

Intra-abdominal Enfeksiyonlar İçin Öneriler “Uzlaşu Raporu”

Doç. Dr. Seniha Őenbayrak

Enfeksiyon Hastalıklar ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Intraabdominal Enfeksiyonlar

Batındaki içi boşluklu organların duvarı veya dış bölgesinin enfeksiyonu

Yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon ilişkili ölümlerinde en sık ikinci nedeni

Intra-abdominal Enfeksiyon Türleri

- Peritonitler
- İna abdominal apseler
- Karaciğer ve safra yolu enfeksiyonları
- Apendisit
- Divertikülit
- Pankreatit

Komplike olmayan İAE

- Tek bir organı tutarlar
- GİS in intramural enfeksiyonu
- Antibiyotik veya cerrahi tedavi
- Tedavi olmazsa komplike olabilir
 - A. Divertikülit
 - A. Kolesistit
 - A. Apandisit

Komplike İAE

- Tek bir organı aşmıştır
- Kaynaklandığı içi boş organdan periton boşluğuna yayılım
- Apse, lokalize veya diffüz peritonit
- Cerrahi veya radyolojik drenaj
- Hem cerrahi, hem de antibiyotik tedavi
 - Yaygın sekonder peritonit
 - Kolon perforasyonu

Komplike İAE

□ Toplumdan edinilmiş enfeksiyonlar

✓ **GİS perforasyonları**

✓ **İA apse**

✓ **Komplike apandisit, divertikülit**

Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonlar

Hastane başvurusundan önceki üç ay içinde beş gün ve daha uzun süre hastane yatışı

ve/veya iki günden fazla antibiyotik kullanımı

ve/veya abdominal girişim varlığı olan hastalar

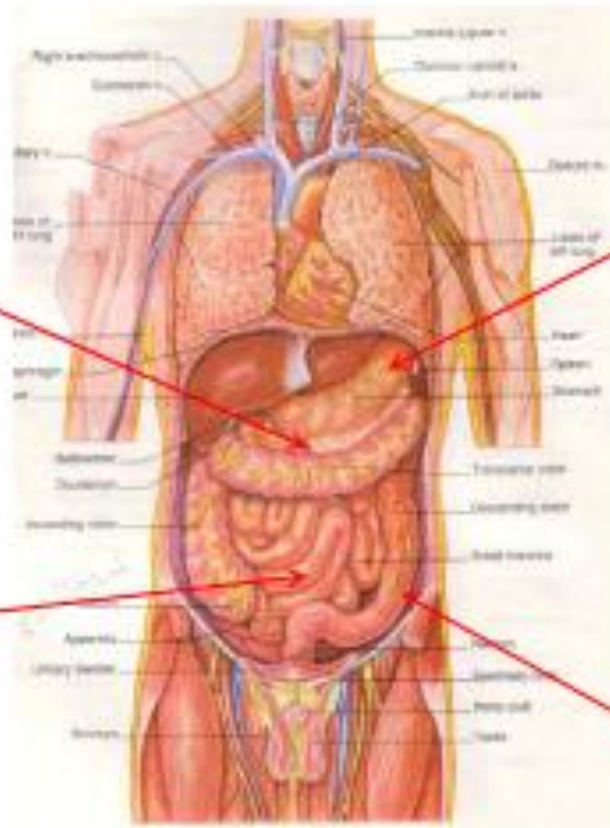
GİS anatomisi ve florası

İnce barsak üst

Streptococci
Enterococci
Staphylococci
E. coli
Klebsiella
Bacteroides

İleum

Streptococci
Staphylococci
Escherichia coli
Klebsiella
Enterobacter
Bacteroides
Clostridium



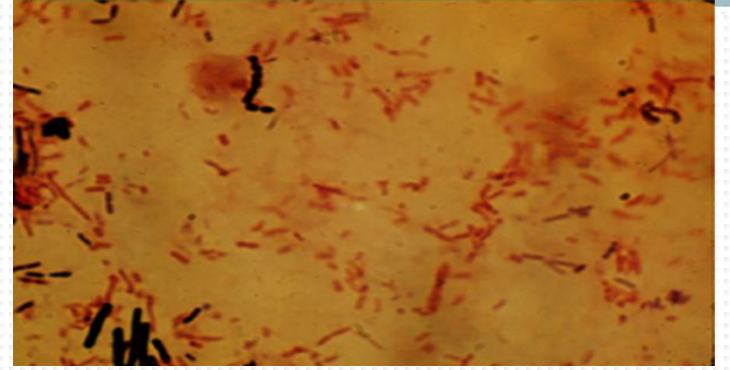
Mide

H. Pylori
Lactobacilli

Kolon

Bacteroides
Peptostreptococci
Clostridium
Bifidobacteria
Escherichia coli
Klebsiella
Enterobacter
Streptococci
Enterococci
Staphylococci

Mikrobiyoloji

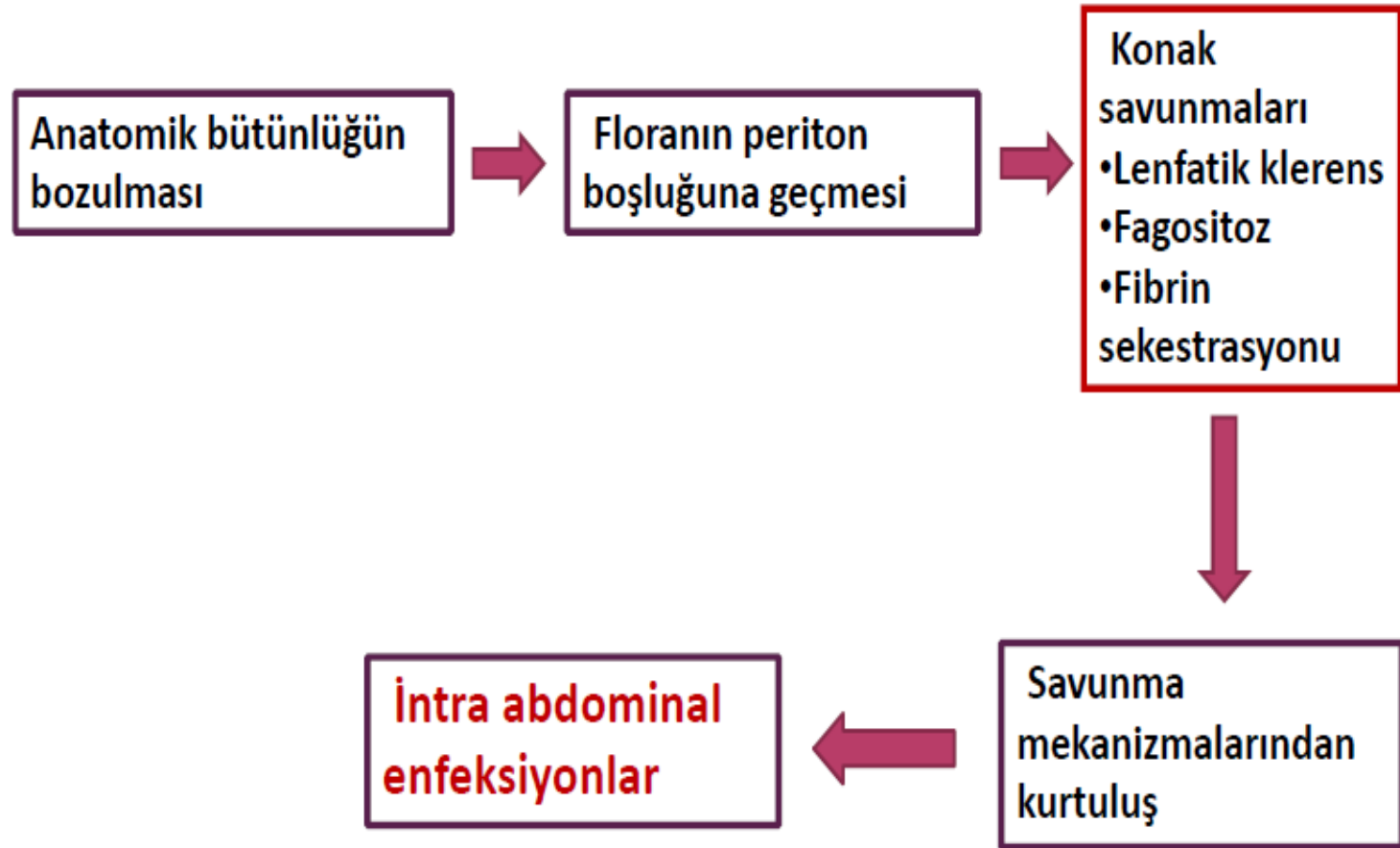


- GIS florasından köken alan endojen ve polimikrobiyal enfeksiyonlar
- Fakültatif/aerop bakteriler → ortamdaki oksijeni kullanarak oksido-redüksiyon potansiyalini düşürürler
- Anaeroplara → Fakültatif/aerop bakterileri fagositoz ve diğer savunma mekanizmalarından korurlar

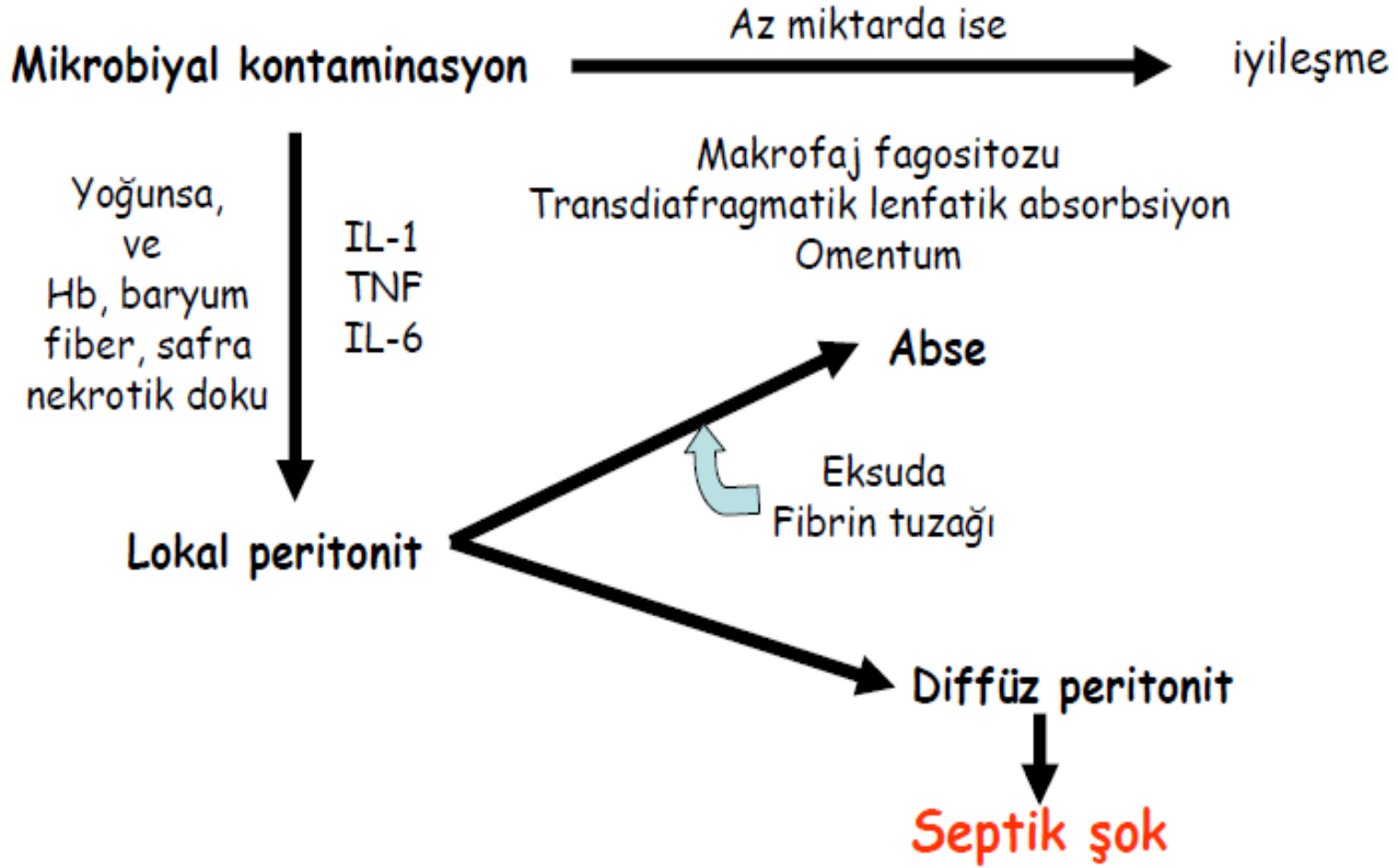


Sinerjistik özellik gösterir

Patogenez



patogenez



Prof.Dr. Fatih Ağalar dan alınmıştır.

Rehberler



SURGICAL INFECTIONS
Volume 11, Number 1, 2010
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/sur.2009.9930

Surgical Infection Society Guidelines

Diagnosis and Management of Complicated Intra-Abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America

Joseph S. Solomkin,¹ John E. Mazuski,² John S. Bradley,³ Keith A. Rodvold,^{7,8} Ellie J.C. Goldstein,⁵
Ellen J. Baron,⁶ Patrick J. O'Neill,⁹ Anthony W. Chow,¹⁶ E. Patchen Dellinger,¹⁰ Soumitra R. Eachempati,¹¹
Sherwood Gorbach,¹² Mary Hilfiker,⁴ Addison K. May,¹³ Avery B. Nathens,¹⁷
Robert G. Sawyer,¹⁴ and John G. Bartlett¹⁵



REVIEW

Open Access

2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections

Abstract

Despite advances in diagnosis, surgery, and antimicrobial therapy, mortality rates associated with complicated intra-abdominal infections remain exceedingly high.

The 2013 update of the World Society of Emergency Surgery (WSES) guidelines for the management of intra-abdominal infections contains evidence-based recommendations for management of patients with intra-abdominal infections.

Intra-abdominal Enfeksiyonlar İçin Öneriler “Uzlaşı Raporu”

Vildan AVKAN-OĞUZ, Nurcan BAYKAM , Selman SÖKMEN, Rahmet GÜNER, Fatih AĞALAR, Emine ALP, Ahmet DOĞRUL, Özge TURHAN, Canan AĞALAR, Behice KURTARAN, Ethem GEÇİM, Reşat ÖZARAS, Gürdal YILMAZ, Ayhan AKBULUT, İftihar KÖKSAL

Amaç

- İnter-abdominal enfeksiyonu olan hastaların tanı ve tedavisinde standart bir izlem oluşturmak

Komite hangi derneklerden oluşuyor ?

- Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD)
- Türk Cerrahi Derneği,
- Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği,
- Fıtık Derneği,
- Türk Hepatopankreatobilier Cerrahi Derneği,
- Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği

Primer olarak ülkemizden İAİ'lerin medikal ve cerrahi tedavisini irdeleyen prospektif randomize kontrollü çalışmaya ulaşılamadı.

Uzlaşı raporu

- ✓ literatürler taranarak
- ✓ rehberlerden yararlanılarak
- ✓ ülkemiz verileriyle hazırlandı

Yararlanılan Rehberler

- Diagnosis and Management of Complicated Intra-abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America
- Canadian practice guidelines for surgical intra-abdominal infections
- WSES guidelines for management of intra-abdominal infections
- Société Française d' Anesthésie et de Réanimation(SFAR)Prise en charge des infections intra-abdominales
- Diverticular disease: guidelines of the german society for gastroenterology, digestive and metabolic diseases and the german society for general and visceral surgery.
- A research agenda on the management of intra-abdominal candidiasis: results from a consensus of multinational experts
- Clinical practice guideline for the management of candidiasis:2016 Update by the Infectious Diseases Society of America
- American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis

Öneri Gücü ve Kanıtın Kalitesi

Değerlendirme	Kanıt tipi
Önerinin Gücü	
Derece A	Bir önerinin kullanımını destekleyecek iyi kanıt
Derece B	Bir önerinin kullanımını destekleyecek orta düzeyde kanıt
Derece C	Bir öneriyi desteklemek için zayıf kanıt
Kanıtın Kalitesi	
Düzye I	En az bir iyi tasarlanmış randomize, kontrollü çalışmadan gelen kanıt
Düzye II	En az bir iyi tasarlanmış, randomizasyon yapılmamış, klinik çalışmadan gelen kanıt
Düzye III	Saygın otoritelerin görüşleri, klinik deneyime dayanan, açıklayıcı çalışmalar veya uzman komitelerin raporlarından gelen kanıt

TANISAL DEĞERLENDİRME

- ✓ İAİ olan hastalar multidisipliner izlenmeli
- ✓ Mikroorganizma, konak ve cerrahi girişime özgü risk faktörleri ayrı ayrı değerlendirilmeli
- ✓ Olası enfeksiyonun sağlık bakımı ilişkili veya toplumdan edinilen enfeksiyon olup olmadığı belirlenmeli

Lokalizasyona Göre İntra-abdominal Enfeksiyonlar ve Etkenler

İnfeksiyon	Etken
Primer bakteriyel peritonit	Gram negatif Enterobacteriaceae Streptococcus spp.
Sekonder bakteriyel peritonit	Polimikrobiyal enfeksiyon (Gram negatif Enterobacteriaceae, Gram pozitif Enterococci, Staphylococci ve anaeroblar)
Tersiyer peritonit	Polimikrobiyal enfeksiyon (dirençli mikroorganizmalarla)
Organ	Etken
Gastroduodenal	<i>Streptococcus spp.</i> <i>E.coli</i>
Safra kesesi	<i>Enterococcus spp.</i> <i>E.coli</i> <i>Klebsiella</i> <i>Bacteroides spp.</i> <i>Clostridium spp.</i>
İnce ve kalın bağırsak	<i>E.coli</i> <i>Klebsiella spp.</i> <i>Proteus spp.</i> <i>Bacteroides spp.</i> <i>Clostridium spp.</i>
Apendisit	<i>E.coli</i> <i>Klebsiella</i> <i>Bacteroides spp.</i> <i>Clostridium spp.</i>
Karaciğer	<i>Enterococcus spp.</i> <i>E.coli</i> <i>Klebsiella spp.</i> <i>Bacteroides spp.</i>
Dalak	<i>Streptococcus spp.</i> <i>Staphylococcus spp.</i>

Çok İlaça Dirençli Mikroorganizmalar İçin Risk Faktörleri

Yüksek APACHE II skoru ≥ 15

Preoperatif hastanede yatış süresinin uzun olması

Hastane kaynaklı enfeksiyon

Önceden antibiyotik kullanımı

Postoperatif dönemde uzun süre antibiyotik kullanımı

Postoperatif dönemde uzun süre hastanede yatış

Spesifik Çok İlaça Dirençli Mikroorganizmalar İçin Risk Faktörleri

Etken	Risk Faktörleri
Vankomisine dirençli enterokok (VRE)	<ul style="list-style-type: none">✓ Önceden antibiyotik (öz. vankomisin ve 3. kuşak sefalosporin) kullanımı✓ Uzun süre hastanede yatış✓ Yoğun bakım ünitesinde yatış✓ Altta yatan ağır hastalık
Metisiline dirençli Staphylococcus aureus (MRSA)	<ul style="list-style-type: none">✓ Kolonizasyon varlığı
Genişlemiş spektrumlu beta laktamaz (ESBL) üreten Enterobacteriaceae	<ul style="list-style-type: none">✓ Antibiyotik kullanımı (sefalosporinler ve kinolonlar)✓ Uzun süre hastanede yatış✓ Altta yatan ağır hastalık✓ Nazogastrik tüp, gastrostomi veya jejunostomi tüpleri ve arteriyel kateter gibi invaziv girişimler✓ Total parenteral nütrisyon kullanımı✓ Yakın zamanda geçirilmiş operasyon✓ Hemodiyaliz✓ Bası yarası✓ Malnütrisyon
Candida türleri	<ul style="list-style-type: none">✓ Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı✓ Santral venöz kateter kullanımı✓ Total parenteral nütrisyon kullanımı✓ Yoğun bakım ünitesinde renal replasman tedavisi✓ Nötropeni✓ İmmünsüpresif ajan (glukokortikosteroid, kemoterapotik ve immunomodulatorler) kullanımı✓ Tekrarlayan gastrointestinal perforasyonlar✓ Tekrarlayan cerrahi girişimler✓ Anastomoz kaçağı✓ Cerrahi olarak tedavi edilen pankreatik enfeksiyonlar

Konağa ait risk faktörleri

- ✓ Malnutrisyon
- ✓ Diyabetes mellitus
- ✓ Malignite
- ✓ Radyoterapi
- ✓ 6-12 kez kemoterapi
- ✓ ASA skoru (III-IV)
- ✓ APACHE-II skoru (>15)
- ✓ Geç başvuru (24-48 saatten fazla)
- ✓ Yetersiz tedavi
- ✓ İmmunsupresyon
- ✓ Artmış enflamatuvar yanıtın varlığı
- ✓ Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon

✓ **APACHE-II skoru ≥ 15 olan hastalar ciddi,**

✓ **15'in altında olanlar hafif–orta enfeksiyonlu hastalar olarak izlenmelidir (IDSA, A-II)**

Cerrahi girişime ait risk faktörleri

- ✓ Kaynak kontrol yetersizliği
- ✓ Açılan GIS lokalizasyonu
- ✓ GIS ile birlikte diğer sistemlerin açılması
- ✓ Karın içi yabancı cisim kullanımı
- ✓ Tekrarlayan cerrahi girişimler
- ✓ Cerrahi ekibin deneyimi
- ✓ Teknik nedenler

Komplike İAİ olan Hastalar için WSES Sepsis Severity Score (Skor 0-18)

✓ Risk faktörleri	
Yaş (70 yaş ve üzeri)	2
İmmünyüpresyon (Kortikosteroid, kemoterapi vs)	3
✓ Hastane başvurusunda klinik bulgular	
Ciddi sepsis (Akut organ disfonksiyonu)	3
Septik şok (Vazopresor tedavi gerektiren)	5
✓ Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon	2
✓ İAİ lokalizasyonu	
Kolon (non-divertikuler) perforasyonu peritoniti	2
İnce barsak perforasyonu peritoniti	3
Divertikuler diffüz peritonit	2
Postoperatif diffüz peritonit	2
✓ Kaynak kontrolünde gecikme	
Preoperatif peritonit süresi (24 saat ve üzeri)	3

Mortalite oranı

0-3 arasında: % 0.63

4-6 arasında: % 6.3

≥ 7 değerlerde: % 41.7

≥ 13 : % 80.9

Tanı

- ✓ Beyaz küre
- ✓ CRP
- ✓ Prokalsitonin
- ✓ Serum bilirubin düzeyi
- ✓ Karaciğer fonksiyonları
- ✓ Böbrek fonksiyonları

değerlendirilmeli

Mikrobiyolojik değerlendirme

B. fragilis ve *E.coli*, total kolonik mikrofloranın %5'inden daha azını oluşturmasına karşın sık izole edilir

İAI'lar polimikrobiyal ve virülan patojenler baskındır

- ✓ *B. fragilis*
- ✓ *Bacteroides* sp
- ✓ *Fusobacterium* sp
- ✓ *Clostridium* sp
- ✓ *Peptostreptococcus* sp
- ✓ *Veillonella* sp
- ✓ *Lactobacillus* sp
- ✓ *E. coli*
- ✓ *Klebsiella* sp
- ✓ *Enterobacter* sp
- ✓ *Proteus* sp
- ✓ *Serratia* sp
- ✓ *Streptococcus* sp

- ✓ Toplumdan edinilmiş İAI olan düşük riskli hastalarda rutin aerob ve anaerob kültürler her bir hasta için **opsiyonel** kabul edilir (IDSA, B-II).
- ✓ Ülkemiz için İAI ile ilişkili patojenlerin direnç paternlerindeki epidemiyolojik değişiklikleri saptayabileceğimiz duruma gelebilmek için **aerob ve anaerob kültürler alınmalıdır.**
- ✓ Sağlık bakımı ilişkili İAI'de **rutin olarak enfeksiyon bölgesinden kültürler alınmalıdır** (IDSA, A-II).

- ✓ Toplumdan edinilmiş İAİ olan hastalarda kan kültürleri klinik yönden anlamlı ilave bilgi sağlamaz ve rutin **önerilmez** (IDSA, B-III).
- ✓ İAİ odağından alınan örnek, **klirik enfeksiyonla ilişkili materyali temsil etmelidir** (IDSA, B-III).
- ✓ Sağlık-bakımı ilişkili enfeksiyonlarda ise **Gram boyama maya varlığını saptamada** yardımcı olabilir (IDSA, C-III)

- ✓ Alınacak örnek yeterli miktarda (en az 1 mL sıvı veya doku) laboratuvara doğru taşıma sistemiyle gönderilmelidir.
- ✓ Sıvının 10ml si doğrudan aerob ve/veya anaerob kan kültürü şişesine ekilebilir (IDSA, A-I).
- ✓ Ülkemizde toplumda tespit edilen ve İAI'da sık karşılaşılan etkenlerde direnç oranlarının yüksekliği göz önüne alınarak, perforo apandisit ve toplumdaki edinilmiş diğer İAI 'lar için rutin kültür ve duyarlılık çalışmaları gerçekleştirilmelidir.

Görüntüleme

- Acil laparotomi endikasyonu olmayan yetişkin hastalarda **kaynak belirlenmesinde BT** taraması tercih edilecek görüntüleme yöntemidir (IDSA, A-II).

Tedavi

- ✓ İnfeksiyon kaynağının kontrolü
- ✓ Sıvı-elektrolit replasmanı
- ✓ Antimikrobiyal tedavi

Kaynak Kontrolü

- ✓ Apse drene edilmeli,
- ✓ Boyutu <3 cm küçük abseler de drenaj yapılmaksızın antimikrobiyal tedavi uygulanması yeterli olabilir(IDSA,BII).
- ✓ Devitalize ve/veya infekte dokuların debridmanı,
- ✓ Peritoneal kontaminasyona sebep olan anatomik bozukluğun, normal anatomi ve fonksiyonunu sağlayacak şekilde cerrahi tedavisi. (IDSA, B-II).

Kaynak Kontrolünün Başarısızlığını Öngören Klinik Faktörler

- ✓ İlk müdahalede gecikme (>24 saat)
- ✓ Yüksek şiddette hastalık (APACHE II skoru ≥ 15)
- ✓ İleri yaş
- ✓ Komorbidite ve organ disfonksiyonunun derecesi
- ✓ Düşük albümin düzeyi
- ✓ Kötü beslenme durumu
- ✓ Periton tutulumu ya da diffüz peritonitin derecesi
- ✓ Yeterli debridman veya drenaj kontrolünün sağlanamaması
- ✓ Malignite varlığı

SIVI TEDAVİSİ

- ✓ İntravasküler hacim azalması kanıtları bulunmasa da, İAİ tanısından ilk kuşkulandığında hastaya intravenöz sıvı tedavisi başlanmalıdır (IDSA, B-III).
- ✓ Septik şoka girmiş hastalarda hipotansiyon saptandığında sıvı tedavisi derhal başlanmalıdır (IDSA, A-II).

Antimikrobiyal Tedavi

- ✓ Ağır sepsis/septik şok durumunda en kısa sürede antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır (IDSA, A-III)
- ✓ Komplike İAİ tanı konduğunda veya düşünüldüğünde antimikrobiyal tedavi gecikmeden başlanmalıdır.

Enterik aerobik Gram negatifler

Fakültatif anaerobik basiller

Enterik Gram pozitif streptokoklar

Zorunlu anaerobik basiller

Distal İB, apendiks, kolon tutulumu (IDSA, A-I)

Ekstra-Biliyer Komplike İAİ Empirik Tedavi

	Yetişkinlerde Toplumdan Edinilmiş İnfeksiyon	
Rejim	Hafif-orta enfeksiyon Perfore veya apseli apandisit ve diğer enfeksiyonlar	Ciddi enfeksiyon Yüksek risk veya ciddi fizyolojik bozukluk, ileri yaş, veya bağışıklığın bozulması durumu
Tek ajan	Ertapenem Moksifloksasin Tigesiklin	Piperasilin-tazobaktam İmipenem-silastatin Meropenem
Kombinasyon	Sefazolin Sefuroksim Seftriakson / sefotaksim Siprofloksasin veya Levofloksasin ^a + Metronidazol	Sefepim, Seftazidim, Siprofloksasin veya Levofloksasin ^a + Metronidazol

^a Escherichia coli 'nin florokinolonlara artan direnci nedeniyle bölgesel duyarlılık profilleri ve eğer mevcutsa suş duyarlılığı gözden geçirilmelidir

Yetişkinlerdeki Biliyer İnfeksiyonların Başlangıçtaki Empirik Tedavisi

İnfeksiyon	Rejim
Toplumdan edinilen hafif / orta şiddette akut kolesistit	Sefazolin, Sefuroksim veya Seftriakson
Ciddi fizyolojik bozukluğa neden olan toplumdan edinilmiş akut kolesistit, ileri yaş veya bağışıklığın bozulması durumu	İmipenem-silastatin, Meropenem, Piperasilin-tazobaktam, Siprofloksasin, Levofloksasin ^a veya Sefepim + Metronidazol
Herhangi bir şiddette bilio-enterik anastamozu t akip eden akut kolanjit	
S ağlık-bakımla ilişkili herhangi bir şiddette enfeksiyon	

^a Escherichia coli 'nin florokinolonlara artan direnci nedeniyle bۆlgesel duyarlılık profilleri ve eğer mevcutsa suş duyarlılığı gözden geçirilmelidir

Biliyer enfeksiyonlar dahil hafif veya orta derecede İAİ

- ✓ **Enterokoklara** karşı ampirik antibiyotik tedavisi (IDSA, A-I) ve **Candida** türleri için ampirik antifungal tedavi önerilmez (IDSA, B-II).
- ✓ Ciddi akut nekrotizan pankreatitli veya steril nekrozlu hastalarda **rutin profilaktik antibiyotik kullanımı önerilmez.**
- ✓ 7-10 gün hastanede yatışa rağmen düzelmeyen ya da kötüleşen pankreatik veya ekstrapankreatik nekrozlu hastalarda enfekte nekroz varlığı düşünülmelidir. **Örnek alınması ve ampirik antibiyoterapi başlanması önerilir.**

Toplumdan edinilen yüksek riskli İAİ

- ✓ E. coli'nin kinolonlara duyarlılığı %90'dan fazla değilse kinolonlar **kullanılmamalıdır** (IDSA, A-II)
- ✓ Enterokoklara karşı etkili ajanların ampirik kullanımını **önerilmektedir** (IDSA, B-II).
- ✓ MRSA veya Candida: Bu tip organizmalardan kaynaklanan enfeksiyona dair kanıtların yokluğunda **önerilmemektedir** (IDSA, B-III).

Sağlık-bakımı ilişkili İAİ

✓ Tedavi lokal mikrobiyolojik verilere ve direnç paternine göre belirlenmelidir (IDSA, A-II).

Direnç oranı <% 20

- *P. aeruginosa*
- *Acinetobacter sp*
- ESBL (+) *Enterobacteriaceae*
- MDR Gram negatif bakteriler

Seftazidim veya sefepim
+
Metronidazol
Piperasilin-Tazobaktam
İmipenem
Meropenem

Direnç oranı >% 20

İmipenem
Meropenem
Piperasilin-Tazobaktam
Aminoglikozidler

- ✓ Karbapenem, kinolon ve aminoglikozid dirençli suşlar da ise **kolistin ile karbapenemlerin veya tigesiklinin kombinasyonu** alternatiftir.
- ✓ Kültür sonuçlarına göre gerekirse spektrum daraltılmalıdır (IDSA, B-III).
- ✓ WSES de stabil, kritik olmayan sağlık bakımı ilişkili İAİ tedavisinde **tigesiklin** önerilmektedir.
- ✓ *P.aeruginosa*'nın ilk sıralarda olmadığı merkezlerde, karbapenem kullanımını azaltmak amacıyla **tigesiklin başlanabilir.**

Empirik Tedavide Enterokoklar

- Postoperatif enfeksiyon,
- Son üç ay içinde sefalosporinler vb gibi kullanıldığında,
- İmmun yetmezliği olan,
- Kalp kapak hastalığı veya intravasküler protez materyalleri olan hastalar için tavsiye edilir (IDSA, B-II).

***E.faecalis*'e yönelik olmalıdır**

VRE faecium'a karşı ampirik tedavi,

Hepatobiliyer sistemden kaynaklanan İAİ olan karaciğer transplant alıcısı veya bu etkenle ile kolonize olduğu bilinen hastalarda önerilir. (IDSA, B-III).

MRSA

➤ İAI'de sık rastlanan bir bakteri değildir.

➤ Kolonize hastalarda,

Önceki tedavi başarısızlığında (tersiyer peritonit) ve

önemli düzeyde antibiyotik maruziyeti olanlarda

ampirik tedavide düşünülmelidir (IDSA, B-II).

Kandida

Kandida için risk faktörü varlığında veya kanıtlanmış infeksiyon varlığında antifungal tedavi önerilir (IDSA, B-II).

İntra-abdominal kandida enfeksiyonları için spesifik ve spesifik olmayan risk faktörleri

Spesifik risk faktörleri	Spesifik olmayan risk faktörleri
<ul style="list-style-type: none">Laparoskopi dahil tekrarlayan cerrahi girişimler	<ul style="list-style-type: none">Akut renal yetmezlik
<ul style="list-style-type: none">24 saat içinde üst gastrointestinal sistem perforasyonları dahil tedavi edilemeyen ve/veya tekrarlayan perforasyonlar	<ul style="list-style-type: none">Santral venöz kateter varlığıParenteral nütrisyon ile beslenmeCiddi sepsis,
<ul style="list-style-type: none">Özofagus dahil gastroduodenal cerrahi anastomoz kaçakları başta olmak üzere gastrointestinal anastomoz kaçakları	<ul style="list-style-type: none">Diyabetes mellitusimmunsupresyonUzun süre geniş spektrumlu antibiyotik kullanımının yoğun bakım yatışı,

- En az bir tane spesifik risk faktörü varlığında (IDSA, CIII) veya risk faktörü olsun olmasın mannan/antimannan ve/veya beta D-glukan ve/veya PCR pozitifliği olan hastalarda (IDSA, BII) ampirik **antifungal kullanımı önerilmektedir.**
- Steril intraabdominal örnek (operasyon sırasında ve/veya dren takıldıktan sonraki ilk 24 saat içinde alınan) kültürlerinde Candida spp üremesinde **tedavi önerilir.**
- Takılması 24 saati geçmiş drenden ve yara sürüntüsünden örnek alınması **önerilmez.**

- Uygun alınan örneklerde *C. albicans* izole edilirse flukonazol uygun bir seçenektir (IDSA, B-II).
- Flukonazole dirençli *Candida* türleri için, bir ekinokandin ile tedavi uygundur (IDSA, B-III).
- Kritik derecede ağır hastada, bir triazol yerine bir ekinokandin ile başlangıç tedavisi tavsiye edilir (IDSA, B-III).

- Toksisite nedeniyle, başlangıç tedavisi olarak amfoterisin B **önerilmez** (IDSA, B-II).
- 2016 kandidiyazis rehberinde başlangıç tedavisi için ekinokandin **önerilmektedir**.
- Hasta özellikleri, risk faktörleri ve lokal flukonazol direnci dikkate alınarak flukonazol veya ekinokandin **tercih edilmelidir**.

Tedavi Süresi Ne Kadar Olmalı?

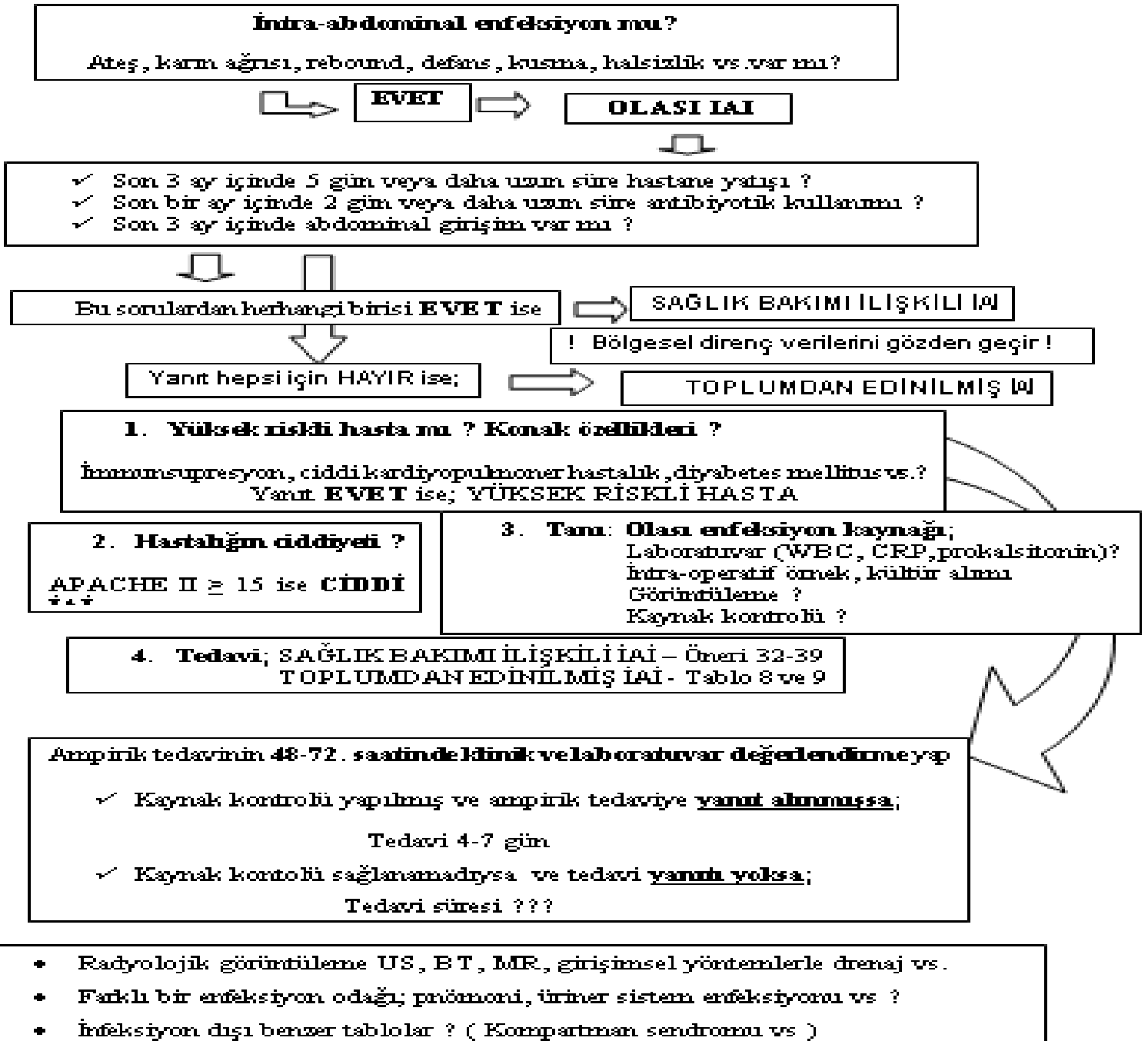
- ✓ Uygun cerrahi ve yeterli kaynak kontrolü yapılması kaydı ile antimikrobiyal tedavi **4-7 gün** (IDSA, B-III).
- ✓ İyileşme döneminde oral alabilen ve duyarlı bakteri ile enfekte olan hastalarda,
amoksisilin-klavulanik asit,
oral kinolon
oral sefalosporinler, metronidazol ile birlikte kullanılabilir (IDSA, B-II).

- Kan kültür pozitifliğinde tedavi **en az on gün** olmalıdır.
- Kan kültürlerinde üreme saptandığında, antibiyotik tedavisinin 48-72. saatinde ateş yüksekliği dikkate alınmaksızın **kontrol kan kültürleri alınmalı** ve kan kültürü negatifliği gösterilmelidir.

Tedavi Başarısızlığı

- Tedaviden sonra enfeksiyonun inatçı veya tekrarlayan klinik bulgularına sahip hastalarda, **uygun tanısal görüntüleme** tetkikleri yapılmalıdır.
- Ancak klinik yanıt alınamadıysa, **abdomen dışı kaynakların ve infeksiyöz olmayan inflamatuvar durumların araştırılması** önerilir (IDSA, A-II).
- Başlangıçta yanıt vermeyen ve enfeksiyon odağının varlığını sürdürdüğü, kültür alınabilecek hastalarda, **tekrar kültür alınması** önerilir (IDSA, C-III).

TABLO 5: Komplike İntra-Abdominal İnfeksiyonu olan Hastalara Yaklaşım





TEŞEKKÜRLER...