



IDSA kİAİ rehberi

Olgu

Dr. Servet ÖZTÜRK

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

Olgu

- 69 yaşında, kadın
- Karın ağrısı (2 aydır var olan, 5 gündür artan)
- Gaz gaita çıkaramama
- Bulantı

ACİL SERVİS

Acil servis

- Özgeçmiş-Soygeçmiş özellik yok
- GD iyi Bilinç açık Kooperasyon tam
- TA: 120/80 Nbz: 102/dk V. Isısı:37.9
- Baş-boyun N
- Solunum N
- Kardiyak N
- Ekstremiteler N
- Batın Defans-rebound-organomegali yok
Batın distandü,
yaygın hassasiyet mevcut

Acil servis lab-görüntüleme

- Biyokimyasal parametreler N
- WBC:13500 (%88 PNL, Hb:10.2 Plt:176000)
- CRP:8.8 mg/dL
- USG:
Yoğun gaz nedeniyle optimal değerlendirilemedi
- CT:
Sigmoidde tümöral oluşum?
Divertikülit?



izlem

1. Oral alımı kesildi
2. IV sıvı tedavisi yapıldı
3. Toplum kökenli İA enfeksiyon için AB ?

Toplum Kökenli kİAİ için IDSA ne der?

Agents and Regimens that May Be Used for the Initial Empiric Treatment of Extra-biliary Complicated Intra-ab

		Community-acquired infection in adults	
Community-acquired infection in pediatric patients		Mild-to-moderate severity: perforated or abscessed appendicitis and other infections of mild-to-moderate severity	High risk or severity: severe physiologic disturbance, advanced age, or immunocompromised state
it	Ertapenem, meropenem, imipenem-cilastatin, ticarcillin-clavulanate, and piperacillin-tazobactam	Cefoxitin, ertapenem, moxifloxacin, tigecycline, and ticarcillin-clavulanic acid	Imipenem-cilastatin, meropenem, and piperacillin-tazobactam
n	Ceftriaxone, cefotaxime, cefepime, or ceftazidime, each in combination with metronidazole; gentamicin or tobramycin, each in combination with metronidazole or clindamycin, and with or without ampicillin	Cefazolin, cefuroxime, ceftriaxone, cefotaxime, ciprofloxacin, or levofloxacin, each in combination with metronidazole ^a	Cefepime, ceftazidime, ciprofloxacin, or levofloxacin, each in combination with metronidazole ^a

^aof increasing resistance of *Escherichia coli* to fluoroquinolones, local population susceptibility profiles and, if available, isolate susceptibility

Hafif-orta şiddette intraabdominal enf	Ağır şiddette intraabdominal enf.
Hemodinamik instabilite yok	Ciddi hemodinamik instabilite mevcut
divertikülit	İleri yaş
abse	Kötü beslenme
Perfore apandisit	İmmün süpresyon
	Steroid tedavisi
	Organ nakli
	Organ disfonksiyonu



Komplike-Komplike olmayan

- Komplike olmayan İAI'larda
 - Yalnızca bir tek organ etkilenir, peritona yayılım yoktur.
 - Gastrointestinal traktta anatomik bozulma yoktur.
 - İntra-abdominal apselerde olduğu gibi lokalize olabilir.
- Komplike İAI enfeksiyonun peritona yayılmasını anlatan bir terimdir.

Menichetti F, Sganga G. Definition and classification of intraabdominal infections. J Chemother 2009;21(Suppl 1):3–4.

IDSA-2010

- Seftriakson 2x1 gr + metranidazol 4x500 mg başlandı

“For those patients with intra-abdominal infection of mild-to-moderate severity, including acute diverticulitis and various forms of appendicitis, who will not undergo a source control procedure, regimens listed for treatment of mild-to moderate– severity infection are recommended, with a possibility of early oral therapy (B-III).”

“Patients with intra-abdominal infection, including acute diverticulitis and certain forms of acute appendicitis, may be managed nonoperatively. The microbiology of patients managed nonoperatively is likely similar to that of patients managed operatively, and regimens recommended for patients with complicated intra-abdominal infection are recommended “

izlem

- Bulgularda gerileme olmadı
 - bulantı
 - gaz-gaita çıkaramama
 - abdominal distansiyon
- CT de abse formasyonu yok
- Sigmoid rezeksiyon



- Rezeksiyon-Anastomoz yapıldı
- Kaynak kontrol edildi

Post op dönemde

- Antibiyotiği deđiřtirmeye gerek var mı?
- Ne zaman keseceđiz?

Antimicrobial therapy of established infection should be limited to 4–7 days, unless it is difficult to achieve adequate source control. Longer durations of therapy have not been associated with improved outcome (B-III).



- Seftriakson 2x1 gr + metranidazol 4x500 mg devam edildi.

- Hasta post-op 7. günde şifa ile taburcu
- Post op 10. gün (taburculuk sonrası 3. gün)
- Karın ağrılarında artma ve genel durum bozukluğu ile ACİL başvurusu



Genel Görünüm

- Bilinci bulanık, mekan oryantasyonu yok
- TA: 90/50 mmHg
- Nabız: 128/dk
- Soluk görünümde
- Oral alımı yok, kusuyor
- Solunum sayısı: 30 /dk

Fizik inceleme

- Karında distansiyon +, hassasiyet +, defans +
- Barsak sesleri yok
- Ateş 39°C,
- BK: 17000/mm³
- BUN: 75 mg/dl
- Creatinin: 2 mg/dl
- SGOT/SGPT:100/70
- Total bilirübin:6 mg/dl
- pH:7.28, PO₂:65mmHg (%100 nazal oksijen ile),
- PCO₂:32, HCO₃:18

APACHE II >15

METABOLİK ASİDOZ



Hastanın durumu nedir? Bu aşamada neler yapılmalıdır?

- SIVI
 - Ne zaman (hemen -**AII**)
 - Ne kadar (?)
 - Nasıl (?)
 - Hangi sıvılarla (?)
- Antibiyotik
 - Ne zaman (hemen acilde-**AIII**)
 - Hangisi (HK İAİ- IDSA)
 - Hangi dozda (HK İAİ-IDSA)

Kaynak kontrolünde başarısızlık

Table 1. Clinical Factors Predicting Failure of Source Control for Intra-abdominal Infection

Delay in the initial intervention (>24 h)
High severity of illness (APACHE II score ≥ 15)
Advanced age
Comorbidity and degree of organ dysfunction
Low albumin level
Poor nutritional status
Degree of peritoneal involvement or diffuse peritonitis
Inability to control the source
Presence of other abdominal pathology

Bizde çoğu var

NOTE. APACHE, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation.

Tanı ?

- Görüntüleme yöntemleri ?
- USG
- Kontrastlı CT

Anastomoz kaçağı
İntra - peritoneal yaygın sıvı

Gantry: 0°

FoV: mm

Süre: 1500 ms

Kesit: 10 mm

Poz: 127

HFS

F: 59 .11.AB40

83 mA

130 kV

Görüntü no: 41



Anastomoz kaçağı

Ne yapılmalıdır?

1. Antibiyotik + Destek tedavisi ile izlem
2. Antibiyotik + Girişimsel radyoloji ile drenaj
3. Antibiyotik+ Ameliyat

Bulgular kontrolsüz intraabdominal sepsisi düşündürüyor



Yaygın pürülan peritonit

Postoperatif peritonit=%50 mortalite

**Çoklu dirençli bakteriler,
MRSA,
Enterokok,
ESBL pozitifler,
Candida**

Mikrobiyal panayır

Antibiyotikler: HK İAİ Tedavi

- Empirik tedavi lokal mikrobiyolojik sonuçlara göre verilir (AII)
- Geniş spektrumlu antibiyotikler gerekir
- Post-operatif peritonitte empirik enterokok tedavisi gerekir (BII).
- Bilinen kolonizasyon varsa MRSA ya yönelik tedavi verilir (BII)
- Kültür sonuçları çıkınca sonuca göre etki alanı daha dar antibiyotiklere geçilir
- Karın kültüründe Candida üremişse antifungal başlanmalıdır (BII)
 - Flukonazol başlanması uygundur (BII)
 - Non albicanslar için ekinokandinler



Kültürler: HK İAİ da

- Hastane direnç paterni önemlidir
- Kültüre göre tedavi yönlendirilir
- Üreyen candida da tedavi verilmelidir
- Üreyen enterokokta tedavi verilmelidir



Ameliyat

- Distal Hartman-proksimal uç kolostomi
- Perop kültürler alındı



- Yoğun bakımda takip edildi
- Mekanik ventilatör desteğine alındı

HK kiAi - empirik tedavi

Duruma göre kombinasyon tedavileri ya da monoterapi olabilir

Table 3. Recommendations for Empiric Antimicrobial Therapy for Health Care–Associated Complicated Intra-abdominal Infection

Organisms seen in health care–associated infection at the local institution	Regimen				
	Carbapenem ^a	Piperacillin-tazobactam	Ceftazidime or cefepime, each with metronidazole	Aminoglycoside	Vancomycin
<20% Resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , ESBL-producing Enterobacteriaceae, <i>Acinetobacter</i> , or other MDR GNB	Recommended	Recommended	Recommended	Not recommended	Not recommended
ESBL-producing Enterobacteriaceae	Recommended	Recommended	Not recommended	Recommended	Not recommended
<i>P. aeruginosa</i> >20% resistant to ceftazidime	Recommended	Recommended	Not recommended	Recommended	Not recommended
MRSA	Not recommended	Not recommended	Not recommended	Not recommended	Recommended

NOTE. ESBL, extended-spectrum β -lactamase; GNB, gram-negative bacilli; MDR, multidrug resistant; MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

Seeneklerimizin çok azaldığını biliyoruz

^a Imipenem-cilastatin, meropenem, or doripenem

- Piperasilin Tazobaktam başlandı (3X4,5 gr)
- Perop alınan kültür sonucu duyarlı
Enterococcus faecalis üremesi oldu



- 2. postoperatif dönem 6. gün
- Ateş 39.2
- CRP 22 mg/dL
- WBC: 18300 (%92 PNL)

Bu durumda yaklaşımınız ne olur?

1. Aynı tedavi devamı + görüntüleme (ct)
2. Tedaviyi ampirik deęiřtiririm
3. Kan kültürü- intraabd kültür isterim

- piperasillin – tazobaktam
(i.v., 4.5 gr, 3x1)' a devam edildi.
- CT'de Subhepatik koleksiyon
- USG eşliğinde yerleştirilen kateterle drene edildi.

- Kateter 4 gün sonra çekildi.



Ateş ve lökositöz düştü Genel durumunda düzelme var

Antibiyotiği ne zaman kesebiliriz?

- Kesin bir kriter yok.
- Biz 10 gün sonra kestik.
- Şifa ile taburcu

TEŞEKKÜRLER