



# *İntraabdominal Enfeksiyonlarda Antibiyotik Yönetimi*

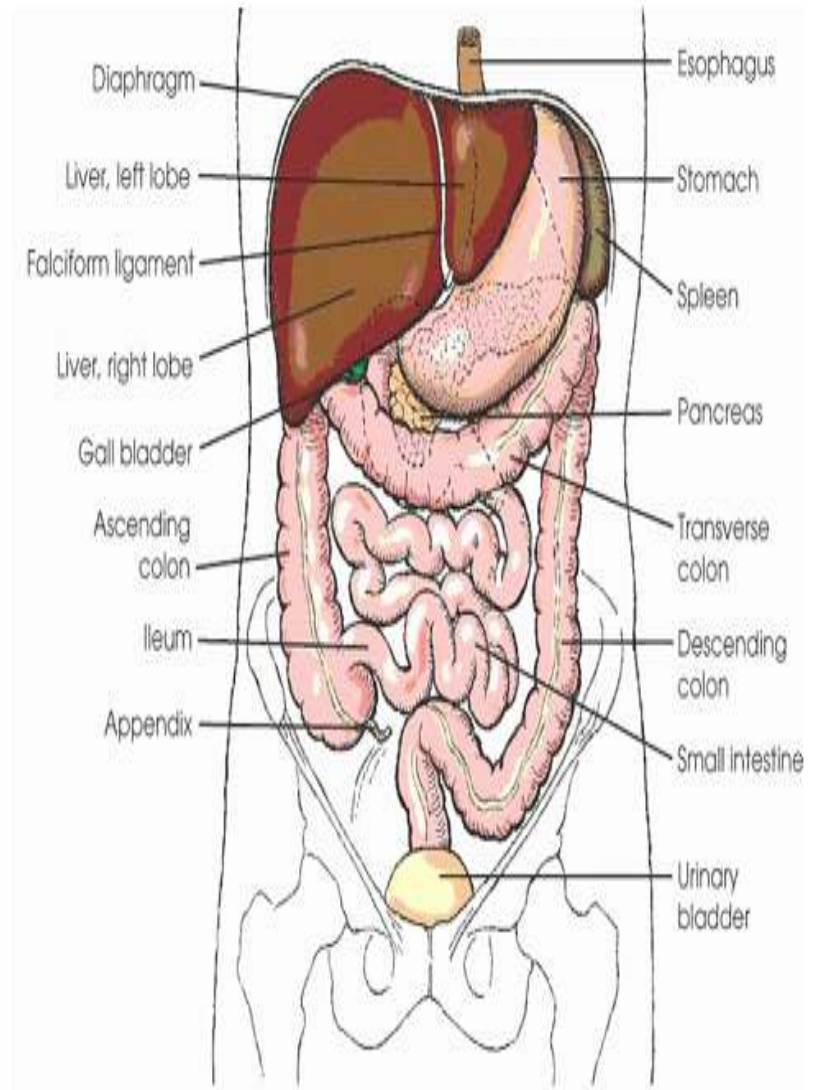
Dr Şafak ÖZER BALİN  
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi  
22/11/2019



# *Rehberler*

1. Surgical Infection Society & Infectious Disease Society of America (SIS-IDSA) konsensusu 2010.
2. World Society of Emergency Surgery (WSES) 2017.
3. Surgical Infection Society (SIS) 2016
4. Uzlaşı rehberi 2016

- İnteraabdominal Enfeksiyon (İAE): Abdominal kavitede bulunan organ veya organ boşluklarının enfeksiyonu
- Özefagus alt ucu
- Mide
- Bağırsaklar (ince bağırsaklar, Kolon, Rektum)
- Safra kesesi
- Dalak



**Apendisit**

**Divertikülit**

**Kolesistit**

**Kolanjit**

**Apse**

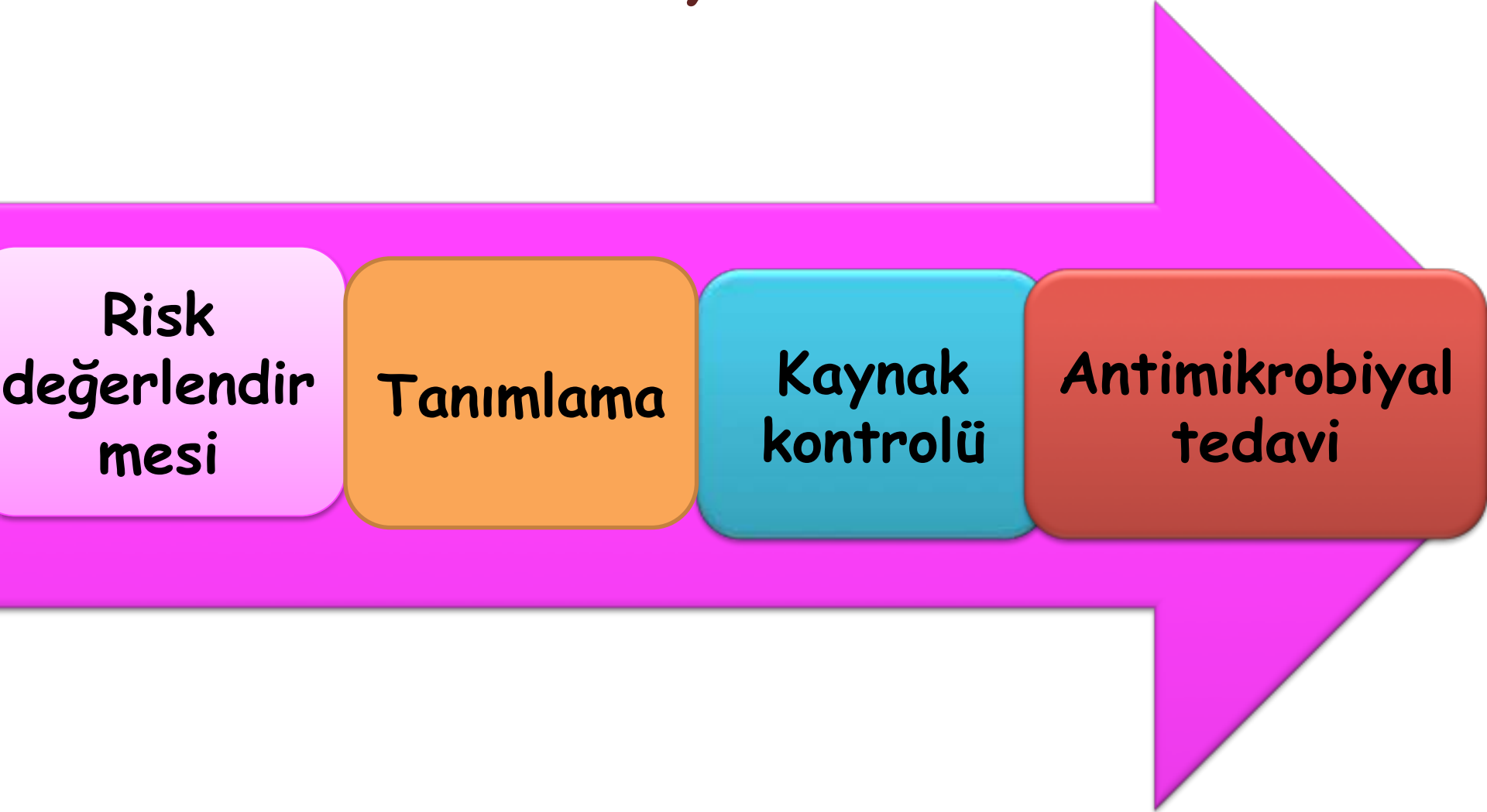
**Perforasyon**

**Peritonit...**

# Etkenler

- En sık
  - ✓ *E.coli*
  - ✓ *Bacteroides* spp
- Diğer yaygın patojenler
  - ✓ Diğer Enterobacteriaceae spp
  - ✓ *Streptococcus* spp
  - ✓ Clostridial spp
- Hastane ilişkili veya tersiyer peritonit patojenler
  - ✓ *Pseudomonas aeruginosa*
  - ✓ *Enterococcus* species

# *İAE yönetimi*



*The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection/ 2016*

# *Risk deęerlendirmesi*

- Tedavi başarısızlığı ve mortalite riskini ön görmek
- Antibiyotik seçimine yardımcı olmak
- Buna göre hastalar 2 kategoriye ayrılır.
  - Düşük-riskli
  - Yüksek-riskli

# *Kimler yüksek riskli??*

- Sepsis veya septik şok belirtileri,
- APACHE II skoru ((10 ve üzerinde olan hastalar))

\*İAE'u olan birçok hasta sepsis veya septik şok için kriterleri karşılamayacak ve APACHE II skorları değerlendirilemeyecektir.



- Fenotipik/fizyolojik risk faktörleri
- İleri yaş (>70)
- Malignite varlığı
- KVS hastalığı
- Kc hastalığı/siroz
- Renal hastalık
- Hipoalbuminemi
  
- Enfeksiyonun yaygınlığı / ilk kaynak kontrolünün yeterliliği
- Diffüz/jeneralize peritonit
- Gecikmiş ilk kaynak kontrolü
- Yeterli kaynak kontrolü sağlanamaması
  
- Mikrobiyolojik özellikler
- Dirençli patojenlerle enfeksiyon şüphesi

\*\*\*Bu risk faktörlerinin >2 veya daha fazlasına sahip olan hastalar yüksek riskli olarak değerlendirilmelidir

# *Tanımlama*

- Toplum kökenli İAE veya sağlık bakımı/hastane ilişkili İAE
- Komplike veya non komplike İAE

- **Komplike olmayan İAE;**
- Anatomik defekt olmadan tek bir organda görülen enfeksiyon
- Bu hastalar ya cerrahi rezeksiyon ya da antibiyotiklerle tedavi edilebilir
- **Komplike İAE;**
- Enfeksiyonun organ dışına, normalde steril olan boşluğa uzanması
- İntra-abdominal apselerde olduğu gibi lokalize, sonrasında diffüz peritonit gelişebilir. Son fizyolojik yanıt olarak sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) oluşabilir
- Bu hastalar da hem kaynak kontrolü yapılmalı hem de antibiyotik kullanılmalı

# *Kimler HA-İAE olarak tanımlanmalı*

## Sağlık bakımı veya hastane ilişkili İAE kriterleri

- İlk kaynak kontrolü yapıldıktan itibaren en az 48 saat sonra gelişen enfeksiyon.
- 90 gün içinde veya mevcut başvuruda en az 48 saat hastanede yatış öyküsü
- Son 30 gün içinde hemşire gözetimli veya diğer bakımevlerinde kalma
- Son 30 gün içinde evde IV infüzyon terapisi, evde yara bakımı veya diyaliz öyküsü
- 90 gün içinde 5 gün veya daha fazla geniş spektrumlu antimikrobiyal tedavi almış olmak

# *Kaynak kontrolü*

- Kontaminasyonu kontrol etmek ve gastrointestinal anatomiye ve fonksiyonunu eski hale getirmek için tedbir almayı içerir.
- Enfekte sıvının drenajı
- Nekrotik dokuların uzaklaştırılması

**Tartışmasız  
tedavinin en  
önemli adımı**

- Devam eden kontaminasyonu önlemek için kaynak kontrol işlemi rutin olarak önerilir (A-I).
- İAE tanısı konulduktan sonraki 24 saat içinde kaynak kontrolü yapılmalı (B-II).
- Sepsis veya septik şoklu hastalarda kaynak kontrolü daha acil bir şekilde yapılmalı (C-II).

***2016 SIS Guidelines***

# *Antimikrobiyal tedavi*

- Gram negatif bakteri, gram pozitif kok ve anaeroblara karşı etkili antimikrobiyal rejimler ampirik tedavide tercih edilmeli (A-I).

# *TK-İAE'da ampirik antimikrobiyal tedavi*

- Düşük riskli hastalar;
- İlk tercih edilecek ajanlar; Sefotaksim veya seftriakson artı metronidazol veya ertapenem (A-I).
- Alternatif olarak, sefuroksim artı metronidazol veya sefoperazon sulbaktam (B-II).

*2016 SIS Guidelines*



- Yüksek riskli hastalar;
- İlk tercih edilecek ajanlar; Piperasilin-tazobaktam, doripenem, imipenem, meropenem veya sefepim artı metronidazol (A-II).
- Alternatif olarak, seftazidim artı metronidazol (B-II).

*2016 SIS Guidelines*

# *HA-İAE'da ampirik antimikrobiyal tedavi*

- İlk tercih edilecek ajanlar TK-İAE olan yüksek riskli hastalar için önerilen daha geniş spektrumlu ajanlar öneriliyor.
- Hastalar *Enterococcus* spp., MRSA, dirençli gram-negatif basil ve *Candida* spp. açısından değerlendirilmeli (B-II).

**Antimikrobiyal tedavi  
süresi**

SURGICAL INFECTIONS  
Volume 18, Number 1, 2017  
Mary Ann Liebert, Inc.  
DOI: 10.1089/sur.2016.261

# The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection

John E. Mazuski,<sup>1</sup> Jeffrey M. Tessier,<sup>2</sup> Addison K. May,<sup>3</sup> Robert G. Sawyer,<sup>4</sup> Evan P. Nadler,<sup>5</sup>

*Antimikrobiyal tedavinin en fazla postoperatif 24 saat ile sınırlandırılması gereken durumlar ;*

- 12 saat içerisinde opere olmuş travmatik bağırsak perforasyonu (A-I),
- 24 saat içerisinde ameliyat edilen gastroduodenal perforasyonu olan hastalar (C-I),
- perfore olmayan akut veya gangrenöz apandisit hastalarında (A-I),
- perfore olmayan akut veya gangrenöz kolesistitli hastalar (A-I),
- perfore olmayan iskemik bağırsak hastaları (C-I).

*2016 SIS Guidelines*

# *Peki diğer durumlar?*

- Yeterli kaynak kontrolü olan hastalarda antimikrobiyal tedaviyi **4 gün (96 saat)** ile sınırlayın (A-I).
- Ateşin düşmesi, lökosit sayısının normale inmesi, barsak fonksiyonlarının normale dönmesi, kesin kaynak kontrolü geçiren İAE hastalarında yüksek tedavi başarısı ile ilişkili

***2016 SIS Guidelines***

•Kaynak kontrol prosedürü olmadan tedavi edilen İAE hastaları için antimikrobiyal tedavi süresi tartışmaya açıktır

•Kaynak kontrol işlemi yapılmayan İAE'u olan hastalarda antimikrobiyalleri 5-7 gün ile sınırlandırmayı düşün.

•Kesin kaynak kontrolü yapılmayan düşük riskli hastalar da, ateş, lökositoz ve paralitik ileus semptomlarının çözümü ile antimikrobiyal tedavi sonlandırılabilir (C-II).

•5-7 gün içinde antimikrobiyal tedaviye tam yanıt vermeyen hastalarda tedavi başarısızlığına dikkat

•Etkili bir kaynak kontrol müdahalesi için *yeniden değerlendir* (C-II).

# *Bakteremik hasta??*

- İAE nedeniyle sekonder bakteriyemi hastalarında yeterli kaynak kontrolü sağlanmış ve artık bakteremik olmayan hastalarda antimikrobiyal *tedavi 7 gün* ile sınırlı tutulmalı (B-II).
- İmmünsüpresif ilaç alan ve sepsis veya septik şok belirtileri olan hastalarda tedavi süresini değerlendirmek için yeterli veri yoktur.



REVIEW

Open Access

# Management of intra-abdominal infections: recommendations by the WSES 2016 consensus conference



Massimo Sartelli<sup>1\*</sup>, Fausto Catena<sup>2</sup>, Fikri M. Abu-Zidan<sup>3</sup>, Luca Ansaloni<sup>4</sup>, Walter L. Biffi<sup>5</sup>, Marja A. Boermeester<sup>6</sup>, Marco Ceresoli<sup>3</sup>, Osvaldo Chiara<sup>7</sup>, Federico Coccolini<sup>3</sup>, Jan J. De Waele<sup>8</sup>, Salomone Di Saverio<sup>9</sup>, Christian Eckmann<sup>10</sup>, Gustavo P. Fraga<sup>11</sup>, Maddalena Giannella<sup>12</sup>, Massimo Girardis<sup>13</sup>, Ewen A. Griffiths<sup>14</sup>, Jeffrey Kashuk<sup>15</sup>, Andrew W. Kirkpatrick<sup>16</sup>, Vladimir Khokha<sup>17</sup>, Yoram Kluger<sup>18</sup>, Francesco M. Labricciosa<sup>19</sup>, Ari Leppaniemi<sup>20</sup>, Ronald V. Maier<sup>21</sup>, Addison K. May<sup>22</sup>, Mark Malangoni<sup>23</sup>, Ignacio Martin-Loeches<sup>24</sup>, John Mazuski<sup>25</sup>, Philippe Montravers<sup>26</sup>, Andrew Peitzman<sup>27</sup>, Bruno M. Pereira<sup>11</sup>, Tarcisio Reis<sup>28</sup>, Boris Sakakushev<sup>29</sup>, Gabriele Sganga<sup>30</sup>, Kjetil Soreide<sup>31</sup>, Michael Sugrue<sup>32</sup>, Jan Ulrich<sup>33</sup>, Jean-Louis Vincent<sup>34</sup>, Pierluigi Viale<sup>12</sup> and Ernest E. Moore<sup>35</sup>

- İAE 'da Antibiyotik tedavisinin optimal süresi
- Komplike olmayan akut kolesistit ve akut apandisit oluşumunda postoperatif antimikrobiyal tedavi gerekli değildir (A-I).
- Etkili kaynak kontrolü sağlanmış, kliniği ağır olmayan komplike hastalarda postoperatif 3-5 günlük kısa süreli tedavi önerilir (A-I).

## **A Prospective, Double-Blind, Multicenter, Randomized Trial Comparing Ertapenem 3 Vs $\geq$ 5 Days in Community-Acquired Intraabdominal Infection**

- Prospektif, çift-kör, çok merkezli, randomize klinik çalışma
- Toplam 90 hasta değerlendirilmiş
- Kabulün ilk 24 saati içerisinde cerrahi müdahale yapılan, hafif ya da orta şiddette, lokalize toplum kökenli IAE
- 1 g / gün ertapenem 3 gün (grup I) ve  $>$  veya = 5 gün (grup II)
- Tedavi kesildikten 2 ve 4.hafta klinik cevap değerlendiriliyor
- Sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok( $p>0.05$ )



## Trial of Short-Course Antimicrobial Therapy for Intraabdominal Infection

R.G. Sawyer, J.A. Claridge, A.B. Nathens, O.D. Rotstein, T.M. Duane, H.L. Evans, C.H. Cook, P.J. O'Neill, J.E. Mazuski, R. Askari, M.A. Wilson, L.M. Napolitano, et al.

- Antimikrobiyal tedavi süresini değerlendiren prospektif çalışma
- 518 hasta (Kontrol grubu: 260/ deney grubu: 258)
- Tüm hastalar komplike intraabdominal enfeksiyon tanılı ve yeterli kaynak kontrolü
- Kontrol grubu, ateş, lökositoz ve ileus düzeldikten sonra 2 gün (maksimum 10 gün) süre ile antibiyotik alan
- Deney grubuna 4 gün (sabit bir süre) antibiyotik alan



Variable	Control Group (N=260)	Experimental Group (N=257)	P Value
Primary outcome: surgical-site infection, recurrent intraabdominal infection, or death — no. (%)	58 (22.3)	56 (21.8)	0.92
Surgical-site infection	23 (8.8)	17 (6.6)	0.43
Recurrent intraabdominal infection	36 (13.8)	40 (15.6)	0.67
Death	2 (0.8)	3 (1.2)	0.99
Time to event — no. of days after index source-control procedure			
Diagnosis of surgical-site infection	15.1±0.6	8.8±0.4	<0.001
Diagnosis of recurrent intraabdominal infection	15.1±0.5	10.8±0.4	<0.001
Death	19.0±1.0	18.5±0.5	0.66
Surgical-site infection or recurrent intraabdominal infection with resistant pathogen — no. (%)	9 (3.5)	6 (2.3)	0.62



- Başlıca farklılıklar:
- Daha uzun antibiyotik tedavisi alan grupta yeni bir durumun ortaya çıkma zamanı daha geç (10 vs 15) ( $p < 0.001$ )
- Dirençli patojen ile enfeksiyon oranı, daha uzun antibiyotik tedavisi alan grupta fazla ( $p = 0.62$ )
- \*Sonuç olarak, İAE'ü olan hastaların çoğunda 4 günlük bir tedavi süresinin yeterli olduğu görülmüş



## Percutaneously drained intra-abdominal infections do not require longer duration of antimicrobial therapy

Rishi Rattan, MD, Casey J. Allen, MD, Robert G. Sawyer, MD, Reza Askari, MD, Kaysie L. Banton, MD, Raul Coimbra, MD, PhD, Charles H. Cook, MD, Therese M. Duane, MD, Patrick J. O'Neill, MD, PhD, Ori D. Rotstein, MD, and Nicholas Namias, MD, *Miami, Florida*

- 129 hasta başarılı perkütan drenaj
- Deney grubuna, kontrol grubundan önemli ölçüde daha kısa süre antimikrobiyal tedavi uygulandı (4 gün [n:72] gün vs 10 gün[n:57] gün,  $p < 0.001$ )
- Tekrarlayan batın içi enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlar açısından fark yok
- Her iki grupta mortalite yok

•Son zamanlarda yapılan çalışmalar, İAE' da tedavi süresinin, kısaltılabileceğini göstermiştir.

•Ancak, yüksek riskli hasta popülasyonlarından elde edilen veriler YETERSİZ!!

# *Patients with Risk Factors for Complications Do Not Require Longer Antimicrobial Therapy for Complicated Intra-Abdominal Infection*

RISHI RATTAN, M.D.,\* CASEY J. ALLEN, M.D.,\* ROBERT G. SAWYER, M.D.,† JOHN MAZUSKI, M.D., Ph.D.,‡  
THERESE M. DUANE, M.D.,§ REZA ASKARI, M.D.,|| KAYSIE L. BANTON, M.D.,¶ JEFFREY A. CLARIDGE, M.D., M.S.,\*\*  
RAUL COIMBRA, M.D., Ph.D.,++ JOSEPH CUSCHIERI, M.D.,‡‡ E. PATCHEN DELLINGER, M.D.,§§  
HEATHER L. EVANS, M.D., M.S.,‡‡ CHRISTOPHER A. GUIDRY, M.D.,† PRESTON R. MILLER, M.D.,|||  
PATRICK J. O'NEILL, M.D.,¶¶ ORI D. ROTSTEIN, M.D., M.Sc.,\*\*\* MICHAELA A. WEST, M.D., Ph.D.,+++  
KIMBERLEY POPOVSKY, B.S.N.,† NICHOLAS NAMIAS, M.D., M.B.A.\*



THE AMERICAN SURGEON

September 2016

- Prospektif, çok merkezli, randomize kontrollü bir çalışma
- Obezite, diyabet veya APACHE II  $\geq 15$  olan hastalarda kısa süreli tedavi (4 gün) alan hastalarla daha uzun süre tedavi alan hastalar cerrahi alan enfeksiyonu, tekrarlayan karın içi enfeksiyonu, diğer enfeksiyonlar ve mortalite açısından karşılaştırıldı.
- Kaynak kontrolü yapılmış komplike İAE olan hastalarda sonuçlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış



## Longer-Duration Antimicrobial Therapy Does Not Prevent Treatment Failure in High-Risk Patients with Complicated Intra-Abdominal Infections



Taryn E. Hassinger,<sup>1</sup> Christopher A. Guidry,<sup>1</sup> Ori D. Rotstein,<sup>2</sup> Therese M. Duane,<sup>3</sup> Heather L. Evans,<sup>4</sup> Charles H. Cook,<sup>5</sup> Patrick J. O'Neill,<sup>6</sup> John E. Mazuski,<sup>7</sup> Reza Askari,<sup>8</sup> Lena M. Napolitano,<sup>9</sup> Nicholas Namias,<sup>10</sup> Preston R. Miller,<sup>11</sup> E. Patchen Dellinger,<sup>4</sup> Raul Coimbra,<sup>12</sup> Christine S. Cocanour,<sup>13</sup> Kaysie L. Banton,<sup>14</sup> Joseph Cuschieri,<sup>4</sup> Kimberley Popovsky,<sup>1</sup> and Robert G. Sawyer<sup>1</sup>

- Sabit 4 günlük bir antimikrobiyal rejim (deneysel) veya klinik cevaba (kontrol) dayanarak daha uzun bir seyir izleyen hastalar karşılaştırıldı
- Tedavi başarısızlığında rol oynayan risk faktörleri; Kortikosteroid kullanımı, hastane kaynaklı enfeksiyon veya kolon kaynaklı İAE olarak belirleniyor

- Tedavi başarısızlığı oranı, risk faktörü sayısı arttıkça artmıştır.
- Ancak tedavi başarısızlığı antimikrobiyal tedavi süresi ile ilişkili değildi.

RESEARCH

Open Access

## Duration of antibiotic therapy for bacteremia: a systematic review and meta-analysis

Thomas C Havey<sup>1</sup>, Robert A Fowler<sup>1,2</sup> and Nick Daneman<sup>1,3\*</sup>

---

ORIGINAL ARTICLE

---

### Duration of antibiotic therapy for critically ill patients with bloodstream infections: A retrospective cohort study

Can J Infect Dis Med Microbiol Vol 24 No 3 Autumn 2013

---

- Kısa (7 gün) ve uzun süre (>10 gün) tedavi edilen bakteremik hastalarda enfeksiyonla ilişkili mortalite arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış

DOI: 10.4274/mjima.2016.7

Mediterr J Infect Microb Antimicrob 2016;5:7

Erişim: <http://dx.doi.org/10.4274/mjima.2016.7>

## Intra-abdominal Enfeksiyonlar İçin Öneriler “Uzlaşma Raporu”

Recommendations for Intra-abdominal Infections “Consensus Report”

- Kan kültürü pozitifliği saptanan hastalarda tedavi en az 10 gün olmalıdır.
- Kan kültürlerinde üreme saptanan hastaların antibiyotik tedavisinin 48-72. saatinde ateş yüksekliği dikkate alınmaksızın kontrol kan kültürleri alınmalı ve kan kültürü negatifliği gösterilmelidir.

**TEDAVİDE BİYOBELİRTEÇLERİN  
ROLÜ**

REVIEW

Open Access



# Management of intra-abdominal infections: recommendations by the WSES 2016 consensus conference

Massimo Sartelli<sup>1\*</sup>, Fausto Catena<sup>2</sup>, Fikri M. Abu-Zidan<sup>3</sup>, Luca Ansaloni<sup>4</sup>, Walter L. Biffi<sup>5</sup>, Marja A. Boermeester<sup>6</sup>, Marco Ceresoli<sup>3</sup>, Osvaldo Chiara<sup>7</sup>, Federico Coccolini<sup>3</sup>, Jan J. De Waele<sup>8</sup>, Salomone Di Saverio<sup>9</sup>, Christian Eckmann<sup>10</sup>, Gustavo P. Fraga<sup>11</sup>, Maddalena Giannella<sup>12</sup>, Massimo Girardis<sup>13</sup>, Ewen A. Griffiths<sup>14</sup>, Jeffrey Kashuk<sup>15</sup>, Andrew W. Kirkpatrick<sup>16</sup>, Vladimir Khokha<sup>17</sup>, Yoram Kluger<sup>18</sup>, Francesco M. Labricciosa<sup>19</sup>, Ari Leppaniemi<sup>20</sup>, Ronald V. Maier<sup>21</sup>, Addison K. May<sup>22</sup>, Mark Malangoni<sup>23</sup>, Ignacio Martin-Loeches<sup>24</sup>, John Mazuski<sup>25</sup>, Philippe Montravers<sup>26</sup>, Andrew Peitzman<sup>27</sup>, Bruno M. Pereira<sup>11</sup>, Tarcisio Reis<sup>28</sup>, Boris Sakakushev<sup>29</sup>, Gabriele Sganga<sup>30</sup>, Kjetil Soreide<sup>31</sup>, Michael Sugrue<sup>32</sup>, Jan Ulych<sup>33</sup>, Jean-Louis Vincent<sup>34</sup>, Pierluigi Viale<sup>1,2</sup> and Ernest E. Moore<sup>35</sup>

- Devam eden ya da kalıcı İAE'u olan hastalarda, antimikrobiyal tedaviyi sürdürme, gözden geçirme ya da durdurma kararı klinisyenin kararları ve laboratuvar bilgileri temelinde verilmelidir (A-I).
- Bu hastalar, enflamatuvar yanıt belirteçlerinin kullanımı da dahil olmak üzere her zaman dikkatle izlenmelidir.

# The Predictive Role of Procalcitonin On the Treatment of Intra-Abdominal Infections

Open Access Maced J Med Sci. 2017 Dec 15; 5(7):909-914.

- Prospektif
- acil cerrahi girişim uygulanan SIRS olan 100 hasta/ 50+50
- PCT başlangıç değerinin  $> \% 80$  azaldığında veya PCT  $< 0.5$  ng / mL düştüğünde ve klinik durumda düzelme olduğu zaman antibiyotik kesilmiş
- Sonuçlar PCT grubunda ortalama antibiyotik süresinin  $-10.6$  gün (SD  $\pm 6.6$  gün), kontrol grubunda  $-13.2$  gün (SD  $\pm 4.2$  gün) olduğunu gösterdi ( $p=0.028$ )

- Antibiyotiklerin kesilmesinden sonra enfeksiyon tekrarı PCT grupta 2 hastada (% 4), kontrol grubunda 3 hastada (% 6) meydana geldi.
- Genel olarak, PCT değerinin izlenmesinin batın içi enfeksiyonu olan hastalarda antibiyotik süresinin kısaltılmasında etkili olabileceği ve enfeksiyonun tekrarı için bir risk oluşturmadığı sonucuna varılmış





Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Critical Care

journal homepage: [www.jccjournal.org](http://www.jccjournal.org)



Procalcitonin-guided therapy may reduce length of antibiotic treatment in intensive care unit patients with secondary peritonitis: A multicenter retrospective study



- PCT başlangıç değerinin  $> \% 80$  azaldığında veya PCT  $< 0.5$  ng / mL düştüğünde antibiyotikler kesiliyor
- PCT (n:52) ve non PCT (n:69) olan sepsis ve septik şoku olan, yeterli kaynak kontrolü yapılmış hastalar
- PCT bakılan grupta tedavi süresi PCT bakılmayan gruba göre anlamlı derecede kısa ( $5.1 \pm 2.1$  vs  $10.2 \pm 3.7$  gün,  $P < 0.001$ )
- YBÜ de mortalite açısından anlamlı bir fark saptanmadı

# *Sonuç olarak;*

Sartelli et al. *World Journal of Emergency Surgery* (2016) 11:33  
DOI 10.1186/s13017-016-0089-y

World Journal of  
Emergency Surgery

REVIEW

Open Access

Antimicrobials: a global alliance  
for optimizing their rational use in  
intra-abdominal infections (AGORA)



- Komplike İAE'lar için optimal antibiyotik tedavisi süresi halen tartışılmaktadır.
- 2010'da yayınlanan Cerrahi Enfeksiyon Derneği (SIS) ve Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (IDSA) rehberine göre, klinik cevaba bağlı olarak 4-7 günlük bir tedavi
- 2015 Fransız rehberi, 5-7 günlük tedavi
- 2016 WSES, 3-5 gün antibiyotik tedavisi öneriyor
- 2016 SIS, yeterli kaynak kontrol prosedürü uygulanan hastalarda, yaklaşık 4 gün sabit süreli antibiyotik tedavisi



*Sabrınız için teşekkür ederim...*

