilen ve intravezikal sidofovir uygulanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Sekiz ay önce AML-M3 tanısı alan 25 yaşında kadın hasta, kemoterapi sonrasında remisyon olarak değerlendirilmiş ve AKİT planlanmıştır. Bu amaçla tedavisi başlanan hastanın tedavinin 3. gününde idrarda yanma yakınması gelişmiş. Ateş yüksekliği olmayan hastada sistit ön tanısı ile fosfomisin başlanmıştır. İzlemde nötropenik seyreden ve hematüri yakınması da başlayan hastada hemorajik enfeksiyoz sistit ön tanısı ile levofloksasin tedavisine geçilmiş ve BK virüs, adenovirüs, CMV istenmiştir. Sonrasında tedavisine nötropenik ateş protokolüne uygun olarak piperasilin-tazobaktam, teikoplanin eklenmiştir. Tedavi sonrası ateşsiz seyreden hastanın BK virüs: 6.763 Kopya/ml (Artus Qiagen®), CMV-DNA: Negatif, Adenovirüs: Negatif olarak sonuçlanmıştır. Takip amacıyla 10 gün sonra istenen kontrol BK virüs: 23640 kopya/ml olarak sonuçlanmıştır. BK virüs titresindeki artış ve belirgin klinik düzelmenin olmaması üzerine hastaya sidofovir verilmesi planlanmış ve "ruhsatsız ve endikasyon dışı ilaç yönetim sistemi" ile başvurusu yapılmıştır. İlaç temininden sonra tekrar çağırılan hastanın tedavi öncesinde BK virüs: 49.267.734 Kopya/ml olarak sonuçlanmıştır. Tedavisi haftada 1 doz günde 1 defa 2 mg/kg sidofovir, 100 cc serum fizyolojik içerisinde öncesinde analjezik uygulanarak, intravezikal olarak uygulanmıştır. Hastanın 3 gün sonra gönderilen idrar BK virüs: 3.225 Kopya/ml olarak saptanmış ancak hastane eczanesinde ilaç mevcut olmadığı için tedaviye 1 ay ara verilmiştir.

Sonuç: BK virüs ile ilişkili hemorajik sistit, immünosüpresif hastalarda mortaliteye neden olabilmektedir. Bu ciddi hastalığın kesin tedavisi olmaması nedeniyle destekleyici tedaviler (mesane irrigasyonu, hiperbarik oksijen, uzun süreli levofloksasin vb.) denenmektedir. Bu tedavilerden biri de intravezikal sidofovirdir. Yapılan çalışmalarda intravezikal sidofovir uygulamasının 1-5 mg/kg 3 hafta süreyle haftada 1 kez uygulandığı bildirilmiştir. Hastamızda 2 mg/kg olacak şekilde tedavisi düzenlenmiş, bir kez uygulama ile yakınmalarının azaldığı ve viral yükte belirgin düşüş saptandığı gözlenmiştir. Bu nedenle takip uygulamaları ile uzun dönemdeki sonuçlarını içeren ve geniş serili olgu çalışmalarına gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: BK virüs, sidofovir, sistit

Tablo 1. İdrar BK virüs düzeyi

Tarih	24.12.2019	02.01.2020	13.01.2020	27.01.2020
BK virüs (kopya/ml)	6.763	23.640	49.267.734	3.225*

*Hastaya 24.01.2020 tarihinde tedavi başlandı.

[PS-329]

Kriptokok ve CMV Menenjitlerinin FilmArray Menenjit/Ensefalit Paneli ile Saptanması: İki Olgu Sunumu

Furkan Polat[1], Melike Yaşar[1], Dilek Yeşim Metin[1], Ayşın Zeytinoğlu[1], Hüsnü Pullukçu[2], Mete Akısü[3], Deniz Akyol[2], Candan Çiçek[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Bu yazıda, *Cryptococcus neoformans* ve konjenital sitomegalovirüs (CMV) santral sinir sistemi enfeksiyonu tanısı ile izlenen iki olgu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu 1: *Cryptococcus neoformans* santral sinir sistemi mantar enfeksiyonlarının en sık görülen etkenidir. Beyin omurilik sıvısı (BOS) örneğinin direkt mikroskobik incelemesi ve kültürü tanı için altın standart olup kapsül polisakkarit antijeninin araştırılmasının duyarlılığı yüksektir. Hızlı moleküler yöntemler tanıda önem kazanmaktadır. Acil servise bir haftadır geçmeyen baş ağrısı ve yürümede dengesizlik şikayeti ile başvuran hastanın fizik muayenesi normal, kan değerlerinde C-reaktif protein yüksekliği saptandı. Akciğer grafisinde kavitasyon odakları dışında önemli bulgu yoktu. Hastanın HIV pozitif olduğu saptandı. BOS örneğinin biyokimyası normal olup, mikrobiyolojik olarak direkt bakıda 60 lökosit/mm^3 ve her sahada 1-2 eritrosit dışında bulguya rastlanmadı. FilmArray Menenjit/Ensefalit Paneli (Biofire, Salt Lake City, UT) ile *C. neoformans/C. gattii* saptandı. Kriptokok antijen testi (Dynamiker Biotechnology Co. Ltd. Tianjin) ile pozitif bulundu. Çini mürekkebi ile tekrar edilen direkt mikroskobik bakıda kapsüllü maya mantarı görüldü. Sonuç, toplam 3 saat 46 dakikalık bir sürede kliniğe bildirildi. Hastaya Amfoterisin B + flukonozal tedavisi başlandı. Üç gün sonra kültürde üreme oldu. Üreyen mikroorganizma MALDITOF-MS (Biomeriux, Fransa) ile *C. neoformans* olarak tanımlandı.

Olgu 2: On dokuz günlük kız bebek uzamış sarılık ve nöbet öyküsü ile acil servise başvurdu. Sağlıklı anneden gebeliğin 37. haftasında 1.830 gr olarak doğan bebeğin intrauterin gelişme geriliği öyküsü mevcuttu. Gebelik sırasında oligohidroamniyoz saptanırken uzamış sarılığa sebep olabilecek başka bir patoloji bulunamadı. Fizik muayenede hepatosplenomegali dışında anormal bir bulgu yoktu (USG ile doğrulandı). Biyokimyasal testlerinde kanda direkt bilirubin: 18 mg/dl, total bilirubin: 21 mg/dl, hemoglobin: 7,4 g/dl, platelet sayısı: 28 bin/µl saptandı. Kraniyal BT'sinde kalsifiye alanlar görülen hastanın serum örneklerinde CMV IgM zayıf pozitif (S/CO indeks 1,160), CMV IgG 241.9 au/ml pozitif saptandı. İdrar CMV-DNA 1721938 IU/ml. BOS biyokimyası; glikoz: 43 mg/dl, protein: 216 mg/dl, albümin: 113 mg/dl. BOS direkt bakısında 10 lökosit/mm^3, her sahada 10-15 eritrosit görüldü. BOS örneğinde FilmArray Menenjit/Ensefalit Paneli ile CMV-DNA pozitif saptandı. BOS'un alınması ile test sonucunun çıkması arasındaki süre 2 saat 45 dakika idi. Hasta konjenital CMV enfeksiyonu olarak değerlendirilip gansiklovir tedavisi başlandı. Hızlı tanı konmasına karşın, hasta tanı konduktan bir gün sonra eks oldu.

Sonuç: *Cryptococcus neoformans* immünsüpreselerde ciddi fırsatçı enfeksiyonlara neden olmaktadır, CMV prematüre ve mikrosefalik yenidoğanlarda araştırılmalıdır. Hızlı tanı testleri ile tanı süreci hızlanıp tedaviye başlanma zamanı erkene çekilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Cryptococcus neoformans*, CMV, FilmArray menenjit/ensefalit paneli

[PS-330]

Datça Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine Başvuran 65 Yaş Üstü Olguların Aşılanma Oranlarının Değerlendirilmesi

Hasip Kahraman

Datça Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Muğla

Giriş: Tüm dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Yaşlı hastalarda enfeksiyon hastalıklarının belirti ve bulgularında farklılıklar görülmesi, ek hastalıklar ve çoklu ilaç kullanımı bu hasta grubunda tanı ve tedaviyi zorlaştırmaktadır. Bu bildiride Datça Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü olguların aşılanma oranlarının, klinik özelliklerinin ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 01.12.2019-31.12.2019 tarihleri arasında Datça Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü olguların verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 26'sı kadın, 22'si erkek toplam 48 hasta alındı. Yaş ortalaması 74,8±6,1'di. Olguların 15'inde solunum yolu enfeksiyonu (9 üst solunum yolu, 6 pnömoni) 10'unda üriner sistem enfeksiyonu (7 sistit, 3 piyelonefrit), yedisinde selülit ve yedisinde de gastroenterit saptandı. Beş olgu pnömoni, bir olgu ise piyelonefrit tanısı ile hastaneye yatırılarak tedavi edildi. Çalışmaya alınan olguların tümünde ek hastalık öyküsü mevcuttu (27 hipertansiyon, 13 diyabet, 11 koroner arter hastalığı, 11 kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 8 benign prostat hipertrofisi, 4 serebrovasküler hastalık). Üç hastada sürekli mesane kateterizasyonu öyküsü, üç hastada malignite, bir hastada ise romatolojik hastalık nedeniyle immünosüpresif ilaç kullanım öyküsü bulunmaktaydı. Olguların 6'sında (%12) influenzaya karşı düzenli aşılanma öyküsü, 8'inde (%16) ise pnömoklara karşı aşılanma öyküsü bulunmaktaydı.

Sonuç: Yaşlı hasta grubunda enfeksiyon hastalıklarının mortalite ve morbiditesi genç yetişkin bireylere oranla daha yüksektir. Çalışmaya dahil edilen olgular, yaşları ve ek hastalıkları nedeniyle risk grubunda olmasına rağmen aşılanma oranları çok düşük bulunmuştur. Yaşlı hasta grubunun risk faktörlerinin belirlenmesi ve aşı ile önlenebilecek enfeksiyon hastalıklarına karşı uygun aşılama programlarının rutin olarak uygulanması ile gereksiz antibiyotik kullanımının, hospitalizasyonun, mortalitenin ve morbiditenin azaltılmasına katkı sağlanabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, yaşlılarda enfeksiyonlar

8. TÜRKİYE EKMUD BİLİMSEL KONGRESİ
"ON-LINE KONGRE" 24-29 KASIM 2020
HAKEM LİSTESİ

Adalet Aypak
Aliye Baştuğ
Aslıhan Ulu Candevir
Ayşegül Ulu Kılıç
Ayten Kadanalı
Behice Kurtaran
Birgül Kaçmaz
Birsen Durmaz Çetin
Cemal Bulut
Derya Öztürk Engin
Dilek Arman
Faruk Karakeçili
Fatma Nurhayat Beyazıt
Gürdal Yılmaz
Güven Çelebi
Hakan Erdem
Hande Aydemir
Hasan Karsen
Hürrem Bodur
İlhami Çelik
İrfan Şencan
Levent Görenek
Mehmet Serhat Birengel
Meltem Arzu Yetkin
Meltem Işıkgöz Taşbakan
Murat Dizbay
Mustafa Ertek
Mustafa Kemal Çelen
Mustafa Namıduru
Nazan Tuna
Nazlım Aktuğ Demir
Nefise Öztoprak Çuvalcı
Nihal Pişkin
Nurcan Baykam
Nurettin Erben
Onur Kaya
Özgür Günal
Sabahattin Ocak
Saim Dayan
Salih Cesur
Selma Tosun
Semra Tunçbilek
Serap Gencer
Süha Şen
Süheyla Kömür
Tansu Yamazhan
Tuna Demirdal
Yasemin Akkoyunlu
Yeşim Taşova
Yusuf Önlen
Zülal Özkurt

A

A. Murat Öztürk ... 59
Abdil Coşkun ... 158, 252
Abdullah Gölbol ... 150
Abdurrahim Koçyiğit ... 124
Adalet Aypak ... 39, 269
Adem Şimşek ... 143
Adnan Burak Bilgiç ... 231
Ahmet Cem Yardımcı ... 50
Ahmet Eroğlu ... 48
Ahmet Güney ... 106
Ahmet Melih Şahin ... 231, 265, 266
Ahmet Mert Cavnar ... 157
Ahmet Özbilgin ... 117
Ahmet Özer Şehirli ... 115
Ahmet Refik Konyalı ... 113, 250
Ahmet Sertçelik ... 55, 63
Ahmet Soylu ... 125
Ahsen Öncül ... 28, 170
Akide Çakmak Şen ... 240
Ali Acar ... 61, 74, 80
Ali Gümüş ... 178
Ali Ilgın Olut ... 201, 260
Ali İrfan Baran ... 117, 118, 135
Ali Kaya ... 27
Ali Rıza Gürbüz ... 169
Ali Rıza Kesinle ... 114
Ali Sürmelioğlu ... 41
Aliye Baştuğ ... 4, 39, 85, 202, 204, 269
Aliye Esmaoğlu ... 106
Alpay Arı ... 185, 197, 219, 227, 239
Alper Akçalı ... 97
Alper Gündüz ... 170
Alper Şener ... 88, 93, 97, 154, 155, 160
Alper Tahmaz ... 87, 95, 110, 151, 161, 193, 248
Anıl Akça ... 88, 93, 97, 154, 155
Arif Doğan Habiloğlu ... 92
Armağan Fitil ... 244
Arman Vahabi ... 59
Arzu Emre ... 129
Arzu Güç ... 170
Arzu Şenol ... 104, 256
Arzu Tarakçı ... 26, 49, 84, 85, 108, 142, 161, 181, 182, 202, 217, 220, 243, 256, 262
Asiye Tekin ... 30, 132, 137, 138, 141, 194, 253, 254, 259
Aslı Aykaç ... 115
Aslı Haykır Solay ... 79, 80, 84, 89
Aslı Vatan ... 134, 136, 139, 263
Aslıhan Candevir ... 186
Aslıhan Ulu ... 45, 206, 217, 269
Asuman İnan ... 203
Aşkın Şen ... 15
Atilla Çoruh ... 106
Attila Önmez ... 59
Aycan Gündoğdu ... 105
Ayça İlbak ... 44, 95, 127, 171, 184, 195, 216
Ayça İnci ... 234
Ayça Tunçel ... 69
Aydan Hizel ... 42
Aydın Kant ... 54
Ayhan Akbulut ... 15
Ayla Bektaş ... 181
Aylin Çalıca Utku ... 134, 136, 139, 143, 263
Aynur Atilla ... 16, 33, 36
Aynur Engin ... 26, 209
Aynur Eren Topkaya ... 211
Aynur Gülcan ... 99
Aysel Karataş ... 104
Aysel Köksal ... 154, 198
Aysun Yalçı ... 38, 39, 201
Ayşe Albayrak ... 124, 179, 184, 191
Ayşe Arıkan ... 167
Ayşe Barış ... 170
Ayşe Batırel ... 38, 57, 62, 109, 203, 226, 238
Ayşe Betül Uslu Ersöz ... 40
Ayşe Büyükdemirci ... 145
Ayşe Deniz Gökengin ... 56, 58
Ayşe Ertürk ... 111, 152, 153, 162, 173, 175, 191, 198, 257
Ayşe Füsun Kalpaklıoğlu ... 221
Ayşe İnci ... 101, 103, 104, 107, 113, 116, 156, 244, 250
Ayşe Kaya Kalem ... 232
Ayşe Özlem Mete ... 213
Ayşe Sağmak Tartar ... 15, 51
Ayşe Seza İnal ... 45, 186, 206, 217
Ayşe Şenbaba ... 95, 193
Ayşe Uyan Önal ... 56, 58, 62, 71
Ayşegül Akkol Çamurcu ... 203
Ayşegül Seremet Keskin ... 234
Ayşegül Tuna ... 196
Ayşegül Ulu Kılıç ... 105, 106, 138, 249, 269
Ayşın Zeytinoğlu ... 56, 58, 227, 267
Ayten Çalkan ... 147
Azat Abul ... 113, 156, 250
Aziz Ahmad Hamidi ... 111

B

Bahar Kandemir ... 18, 258
Bahri Elmas ... 32

Bahriye Çümen 228
Banu Açıkalın 173
Banu Bayraktar 170
Banu Çakır 55, 63
Banu Tuncay 115
Başak Göl Serin 11
Begüm Bektaş 62, 109, 185, 209
Behice Kurtaran 45, 186, 206, 217, 269
Bengü Tatar 28, 69
Berfin Çirkin 253
Berna Öksüzoğlu 162
Berna Özdemir 230, 240
Berrin Papilla-Kundaktepe 41
Betil Özhak 134, 135
Betül Kaplan 214
Betül Nur Bacanak 123
Betül Soylu 81
Betül Taş 228
Beyza Sezer 134
Bilge Özdemir 242
Bilge Uğur 53
Bilgen Borulu 147
Bilgin Arda 229
Bilgin Bahadır Başgöz 140
Bircan Kayaaslan 232
Birgül Kaçmaz 196, 216, 222-224, 269
Birol Balçın 95, 127, 171, 184, 195, 216
Birol Şafak 119
Bora Edim Akalın 113
Buket Baddal 159
Buket Demirhan 154
Buket Ertürk Şengel 83
Burak Sarıkaya 44, 95, 171, 184, 195, 216
Burak Şeker 185, 197, 219
Burcu Bayyurt 26
Burcu Çalışkan Demirkıran 54, 200
Burcu Işık Gören 28, 62, 109, 185, 209, 221
Burcu Özdemir 85
Burçin Şahin 244
Burçin Tuncel 216, 222-224, 238
Buşra Meral Çetinkaya 41
Büşra Güneysu 166

C-Ç

Can Sevinç 237
Canan Ağalar 41, 44, 157, 172-174, 215, 229, 230, 240, 242
Canan Demir 91
Canan Özen 190
Canberk Yılmaz 69
Candan Çiçek 71, 263, 267
Caner Öksüz 209
Cansu Atmaca Mutlu 219
Cansu Bulut Avşar 58, 62, 71, 263
Cemanur Aygün 95, 100, 110, 161, 166
Cemile Arslan 217
Cemile Didem Özdemir 104, 113
Cemile Uyar 98, 158
Ceyda Geyiktepe Güçlü 144
Cihan Yüksel 154, 155
Cumhur Artuk 38, 54, 140, 156, 200, 201
Cüneyt Hocagil 128
Çağlar Kavak 119
Çiğdem Ataman Hatipoğlu 127, 132, 145
Çiğdem Mermutluoğlu 197
Çiğdem Yıldırım 98, 208
Çisil Şeyma Özel 97

D

Damla Akdağ 58, 65, 71, 229, 241
Damla Ertürk 45
Damla Özyürek 55, 63
Danyar M. Hameed Amin 159
Demet Dikiş 229
Demet Hacıseyitoğlu 29, 109
Demet Ökke 196
Deniz Akyol 51, 58, 62, 71, 207, 214, 227, 229, 267
Deniz Dazkır 215, 230
Deniz Kakaliçoğlu 95, 96, 127, 171, 184, 195, 216
Deniz Ulutaş 135
Deniz Yüce Yıldırım 219
Deren Özyürek 55, 63
Derya Öztürk Engin 6, 41, 44, 157, 172-174, 215, 229, 230, 240, 242, 269
Derya Özyiğitoğlu 95, 127, 171, 184, 195, 216
Derya Seyman 67, 234
Derya Tunç 61, 193
Derya Yapar 190
Dicle İskender 255
Didem Çelik 28, 118
Diğdem Özer Yıldırım 114
Dilan Baygeldi 197
Dilara Akman 62, 203, 226, 238
Dilara İnan 261
Dilara Öğünç 134, 135
Dilek Arman 50, 269
Dilek Asiltürk 214
Dilek Bulut 79, 80, 84, 86, 89, 251
Dilek Menemenlioğlu 169
Dilek Solmaz 90

Dilek Yağcı Çağlayık 83, 94, 108
Dilek Yekenkurul 169
Dilek Yeşim Metin 229, 267
Dilek Yıldırım 55, 63
Dilek Yıldız Sevgi 170
Dilek Yılmaz 195
Dilşah Başkol 58, 62, 227, 229
Duygu Demiriz Gülmez 265
Duygu Erdil 250
Duygu Gül Uzun 108
Duygu Kaçar 214
Duygu Mert 162, 198, 225, 255
Duygu Öcal 65, 70
Dündar Sabah 214
Düriye Deren Oygar 152

E

E. Ümit Bağrıaçık 66
Ebru Atalay 81
Ebru Çakmakcı 55, 63
Ebru Doğan 88, 93, 97, 154, 155
Ebru Kaplan Atalay 157
Ebru Taşpınar Şen 39
Ece Akbulut 74
Ece Selvi 62, 185, 209
Ece Vural 135
Eda Horuz 135
Eda Köksal 95, 110, 161
Eda Selin Polat 82
Elif Bolat 65
Elif Çalışkan 65, 68
Elif Çelik 163
Elif Ergin 233
Elif Nur Özbay Haliloğlu 126, 157
Elif Nur Yılmaztürk 92, 133
Elif Özge Damar Mıdık 109
Elif Sofuoğlu 95, 127, 171, 184, 195
Elif Tuğçe Güner 70
Elif Tükenmez Tigen 92, 133
EMEK Çalışma Grubu 47
Emel Çalışkan 59
Emin Ediz Tütüncü 60
Emine Acar 69
Emine Bal 248
Emine Basınlı 240
Emine Çelik 28
Emine Kadıoğlu 158, 252
Emine Kübra Dindar Demiray 98, 151, 248
Emine Parlak 7, 119, 121, 124, 165, 171, 179, 184, 191, 196
Emine Ünal Evren 120, 149, 251
Emrah Akçay 185
Emrah Akın 41
Emrah Güler 117, 120, 149, 152, 159, 167, 251
Emsal Aydın 266
Enes Ardıç 90
Enes Dalmanoğlu 162, 191
Enes Erbağcı 213
Eray Metin Güler 124
Ercan Yenilmez 95, 171, 184, 195, 216
Erdal Kukul 125
Erdoğan Mütevelli Sözüer 177
Eren Arkalı 118, 211
Eren Gündüz 178
Ergin Ayaşlıoğlu Açıkgöz 216, 222, 223
Ertan Zengin 162
Ertuğrul Güçlü 52, 134, 136, 139, 180, 263
Ertunç Mega 41
Esengül Şendağ 30, 132, 137, 138, 141, 194, 253, 254, 259
Esma Eren 110, 121, 147, 247
Esma Eroğlu 26, 49, 84, 85, 108, 142, 161, 168, 181, 182, 202, 217, 220, 243, 256, 262
Esma Kepenek Kurt 18, 258
Esra Akkan Kuzucu 65
Esra Altınsoy 167
Esra Canbolat Ünlü 172, 176
Esra Çınar Tanrıverdi 147
Esra Dişçi 41
Esra Erikmen 227
Esra Kaya Kılıç 126, 194
Esra Koçoğlu 41, 186
Esra Tanyel 33, 36
Esra Yıldıztekin 114
Esra Yüksekkaya 164
Esra Zerdali 5, 265
Eşref Çelik 167
Eylem Ulaş Saz 71
Eyyüp Kanat 226, 243
Ezgi Gizem Şibar 198

F

Fadime Callak Oku 30, 132, 137, 138, 141, 194, 253, 254, 259
Fadime Ersoy Dursun 185, 209
Faruk Karakeçili 8, 269
Fatih Ağalar 41
Fatih Çölkesen 169
Fatih Kamış 160
Fatih Tanrıverdi 214
Fatih Temuçin 16, 33, 36

Fatma Aybala Altay...5, 30, 61, 132, 137, 138, 141, 194, 245, 253, 254, 259
Fatma Betül Yiğit....114
Fatma Buğdaycı Başal....162
Fatma Can....124, 165, 179
Fatma Cevahir....138, 177
Fatma Çölkesen....26, 49, 84, 85, 108, 142, 161, 169, 181, 182, 202, 217, 220, 243, 256, 262
Fatma Feriha Çilli Hall....62, 229
Fatma Kacar....26, 49, 84, 85, 108, 142, 161, 181, 182, 202, 217, 220, 243, 256, 262
Fatma Kesmez Can....41, 121, 191
Fatma Korkmaz....100, 166
Fatma Nilgün Can....205
Fatma Nur Baran Aksakal....148
Fatma Nur Karaçorlu....55, 63
Fatma Nur Yıldız....92
Fatma Sırmatel....46, 66, 88, 144, 159
Fatma Şahinoğlu Atmaca....173
Fatma Şebnem Erdinç....145
Fatma Yalçınkaya....192
Fatma Yılmaz Karadağ....109
Fatma Yurt....69
Feray Aycan Yılmaz....193
Ferda Karatufan....211
Ferfan Kerget....184
Ferhat Arslan....224
Ferhat Cüce....163
Ferhat Erişir....149
Ferit Kuşçu....45, 186, 206, 217
Fevzi Altuntaş....162, 255
Feyza Yıldız Aytekin....231, 266
Fidan Sultanova....148, 188
Figen Kuloğlu....248
Figen Sarıgül Yıldırım....17, 129
Figen Tokuçoğlu....11
Figen Yargucu Zihni....189
Filiz Kürklü Bozkır....239
Filiz Pehlivanoğlu....144, 262
Firdevs Aksoy....35, 170
Firuze Soyak....231, 237
Fulya Demir....239
Funda Gözütok....206
Furkan Ahmet Başdaş....114
Furkan Erdoğan....219
Furkan İşbilen....65
Furkan Polat....267
Fürüzan Köktürk....128

G

Gamze Durmaz....103, 104, 107, 244
Gamze Kalın Ünüvar....105, 106, 138, 177, 249
Gamze Şanlıdağ....58, 59, 62, 65, 267
Ganime Sevinç....30, 132, 137, 138, 141, 194, 253, 254, 259
Gaye Usluer....131, 167, 181
Gonca Demirbüken....131
Gonca Fidan....39
Gökçe Ayvaz....216, 222, 223
Gökçe Turan....93
Gökçen Gürgök Budak....134, 136, 139, 263
Gökhan Bavlı....231
Gökhan Çakırca....67
Gökhan Karahan....201, 260
Gökhan Yüksek....118
Göknur Yapar Toros....92, 162, 198, 225, 255
Gönül Çiçek Şentürk....30, 68, 86, 132, 137, 138, 141, 193, 194, 253, 254, 259
Gönül Şengöz....144, 262
Gözde Akkiraz Baç....239
Gözde Öngüt....134, 135
Gözde Öztürk Altunyurt....62, 109, 203, 226
Gül Erdem....65, 70
Gülay Erman....32, 128
Gülay Okay....124
Gülçin Aydın....221
Gülçin Telli Dizman....192
Gülden Diniz....69
Gülden Ersöz....6, 27
Gülden Eser Karlıdağ....12
Gülden Yılmaz....39, 53, 54, 140, 163, 200
Güle Çınar....81, 157
Gülendam Bozdayı....208
Gülhan Çapanoğlu....227
Gülhan Eren....103
Güliz Evik....27
Gülnaz Çulha....82
Gülnur Kul....93, 125
Gülsüm Kaya....52
Gülşah Gelişigüzel....127
Gülşen İskender....162, 198, 225, 255
Günay Tuncer Ertem....132, 164
Günel Guliyeva....71
Gürdal Yılmaz....7, 48, 54, 170, 269
Gürsel Ersan....47, 189, 205, 210-212
Güven Çelebi....128, 269

H

H. Aytaç Erdem 59
Habibe Tülin Elmaslar Mert 248
Habip Gedik 72, 255
Hakan Evren 120, 149, 251
Halil Erkan 185, 197, 219, 260
Halil Karataş 243
Haluk Vahaboğlu 109
Handan Alay 121, 124, 165, 179, 191, 196
Handan Ankaralı 41
Hande Aydemir 128, 269
Hande Toptan 32
Hanefi Cem Gül 38, 54, 156, 163, 201
Hanife Uzar 61
Harun Andıç 188
Harun Yıldırım 158, 252
Hasan Göçer 219
Hasan Mücahit Özbaş 231, 265
Hasan Öksüzoğlu 70
Hasan Selçuk Özger 98, 148, 208
Hasan Tahsin Gözdaş 14, 46, 88, 144, 159
Hasan Yonca 140, 201
Hasibe Demirağ 101
Hasibullah Yaqoobi 82, 250
Hasip Kahraman 189, 268
Hatice Bulut 216, 223, 224, 238
Hatice Burcu Açıkalın Arıkan 129
Hatice Esranur Kıratlı 114, 212
Hatice Kübra Bağış 103, 116, 244
Hatice Kübra Karanalbant 89
Hatice Rahmet Güner 232
Hatice Tezcan 85, 204
Hatice Üdürgücü 15
Havva Avcıküçük 160
Hayrettin Akdeniz 88, 144, 159
Hayriye Aşçı 154
Hilal Abakay 189, 190, 205, 212
Hilal Hocagil 128
Hilal Küpeli 239
Hilal Sipahi 58, 65, 71
Hividar Altan 47, 189, 205, 210-212
Hope Oyındamola Alaje 149
Hülya Çaşkurlu 28, 209, 221
Hülya Özkan Özdemir 187, 191, 226, 239, 243
Hürrem Bodur 39, 85, 202, 204, 269
Hüsameddin Atay 117, 118
Hüseyin Aytaç Erdem 122, 189, 227, 229, 241, 263
Hüseyin Doğuş Okan 134, 136, 139, 263
Hüseyin Esmer 127
Hüseyin Hatipoğlu 32, 128, 144
Hüseyin Turgut 240
Hüsnü Pullukçu 51, 56, 58, 122, 189, 207, 214, 227, 267

I-İ

Ilgın Yıldırım Şimşir 59, 189
İbrahim Çavuş 117
İbrahim Erayman 18, 258
İftihar Köksal 35, 48
İlhami Çelik 4, 107, 110, 121, 147, 247, 269
İlkay Akbulut 11, 114, 146, 190
İlkay Bahçeci 198
İlkay Karaoğlan 213
İlker İnanç Balkan 41
İlker Kiraz 237
İlker Ödemiş 34
İlknur Akkuş 221, 223, 224
İlknur Erdem 90, 119, 182, 183
İlknur Esen Yıldız 111, 152, 153, 162, 173, 175, 191, 198, 257
İlknur Yavuz 231, 265, 266
İlyas Dökmetaş 28, 170
İmran Hasanoğlu 232
İmran İçel Yıldırım 239
İnci Yılmaz Nakir 265
İrem Akdemir Kalkan 126
İrem Genç 28, 170
İrem Tümkaya Kılınç 134
İrfan Binici 117, 118, 135
İrfan Şencan 30, 45, 60, 61, 68, 74, 132, 137, 138, 141, 193, 194, 198, 241, 253, 254, 259, 269
İsa Ahmet Bal 51
İsmail Eren Polat 152, 198
İsmail Koyuncu 67
İsmail Türköz 111
İsmail Yaşar Avcı 39, 53, 54, 136, 140, 200

K

Kaan Gürbüz 110
Kader Arslan 132, 164
Kader Uğur 51
Kadir Tomas 41
Kadriye Kart Yaşar 72, 172, 176
Kamer Billur Yücel 55, 63
Kamil Mert 146, 211
Kamil Oğuzhan Döker 185
Kamil Yamak 260
Kamile Çakırca 72
Kamuran Türker 70, 213, 228, 235, 242
Kaya Süer 117, 120, 149, 152, 167, 251

Kayhan Çağlar 148
Kazım Kıratlı 43
Kemal Osman Memikoğlu 81
Kemalettin Aydın 207
Kemalettin Özden 121, 179, 191
Kenan Hızel 148, 188
Kenan Sağlam 140
Kerem Hasan Dilcan 159
Kübra Erbay 148
Kübra Koçak 213
Kürşat Yıldız 216

L

Leman Yagubova 138
Levent Görenek 95, 127, 171, 184, 195, 216, 269
Levent Şensoy 36
Leyla Günay 72
Leyla Tatar 126

M

M. Enes Kardan 90
Mahmut Baran Yerlikaya 79
Marisa Marku 133
Mediha Bozkurt 144
Mehmet Ali Gedik 98
Mehmet Ali Tüz 128
Mehmet Bakır 209
Mehmet Bitirgen 18, 258
Mehmet Çabalak 81, 82, 250, 253
Mehmet Çelik 90
Mehmet Doğanay 106
Mehmet Fatih Ekici 248
Mehmet Kış 69, 192
Mehmet Köroğlu 32, 41, 128, 131, 142, 144
Mehmet Ölmez 142
Mehmet Parlak 119, 121, 124, 147, 165, 171, 179, 184, 191, 196
Mehmet Reşat Ceylan 67, 90
Mehmet Sarıer 42, 125
Mehmet Serhat Birengel 126, 269
Mehmet Sezai Taşbakan 122
Mehmet Sinan Dal 162
Mehmet Soylu 71
Mehmet Timuçin Aydın 41
Mehmet Umut Çayıröz 99, 123
Mehmet Velidedeoğlu 41
Mehrgan Modirrousta 94
Mehtap Bolat 144
Melek Ergin 45
Melih Akıdan 264
Meliha Çağla Sönmezer 192
Meliha Meriç Koç 40
Melike Çıvak 101, 104, 244
Melike Demir 62, 122
Melike Yaşar 267
Melike Yıldız 157
Meltem Arzu Yetkin 231, 265, 266, 269
Meltem Aylı 53
Meltem Demir 42, 125
Meltem Işıkgöz Taşbakan 51, 56, 58, 59, 65, 71, 122, 189, 207, 214, 227, 267, 269
Meltem Yalınay Çırak 148
Merih Kızıl Çakar 255
Merve Arslan 237, 240
Merve Bedir 28
Merve Bozdağ 156
Merve Çelebi 210
Merve Çelik 16, 219
Merve Kaçar Eker 44, 173, 229, 242
Merve Kaplan 203
Merve Mert 58, 59, 62, 71
Merve Pamukçuoğlu 85
Merve Sancıoğlu Demir 186, 217
Merve Sefa Sayar 79, 80, 84, 86, 89, 168, 245, 251
Merve Türker 234
Meryem Güvenir 120, 149, 152, 251
Meryem Sena Kaya 172
Mestan Emek 42, 125
Mete Akısü 267
Metin Özsoy 127
Meyha Şahin 233
Mine Filiz 38, 53, 136, 156
Mirkan Bulğak 146
Mirkhaliq Javadov 41
Muhammet Rıdvan Tayşi 61, 68, 241
Murat Dizbay 148, 269
Murat Kutlu 237
Murtaza Kaya 158, 252
Mustafa Altındiş 32, 52, 128, 131, 142, 144
Mustafa Arslan 176
Mustafa Barış 69
Mustafa Cihangiroğlu 176
Mustafa Çağatay 65, 253
Mustafa Dağlı 140
Mustafa Doğan 182, 183
Mustafa Enes Özden 55, 63
Mustafa Ertek 92, 154, 162, 198, 207, 225, 255, 269
Mustafa Hasan Özlü 114
Mustafa Yıldırım 89, 144, 265

Mustafa Yılmaz 98, 99, 158, 252
Müge Kılıç 125
Müzeyyen Ay 197
Müzeyyen Burcu Kaplan Yılmaz 207
Müzeyyen Tuğçe Benli 45, 60, 241

N

Naciye Badır 158
Naciye Betül Baysal 62, 164, 166, 185, 209
Nadide Çolak Ergün 190, 205, 210
Nagehan Didem Sarı 101, 103, 107, 244
Nagehan Elmas 170
Nagihan Bülbül Çolak 121
Nagihan Ulu Demirci 207
Naile Çetin 262
Nalan Gülşen Önal 71
Nalan Okuroğlu 242
Naz Oguzoglu 41
Nazan Dalgıç 28
Nazan Doğan 207
Nazan Tuna 182, 269
Nazif Elaldı 209
Nazlı Elif Kuşcu 188
Nazlım Aktuğ Demir 114, 199, 212, 269
Nebil Arslan 88, 144
Necati Mumcu 106
Necip Karaca 114
Nedim Çakır 115, 120, 149, 152, 251
Neslihan Kayahan Satış 140
Nevgün Sepin 42, 125
Nevin İnce 14, 59, 163, 169
Nevin Korkmaz 215
Nevin Turgay 122
Nihal Karaduman 154, 155
Nihal Piskin 128
Nihat Türkan 185, 197, 219
Nil Kader Çağaç 55, 63
Nilay Bilgili Korkmaz 229, 241
Nilgün Altın 160
Nilüfer Saygılı 232
Nilüfer Uzunbayır Akel 229
Nisa Dirican 114
Nisel Yılmaz 232
Nur Oğuz Davutoğlu 178
Nuray Arslan 198
Nuray Kasar 150
Nurcan Baykam 190, 269
Nurcan Manav 154, 155
Nurdan Göçgün 89
Nurdan Pür 171, 179
Nurefşan Aydeniz 233
Nurettin Erben 131, 167, 178, 181, 269
Nurlana Mikayilova 103
Nurten Nur Aydın 35
Nurten Selin Sobay 195

O-Ö

Oğuz Karabay 41, 47, 52, 134, 136, 139, 143, 180, 263
Oğuz Reşat Sipahi 51, 56, 58, 62, 65, 71, 214, 229, 241, 263
Okan Derin 210
Oktay Yapıcı 215
Olcay Kandemir 207
Onur Avcı 209
Onur Bircan 32
Onur Çolak 44, 157, 172-174, 215, 229, 230, 240, 242
Onur Taydaş 143
Onur Ural 199, 212
Orçun Soysal 45
Orçun Zorbozan 122
Orhan Alimoğlu 41
Orhan Baylan 216
Osman Yılmaz 69
Oya Kalaycıoğlu 46
Ozan Salim 135
Ömer Aydos 202
Ömer Karaşahin 234
Ömer Şahin 223, 224
Özge Mercan 201
Özge Sönmez 114
Özge Turhan 134, 135
Özgü Kesmezacar 244
Özgül Çetinkaya 135
Özgür Ekinci 41
Özgür Günal 87, 95, 100, 101, 110, 161, 166, 193, 269
Özlem Akdoğan 190
Özlem Aldemir 26
Özlem Alhan 83, 92
Özlem Altuntaş Aydın 172, 176
Özlem Aydın 24
Özlem Güzel Tunçcan 148, 208
Özlem Koyuncu Özyurt 134
Özlem Kuman Tunçel 59
Öznur Ak 109, 203, 238
Öznur Çetinağaç 160

P

Pelin Bacak 114
Pınar Akarsu 55, 63

Pınar Çayıröz 99, 123
Pınar Çıragil 211
Pınar Ergen 23
Pınar Gürkaynak 132
Pınar Öngürü 109, 238
Pınar Sırmatel Bücük 46
Pınar Şen 19-22, 39

R

Rabia Can Sarinoğlu 94
Rahmet Güner 214, 232
Ramazan Altun 253
Ramazan Dönmez 41
Ramazan Korkusuz 172
Recep Bekiş 69
Recep Civan Yüksel 121
Recep Tekin 264
Resul Karakuş 66
Reyhan Yiş 219
Rıza Aytaç Çetinkaya 95, 127, 171, 184, 195, 216
Roshan Hoshyar Baban 120
Rukiye İnan 165
Rüveyda Alacahan 72
Rüveyda Korkmazer 232

S-Ş

Sabahat Çeken 154, 162, 198, 207, 225, 255
Sabahattin Ocak 82, 250, 253, 269
Sabiha Cangöz 227
Sabri Atalay 47, 146, 189, 205, 210-212
Safiye Bilge Güçlü Kayta 88, 93, 97, 154, 155, 160
Safiye Nur Özcan 28, 170
Salih Atakan Nemli 15
Salih Cesur 127, 269
Saliha Ayan 203
Samet Yıldırım 114
Sami Kınıklı 64, 126, 127, 132, 145, 164, 194
Sanem Karadağ Geçgel 91
Sarp Singil 114, 146, 212
Saygın Nayman Alpat 131, 167, 181
Sebahat Aksaray 41
Sebahat Taş 232
Sebine Teymurova 120, 149, 251
Seçil Deniz 231, 233, 240
Seda Zor Çakıllı 147
Sedat Kaygusuz 216, 221-224, 238
Sedat Serttaş 260
Sedef Çoruk 226
Seichan Chousein Memetali 58, 62, 71
Selçuk Kaya 35, 170
Selçuk Kılıç 46, 152
Selda Aydın 73, 210
Selda Sayın Kutlu 233
Selda Sözen 100, 166
Selim Yalçınkaya 134
Selin Eyüpoğlu 265
Selin Şenol 127, 145, 164
Selin Yalınç 180
Selin Yiğit 208
Selma Altındiş 52
Selma Tosun 180, 185, 187, 191, 197, 219, 226, 227, 235, 239, 243, 260, 269
Selver Can 49, 142, 161, 217, 220, 256, 262
Sema Aktolga 227
Sema Taban 231
Semiha Solak Grassie 206
Semra Bahar 233
Semra Karaman 176
Semra Kavas 44, 157, 172-174, 215, 229, 230, 240, 242
Seniha Şenbayrak 41, 113
Serap Demir Tekol 62
Seray Töz 122
Sercan Ulusoy 58, 62, 65, 71, 229
Serdal Arslan 26
Serdar Gül 216, 222-224
Serdar Gül, ... 216, 222-224
Serhat Atalar 48
Serhat Aydoğan 247
Serhat Ünal 192
Serkan Sürme 89, 262
Serkan Tuna 113
Serpil Erol 113, 203
Servan Vurucu 154, 155
Servet Güreşçi 202
Servet Kölgelier 154, 198
Servet Öztürk 44, 157, 172-174, 215, 229, 230, 240, 242
Seval Sönmez Yıldırım 239
Sevcan Balcı 203
Sevda Özdemir Al 111, 162, 175, 191, 198, 257
Sevgi Mehter 100, 166
Sevgi Özan 233
Sevgi Sökülmez Yıldırım 136
Sevil Alkan Çeviker 87, 95, 98, 99, 110, 151, 158, 248, 252
Sevinç Dural 206
Seyit Ali Büyüktuna 209
Sezin Hoşgel 206
Sırrı Kılıç 87, 95, 100, 101, 110, 161, 166
Sibel Bolukçu 40

Sibel İba Yılmaz 234, 237
Sibel Kuyugöz 27
Sibel Pekcan 231
Sinan Mermer 188, 214
Sinem Akçalı 158
Sinem Akkaya Işık 95, 96, 127, 171, 184, 195, 216
Sudem Mahmutoğlu Çolak 173, 257
Suna Seçil Öztürk Deniz 237
Suzan Şahin 226
Süheyla Kömür 45, 186, 206, 217, 269
Süheyla Ünver 92
Süleyman Sırrı Kılıç 87, 95, 110, 161
Sümeyra Karakuş 164
Sümeyye Köşger 136, 163
Sümeyye Yüce 258
Şafak Özer Balin 15
Şefika Nur Ayar 192
Şemsi Nur Karabela 176
Şenay Öztürk Durmaz 264
Şerife Altun Demircan 64, 126, 132, 145, 194
Şerife Demir 55, 63
Şeyda Durna 131
Şeyda Karabörk 66
Şeyma Betül Kayhan 36
Şeyma Çifci 199
Şeyma Trabzon 180
Şeymanur Sağlam 57
Şöhret Aydemir 65, 71
Şua Sümer 199, 212
Şule Aydın Türkoğlu 66
Şule Damlaca 113
Şule Özdemir Armağan 26, 49, 84, 85, 108, 142, 161, 181, 182, 202, 217, 220, 243, 256, 262
Şükran Köse 11, 28, 43, 47, 69, 114, 118, 146, 189, 190, 205, 210-212
Şükran Saba Çopur 232
Şükran Sevim 145

T

Talat Ecemiş 158
Taliha Karakök 126, 194
Tamer Şanlıdağ 117, 167
Tamer Tunçbilek 119
Tansu Yamazhan 56, 58, 65, 207, 267, 269
Taşkın Altay 201, 260
Taylan Bozok 26
Taylan Önder 88, 93, 97, 154, 155
Tayyibe Bal 81, 82, 250, 253
Tchamou Potindji 159
Tuba Başcıoğlu 152
Tuba Damar Çakırca 67
Tuba İlgar 111, 152, 153, 173, 175, 257
Tuba Kuruoğlu 16, 33, 36, 219
Tuba Tatlı Kış 69, 192
Tuğba Arslan Gülen 34
Tuğba Aşkın 92
Tuğba Ayhancı 131
Tuğba Başçıoğlu 191
Tuğba Özdemir 74, 193, 198, 241
Tuğba Sarı 233
Tuğçe Damarsoy 46, 144, 159
Tuğçe Şimşek Bozok 26
Tuğhan Utku 211
Tuna Demirdal 15, 19-22, 129, 146, 269
Tunahan Ayaz 163, 200, 201
Tuncer Karpuz 134, 135
Tuncer Özekinci 186
Tuncer Turhan 65
Turan Aslan 124
Tülay Akçetin 244
Tülay Ünver Ulusoy 206
Türkan Tezcan 227
Türkan Tüzün 228
Türkkan Öztürk Kaygusuz 47
Türkmen Bahadır Arıkan 177

U-Ü

Ufuk Kırbaş 261
Uğur Kostakoğlu 111, 152, 153, 162, 173, 175, 191, 198, 257
Uğur Önal 58, 62, 71
Uluhan Sili 94, 108, 220
Umay Balcı 67
Ülkü Öztoprak Siyah 127
Ülkü Üser 129
Ümit Gemici 38
Ümit Kılıç 142
Ümit Savaşçı 163, 200
Ümmiye Gündüz Baş 205
Ümmü Sena Sarı 15
Ümran Şumeyse Ertürk 12
Ümran Türköz 100, 166
Ünsal Bağın 175

V

Vahibe Aydın Sarıkaya 262
Volkan Korten 133, 220

W

Wrya R. M. Mahmood 167

Y

Yakup Çağ 29
Yakup Demir 150
Yakup Ekinci 110
Yakup Tomak 131
Yasemin Akkoyunlu 124, 269
Yasemin Çağ 41, 62, 164, 166, 185, 186, 209, 221
Yavuz Çekli 136, 163
Yekta Özkılıç 107, 110, 247
Yeliz Çiçek 264
Yeşim Aybar Bilir 214
Yeşim Taşova 45, 186, 206, 217, 269
Yiğit Uyanıkgil 65
Yunus Gürbüz 30, 74, 132, 137, 138, 141, 194, 198, 253, 254, 259
Yusuf Arslan 117
Yusuf Oluç 220
Yusuf Önlen 81, 82, 250, 253, 269
Yusuf Yeşil 32
Yücel İşbilen 195
Yüksel Kolukısa 225

Z

Zafer Habip 186
Zafer Parlak 195
Zehra Beştepe Dursun 259
Zehra Karacaer 38, 156
Zehra Kipritçi 211
Zehra Yılmaz 173
Zekiye Hakseven 117, 118
Zeliha Koçak Tufan 3
Zerafer Kandemir 215
Zeynep Dansuk 65
Zeynep Tekin Taş 98
Zeynep Türe Yüce 105-107, 138, 177, 249
Zuhal Yeşilbağ 72
Zülal Özkurt 124, 147, 171, 179, 184, 191, 269
Züleyha Can Erdi 180