



Gerçek Olgular Üzerinden Enfeksiyon Hastalıklarında Hukuki Sorunlara Yaklaşım

Doç.Dr.Ali İrfan BARAN
YYU Tıp Fak. Enfeksiyon Hastalıkları ve Kl. Mik. AD

Hekimlikte Klinik Uygulamalarda Hukuki Sorumluluklar

Hekimlerin Müdahale/Tedavilerinin hukuka uygun olması için;

- Tıbbi tedavi ve müdahalede bulunan kişi buna yetkili olmalıdır
- Tedavi, mesleğin gereklerine uygun yürütülmelidir.
- Hasta aydınlatılmalı ve onamı (rızası) alınmalıdır.
- Onam alınamıyorsa veya verilmediyse genel sağlığın korunması gibi daha üstün bir kamusal yarar olmalıdır.

Hekimlik Mesleğinde Hukuki Tanımlar

- **Malpraktis (Tıbbi yanlış uygulama):** Hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı zamanında, gereğince ve doğru şekilde yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi /eksik-yanlış veya uygunsuz vermesi ile oluşan zarar
- **Komplikasyon:** Tıbbi uygulama sırasında-sonrasında oluşabilen istenmeyen durum
- Eğer komplikasyon, **zamanında farkedilmezse, farkedilmesine rağmen gerekli önlemler alınmazsa, önlem alınmasına rağmen yerleşmiş standart tıbbi girişimde bulunulmazsa** malpraktis söz konusu olur.

Hekimlik Mesleğinde Hukuki Tanımlar

- **İhmal:** Mevcut şartlarda makul olan hizmet ve bakımı başaramamak ve meslekte **ortalama bilgi ve beceri düzeyine sahip** bir hekimin aynı şartlar altında sergileyebileceği performansı gösterememektir;
- **Kusur** ise olması gereken davranışta gösterilen irade eksikliği olarak tanımlanabilir.
- Kusurlu davranışlar; **dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik-yetersizlik ve özen eksikliği** gibi durumları kapsamaktadır.
- Komplikasyon-Malpraktis ayrımını için, standartların belirlenerek, nelerin komplikasyon (izin verilen risk), nelerin malpraktis olduğunun sınırlarının da ortaya konulmalıdır.

Standart Tıbbi Uygulama/Bilirkişilik

- Ülkemizde standart tıbbi uygulama/bakım ve uygulama kavramı ile ilgili bir netlik söz konusu değildir.
- Bu konuda bazı rehberler yapılmakla birlikte (Birinci basamağa yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi gibi), henüz her uzmanlık dalı için belirlenmiş standart tanı tedavi protokolleri bulunmamaktadır.
- Bunlar yetersiz olduğundan, oluşan olaylar hakkında değerlendirme ve yorum yapmak hakimler açısından güçleşmektedir.
- Halen “Standart Tıbbi Uygulamanın” ne olduğu, bilirkişilik müessesesinden yararlanılarak belirlenmektedir.

Olgu

06.06.2006

- 10 gün sonra ateş şikayeti ve üriner enfeksiyon ön tanısıyla yatırılarak tedavi başlanmış.
- Enfeksiyon hastalıkları uzmanı konsültasyonunda idrar kültürü alınması, seftriakson 2x1 gr İV başlanması notu var.
- İki gün (08.06.2006) sonra idrar kültüründe *P.aeruginosa* üremesi görülmüş ve tedavi buna uygun (belirtilmemiş ama anlaşıldığı kadarıyla imepenem) şekilde düzenlenip 19.06.2006 (toplam 11 gün tedavi) tarihinde taburcu edilmiş.

Olgu

29.06.2006

- 10 gün sonra tekrar İYE tanısıyla (2.atak/relaps-rekurrens) yatırılmış ve bir önceki kültür sonucuna göre imipenem İV başlanmış.
- Bu dönemde alınan idrar kültüründe de *P.aeruginosa* üremesi olmuş,
- EH konsultasyonunda; tedavisinin 7. günü, 2. günden itibaren ateşleri düştü, tedavisinin 14 güne tamamlanması" notu yazıldığı, fakat hasta tedavinin 13.günü (11-12 gün tedavi alarak) DJ kateterin çıkarılarak 11.07.2006 tarihinde taburcu edilmiş.

Olgu

17.07.2006

- 6 gün sonra yüksek ateş şikayetiyle başvuran hastanın yatışının yapıldığı, alınan idrar kültürünün yine *P.aeruginosa* ürediğinin görüldüğü (3.atak/relaps), yeniden antibiyotik tedavisi verilmiş, 7.gününde sağ hidronefrotik böbrek ön tanısıyla ameliyata alınarak sağ böbreğini alınmıştır.
- Hasta eksik, yetersiz tedaviler nedeniyle şikayetçi olmuş ve ilk adli tıp raporu doğrultusunda mahkemece cezai işlem uygulanmamış.

Olgu

- Adli Tıp Raporu (Şubat 2013);
- Üreter darlığı ve üreter taşlarının idrar yolunda tıkanıklığa bağlı hidronefroza neden olabileceği, bu tıkanıklığın cerrahi olarak düzeltilebileceği, ancak yapılan cerrahi işlemlerden sonra enfeksiyonun bir komplikasyon olarak gelişebileceği,
- Kişide üreter darlığı ameliyatı sonrasında sağ böbrekte enfeksiyon geliştiği, öncelikle medikal tedavi ile tedavi edilmeye çalışıldığı, medikal tedaviye cevap vermeyince cerrahi olarak sağ böbreğin çıkarılmak zorunda kalındığı,
- Kişiye konulan tanı, yapılan ameliyatlar ve oluşan komplikasyonun yönetiminin tıp kurallarına uygun olduğu, kişinin tedavisinde yer alan hastane ve hekimlere kusur atfedilmediği" yönünde görüş verilmiş

Olgu

- Davacının böbreğinin alınmasının nedeninin hastane koşullarından dolayı ya da hastane enfeksiyonu nedeniyle değil, üreter darlığı ameliyatı neticesinde oluşan komplikasyon olduğu,
- Enfeksiyon tedavisinin planlanan süreden kısa sürede bitirilmesinin de hastalığın klinik seyrine olumsuz etki etmediği anlaşıldığından,
- Sağlık çalışanlarının eylemlerinin tıp kurallarına uygun olduğu, idareye atfedilebilecek bir kusur bulunmadığı, başka bir ifadeyle idari eylemle oluşan zarar arasında illiyet bulunmadığı sonucuna varıldığı,

Olgu

- Öte yandan, Üroloji hekimi hakkında Haziran 2007 (olaydan bir yıl sonra) tarihinde 657 sayılı DMK'nun 125.maddesinin uyarınca "uyarı" disiplin cezası verilmiş ise de; disiplin cezasının, davacının görevine veya iş sahiplerine karşı kayıtsızlık göstermek veya ilgisiz kalmak fiili nedeniyle verildiği dikkate alındığında,
- Soruşturma konusu olup disiplin cezasına dayanak olan, enfeksiyon tedavisinin 14 gün planlandığı halde 12 günde bitirilmesi hususunun,
- Adli Tıp Genel Kurulunca da belirtildiği üzere hastanın klinik seyrine etki etmediği anlaşıldığından, mevcut disiplin cezasının tazminat istemi hakkında bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşıldığı, davacının maddi ve manevi tazminat taleplerinin karşılanmasına olanak bulunmadığı gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiştir.

Olgu

- Fakat davacı temyiz istemiyle üst mahkemeye başvurmuş.
- Üst mahkeme kararında; İdare Mahkemesince, enfeksiyon hastalıkları ve nefroloji uzmanının katılımının da sağlandığı Adli Tıp Genel Kurulu nezdinde bilirkişi incelemesi yaptırılarak;
- Hastada meydana gelen enfeksiyona sebep olan durumun tam olarak tespit edilmesi, aynı tarihlerde hastane mikrobunu kapan olup olmadığı, ameliyatlarda sterilizasyon şartlarının yerine getirilip getirilmediği,

Olgu

- Enfeksiyonun hastane mikrobi kaynaklı olup olmadığı, bu hususta idarenin hizmet kusuru bulunup bulunmadığı, davacıya bulaşan mikrobun, hastalığın olumsuz yönde seyrine etkisi ile hastanın böbreğinin alınmasına sebep olup olmadığı,
- Hastanın enfeksiyon tedavisinin 14 gün planlandığı halde 12 günde bitirildiği anlaşıldığından bu durumun hastanın klinik seyrine olumsuz etki edip etmediği,

Olgu

- Nihayetinde olayda davalı idarenin hizmet kusuru bulunup bulunmadığının belirlenmesi gerekirken, uyuşmazlığın çözümü için yeterli olmayan bilirkişi raporuna dayalı olarak **eksik inceleme** sonucu verilen kararda hukuki isabet bulunmadığı gerekçesiyle **mahkeme kararının bozulmasına karar verilmiştir.**
- Açıklanan nedenlerle, davacının temyiz isteminin kabulü ile yeniden bir karar verilmek üzere dosyanın adı geçen mahkemeye yeniden görülmesi için gönderilmesine karar verilmiş.

Rehber Önerileri

- Üriner enfeksiyon tedavisi süresi 5-7 (5-10) gün, komplike olması veya piyelonefrit durumunda 7-14 gün (beta laktam 10-14) önerileri mevcut (pseudomonas pyelonefriti için 2-3 hafta önerisi de mevcut (uptodate)),

- Eğer ürolojik sorun (komplike, MDR) varsa veya rekurrens enfeksiyon durumunda 2-4 hafta (ilk nükste 14 gün) önerileri mevcut

- Yukarıda bahsedilen hastada ilk üriner enfeksiyon için 10 gün karbapenem ile tedavi edilmiş (kontrol tit ve kültür?)

- UpToDate, april 2025, Sanford guide,
- Gupta K et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women. Clin Infect Dis. 2011, IDSA
- Antibiotic Guidelines, Treatment Recommendations for Adult Inpatients, Jonhs Hopkins Medicine, 2015.
- Noa Ellakim-Raz et al, Duration of antibiotic treatment for acute pyelonephritis and septic urinary tract infection J Antimicrob Chemother. 2013,
- Dilara İnan. İdrar Yolu Enfeksiyonları Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 4.baskı İstanbul. 2017.

Category	Definition	Empiric treatment
Acute pyelonephritis	Signs and symptoms (e.g. fever, flank pain) AND pyuria AND positive urine culture $\geq 100,000$ CFU/mL Many patients will have other evidence of upper tract disease (e.g. leukocytosis, WBC casts, or abnormalities upon imaging)	- Ceftriaxone 1 g IV Q24H - OR - Ertapenem 1 g IV Q24H (if history of ESBL) - OR - PCN allergy: Aztreonam 1 g IV Q8H OR Gentamicin (see dosing section, p. 147) - Duration: 7–14 days - Hospitalized > 48h - Cefepime 1 g IV Q8H - OR - PCN allergy: Aztreonam 1 g IV Q8H OR Gentamicin (see dosing section, p. 147) - Duration: 7–14 days - Cefepime 1 g IV Q8H - OR - PCN allergy: Aztreonam 1 g IV Q8H = Gentamicin (see dosing section, p. 147) - Duration: 7–10 days
Urosepsis	SIRS with urinary source of infection	- Cefepime 1 g IV Q8H - OR - PCN allergy: Aztreonam 1 g IV Q8H = Gentamicin (see dosing section, p. 147) - Duration: 7–10 days

JOURNAL ARTICLE

Duration of antibiotic treatment for acute pyelonephritis and septic urinary tract infection— 7 days or less versus longer treatment: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Noa Eliakim-Raz, Dafna Yahav, Mical Paul, Leonard Leibovici

Journal of Antimicrobial Chemotherapy, Volume 68, Issue 10, October 2013, Pages 2183–

IDSA GUIDELINES

International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases

Kelgama Gupta,¹ Thomas M. Hooton,² Kurt G. Naber,³ Björn Wultz,⁴ Richard Colgan,⁵ Loren G. Miller,⁶ Gregory J. Moran,⁷ Lindsay E. Nicolson,⁸ Raul Raz,⁹ Anthony J. Schanfer,¹⁰ and David S. Singer¹¹

Empiric antimicrobial agent selection for acute complicated urinary tract infection in nonpregnant adults

Patient population	Risk for MDR ¹	Empiric regimens	Comments
Hospitalized with: - Critical illness warranting intensive care (eg, severe sepsis) or - Acute urinary tract obstruction	N/A	In regions where community prevalence of ESBL-producing organisms is high or uncertain: - An antipseudomonal carbapenem - Imipenem 500 mg IV every 6 hours infused over 3 hours or - Meropenem 1 to 2 g IV every 8 hours infused over 3 hours² OR - Vancomycin 15 to 20 mg/kg IV every 12 to 18 hours with or without a loading dose In regions where community prevalence of ESBL-producing organisms is low: - Select a regimen based on individual MDR risk, as listed for "Other hospitalized patients"	- The rationale for broad coverage is the high risk of adverse outcomes with insufficient antimicrobial intensity - When broad-spectrum regimens are used, empiric therapy is expected to tailor the regimen if culture and susceptibility testing indicate that a narrower agent would be active
Other hospitalized patients	No	- Ceftriaxone 1 g IV once daily - Alternatives: - Cefotaxime 500 mg IV or orally every 6 hours - Cefepime 500 mg IV or orally every 6 hours - Cefazidime 500 mg IV or orally every 6 hours - Cefuroxime 750 mg IV or orally every 8 hours - Ceftriaxone extended-release 1000 mg orally once daily	Concern for particular pathogens (eg, because of prior isolates) should further inform antibiotic selection: - If Enterobacteriaceae is suspected (eg, based on prior isolates), penicillinase resistance is active against this and gram-negative pathogens - If gram-resistant gram-positive organisms are suspected, vancomycin (for MRSA) or teicoplanin or daptomycin (for VRE) should be added to the gram-negative agent (eg, ceftriaxone) - If Pseudomonas is suspected, piperacillin-tazobactam, ceftazidime, or a fluoroquinolone are appropriate options
	Yes	- Piperacillin-tazobactam 3.375 g IV every 6 hours or - Cefepime 1 g IV every 8 to 12 hours (not for ESBL isolates) - An antipseudomonal carbapenem (if recent ESBL isolates) - Imipenem 500 mg IV every 6 hours infused over 3 hours or - Meropenem 1 to 2 g IV every 8 hours infused over 3 hours²	If VRE or MRSA are suspected (eg, based on prior isolates), vancomycin (for MRSA) or teicoplanin or daptomycin (for VRE) is added
Outpatients	No, and no concerns with fluoroquinolone (eg, all low risk for adverse effects)	For patients with low risk of fluoroquinolone resistance (fluoroquinolone): - Ciprofloxacin 500 mg orally twice daily for 5 to 7 days or - Ciprofloxacin extended-release 1000 mg orally once daily for 5 to 7 days or - Levofloxacin 750 mg orally once daily for 5 to 7 days	- If the community prevalence of fluoroquinolone resistance is <10% (eg, based on prior isolates), give one dose of a long-acting parenteral agent prior to the fluoroquinolone - Ceftriaxone 1 g IV or IM once - Ertapenem 1 g IV or IM once - Gentamicin 5 mg/kg IV or IM once - Tobramycin 5 mg/kg IV or IM once
	No, but with concerns with fluoroquinolone (eg, all low risk for adverse effects)	For patients who cannot use a fluoroquinolone: - One dose of a long-acting parenteral agent: - Ceftriaxone 1 g IV or IM once or - Ertapenem 1 g IV or IM once or - Gentamicin 5 mg/kg IV or IM once or - Tobramycin 5 mg/kg IV or IM once - Followed by one of the following: 1000-mg oral double-strength tablet orally twice daily for 5 to 10 days or - Amoxicillin-clavulanate 875 mg orally twice daily for 7 to 10 days or - Cefuroxime 250 mg orally twice daily for 7 to 10 days or - Ceftriaxone 1 g orally twice daily for 7 to 10 days	In outpatients who are systemically ill or are at risk for more severe illness, use those containing the parenteral agent until culture and susceptibility testing results can guide selection of an appropriate oral agent
	Yes	- Ertapenem 1 g IV or IM once - Followed by: - Ciprofloxacin 500 to 750 mg orally twice daily for 5 to 7 days or - Ciprofloxacin extended-release 1000 mg orally once daily for 5 to 7 days or - Levofloxacin 750 mg orally once daily for 5 to 7 days	- If the patient cannot take a fluoroquinolone or has high risk for fluoroquinolone resistance (fluoroquinolone-resistant isolate or fluoroquinolone use in prior 3 months): - Ertapenem 1 g IV or IM once daily until culture and susceptibility testing return

Değerlendirme-Sonuç

- 10 gün sonra 2. üriner enfeksiyonda (rekurrens/relaps mı?) aynı etken üremesi var ve EHU önerisi ile karbapenem başlanıp 14 gün önerilmiş iken 12 gün tedavi verilmiş.
- Hasta 6 gün sonra yeniden üriner enfeksiyon (muhtemelen öncekinin devamı?) ile gelmiş antibiyotik başlanmış ve tedavinin 7.gün cerrahi yapılmış (hidronefrotik böbrek nedeniyle).
- Verilen ilaç tedavisi uygun ve ilk atak için yeterli olabilse de sonraki atak/nüks için süre olarak yetersiz mi kaldı?

Değerlendirme-Sonuç

- Bu durumda bu vaka da malpraktis veya ihmal-kusur var mı?
- Ürolojik problem devam ettiği için tedavi uzun verilse de enfeksiyon eradike edilebilecek miydi?
- Enfeksiyonun eradikasyonu için mi cerrahi gerekti?
- Veya nefrektomi cerrahisinin sebebi sadece enfeksiyon mu? (ürolitiazis, hidronefroz)

Dinlediğiniz için TEŞEKKÜRELER...