

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim – 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR

Cumhuriyetimizin 100. Yılında Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Hep Birlikte & Elele...

ENFEKSİYONLARA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM



www.buhasderkongresi.com
www.buhasder.org.tr / www.buhasder.org
info@buhasder.org



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



BİLİMSEL PROGRAM

29 EKİM 2023, PAZAR

	SALON A	SALON B
13.30 - 14.00	AÇILIŞ TÖRENİ	
14.00 - 15.00	AÇILIŞ KONFERANSI BULAŞICI HASTALIKLARDA GÜNCEL DURUM Oturum Başkanları: Eren AKÇİÇEK, Fevzi ÇAKMAK Konuşmacı: Tuna YILMAZ	
15.00 - 15.15	KAHVE ARASI	
15.15 - 16.15	OTURUM 1 Yıl 2023; DÜNYAYI TEHDİT EDEN, GÜNDEM OLUŞTURAN MİKROORGANİZMALAR Oturum Başkanları: Kemalettin AYDIN, Yusuf YILMAZ Enfeksiyon Hastalıklarının Değişen Epidemiyolojisi Recep ÖZTÜRK 21. yüzyılda Dünya'yı Bekleyen Olası Pandemi ve Biyolojik Savaş Etkenleri Oral ÖNCÜL Bitmeyen Pandemi Tehdidi İnfluenza; Yeni Ne Var? Firdevs AKTAŞ	OTURUM 2 KLİNİK ÖRNEKLERDE ÜREMELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ Oturum Başkanları: Betigül ÖNGEN, Mustafa NAMIDURU, Hüseyin Samadi KAFİL Kültür Antibiyogram Sonucu Verilmesi ve Yorumlanması Hüseyin Samadi KAFİL Kan Kültürlerinde Sık Karşılaşılan Kontaminant Mikroorganizmalar ve Klinik Yönetim Selda ASLAN-SATILMIŞ
16.15 - 17.15	OTURUM 3 BULAŞICI HASTALIKLAR AÇISINDAN TÜRKİYE'DE DOĞAL AFETLER Oturum Başkanları: Sedat KAYGUSUZ, Mustafa ERTEK, Yusuf ÖNLEN Afet Tıbbı Mustafa ULUSOY Bulaşıcı Hastalıklar ve Halk Sağlığı Penceresinden Deprem ve Sonrası Aysun YALÇI Türkiye'de Bitmeyen Halk Sağlığı Tehdidi; Seller ve Taşkınlar Meltem Arzu YETKİN	OTURUM 4 ÜLKEMİZDE GÜNCEL ve OLASI PARAZİTER ENFEKSİYONLAR ve ENFESTASYONLAR Oturum Başkanları: Sema AYTEKİN, Kemalettin ÖZDEN Skabies ve Ektoparazitler Sema AYTEKİN Kist Hidatik Sinem AKKAYA-IŞIK Sıtma ve Diğer Tropikal Paraziter Enfeksiyonlar Soukalo DAO
17.15 - 17.30	KAHVE ARASI	
17.30 - 19.00	BUHASDER ÖZEL OTURUMU 1 KÜRESEL ISINMA ve ENFEKSİYONLAR Oturum Başkanları: Recep ÖZTÜRK, Şükran KÖSE, Ata Nevzat YALÇIN Küresel İklim Değişikliği Nedir ve Etkileri Nelerdir? Yasemin ERGÜNER Bulaşıcı Hastalıklar Epidemiyolojisi Üzerine Etkisi Okan DERİN Afrika Kıtası Üzerindeki Etkisi; Enfeksiyon Hastalıkları Epidemiyolojisi Bakary Sayon KEITA	OTURUM 5 PERİOPERATİF HASTA DEĞERLENDİRMESİNDE YAŞADIĞIMIZ ZORLUKLAR Oturum Başkanları: Barış YILMAZ, Soner DUMAN, Serpil EROL Ameliyat Öncesi Enfeksiyon Taramalarında Neler Yapılmalıdır? Cemal BULUT Cerrah Bakış Açısı ile Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Cem KARAALI Postoperatif Ateş ve Akut Faz Reaktan Yüksekliği Müge ÖZGÜLER

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



30 EKİM 2023, PAZARTESİ

	SALON A	SALON B
08.30 - 09.00	KAHVALTILI OTURUM / SÖZEL BİLDİRİLER 1 Oturum Başkanları: Ayşe BATİREL, Esra NURLU-TEML	KAHVALTILI OTURUM / SÖZEL BİLDİRİLER 2 Oturum Başkanları: Hayat KUMBASAR-KARAOSMANOĞLU, Rıza Aytaç ÇETİNKAYA
09.00 - 10.00	OTURUM 6 KRONİK HBV'DE TARTIŞMALI KONULAR ve GÖZDEN KAÇANLAR Oturum Başkanları: Abdullah SONSUZ, Canan AĞALAR Tedavi Kararında Gri Zonlar ve Tedavi Kesilmesi Kararı Fatma YILMAZ-KARADAĞ Tedavide Kanıta Dayalı Hasta Bazlı Uygun Antiviral Ajan Seçimi Ayşe BATİREL Yağlı Karaciğer Hastalığı ve HBV Hastasında Karaciğer Yağlanması Yusuf YILMAZ	OTURUM 7 ESTETİK MÜDAHALELER VE ENFEKSİYON Oturum Başkanları: Derya ÖZTÜRK-ENGİN, Sema AYTEKİN BOTOKS Uygulamaları ve İatrojenik Botulismus Şafak GÖKTAŞ Diğer Medikal Estetik Müdahaleler ve Olası Enfeksiyöz Komplikasyonları Fatmagül GÜLBAŞARAN Cerrahi Estetik Müdahaleler ve Sık Karşılaşılan Enfeksiyöz Komplikasyonlar Nurettin NOYAN
10.00 - 10.15	KAHVE ARASI	
10.15 - 11.30	OTURUM 8 HIV/AIDS YÖNETİMİNDE ÖZELLİKLI HASTALAR Oturum Başkanları: Dilara İNAN, Selçuk KAYA, Nazan TUNA Metabolik Sendrom Selçuk KAYA Kaposi Sarkomu Bilgöl METE Antiretroviral Direnç ve Yönetimi Dilara İNAN	OTURUM 9 KAN BANKACILIĞINDA GÜNCEL BAKIŞ AÇISI Oturum Başkanları: Mahmut BAYIK, Ramazan ULUHAN Transfüzyon İlişkili İmmünmodülasyon (TRIM) İsmail Yaşar AVCI Bakteriyel Kontaminasyon ve Transfüzyon İlişkili Sepsis Tuğba KULA-ATİK Yeni ve Yeniden Gündeme Gelen Enfeksiyon Riskleri Levent HAYAT
11.30 - 11.45	KAHVE ARASI	
11.45 - 12.45	BUHASDER ÖZEL OTURUMU 2 Oturum Başkanı: Cumhur GÜNDÜZ, Firdevs AKTAŞ 2022 Nobel Tıp Ödülü'nün Önemi : İnsan Evrimi Emin KANSU	SÖZEL BİLDİRİLER 3 Oturum Başkanları: Özlem AYDIN, Mehmet Akın TAŞYARAN
12.45 - 13.45	ÖĞLE YEMEĞİ	
13.45 - 14.45	BUHASDER ÖZEL OTURUMU 3 Oturum Başkanı: Aysun YALÇI, Ali Emre ÇETİNKOL Kızamık; Yeni Bir Salgın mı? Ayşe SESİN-KOCAGÖZ Erişkin ve Çocukluk Çağı Bağışıklamasının Etkileri Canan AĞALAR	
14.45 - 15.00	KAHVE ARASI	

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



15.00 - 16.15	OTURUM 10 GEBELİKTE ENFEKSİYON HASTALIKLARI YÖNETİMİ Oturum Başkanları: Mehmet Akın TAŞYARAN, Zehra KARACAER HIV Ayşe İNCİ HBV ve HCV Elif SARGIN-ALTUNOK TORCH Müge DENİZ-TOYGAR	OTURUM 11 GÜNCEL ve SORUNLU CERRAHİ ENFEKSİYONLAR Oturum Başkanları: Öznur AK, Canan AÇALAR Cerrah Gözüyle Ortopedik Protez Enfeksiyonları Barış YILMAZ Beyin Cerrahisinde Post-Operatif Enfeksiyonlar Gülden YILMAZ-TEHLİ Üst Üriner Kateterizasyonlar ve Perkütan Girişimlere Bağlı Gelişen Komplike Üriner Enfeksiyonlar Serap GENCER
16.15 - 16.30	KAHVE ARASI	
16.30 - 17.30	OTURUM 12 COVID-19 ve UZAMIŞ COVID SENDROMUNUN ETKİLERİ Oturum Başkanı: Cengiz CEYLAN, Aziz A. HAMİDİ Uzamış COVID; Nöropsikiyatrik, Kardiyovasküler ve Diğer Manifestasyonlar Alper ŞENER COVID Aşılıları Uzamış KOVID'den Korur mu, Yoksa Aşılamanın Kendisi de Buna Sebep mi? Rıza Aytaç ÇETİNKAYA 2023'de Literatürde COVID-19 ile İlgili En Çok Konuşulan ve Tartışılanlar Burak SARIKAYA	OTURUM 13 ORGAN NAKLİ ALICILARINDA ENFEKSİYONLAR Oturum Başkanları: Soner DUMAN, Emel YILMAZ Nakil Öncesi Verici ve Alıcısının Enfeksiyon Açısından Değerlendirilmesi Emel YILMAZ Böbrek Naklinde Enfeksiyon Yönetimi Bengü TATAR Karaciğer Naklinde Enfeksiyon Yönetimi Duygu MERT
17.30 - 18.30	OTURUM 14 KRONİK VİRAL ENFEKSİYONLARDA BİLİM DÜNYASINDA GÜNCEL NE VAR? Oturum Başkanları: Sıla AKHAN, Mustafa Kemal ÇELEN, Asuman İNAN HIV'de Konuşulanlar ve Konuşturan Makaleler Ercan YENİLMEZ HBV'de Konuşulanlar ve Konuşturan Makaleler Melda TÜRKEN Delta Hepatitinde Konuşulanlar ve Konuşturan Makaleler Mustafa Kemal ÇELEN	OTURUM 15 YOĞUN BAKIMDA ANTİMİKROBİYAL TEDAVİYİ ZORLAŞTIRAN DURUMLAR VE YÖNETİMİ Oturum Başkanları: Ata Nevzat YALÇIN, Ali Necati GÖKMEN, Serap GENCER Anestezi Bakışıyla Enfeksiyon Ali Necati GÖKMEN Yaşlılık-Kognitif Disfonksiyon ve Diğer Komorbiditeler Ahmet Turan IŞIK Polifarmasi ve İlaç İlaç Etkileşimi Ömer DEMİR
18.30 - 19.00	POSTER BİLDİRİ SEANSI 1 (POSTER SALONU) Oturum Başkanları: Müge ÖZGÜLER, Seyit Ali BÜYÜKTUNA	

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



31 EKİM 2023, SALI

	SALON A	SALON B
08.30 - 09.00	KAHVALTILI OTURUM / SÖZEL BİLDİRİLER 4 Oturum Başkanları: Hüseyin Şener BARUT, Seyit Ali BÜYÜKTUNA	KAHVALTILI OTURUM / SÖZEL BİLDİRİLER 5 Oturum Başkanları: Emel YILMAZ, Asuman İNAN
09.00 - 10.00	OTURUM 16 HEPATİT C'DE GÜNCEL DURUM Oturum Başkanları: Ulus AKARCA, Bilgü METE Dünyada ve Türkiye'de Epidemiyoloji, Riskli Gruplar ve Hastaya Ulaşmak Selma ATEŞ Klavuzlar ve HCV Tedavisi Derya ÖZTÜRK-ENGİN Yeni Tedavi, Aşı Geliştirme Çabaları ve HCV'nin Eliminasyonuna Yönelik Çalışmalar Ulus AKARCA	OTURUM 17 BİYOLOJİK AJAN KULLANAN HASTALARDA ENFEKSİYON PROFİLAKSİSİ Oturum Başkanları: Ali İNAL, Ali MERT, Mehmet PARLAK Biyolojik Ajanlar; Etki Mekanizmaları, Sınıflama ve Kullanım Yerleri Tuba DEMİRCİ-YILDIRIM Hepatit B Profilaksisinde Yaklaşım Neşe SALTOĞLU Tüberküloz ve Diğer Etkenlere Yönelik Profilaksi Öznur AK
10.00 - 10.15	KAHVE ARASI	
10.15 - 11.30	OTURUM 18 YENİ AŞI TEKNİKLERİ VE ERİŞKİN BAĞIŞIKLAMA Oturum Başkanları: Selim BADUR, Şükran KÖSE Aşı İmmunolojisi ve Yeni Aşı Tekniklerinin Getirdikleri Hüsrev DİKTAŞ Erişkin Aşılamanın Önemi ve Uygulanması Selim BADUR Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi: Tehlike Ne Kadar Büyük? Serpil EROL	OTURUM 19 HASTANE ENFEKSİYONLARI KONTROLÜNDE YAŞANAN SORUNLAR Oturum Başkanları: Recep ÖZTÜRK, Levent GÖRENEK Enfeksiyon Kontrolünün Klasikleri; Temel Yaklaşım Meyha ŞAHİN Dünyada Enfeksiyon Kontrolünde Kaliteyi ve Uyumu Arttırma Çabaları; Yenilikçi Yaklaşımlar Çağrı BÜKE Gram Negatif Enfeksiyonların Önlenmesinde Neleri Yapamıyoruz? Esra NURLU-TEMEL
11.30 - 11.45	KAHVE ARASI	
11.45 - 12.45	BUHASDER ÖZEL OTURUMU 4 Oturum Başkanı: Şükran KÖSE, Aslı TETİK-VARDARLI Bilimin Görünmeyen Kahramanları Osman YILMAZ	SÖZEL BİLDİRİLER 6 Oturum Başkanları: Pinar ERGEN, Ercan YENİLMEZ
12.45 - 13.45	ÖĞLE YEMEĞİ	
13.45 - 14.45	BUHASDER ÖZEL OTURUMU 5 ÖZEL ALANLARDA HEPATİTLER: CEZA EVLERİ Oturum Başkanı: Mustafa Burak AÇOĞLU, Özgür SÖNMEZ Bağımlılık Hakan TOKUR Hepatit C Sedef KARAMAN	
14.45 - 15.00	KAHVE ARASI	

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



15.00 - 16.15	OTURUM 20 OLGULARLA HEPATİT B'DE KOMORBİDİTELERE YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Pinar ERGEN, Gözde DERViŞ-HAKİM Biyopsi mi, Fibroscan mi, Yoksa Her İkisi Birden mi? Gözde DERViŞ-HAKİM HBV ve Osteopeni/Osteoporoz Rıdvan DUMLU HBV ve Nakil Adayı Olgusu Nilay DANIŞ	OTURUM 21 DİRENÇLİ GRAM NEGATİF ENFEKSİYONLARDA GÜNCEL DURUM Oturum Başkanları: Mehmet Akın TAŞYARAN, Tuba DAL Epidemiyoloji; Türkiye'de Güncel Etken ve Direnç Dağılımı Tuba DAL Ciddi Gram (-) Bakteri Enfeksiyonlarında IDSA 2023 Rehberine Dayalı Güncel Antimikrobiyal Tedavi Yaklaşımı Ali MERT
16.15 - 16.30	KAHVE ARASI	
16.30 - 17.30	OTURUM 22 TECRÜBE ve KILAVUZ KONUŞUYOR Oturum Başkanları: Neşe SALTOĞLU, Ayten KADANALI, Rıza Aytaç ÇETİNKAYA Tecrübeyle Kronik Yara Şamil AKTAŞ Kılavuz ile Diyabetik Ayak Bülent ERTUĞRUL	OTURUM 23 KKKA'DA GÜNCEL DURUM Oturum Başkanları: İlyas DÖKMETAŞ, Cemal BULUT Epidemiyoloji Kemalettin ÖZDEN Güncel Olgu Yönetimi Hüseyin Şener BARUT Tedavi ve Korunmada Umud Vaad Eden Çalışmalar Seyit Ali BÜYÜKTUNA
17.30 - 18.30	OTURUM 24 HIV'LE YAŞAMAK, HIV'LE YAŞLANMAK Oturum Başkanları: Selçuk KAYA, Özlem AYDIN HIV ile Yaşayan Bireylerde Yaşam Kalitesi Gülten ÜNLÜ HIV İnflamasyon ve Yaşlanma Özlem ALTUNTAŞ-AYDIN HIV Hastalarının Psikososyal İhtiyaçları Hayat KUMBASAR-KARAOŞMANOĞLU	OTURUM 25 İNVAZİV FUNGAL ENFEKSİYONLARDA NADİR ETKEN TÜRLER VE DİRENÇ SORUNU Oturum Başkanları: Murat AKOVA, Sinan DAL Nadir Rastlanan Candida Enfeksiyonları Murat AKOVA İnvaziv Enfeksiyon Etkeni Küf Mantarlarında Antifungal İlaçlara Direnç Sevtap ARIKAN-AKDAĞLI
18.30 - 19.00	POSTER BİLDİRİ SEANSI 2 (POSTER SALONU) Oturum Başkanları: Özlem ALTUNTAŞ-AYDIN, Ayten KADANALI	

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



1 KASIM 2023, ÇARŞAMBA

	SALON A	SALON B
08.30 - 09.30	<p>OTURUM 26</p> <p>OLGULARLA NADİR GÖRÜLEN ENFEKSİYONLAR</p> <p>Oturum Başkanları: Yeşim ÇAĞLAR, Hüseyin Şener BARUT</p> <p>Leptospiroz Olgusu Sinan ÇETİN</p> <p>Riketsiyoz Olgusu Pınar ÇAKMAK</p> <p>Batı-Nil Virüsü Olgusu Elif Özge MIDİK</p> <p>Leishmania Olgusu Zehra KARACAER</p>	<p>OTURUM 27</p> <p>ENFEKSİYON HASTALIKLARINDA SAĞLIK TARAMALARI</p> <p>Oturum Başkanları: Selma TOSUN, Ercan YENİLMEZ</p> <p>Askeri Heyetler ve Malüliyet Raporları Pınar YÜRÜK-ATASOY</p> <p>İşe Giriş, Periyodik Muayeneler, Evlilik, Sporcu, Oturma İzni, Vatandaşlık Gibi Özel Muayeneler Aziz A. HAMİDİ</p> <p>Sağlık Tesislerinde Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Selma TOSUN</p>
09.30 - 09.45	KAHVE ARASI	
09.45 - 10.45	<p>OTURUM 28</p> <p>ZOR OLGULARLA HIV/AIDS'DE KOENFEKSİYONLAR</p> <p>Oturum Başkanları: Nurgül CERAN, Selçuk KAYA, Ayşe İNCİ</p> <p>MSS Tutulum Olgusu Nazife Duygu DEMİRBAŞ</p> <p>Akciğer tutulum olgusu Ayşin KILINÇ-TOKER</p> <p>LAP Olgusu Pelin ADAR</p> <p>Döküntülü Hasta Sümeyra ŞİMŞEK</p>	<p>OTURUM 29</p> <p>ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMANI OLARAK DENETLEME ve BİLDİRİM GÖREV ve SORUMLULUKLARIMIZ</p> <p>Oturum Başkanları: Mustafa ERTEK, Ender HÜR, Neşe Zeren NOHUTÇU</p> <p>Yoğun Bakım ve Diyaliz Merkezi Denetlemeleri Semiha ÇELİK-EKİNCİ</p> <p>Hastane İçi Özel Alan Denetlemeleri ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi Olarak Sorumluluklarımız Mustafa ERTEK</p> <p>Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Konusunda Yaşadığımız Sıkıntılar Adem KÖSE</p>
10.45 - 11.00	KAHVE ARASI	
11.00 - 12.00	<p>OTURUM 30</p> <p>İTERAKTİF TARTIŞMALI OTURUM; OLGULARLA AKCİĞER ve AKCİĞER DIŞI TÜBERKÜLOZ</p> <p>Oturum Başkanları: Ali MERT, Emel CEYLAN</p> <p>HIV ve Akciğer Tüberkülozu Olgusu Lütfiye KUZUCU</p> <p>MSS Tüberkülozu Olgusu Seval BİLGİÇ-ATLI</p> <p>Tüberküloz Lenfadenit Olgusu Ahmet ŞAHİN</p> <p>Dirençli Tüberküloz Olgusu Mustafa Özgür AKÇA</p>	<p>OTURUM 31</p> <p>YOĞUN BAKIMDA TARTIŞMALI KONULAR</p> <p>Oturum Başkanları: Levent GÖRENEK, Tuba DAL</p> <p>Hastalarda Tarama Kültürleri Kime; Nasıl, Ne Zaman? Asuman İNAN</p> <p>Ortam Kültürleri Hangi Durumda, Nasıl Yapılmalı? Emel AZAK-KARALI</p> <p>Yoğun Bakımda Dezenfeksiyon Uygulamaları Tuğba SARI</p>
12.00 - 13.00	KAPANIŞ TÖRENİ	

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KONUŞMA ÖZETLERİ

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



BİTMEYEN PANDEMİ TEHDİDİ İNFLUENZA; YENİ NE VAR?

Firdevs AKTAŞ

LÖSEV, Lösekte Çocuk ve Yetişkin Hastanesi ,Ankara

COVID -19 pandemisi kapsamında alınan seyahat kısıtlamaları, sosyal alanlarda yapılan kısıtlamalar, maske ,mesafe ve el hijyeni gibi enfeksiyon kontrol önlemleri influenzanın global dolaşımını da etkilemiş, 2019-2020 ve 2020-2021 influenza için çok düşük insidans ve hastane yatışı saptanmıştır.İnfluenza baş ağrısı, burun akıntısı, öksürük ve kas ağrısı gibi belirtileri ile ağır bir soğuk algınlığıyla karıştırılabildiği için her zaman ciddi bir hastalık olarak düşünülmez.Ancak mevsimsel influenza her yıl 650.000 kadar insanı öldürüyor . Mevsimsel influenza dünyanın ılıman bölgelerinde yılda iki kez (Kuzey yarımküre Güney yarımkürede kışın) en soğuk mevsimlerinde görülür. Tropik ve subtropik bölgelerde yıl boyunca dolaşır.

İnfluenza virüsü, bağışıklık sistemimizden kaçmak için sürekli mutasyona uğruyor; aslında sürekli değişen kılıklara bürünüyor. İnsanlara kolayca bulaşabilen ve insanlar arasında yayılabilen, çoğu insanın bağışıklığının olmadığı yeni bir virüs ortaya çıktığında pandemiye dönüşebilir. Yeni bir influenza virüsünün neden olduğu başka bir salgın yaşanacaktır. Ancak bunun ne zaman olacağını, hangi virüs türünün neden olacağını ve hastalığın ne kadar şiddetli olacağını bilmiyoruz.Bu belirsizlik, virüsü diğer birçok patojenden çok farklı kılıyor.

İnfluenza ulusal sınırları, sosyal sınıfları, ekonomik durumu ve hatta yaşı göz ardı eder. Daha çok bebeklerde veya yaşlı insanlarda daha ölümcül olsa da, örneğin 1918 influenza salgını 20 ila 40 yaşları arasındaki erkekler arasında alışılmadık derecede ölümcül oldu. 2009 yılındaki "Domuz gribi" A(H1N1) salgını Meksika'da başladı ve daha önce sağlıklı yetişkinlerde ciddi hastalıklara neden oldu ve hızla 214'ten fazla ülkeye ve deniz aşırı bölgeye veya topluluğa yayıldı. 105.000 ila 395.000 kişinin öldüğü düşünülüyor. Yine de dünya nispeten şanslıydı: Salgının, bu sayının iki katını öldürebilen bazı mevsimsel salgınlardan daha hafif olduğu ortaya çıktı.

Pandemiler ekonomiyi ,okul, iş ve diğer sosyal işlevleri bozuyor. Bir influenza salgınının aynı zamanda bir ülkenin sağlık sisteminin genel işleyişi üzerinde de önemli etkileri olacaktır. Bir influenza salgınının her yıl 60 milyar ABD dolarına mal olacağı tahmin ediliyor, ancak pandemiye hazırlıklı olmanın maliyeti ise tam tersine yılda yalnızca 4,5 milyar ABD dolarına mal olabilir.Ancak dünya 100 yıl öncesinden çok farklı görünüyor. 1918 influenza salgınından etkilenen dünyanın aksine, artık antivirallere, aşılar, tanı testlerine ve modern gözetim tekniklerine sahibiz.

İnfluenza pandemisine hazır mıyız?

Strateji üç önceliğe odaklanıyor: Pandemi hazırlığının güçlendirilmesi, mevsimsel influenza önleme ve kontrolünün genişletilmesi, araştırma ve yenilikler. Araştırma ve yenilik, tüm influenza virüsü türlerine karşı işe yarayacak olası bir evrensel influenza aşısı da dahil olmak üzere yeni aşıların geliştirilmesinin yanı sıra, influenza salgınlarının iyileştirilmiş modellemesini ve tahminini içermektedir.

Ancak pandemi sırasında aşının geliştirilmesi ve dağıtılması gecikebilir. Bu, mevsimsel influenza için gerekenlerle aynı olan ilaç dışı önlemlerin kritik olacağı anlamına geliyor. Bunlardan bazıları, hastayken evde kalmak ve elleri sık sık yıkamak gibi bireylerin yapabileceği eylemlerdir.Bununla birlikte, en iyi enfeksiyon önleme ve kontrol önlemlerine

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



rağmen, bazı insanlar yine de hastalığa yakalanacaktır; bu aşamada ağır influenza geçirenler için etkili antiviraller mevcuttur.

Gelecek İnfluenza Pandemisi: Etkeni ne olacak?

Bunu öngörmek mümkün değil. Ancak zoonotik bir influenza virüsü olması bekleniyor. En olası beklenti avian influenza virüsü (AIV). Vahşi kuşlarda dolaşan çok sayıda kuş virüsü mevcut. İnsanlara ve evcil kuşlara bulaşabiliyor. Ancak bir kuş influenza virüsünün insandan insana bulaşması mümkün olmadı. Bu gerçekleşirse ciddi bir pandemi gelişebilir. AIV'nin birçok alt tipinin insanları enfekte ettiği doğrulanmıştır. H3N8, H5N1, H5N6, H5N8, H6N1, H7N1, H7N2, H7N3, H7N4, H7N7, H7N9, H9N2, H10N3, H10N7 ve H10N8. Bunlar arasında son derece öldürücü alt türler H5N1, H5N6 ve H7N9 olarak bildirilmektedir. H5N1 ilk ortaya çıkışından bu yana Dünya çapında 800'den fazla vaka ve 400 ölümlerle, H7N9 dünya çapında 1500'den fazla insan vakası ve 600 ölümlerle ilişkilendirildi. H5N6 vakalarının %48'inin insanlarda ölümcül olduğu bildirilmektedir. İnsan ve hayvan influenza A virüslerinde saptanan 18 hemaglutinin 11 nörominidaz antijenik shift (Reassortment) ile 130 influenza alt tip kombinasyonu ve pandemik influenza virüsü ortaya çıkabilir.

Gelecek influenza pandemi hazırlığı olarak 2010 yılında kurulan CDC IRAT (Influenza Risk Assessment Tool) risk analiz ve stratejik kararlar konusunda değerlendirme yapmaktadır. DSÖ TIPRA (Tool for Influenza Pandemic Risk Assessment) aynı amaçla 2016 da kurulmuştur. Virüsler genomik değişiklikler, reseptörlere bağlanma, hayvan modellerine bulaşma özellikleri, insanlarda immünite, antivirallere duyarlılık, insanlarda dolaşan suşlarla antijenik yakınlık, enfekte olan hayvan türleri ve insan enfeksiyonları başlıkları altında değerlendirilerek risk tahmini yapılmaktadır.

İnfluenza İzlem sistemleri ve Pandemi Hazırlık Planları

1947'de, DSÖ anayasasının yürürlüğe girmesinden bir yıl önce, Birleşmiş Milletler DSÖ Geçici Komitesi, virüsteki değişiklikleri izlemek için bir Küresel İnfluenza Programı kurdu. Güncel aşılara sahip olmak için farklı ülkeler arasında virüs ve veri paylaşımı, hem mevsimsel hem de pandemik influenza ile mücadelede temel araçlardan biri haline geldi.

1952'de DSÖ, dünya çapında 26 işbirliği yapan laboratuvarla Küresel İnfluenza Gözetim Ağını kurdu. Bugün, Küresel İnfluenza Sürveyans ve Müdahale Sistemi (GISRS) olarak yeniden adlandırılan 66 yıllık ağ, 114 ülkede 153 kurumu kapsıyor. İnsanlarda mevsimsel salgınlara neden olan influenza virüslerini, zoonotik salgınları ve potansiyel pandemileri sürekli olarak izliyor ve kuzey ve güney yarımküredeki influenza mevsimleri için yılda iki kez aşı seçim kararları alıyor. Ulusal İnfluenza Merkezlerine sahip ülkeler, bu sürekli izlemeyi desteklemek için virüs örneklerini ve verilerini paylaşıyor.

Her hafta ülkeler yeni tespit edilen influenza vakalarını FluNet adı verilen bir sistem aracılığıyla DSÖ'ye bildirmektedir. Ülkemiz bu sisteme bildirim yapan bir ülkedir. İnfluenza pandemi planı 2005 yılında hazırlanmış, 2019 da güncellenmiştir. Sentinel İnfluenza benzeri hastalık (ILI) ve Ciddi akut solunum yetmezliği (SARI) haftalık sürveyans verileri SB web sayfasında paylaşılmaktadır. ILI sürveyansı 2005 ve SARI sürveyansı 2015 ten beri yapılmaktadır.

Pandeminin en önemli silahı: Aşılar

Pandemik influenza virüsüne adapte edilebilecek önemli bir aşı deneyimi olması gelecek pandeminin güçlü tarafıdır. Buna COVID-19 pandemisinde deneyimlenen yeni aşı teknolojilerini de ekleyebiliriz.

Yumurta kökenli aşılara alternatif olarak rekombinant aşılar, hücre kültürü temelli inaktif aşılar ve canlı atenüe

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



yumurta temelli aşilar ile 65 yaş üstü hastalar için yüksek doz içeren inaktif aşı, adjuvanlı rekombinant dörtlü aşilar bulunmaktadır.

İnfluenza mRNA aşiları, adenovirus bazlı aşilar ve plant bazlı aşilar geliştirilen diğer aşilar olarak dikkat çekmektedir. Prepandemik H5N1 için geliştirilmiş aşilar da bulunmaktadır (tablo1).

Tablo 1.Prepandemik H5N1 Aşiları

AŞI	FORMU	ÜRETİCİ	RUHSAT
Pandemik influenza H5N1	Monovalan rekombinant H5N1adjuvansız subunit aşı	Sanofi	United States (2007)
Adjuvanrix	Monovalan subunit AS03 adjuvanlı	GSK	United States (2013) European Union (2009)
Aflunov	Monovalan subunit MF59 adjuvanlı	Novartis	European Union (2010)
Foclivia	Monovalan subunit MF59 adjuvanlı	Seqirus	European Union (2011)
Audenz	Monovalan subunit MF59 adjuvanlı	Seqirus	United States (2020)
Pandemik influenza H5N1	Tam virion	Baxter	European Union (2009)
Pandemik influenza H5N1	Canlı atenüe nazal	Astra Zeneca	European Union (2016)

Ekim 2022 de Novavax COVID-19-Influenza Combination (CIC) vaccine faz 1-2 çalışmalarının pozitif sonuçlarını ilan etmiş, Kasım 2022'de 20-subtip içeren mRNA aşısı geliştirilmiştir.

Pandemik influenzada Antiviral Tedavi

Pandemik influenza virüsü için mevsimsel influenza tedavisinde ve profilaksisinde kullanılacak antiviral ilaçlar bulunmaktadır(tablo2).

Tablo 2.İnfluenza tedavisinde ve profilaksisinde kullanılan antiviral ilaçlar

Antiviral İlaç	Tedavi	Profilaksi	Kontrendikasyon
Oseltamivir	2x75 mg 5 gün	75mg/gün ,7 gün	-
Zanamivir	10 mg (2x 5 mg inhalasyon) 5 gün	10 mg (2x 5 mg inhalasyon) 7 gün	Zanamivir astım ve KOAH hastalarında kontrendikedir. Ciddi influenzada yeterli veri olmadığı için kullanılmamalıdır.
Peramivir	600 mg IV tek doz Ciddi vakada 5 gün	-	Peramivir oral ve inhale ilacı tolere edemeyen hastalarda kullanılmamalıdır.
Baloksavir	40 kg -<80 kg: 40 mg oral, tek doz ≥80 kg: 80 mg oral, tek doz a	Temas sonrası profilaksi,,tedavi dozunda tek doz olarak	Baloxavir yeterli veri olmadığı için, ciddi influenza ve gebede kullanılmamalıdır. Bağışıklık sistemi baskılı hastada hızlı direnç geliştiği için kullanılmamalıdır

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



İlk seçenek antiviral oseltamivirdir. Ciddi hastalıkta oseltamivir dozunun artırmanın etkisi görülmemiştir. Böbrek hastasında doz ayarlaması gerekir. Ciddi alt solunum yolu enfeksiyonlarında , özellikle 5 gün tedaviden sonra viral RNA saptanması devam eden immün süprese hastalarda tedavi süresinin 10 gün olması uygun bulunmaktadır. Ancak bu öneriyi destekleyen yeterli klinik veri yoktur.

Baloxavir marboxil 5 yaş üstü ve 12 yaşından küçük kronik hastalığı olmayan çocuklara ve 12 yaş üstü erişkinlere tedavi ve temas sonrası profilaksi için önerilmektedir. Gebe ve emziren kadınlarda, ciddi bağışıklık yetmezliğinde, komplike ve ilerleyici hastalık tablosunda, hospitalize hastalarda veri eksikliği nedeniyle önerilmemektedir.

İngiltere ve Avrupa Birliği ülkelerinde parenteral zanamivir mevcuttur. 5-10 gün süre önerilmektedir

Mevcut veriler influenza tedavisinde kombine antiviral tedavinin daha etkili olduğunu göstermemektedir.

KAYNAKLAR

1. AbuBakar U ,Amrani L , Kamarulzaman FA , Karsani SA , Hassandarvish P, Khairat JE , Avian Influenza Virus Tropism in Humans Viruses 2023;15:833
2. Chan KKP, Hui DSC. Antiviral therapies for influenza Chan and Hui Current opinion in infectious diseases 2023;36:124-131.
3. Dzau V, Yadav P The influenza imperative: we must prepare now for seasonal and pandemic influenza www.thelancet.com/microbe Vol 4 April 2023
4. Global influenza strategy 2019-2030 ISBN 978-92-4-151532-0 © World Health Organization 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515320>
5. Harrington WN , Kackos CM, Webby RJ The evolution and future of influenza pandemic preparedness Experimental & Molecular Medicine 2021; 53:737–749
6. Kim Y ,Hong K Kim H, Nam J. Influenza vaccines: Past, present, and future Rev Med Virol. 2022;32:e2243. wileyonlinelibrary.com/journal/rmv
7. Laurie KL, Steve Rockman S. Which influenza viruses will emerge following the SARS-CoV-2 pandemic? Influenza Other Respi Viruses. 2021;15:573–576.
8. Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, 2019. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Pandemi_Hazirlik_Plani.
9. Rockman S, Laurie KL, Parkes S , Wheatley A , Barr IA. New Technologies for Influenza Vaccines Microorganisms 2020; 8 :1745
10. Saha S, Davis WW. The need for a One Health approach for influenza surveillance www.thelancet.com/lancetgh Vol 10 August 2022
11. Thijs Kuiken, Ron A M Fouchier, *Marion P G Koopmans Being ready for the next influenza pandemic? www.thelancet.com/infection Vol 23 April 2023
12. Zhang R, * Fan-Ngai Hung I, CS-2034 mRNA vaccine: a new option for COVID-19 infection? www.thelancet.com/infection Vol 23 September 2023

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KAN KÜLTÜRLERİNDE SIK KARŞILAŞILAN KONTAMİNANT MİKROORGANİZMALAR VE KLİNİK YÖNETİM

Doç. Dr. Selda ASLAN

Enfeksiyonlar, hastalar için en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir (1). Kan kültürleri özellikle hastanede yatan hastalarda tanı konulabilmesi amacıyla kullanılan en değerli örneklerden biridir. Bakteriyemi, fungemi ve septisemi gibi kan dolaşım enfeksiyonlarının tanısı enfeksiyon hastalıklarının en acil ve önemli işlerinden biridir. Tanının tespit edilmesi ise klinik mikrobiyoloji laboratuvarlarının en önemli ve acil görevlerinden biridir. Altın standart ise kan kültürüdür. Etkenlerin saptanması, pozitif olguların hızlıca ilgili klinik birime bildirilmesi, kültür sonuçları belirlenmeden başlanan ampirik antibiyotik tedavisinin biran önce etkene yönelik tedaviye döndürülmesi ve morbidite ve mortalitenin azaltılması süreçlerin doğru yönetilmesi ile ilgilidir. Tanıların hızlı konulabilmesi için çeşitli moleküler teknikler (nükleik asit propları vb) kullanılmakla birlikte hala en duyarlı ve güvenilir laboratuvar tanı yöntemi kan kültürüdür. Tanıda hızlı ve otomatize kan kültür sistemlerinin yaygın olarak kullanılmaya başlaması ile birlikte inkübasyon süresini kısaltmış, pozitiflik oranını artmış, kontaminasyon riskini azaltmış ve kullanım daha da kolaylaştırmıştır (2).

Laboratuvara gönderilen kan kültürlerinin büyük bir kısmında mikroorganizma üremesi görülür ve bunları çoğu gerçek kan dolaşım enfeksiyonu nedeniyledir. Üreyen mikroorganizmaların bir kısmı ise kontaminasyona bağlı üremelerdir. Kan kültür örneğinde kontaminant mikroorganizmalar üremesi halinde ve birden fazla örnek alınmadı ise gerçek etken olup olmadığının belirlemesi çok önemli bir sorundur. Tek kan kültürü seti ise yeni doğan dönemi hariç önerilmemektedir. Ayrıca tek kültürde Salmonella türleri, Brucella türleri, vb gibi kesin spesifik etken mikroorganizmalar üretilmedikçe tek kan kültürün yorumlanması da çok zordur. Oysa gerçek etken olarak kabul edilen mikroorganizmanın saptanması ve antibiyotik duyarlılık testlerin yapılması doğru ve etkin tedavinin belirlenip mortalite ve morbiditenin azaltılması için çok önemlidir. Aiesh ve ark nın yaptığı çalışmada alınan toplam kan kültürlerinin %4,17'sinin ve pozitif kan kültürü örneklerinin %30,63'ünü kontaminasyon olduğu, etken olmadığı saptadı (3). Dargère ve ark nın yaptığı derlemede ise kan kültürü kontaminasyon prevalansının %0,6 ila %17'si arasında değişmekte olduğunu belirtti (4). Ayrıca bu oranın %3'ü geçmemesi önerildi. En sık izole edilen mikroorganizmalar sıklıkla koagülaz negatif stafilokoklardır. Diğer saptanan mikroorganizmalar ise Bacillus spp, viridans grubu streptokoklar, Corynebacterium spp, Propionibacterium spp, Micrococcus spp, Clostridium perfringens'tir (4).

Kontaminasyon oranlarını en aza indirebilmek amacıyla kan kültürü sonuçlarının kaliteli ve doğru şekilde değerlendirilmesi ve süreçlerin doğru şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Süreçteki hata kaynaklarının analiz edilmesi amacıyla laboratuvara kadar uzanan yolak üç aşamaya ayrılmıştır. Bu aşamalar preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlerdir (5). En fazla hatanın yapıldığı aşama ise preanalitik süreçtir.

Preanalitik süreç kanın alınması ve laboratuvara gönderilmesini içerir. Bu aşamada yapılan hataların önlenmesi mümkün olup görev alan sağlık çalışanlarının eğitimi ile sonuç kalitesi artırılabilir. Kan kültürü seti sayısı, kan miktarı, kan kültürü alınma zamanı ideal olarak ayarlanmalıdır. Kontaminasyonu azaltacak önlemler alınmalı ve

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



bilgilendirme yapılmalıdır. Bu önlemlerin en başında yeterli antisepsisinin ve şişe kapağı dezenfeksiyonunun yapılması gerekmektedir. Dezenfeksiyon işlemi yapılmadığı takdirde kontaminasyon oranlarında artış görülecektir (6). Kan kültür örneği yeni doğan dönemi hariç tek set olarak alınmamalıdır. Hasta kliniği, enfeksiyon türü ve tedavi aciliyetine göre kan kültürü seti sayısı değişkenlik gösterebilir. Özellikle koagülaz negatif stafilokoklar ve gram pozitif basiller gibi kontaminant mikroorganizmaları üremesi, gerçek etken olup olmadığının belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Bu durumda üreyen kültürü seti sayısı yol gösterici olacaktır (5). Ayrıca kan kültür şişesine alınan kanın miktarda üretici firma önerileri doğrultusunda olmalı ve belirlenen miktarda hastadan alınarak şişeye konulmalıdır. Kan kültürü alınma zamanı, hastada mikroorganizma yükünün en yüksek olduğu ideal zaman olarak seçilmelidir. Ayrıca örnekteki mikro organizma yükü ve cinsi, oda ısısında bekleme süresi, öncesinde antibiyotik kullanımı, kan kültürünün alınma zamanı gibi birçok değişken preanalitik süreci etkilemektedir (4).

Analitik süreç ise testlerin analiz edildiği veya ölçümün yapıldığı evredir. Son on yılda mikroorganizmaların tespiti için çeşitli moleküler yöntemler geliştirilmiştir. SeptiFast, VYOO ve Magicplex veya SepsiTest, PCR ile ESI-MS kütle spektrometre sistemleri gibi PCR tabanlı tanı yöntemleri önerilmekle birlikte kandan izole edilen bir mikroorganizmanın kontaminant olarak sınıflandırılmasına net bir çözüm olamamaktadır. Pulsed-field jel elektroforezi, kontaminat mikroorganizmaları patojen etken KNS'lerden ayırma kullanılabilmektedir. Fakat rutin olarak kullanılacak bir yöntem değildir. Ayrıca hem pahalı hemde zaman alan bir yöntemdir. Matriks Destekli Lazer Desorpsiyon/İyonizasyon kütle spektrometresi (MALDI-TOF MS) ise uygunsuz antimikrobiyal tedavinin süresini azaltmakla birlikte kan kültüründe kontaminant mikroorganizmaların tespit edilme süresini azaltmamaktadır. Kontaminant mikroorganizmaların hızlı ve doğru olarak değerlendirilmesi ve patojenlerin tespiti için ileri tekniklere ihtiyaç vardır.

Postanalitik evre analiz sonucu test verilerinin elde edilmesiyle başlayıp, klinisyenin bilgi ve deneyimine bağlı olarak test sonuçlarının yorumlanarak hasta yararına kullanıldığı an biten evredir. Bu süreçte ilgili klinik hekimi, enfeksiyon hastalıkları hekimi ve tıbbi mikrobiyoloji birlikte çalışarak kontaminant mikroorganizmaların tespit edilmesi sağlanmalı ve etkene yönelik doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru ilaç şekli, doğru etki ile hasta tedavisi planlanmalıdır.

Sonuç olarak, kontaminasyon oranlarını en aza indirebilmek için kan kültürleri sürekli olarak izlenmeli, süreçlerle ilgili önlemler alınmalıdır. Hastanelerde kalite yönetim sistemi içerisinde kan kültürü kontaminasyon oranı takibi de yapılmakta olup kan kültürlerinde kontaminasyon oranının %3'ün altında olması hedeflenmektedir (7). Bu nedenle mümkünse kan kültürünün eğitilmiş sağlık personeli tarafından alınması ve analitik süreçler ile ilgili geliştirilen kalite kontrol standartlarına uyulması, uyumu sağlayabilmek için güncel eğitim planlarının belirlenmiş olması gibi birçok alınacak önlem ile kontaminant mikroorganizmaların oranı düşürülecektir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Kaynaklar:

1. Kaya KS, Marchaim D, Chen TY, et al. Effect of nosocomial bloodstream infections on mortality, length of stay, and hospital costs in older adults. J Am Geriatr Soc, 2014; 62: 306-11.
2. Jian-nong WU, Tie-er GAN, Yue-xian ZHU, et al. Epidemiology and microbiology of nosocomial bloodstream infections: analysis of 482 cases from a retrospective surveillance study. Biomed & Biotechnol, 2015; 16: 70-7.
3. Aiesh BM, Daraghme D, Abu-Shamleh N, Joudallah A, Sabateen A, Al Ramahi R. Blood culture contamination in a tertiary care hospital: a retrospective three-year study. BMC Infect Dis. 2023 Jul 4;23(1):448.
4. Dargère S, Cormier H, Verdon R. Contaminants in blood cultures: importance, implications, interpretation and prevention. Clin Microbiol Infect. 2018 Sep;24(9):964-969.
5. Tıbbi mikrobiyoloji uzmanları için klinik örnekten sonuç raporuna uygulama rehberi kan dolaşımı örnekleri. Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Yayınları Eylül 2017
6. Hall KK, Lyman JA. Updated review of blood culture contamination. Clin Microbiol Rev 2006; 19: 788-802].
7. Arı N, Yılmaz N, Yeşilyurt E. Kan Kültüründe Kalite Yönetim Sisteminin Önemi: Kontaminasyon Oranları. Turk J Clin Lab 2021; 4: 446-450.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



AFET TIBBİ

Dr. Ertuğ ORHAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı/İZMİR

Afetler ve Etkileri

Afet, insanlar için can ve mal kayıplarına neden olan toplumu fiziksel, psikolojik ve ekonomik yönleriyle etkileyen ve yerel imkânlar ile baş edilemeyen her türlü doğal veya beşerî kaynaklı olaylardır. Afetler neden oldukları direkt fiziksel etkilerin ardından insanlar için önemli sorunlarla beraber gelmektedir (1).

Dünya genelinde gerçekleşen afetler neticesinde her yıl ortalama 60 bin kişi hayatını kaybetmekte ve her yıl 200 milyondan fazla kişi bu afetlerin sebep olduğu direkt ve indirekt yıkımlardan etkilenmektedir (2). Dünya da her yıl depremler, kasırgalar, su baskınları, heyelan ve orman yangınları gibi onlarca afet gerçekleşmektedir. İçinde bulunduğumuz 2023 yılının ilk 6 ayında ise dünya genelinde 25 farklı katastrofik doğal afet yaşanmış ve milyonlarca kişi bu afetlerden etkilenmiştir. Dünyanın farklı yerlerinde ortaya çıkan kasırgalar ve orman yangınlarına ek olarak, Çin ve Libya'da gerçekleşen seller nedeniyle milyonlarca insan ve diğer canlılar bu afetlerden etkilenmiş ve birçok ölüm meydana gelmiştir (3).

Ülkemiz hem doğal afetlerin hem de terör ve göçler gibi birçok durumun neden olduğu tıbbi sorunlarla oldukça sık karşılaşmaktadır. Ülkemiz sahip olduğu coğrafya nedeniyle deprem, heyelan ve seller gibi birçok doğal afet için riskli bölgelere sahiptir (4). İçinde bulunduğumuz 2023 yılının en katastrofik afeti ise ne yazık ki 6 Şubat 2023 tarihinde ülkemizde gerçekleşmiştir. Merkez üssü Kahramanmaraş olan ve 9 saat arayla gerçekleşen 7,8 ve 7,4 Mw büyüklüğündeki iki depremin ardından Hatay'da yaşanan 6,4 Mw büyüklüğündeki depremlerle büyük bir yıkım meydana gelmiştir. Resmi rakamlara göre 37.984 bina yıkılmış, 50.783 kişi hayatını kaybetmiş ve 151.353 kişi yaralanmıştır. Gerçekleşen depremlerden yaklaşık 20 milyon kişi etkilenmiştir (5).

Afetler sebep oldukları direkt fiziksel yıkıma ek olarak, ardından gelişen birçok sorunla da insanları etkilemektedir. Gerekli sağlık hizmetlerinin, yerel sağlık imkanlarıyla sunulamaması nedeniyle sakatlıklar, uzuv kayıpları ve ölüm gibi birçok olumsuz durumla karşılaşmaktadır. Ortaya çıkan barınma sorunu, su ve temel gıdaya ulaşmakta zorluk, hijyen sorunları insanları afetlerin ardından ikincil felaketlerle karşı karşıya bırakmaktadır. Bunlarla baş edilememesi halinde, tüm bu sorunlara ek olarak bulaşıcı hastalıklar gibi ikincil afetler ortaya çıkabilmektedir (6).

Afetlerin sebep oldukları direkt etkiler ve afete ikincil gelişen tıbbi sorunlar göz önünde bulundurulduğunda, afet öncesinden afet sonrası toparlanma dönemine kadar her aşamada yeterli ve doğru sağlık hizmetinin sunulabilmesi için adımlar atmayı hedefleyen afet tıbbinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Afet Tıbbi

Afet tıbbi; afet öncesi hazırlık ve planlamanın yapılması, afet sırasında yaralanmalara müdahale ve toplum sağlığını ilgilendiren hastalıklarla mücadele, afet sonrası yeniden toparlanma ve iyileşmenin sağlanması alanlarında aktif görev yapan bir bilim dalıdır (7).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Napolyon'un imparatorluk ordusunda cerrah olarak görev yapan Dominique Jean Larrey'in 18. yüzyılda triyaj sistemini geliştirmesi ve II. Dünya Savaşı'nda başlayan, Vietnam ve Kore savaşlarında geliştirilen hızlı tahliye ve sahada cerrahi bakım, dünyada afet tıbbının gelişmesindeki önemli basamaklardır. Afet tıbbının literatürde yer alması ise 20. yüzyıl başlarında Zürih Üniversitesi adli tıp doktoru Heinrich Zangger'in maden patlamaları sonrası sağlık hizmeti sağlayanların yaşadığı sorunları bir rapor haline getirerek yayınlaması ile başlamıştır (8).

Dünya'da birçok ülkede acil tıp ihtisasının ardından, halk sağlığı ve acil öncesi sağlık hizmetleri ile entegre edilerek doktora programı ya da yan dal olarak afet tıbbı eğitimi verilmektedir. Ülkemizde ise doktora programı olarak afet tıbbı eğitimi verilmektedir. Afetler ve akabinde yaşanan sorunlar göz önünde bulundurulduğunda acil tıp, acil öncesi sağlık hizmetleri, halk sağlığı, enfeksiyon hastalıkları ve birçok cerrahi branş ilkelerini kapsayan multidisipliner yaklaşım sunan afet tıbbı eğitimi benimsenmektedir (9).

Afet tıbbı 4 ana başlığı içermektedir. Bunlar planlama, hazırlık, müdahale ve iyileştirme basamaklarıdır (7).

Planlama:

- Hastane içi ve hastane dışı afet yönetim planlarının hazırlanması
- Afetlerdeki sağlık sorunlarına yönelik risk analizlerinin yapılması
- Bulaşıcı hastalıklar dahil, hastalık risk haritaları oluşturularak önleyici ve azaltıcı faaliyetlerin planlanması

Hazırlık:

- Afet ile ilgili eğitim ve simülasyonların gerçekleştirilmesi
- Araştırma ve yayınların yapılması
- Karşılaşılabilecek sağlık sorunlarına karşı artan ihtiyaçlar belirlenerek hazırlıkların yapılması

Müdahale:

- Hazırlanmış planların uygulanması
- Triage ve tıbbi müdahalelerin uygulanması
- Hazırlık sürecinde öngörülemeyen sorunların acil tespiti ve düzeltilmesi

İyileştirme:

- Afet öncesi sunulan sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetlerinin tekrar uygulanabilmesini sağlamak
- Afet sırasında gözlenen sorunların değerlendirilmesinin yapılması

Afet tıbbının afet yönetiminin her basamağında aktif bir uzmanlık alanı olması ve multidisipliner bir yaklaşım benimsemesi nedeniyle afet eğitimi birçok alanda kapsayıcı bir müfredata sahip olmalıdır. Afet tıbbı ile ilgili henüz standart bir eğitim programı olmasa da dünyada afet tıbbı eğitimi veren programlar göz önünde bulundurularak bazı temel başlıklar aşağıda özetlenmiştir (7).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



1. Afet hazırlığı ve afet yönetimi
2. Hastane ve ulusal afet planlarının hazırlanması
3. Olay yeri yönetimi ve afet triyajı
4. Medikal arama ve kurtarma eğitimi
5. Afet ekonomisi ve lojistik yönetimi
6. Temel ve İleri Yaşam Desteği Eğitimi
7. Travma ve Resüsitasyon Eğitimi
8. KBRN yönetimi
9. Bulaşıcı hastalıkların yönetimi
10. Çevresel acillerin yönetimi
11. Travmatik stres bozuklukları, afetlerde psikososyal destek
12. Afetlerde halk sağlığı yönetimi
13. Tahliye ve transport planlamaları

Kaynaklar:

1. WHO guidance on research methods for health emergency and disaster risk management, revised 2022. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. CRED. 2022 Disasters in numbers. Brussels: CRED; 2023. [İnternet]. Erişim adresi: https://cred.be/sites/default/files/2022_EMDAT_report.pdf Erişim tarihi: 14.10.2023
3. Center for Disaster Philanthropy, Disasters. [İnternet]. Erişim adresi: <https://disasterphilanthropy.org/disasters> Erişim tarihi: 12.10.2023
4. AFAD, Afet Haritaları. [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/afet-haritalari> Erişim Tarihi: 13.10.2023
5. AFAD, 2023. 06 ŞUBAT 2023 PAZARCIK-ELBİSTAN KAHRAMANMARAŞ (Mw: 7.7 – Mw: 7.6) DEPREMLERİ RAPORU. [İnternet]. Erişim adresi: <https://deprem.afad.gov.tr/earthquake-reports> Erişim tarihi: 14.10.2023
6. Kouadio IK, Aljunid S, Kamigaki T, Hammad K, Oshitani H. Infectious diseases following natural disasters: prevention and control measures. Expert Rev Anti Infect Ther. 2012 Jan;10(1):95-104.
7. Özüçelik DN. Afet tıbbı. Özüçelik DN, editör. Afetlerde Acil Tıp Hizmetleri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.1-5.
8. Suner S. Histry of Disaster Medicine. Turk J Emerg Med 2015;15(Suppl 1):1-4
9. Ciottone GR. Introduction to Disaster Medicine. Ciottone's Disaster Medicine. 2016:2-5.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KİST HİDATİK

Uzm. Dr. Sinem AKKAYA IŞIK

Taeniidae familyasına ait olan Echinococcus tenyasının metasestod evresinin neden olduğu bir parazitozdur. Echinococcus'un dört türü insanlarda enfeksiyona neden olur. E. granulosus ve E. multilocularis insanda en yaygın olanlardır ve sırasıyla kistik ekinokokkozise (CE) ve alveolar ekinokokkozise (AE) neden olurlar. Diğer iki tür ise E. vogeli ve E. oligarthrus olup neotropikal ekinokokkoz (NE) insanlarda nadiren polikistik ekinokokoza neden olur.

Echinococcus'un yaşam döngüsü kesin bir konakçı ve ara konak içerir. İnsanlar ise tesadüfi konaktır. Yetişkin tenya kesin konağın (köpek veya köpekgiller) bağırsağında yaşar. Her yetişkin tenya günde binlerce yumurta (içinde onkosferler bulunur) üretebilir. Yumurtalar son konağın dışkıyla dışarı atılır ve çevreye salınarak duyarlı ara konakçılar ve tesadüfi insan konakçılar için enfeksiyona neden olurlar.

KİSTİK EKİNOKOKKOZİS (E. GRANÜLOSUS)

Klinik bulgular

Hastalık genellikle çocukluk çağında bulaşır ancak asemptomatik olarak uzun yıllar devam edebilir. Tespit edilen vakaların %50'den fazlası asemptomatiktir. Semptomatik olan hastalarda klinik görünüm kistlerin konumuna ve boyutlarına bağlıdır. Küçük ve/veya kalsifiye kistler süresiz olarak asemptomatik kalabilir. Ancak organlarda kitle etkisi, kan veya lenfatik akışın tıkanması veya yırtılma veya sekonder bakteriyel enfeksiyonlar gibi komplikasyonlara bağlı semptomlar ortaya çıkabilir.

Laboratuvar bulguları

Spesifik olmayan lökopeni veya trombositopeni, hafif eozinofili ve spesifik olmayan karaciğer fonksiyon anormallikleri gözlemlenebilir ancak tanısız değildir. Eozinofili vakaların yüzde 15'inden azında görülür ve genellikle yalnızca antijenik materyal sızıntısı olduğunda ortaya çıkar.

Tanı genellikle serolojiyle birlikte görüntüleme teknikleriyle konur. Asemptomatik hasta taranması endemik bölgelerde faydalı bulunmuşken endemik olmayan bölgelerde taramanın etkisi belirsizdir.

Hidatik kistler ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile görüntülenebilir ve değerlendirilebilir.

Bazı sınıflamalar ultrason görünümüne dayanmaktadır:

- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflandırması kistleri tip ve boyuta göre karakterize etmektedir.
- Gharbi sınıflandırması kistleri beş türe ayırır. Tip I kistler saf sıvıdan oluşur; tip II, bölünmüş duvarlı bir sıvı koleksiyonuna sahiptir; tip III kistler yavru kistleri içerir (dejenere katı maddeyle birlikte veya bunlar olmadan); tip IV heterojen bir yankı düzenine sahiptir; Tip V ise kalsifiye bir duvara sahiptir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



World Health Organization classification of cystic echinococcosis and treatment stratified by cyst stage

WHO stage	Description	Stage	Size	Preferred treatment	Alternate treatment
CE1	Unilocular anechoic cystic lesion with double line sign	Active	<5 cm	Albendazole alone	PAIR
			>5 cm	Albendazole + PAIR	PAIR
CE2	Multiseptated, "rosette-like" "honeycomb" cyst	Active	Any	Albendazole + either modified catheterization or surgery	Modified catheterization
CE3a	Cyst with detached membranes (water-lily sign)	Transitional	<5 cm	Albendazole alone	PAIR
			>5 cm	Albendazole + PAIR	PAIR
CE3b	Cyst with daughter cysts in solid matrix	Transitional	Any	Albendazole + either modified catheterization or surgery	Modified catheterization
CE4	Cyst with heterogenous hypoechoic/hyperechoic contents; no daughter cysts	Inactive	Any	Observation	-
CE5	Solid plus calcified wall	Inactive	Any	Observation	-

Albendazole is dosed 10 to 15 mg/kg per day in two divided doses; the usual dose for adults is 400 mg twice daily. Duration of therapy is discussed in the text.

WHO: World Health Organization; CE: cystic echinococcosis; PAIR: puncture, aspiration, injection, reaspiration.

Data from:

1. Junghanss T, da Silva AM, Horton J, et al. Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives. *Am J Trop Med Hyg* 2008; 79:301.
2. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA, Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop* 2010; 114:1.

Albendazol, *E. granulosus*'un tedavisinde birincil antiparaziter ajandır. Alerji veya ilaç temininde zorlanması durumunda mebendazol kullanılabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) küçük evre CE1 ve CE3a kistlerinin (örn. tek kompartmanlı ve çapı <5 cm olan kistler) tedavisi için tek başına ilaç tedavisiyle başlangıç tedavisi uygundur. Tedavi kesintisiz olarak uygulanmalıdır. Optimum süre belirsizdir; klinik faktörlere bağlı olarak bir ila üç ay uygun olabilir; altı aya kadar süre gerekebilir. Tek başına ilaç tedavisi, çapı >5 cm olan kistlerin tedavisinde veya WHO evre CE2 veya CE3b kistlerin (birden fazla kompartmanı olan) tedavisinde genellikle etkili değildir. Tek başına ilaç tedavisinin gerekli olabileceği diğer durumlar arasında, 5 cm'den küçük çok sayıda karaciğer kistin tedavisi, perkütan tedaviye uygun olmayan karaciğer parankiminin derinliklerindeki kistlerin tedavisi ve/veya peritoneal kistlerin tedavisi yer alır. WHO evre CE4 ve CE5 kistleri aktif değildir; Bu gibi durumlarda antiparaziter tedavi gerekli değildir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Albendazol, E.granulosus'un tedavisinde birincil antiparaziter ajandır. Alerji veya ilaç temininde zorlanması durumunda mebendazol kullanılabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) küçük evre CE1 ve CE3a kistlerinin (örn. tek kompartmanlı ve çapı <5 cm olan kistler) tedavisi için tek başına ilaç tedavisiyle başlangıç tedavisi uygundur. Tedavi kesintisiz olarak uygulanmalıdır. Optimum süre belirsizdir; klinik faktörlere bağlı olarak bir ila üç ay uygun olabilir; altı aya kadar süre gerekebilir. Tek başına ilaç tedavisi, çapı >5 cm olan kistlerin tedavisinde veya WHO evre CE2 veya CE3b kistlerin (birden fazla kompartmanı olan) tedavisinde genellikle etkili değildir. Tek başına ilaç tedavisinin gerekli olabileceği diğer durumlar arasında, 5 cm'den küçük çok sayıda karaciğer kistinin tedavisi, perkütan tedaviye uygun olmayan karaciğer parankiminin derinliklerindeki kistlerin tedavisi ve/veya peritoneal kistlerin tedavisi yer alır. WHO evre CE4 ve CE5 kistleri aktif değildir; Bu gibi durumlarda antiparaziter tedavi gerekli değildir.

Kaynaklar:

1. Wen H, Vuitton L, Tuxun T, et al. Echinococcosis: Advances in the 21st Century. Clin Microbiol Rev 2019; 32.
2. Eckert J, Deplazes P. Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. Clin Microbiol Rev 2004; 17:107.
3. Eckert J, Gotstein B, Heath D, Liu FJ. Prevention of echinococcosis in humans and safety precautions. In: WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Humans and Animals, Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX, Pawlowski Z (Eds), Office International des Epizooties, Paris 2001. p.96.
4. Frider B, Larrieu E, Odriozola M. Asemptomatik karaciğer kist hidatiğinin uzun vadeli sonucu. J Hepatol 1999; 30:228.
5. Moro PL, Gilman RH, Verastegui M, ve diğerleri. Peru'nun orta And Dağları'ndaki insan hidatidozu: hastalığın 3 yıl içindeki evrimi. Clin Infect Dis 1999; 29:807.
6. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA, Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Acta Trop 2010; 114:1.
7. Wójcik-Fatla A, Sroka J, Zajac V, et al. Study on Toxoplasma Gondii, Leptospira Spp., Coxiella Burnetii, and Echinococcus Granulosus Infection in Veterinarians from Poland. J Vet Res 2018; 62:477.
8. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA, Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Acta Trop 2010; 114:1.
9. Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, Dupuch K. Ultrasound examination of the hydatid liver. Radiology 1981; 139:459.
10. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Bull World Health Organ 1996; 74:231.
11. Stojkovic M, Zwahlen M, Teggi A, et al. Treatment response of cystic echinococcosis to benzimidazoles: a systematic review. PLoS Negl Trop Dis 2009; 3:e524.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE TOPLUM SAĞLIĞI YANSIMALARI

Öğr. Gör. Dr. Yasemin ERGÜNER

Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir Meslek Yüksekokulu

İklim değişikliği yeryüzünde yaşamın devamlılığını belirleyici özelliğiyle çağımıza damgasını vuran küresel bir sorundur. Bugün insanlığın deneyimlemekte olduğu iklim değişikliğinin başlangıcı, 19. yy ortaları yani Endüstri Devrimine, spesifik olarak 1830'lara dayanmaktadır. Yaklaşık 200 yıldan bu yana insan faaliyetlerinin gezegenimizin iklimini değiştirdiğine bilim dünyası ve hükümetlerin ikna olması bile neredeyse bir yüzyıllık araştırma ve çalışmalar sayesinde olmuştur. Dolayısıyla, iklim değişikliği, etkileri, azaltım ve uyum çalışmalarının toplumlara aktarılmasında uluslararası politikaların, sivil toplum kuruluşları ve medyanın 30 yılı aşkın süredir ne kadar önemli bir rol üstlendikleri açıktır/ortadadır. Bu bağlamda, Birleşmiş Milletler Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli (IPCC), dünya için iklim değişikliği gerçeği ve tehlikeleriyle mücadelede yol gösterici bir girişim olarak belki de insanlık tarihindeki en büyük bilimsel ve politik girişim olarak karşımıza çıkmaktadır. IPCC'nin gücü, dünyanın her yerinden önde gelen binlerce bilim insanının, güncel küresel araştırmaları sentezleyerek ve hükümetlerce imzalanan raporlara dönüştürmek için birlikte çalışmasından gelmektedir. 1990, 1992 yıllarındaki ilk IPCC Değerlendirme Raporundan itibaren, iklim değişikliğinin ekonomik ve sosyal küresel sonuçları olan ve uluslararası işbirliği gerektiren bir sorun olarak öneminin altını çizilerek küresel ısınma 2 gerçeği açıkça ortaya konmuştur.

Gezegenimizin iklimi, 4,5 milyar yılı aşkın oluşumundan bu yana değişmeye devam etmektedir. Geçmişteki iklim değişiklikleri birçok türün yok olmasına ve yenilerin ortaya çıkmasına, nüfus göçlerine ve kara yüzeyinde ve okyanus dolaşımında belirgin değişikliklere yol açmıştır. Dünyanın yakın jeolojik geçmişindeki en büyük küresel ölçekli iklim değişiklikleri, soğuk buzul dönemlerini takip eden daha kısa sıcak dönemler olan buzul çağı döngüleridir. Son 800.000 yılda, sekiz buzul çağı ve onu takip eden daha sıcak dönemler döngüsü yaşanmış; son buzul çağının yaklaşık 11.700 yıl önce sona ermesi, modern iklim çağı ve insan uygarlığının başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Bu doğal iklim değişiklikleri süreçleri temel olarak dış dinamikler, volkanik patlamalar ve gezegenimizin aldığı güneş enerjisi miktarını değiştiren, Dünya'nın yörüngesindeki çok küçük varyasyonlara bağlıdır. İklim sistemi, atmosfer, kara yüzeyleri, kar ve buz, okyanuslar ve diğer su kütleleri ile canlıları kapsayan karmaşık ve etkileşimli bir sistemdir. İklim sistemi, doğal süreçler olarak kendi iç dinamiklerinin etkisinde veya dış etmenlerdeki değişikliklere bağlı bir şekilde yavaş değişim göstermektedir. Güneş ışınları yoluyla yeryüzünde tutulan ısı enerjisinin, atmosfer ve okyanus dolaşımıyla yeryüzünde dağıldıktan sonra bir kısmı tekrar atmosfere geri yansıtılır. Bulutlar ve atmosferdeki sera gazları (karbondioksit, metan, azot oksit gibi) bu ısının bir kısmını tutarak atmosferden uzaya salınmasına engel olur. Bu sayede gezegenimizin ısınması ve ısı dengesini düzenlenmiş olur. İşte Dünya'ya yaşamı ideal kılan ortalama sıcaklığın 15°C civarında tutulmasını sağlayan bu doğal sürece sera etkisi denilmektedir.

Günümüzde yaşadığımız iklim değişikliği ise, son 200 yılda fosil yakıt tüketimi, arazi kullanım değişiklikleri, ormansızlaştırma ve sanayi, kimyasal üretim ve atık süreçleri gibi insan faaliyetleriyle atmosfere salınan sera gazı birikimindeki hızlı artışın doğal sera etkisini arttırması sonucunda yerkürenin ortalama yüzey sıcaklıklarındaki

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



artışı ve iklimde oluşan değişiklikleri ifade etmektedir. İnsan kaynaklı sera gazlarının atmosfere verilen miktarı olarak ifade edilen sera gazı emisyonları onlarca hatta yüzlerce yıl boyunca atmosferde kalabildiğinden, iklim üzerinde hem şimdiki hem de gelecek nesilleri kapsayan etkileri vardır. Mevcut küresel ısınma, buzul çağından sonraki ortalama ısınma oranından yaklaşık 10 kat daha hızlı gerçekleşiyor. İnsan faaliyetlerinden kaynaklanan atmosferdeki karbondioksit birikimi, son Buzul Çağı'ndan sonra doğal süreçlerle birikimden yaklaşık 250 kat daha hızlı artıyor 4. Gezegenimizin iklim sisteminin yüksek seviye ve hızda gerçekleşen bu değişiklikleri düzenleyebilme kapasitesi açısından oldukça zorlu ve uzun süreçler gerektirmektedir. Bu da insan toplumlarının ve doğal yaşamın iklim değişikliğine uyum sağlamasındaki en büyük zorluktur.

Küresel ısınma artan sera gazı seviyeleri nedeniyle Dünya'nın ortalama yüzey sıcaklığındaki artış olarak ifade edilirken, iklim değişikliğinin yalnızca bir özelliğidir. İklim değişikliği ise küresel ısınmayı kapsayan, yağış, sıcaklık ve rüzgar düzenleri de dahil olmak üzere karşılaştırılabilir zaman dilimlerinde gözlenen yükselen deniz seviyeleri, buzullarının erimesinin hızlanması, değişen yağış rejimleri, aşırı hava olaylarının sıklığı, mevsimler ve bitki çiçeklenme dönemlerindeki (fenolojik) değişimler gibi bölgesel ve küresel ölçekte gezegenimizde meydana gelen daha geniş kapsamlı değişiklikleri ifade eder.

İklim değişikliği doğal hayatı ve insan yaşamını her boyutuyla etkiler. Jeopolitikadan ekonomiye, sağlıktan göç hareketlerine kadar kentsel ve kırsal ekosistemlerin işleyişini temelinde biyoçeşitlilik ve doğal kaynakları etkileyerek değiştirmektedir. Hava, su ve toprak arasındaki döngüleri etkileyen iklim değişikliği, barınma ve beslenme sistemlerinde çevresel ve sosyal belirleyici unsurları bozarak insan bedensel ve zihinsel sağlığını temelden tehdit etmektedir. Küresel iklime bağlı ölüm oranlarına ilişkin dünyanın en büyük araştırması -5 kıta ve 43 ülkenin 2000-2019 yılları arasında verisini içeren- yılda 5 milyondan fazla ölümün anormal sıcaklıklara bağlı olduğunu gösteriyor 5.

İklim değişikliği insan sağlığını ilki, mevcut sağlık sorunlarının ciddi/ağır olarak seyri veya görülme sıklığında artış/ değişimler; diğeri, insanlarda veya yaşadıkları yerlerde daha önce görülmeyen yeni veya beklenmedik sağlık sorunlarının ortaya çıkması şeklinde iki ana yoldan etkiliyor. İklim değişikliği, aşırı sıcak olayları ve şiddetli fırtına riskinin artmasından astım krizi riskinin artmasına ve keneler ve sivrisinekler tarafından taşınan hastalıkların yayılmasının değişmesine kadar insan sağlığı ve refahı için birçok tehdit oluşturuyor. Aşırı sıcak ve soğuk hava olayları, kalp-damar, solunum ve metabolik sistem hastalıklarının yanı sıra depresyon, anksiyete ve davranışsal ve zihinsel bozuklukları da tetiklemektedir. Fırtınalar ve aşırı yağışlar gibi uç hava olaylarının sıklık, ölçek veya şiddetindeki artışlar, tehlikeli taşkınlara yol açarak insan hayatını ve mal varlığını toplumlar ve kamusal boyutlara kadar ulaşan doğrudan tehdit riskini artırabilir. Sel ve fırtınalar sonucunda, yaralanma ve boğulmaların yanı sıra sel sonrası tehditler de devam ediyor. Kirletici maddeler, kimyasallar ve patojenler sel ve taşkınlarla, içme suyunu, tarımsal toprağı ve suyu kirleterek hijyen koşullarını kötüleştir, su ve vektör kaynaklı hastalıklar için üreme alanları sağlayarak sıtma, dang humması, sarı humma ve Batı Nil hummasının bulaşma riskini artırır. Sel ve fırtınalar ile travma sonrası stres bozuklukları, depresyon, anksiyete gibi zihinsel bozuklukların yanı sıra, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile çocukların sosyal işlevselliğinin bozulması gibi anne ve yavru sağlığını da etkileyen sonuçları vardır. Artan vahşi yangınlar ve kuraklık ise hayvan göçü hareketlerini değiştirirken, havadaki partikül madde (PM) ve nitrojen oksitler gibi toksik bileşenlerin düzeyini etkileyerek kirli hava kütlesi oluşturan kimyasal reaksiyonların artmasına ve hava kalitesinin düşmesine ve sonuç olarak kardiyovasküler ve solunum kaynaklı ölüm ve yaralanma risklerini artırır. Kuraklık toz fırtınaları,

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



su güvensizlikleri, kontrol edilemeyen yangınlar, yiyecek kıtlıkları gibi toplum sağlığı risklerini daha da artırabilir. Toz fırtınaları PM'leri, antropojenik kirleticileri ve biyomateryalleri taşıyarak insan sağlığını etkileyebilir. Kuraklık, su kıtlığını ve su güvensizliğini daha da kötüleştirerek, küresel çocuk ölümden sorumlu ölüm nedenlerinden olan ishal riskini artırabilir. Bitki ve çiçeklenme dönemlerinin uzaması daha yüksek polen yoğunluğu yaratarak alerjenlerin artmasına ve alerjik rinit, astım, saman nezlesi ve diğer alerjik semptomlara maruziyeti arttırabilir. Kuraklık, şiddetli yağışlar, rüzgar fırtınaları, sel ve dolu gibi aşırı hava koşullarına bağlı kombine etkiler tarımsal üretim ve verimliliği olumsuz etkileyerek gıda güvensizliği ve kıtlık sorunlarını tetikliyor. Üstelik azalan gıda verimi, gübre, bitki ilacı ve böcek ilacı kullanımını artırarak toprağı ve suyu daha da kirlenmesine bu da çok çeşitli gıda kaynaklı hastalıkları riskini arttırabilir. Yüksek deniz yüzeyi sıcaklığı ve fırtınalar balıkçılık ve su ürünleri yetiştiriciliğinde üretim ve verimin azalmasının yanı sıra avlanan türlerin çeşitliliği ve coğrafi dağılımda da değişiklikler yaratıyor. Belirli kıyı şeritleri boyunca zararlı alg çoğalmalarının dağılımı, sıklığını, toksisitesi ve süresinden çok önemli değişiklikler yaratarak su kaynaklı patojenlerin çoğalmasını (Vibrio cholera, Vibrio vulnificus ve Vibrio parahaemolyticus) hızlandırma ve gıda zehirlenmesi ve ölümlerini arttırması gibi riskleri arttırmaktadır.

Referanslar:

1. Abram, N., McGregor, H., Tierney, J. et al. Early onset of industrial-era warming across the oceans and continents. Nature 536, 411–418 (2016).
2. <https://www.ipcc.ch/2020/08/31/st-30th-anniversary-far/>
3. <https://climate.nasa.gov/evidence/#:~:text=Just%20in%20the%20last%20800%2C000,era%20%E2%80%94and%20of%20human%20civilization>
4. IPCC Sixth Assessment Report, WG1, Chapter 2. Vostok ice core data; NOAA Mauna Loa CO2 record. O. Gaffney, W. Steffen, "The Anthropocene Equation." The Anthropocene Review 4, issue 1 (April 2017): 53-61. <https://doi.org/abs/10.1177/2053019616688022>
5. Q. Zhao, Y. Guo, T. Ye, A. Gasparrini, S. Tong, A. Overcenco, A. Urban, A. Schneider, A. Entezari, A.M. Vicedo-Cabrera, et al. Global, regional, and national burden of mortality associated with non-optimal ambient temperatures from 2000 to 2019: a three-stage modelling study. Lancet Planet. Health, 5 (2021), pp. e415-e425, 10.1016/S2542-5196(21)00081-4

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



ESTETİK MÜDAHALELER VE ENFEKSİYON DİĞER MEDİKAL ESTETİK MÜDAHALELER VE OLASI ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLARI

Fatmagül GÜLBAŞARAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

Giriş

Kozmetik ve rekonstrüktif amaçlarla yaygın olarak kullanılan dermal dolgu maddeleri yıllar geçtikçe popülerlik kazanmıştır. Ancak uygulamaları çeşitli riskler taşır. Dermal dolgu enjeksiyonlarıyla ilişkili önemli bir komplikasyon, çeşitli klinik belirtilerle ortaya çıkabilen ve bir yabancı madde olarak dolgu materyalini içerdiği için son derece dirençli, kronik ve lokal yıkıcı sonuçları olabilen zorlu enfeksiyonlardır.

İnfeksiyöz Komplikasyon Türleri:

Selülit: Selülit, dermal dolgu enjeksiyonlarını takiben sık görülen bir komplikasyondur. Tedavi edilen bölgede eritem, ödem, sıcaklık ve hassasiyet ile karakterizedir. Bakteriyel patojenler, özellikle de Staphylococcus türleri sıklıkla sorumludur.

Apse Oluşumu: Apseler selülitin daha şiddetli bir şekli olarak gelişebilir. Dolgu bölgesinin içinde veya çevresinde lokalize püy koleksiyonları olarak ortaya çıkarlar. Kültür tipik olarak neden olan bakterileri ortaya çıkararak uygun tedaviye yardımcı olur.

Biyofilm Kaynaklı Enfeksiyonlar: Dolgu malzemesi üzerinde bakterilerin biyofilm oluşturması daha az görülen ancak zorlu bir komplikasyondur. Biyofilm, bakterileri konağın bağışıklık tepkisinden ve antibiyotik tedavisinden koruyabilir ve bu da özel yönetim gerektirir.

Risk faktörleri:

Dermal dolgu enjeksiyonlarını takiben bulaşıcı komplikasyon riskini artıran çeşitli faktörler vardır:

Enjeksiyon bölgesinin yetersiz sterilizasyonu.

Kötü enjeksiyon teknikleri.

Kirlenmiş dolgu malzemesi.

Önceden var olan deri koşulları.

Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar.

Önleme ve Yönetim:

Bulaşıcı komplikasyonları önlemek, aseptik tekniklere sıkı sıkıya bağlı kalmayı, uygulayıcı hekimlerin uygun şekilde eğitilmesini ve yüksek kaliteli, saygın dolgu ürünlerinin kullanılmasını içerir. Enfeksiyon vakalarında hızlı tanı ve uygun tedavi çok önemlidir. Bu genellikle antibiyotikleri ve bazı durumlarda apselerin drenajını veya dolgu maddesinin

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



çıkartılmasını içerir.

Yaygın Patojenler: Dermal dolguya bağlı enfeksiyonlarda en sık tanımlanan patojenler Staphylococcus aureus ve Streptococcus türlerini içerir. Ancak enfeksiyonlar polimikrobiyal olabilir ve daha az yaygın olan patojenler de söz konusu olabilir.

Teşhis:

Enfeksiyon komplikasyonlarının erken ve doğru tanısı, zamanında müdahale edilmesi ve ciddi komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Uygun teşhis önlemleriyle birlikte klinik tablo çok önemlidir:

Klinik Görünüm: Enfeksiyöz komplikasyonları olan hastalar, tedavi edilen bölgede eritem, ödem, sıcaklık, hassasiyet ve ağrı gibi semptomlarla başvurabilirler. Pürülan materyal görünümü, fluktuasyon (sıvı toplanması hissi) ve ateş, enfeksiyonun daha ilerlemiş olduğunu gösterebilir.

Kültürler: Etkilenen bölgeden bakteri kültürleri alınmalıdır. Bu, neden olan patojenlerin tanımlanmasına ve antibiyotik duyarlılıklarının belirlenmesine yardımcı olarak tedaviyi yönlendirir.

Görüntüleme: Daha derin enfeksiyonlardan veya apselerden şüphelenildiği durumlarda enfeksiyonun boyutunu değerlendirmek için ultrason, MRI veya BT taramaları gibi görüntüleme yöntemleri gerekli olabilir.

Tedavi:

Dermal dolgu maddeleri ile ilişkili enfeksiyöz komplikasyonların yönetimi çok yönlüdür ve tipik olarak aşağıdaki stratejilerin bir kombinasyonunu içerir:

Antibiyotikler: Ampirik antibiyotik tedavisi sıklıkla klinik şüphe ve lokal bakteriyel duyarlılık paternlerine göre başlatılır. Bakteri kültürleri mevcut olduğunda hedefe yönelik antibiyotik tedavisi uygulanabilir. Hem Staphylococcus hem de Streptococcus türlerinin kapsanması genellikle gereklidir. Biyofilmle ilişkili enfeksiyon vakalarında daha uzun antibiyotik kürleri gerekebilir.

Cerrahi Müdahale: Apse oluşumunun veya yaygın enfeksiyonun meydana geldiği durumlarda, enfekte doku ve irin uzaklaştırılması için cerrahi drenaj veya debridman gerekli olabilir. Bu, insizyon ve drenaj prosedürlerini içerebilir.

Dolgu Malzemesinin Çıkarılması: Bazı durumlarda kirlenmiş dolgu malzemesinin çıkarılması düşünülebilir. Bu, enfeksiyonun kaynağını ortadan kaldırmaya ve iyileşme sürecine yardımcı olabilir.

Destekleyici Bakım: Ağrı yönetimi, yara bakımı ve hastanın klinik seyrinin yakından izlenmesi tedavinin önemli yönleridir.

Sonuç

Enfeksiyöz dermal dolgu komplikasyonları estetik tıptanında dikkate değer bir endişe konusudur. Bu komplikasyonların önlenmesi için deneyimli hekim seçimi, aseptik tekniklere uyulması ve kaliteli dolgu ürünlerinin kullanılması şarttır. Enfeksiyonların meydana geldiği durumlarda, olumsuz sonuçların en aza indirilmesi için erken teşhis ve hedefe yönelik tedavi çok önemlidir. Klinisyenler ve hastalar, bilinçli kararlar vermek ve güvenliği sağlamak için dermal dolgu tedavileriyle ilişkili risklerin ve faydaların farkında olmalıdır. Araştırmacılar bulaşıcı komplikasyonların ortaya çıkmasını azaltmak ve bunların yönetimini iyileştirmek için yeni stratejiler araştırmaya devam ediyor.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



CERRAHİ ESTETİK MÜDAHALELER VE SIK KARŞILAŞILAN ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLAR

Dr. Nurettin NOYAN

Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanı, İstanbul

Günümüzde yapılan her ameliyatta olduğu gibi estetik ameliyatlarda da enfeksiyonlar en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biridir. Estetik ameliyatların sayısı ise toplam yapılan ameliyatlarda içinde her geçen gün artmaktadır. O yüzden estetik ameliyatlardan sonra görülen enfeksiyonlar, bunlara neden olan predispozan faktörler, izole edilebilen mikrobiyolojik ajanlar ile bunların neden oldukları problemler ile bunların önlenmesine yönelik alınacak tedbirler her geçen gün önem kazanmaktadır.

2021 yılı için yapılan uluslararası çalışmada ISAPS verilerine göre dünyada yapılan tüm estetik ameliyatların sayısı 12840688 olarak rapor edilmiştir. Bu ameliyatların en çok 5211933 tanesi baş boyun bölgesi olup bu bölgede en çok 1450000 blefaroplasti yapılmış 995000 tane de rinoplasti yapılmıştır. Yine bu ameliyatların 1685471 ile meme büyütme en çok yapılan meme estetiği olmuştur. Gövde ve ekstremitelerde cerrahisinde ise 1903603 ile liposuction ile ilk sırada gelmektedir. 2021 yılı sonundaki rakamlar 2020 yılında yapılan ameliyat sayılarına göre %18.5 artmış, 2017 verilerine göre de %12.5 artmıştır. Dünya üzerinde yapılan en çok estetik ameliyatlarda 1,992,296 ile 1. Sırada ABD gelmektedir. Ülkemiz ise 2021 yılında 464,490 ameliyat sayısı ile bu alanda 5. Sırada gelmektedir. Ülkemizde yapılan ameliyatlarda ise Rinoplasti 68,029 ile 14.6%, Liposuction 59,696 ile 12.9%, Meme Büyütme 49,023 ile 10.6%, Göz Kapağı Estetiği 32,877 ile 7.1%, Meme Dikleştirme 31,629 ile 6.8%'lik kısmını oluşturmaktadır. Ne yazık ki dünya üzerinde en fazla saç ekimi yaptığımız iddiası ile ilgili istatistiki bilgilere ulaşamadığımız olup bu konu dikkate alınmalıdır. Bu işlemin cerrahi bir işlem olduğu gerçeği unutulmamalı ve ülkemizde çok sıkça yapılan bu operasyonun tam bilgilerine neden ve nasıl ulaşılamadığı üzerinde araştırma yapılmalıdır. Ayrıca ülkemiz yapılan tüm estetik ameliyatların toplamının %32.1'inin yurtdışından gelen hastaların oluşturduğu bir hasta profil yapısına sahip olup bu alanda dünyada ilk sıradadır. Ülkemize bunun için Almanya ve Birleşik Krallık en çok hasta gönderen ülkelerdir.

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE) cerrahi girişimi takiben, eğer implant kullanılmamış ise 30 gün içinde, implant kullanılmış ise bir yıl içinde gözlenen, cerrahi insizyon ve açılan veya manipüle edilen alanla ilgili enfeksiyonlar olarak tanımlanmış olup enfeksiyon başlıca kaynağı cilt, müköz membran ve intestinal sistem endojen florasıdır. CAE predispozan faktörleri arasında beslenme bozukluğu, Diyabet, sigara kullanımı, İmmün Yetmezlik, uzun hastanede kalış, uygun olmayan antimikrobiyal profilaksi, Asepsi-Antisepsi tekniklerine uymamak, cerrahi alanda yabancı materyel olması ve cerrahi tekniğin kendisi ve süresi sayılabilir.

CAE ları alan derinliği ve yayılımına göre Yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu, Derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu ve Organ / alan cerrahi alan enfeksiyonu olarak sınıflandırılabilir.

Yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonunda enfeksiyon, insizyon yeri ile ilişkili cilt ve cilt altı dokusunu ilgilendirir. Operasyonu izleyen 30 gün içinde gözlenir. Ek olarak aşağıdakilerden birinin var olması gereklidir:

1. İnsizyon yerinden pürülan drenaj olması (laboratuvar verileri ile doğrulanması gerekli değildir)
2. Yara yerinden gelen ve aseptik şartlarda alınan sıvının veya yara yeri dokusunun kültüründe mikroorganizma gösterilmesi

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



3. Lokalize şişlik, hassasiyet, ağrı, kızarıklık ve ısı artışı gibi enfeksiyon belirtilerinden en az birinin eşlik etmesi ve cerrah tarafından yaranın enfeksiyon tanısı ile açılmasının gerekli görülmesi

4. Cerrah veya hastanın sorumlu doktorunun enfeksiyon düşünmesi

Derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonunda enfeksiyon cerrahi insizyon ile ilişkili fasia, kas veya derin yumuşak dokuları ilgilendirir. Operasyonu takiben 30 gün içinde ve operasyon yerinde bir yabancı cisim (implant vs) bırakıldı ise bir yıl içinde gözlenir. Ek olarak aşağıdakilerden birinin var olması gereklidir:

1. Fasya katları arasında pürülan drenaj olması

2. Hastanın ateşi, lokalize duyarlılık ve ağrısı nedeniyle cerrah tarafından kültürde üreme olmaksızın yaranın açılması

3. Cerrahi müdahale sırasında veya histopatolojik olarak apse varlığının gösterilmesi

4. Cerrahin enfeksiyon düşünmesi

Organ / alan cerrahi alan enfeksiyonunda enfeksiyon, operasyon esnasında açılan veya maniple edilen herhangi bir anatomik bölgeyi ilgilendirir. Operasyondan sonra 30 gün içinde veya implant varsa bir yıl içinde gözlenir. Ek olarak aşağıdakilerden birinin var olması gereklidir:

1. Organ veya alan içine konulmuş drenden pürülan drenaj olması

2. Organ / alandaki dokudan veya sıvının kültüründen mikroorganizma izole edilmesi

3. Fizik muayene, reoperasyon, histopatolojik veya radyolojik incelemede organ/alanda enfeksiyon veya abse delili

4. Cerrah veya konsultan hekim tarafından organ/alan cerrahi alan enfeksiyonu tanısının konulması

CAE en sık izole edilen mikroorganizmalar ise tabloda görüldüğü sıklıkta izole edilmiştir.

Çalışmalar incelendiğinden estetik CAE'da gerek enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi için çok çeşitli öneriler bulunmuş ancak ortak bir görüş olmadığı görülmüştür.

Ancak cerrahi öncesi alınabilecek önlemler (ameliyat bölgesinin tıkanması ve tüylerden arındırılması), ameliyatlar esnasında alınması önerilen tedbirler (ameliyat bölgesinin dezenfeksiyonu, doku oksijenizasyonu, normovolemi, normotermi, glisemi kontrolü, cerrahi süresinin gözetilmesi ve cerrahi teknik ve malzemeler) ve ameliyat sonrası tedavi protokolleri (postoperatif antibiyotik profilaksisi, insizyonların bakımı, hospitalizasyon süreci) CAE'ları önlenmeye ve tedavi edilmeye çalışılmaktadır.

Her geçen gün artan sayıda yapılan estetik ameliyatlar sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri olan enfeksiyonlar sadece geçmişte değil gelecekte de hepimizin uğraşmak zorunda olacağımız belki de en önemli süreçlerden biri olacaktır. Bu konuda gerek cerrahi branş hekimleri gerek anestezi uzmanları gerekse de enfeksiyon hastalıkları uzmanları ile laboratuvarların bir arada çalışmaları ortak kararlar almaları ve konsensüsler varmaları ve mümkünse uygun algoritmalar çıkarılması belki de geç kalınmış bir karardır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KÜRESEL İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE BULAŞICI HASTALIKLAR EPİDEMİYOLOJİSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Okan DERİN

1. Giriş

Varoluşundan beri 4,5 milyar yıl (gigaannum -Ga.) geçmiş olan Dünya 3,7 Ga. boyunca canlılara misafirlik etmiştir. Bu sürede en az beş buzul çağı ve bunlar arasında buzullar arası çağlar meydana gelmiştir. Son buzul çağının 10 Ka. önce bitmesiyle birlikte ılıman iklim insanların yaşam ve gelişimi için optimal bir ortam sunmuştur. İklim, genellikle dar bir anlamda ortalama hava durumu olarak tanımlanır. Daha kesin bir ifadeyle sıcaklık, yağış ve rüzgâr gibi yüzey değişkenlerinin ilgili miktarlarının ortalaması ve değişkenliği bakımından istatistiksel bir açıklama olarak, aylardan binlerce ya da milyonlarca yıla kadar değişebilen bir zaman dilimindeki durumunu ifade eder. Bu değişkenlerin ortalamasının alındığı klasik dönem, Dünya Meteoroloji Örgütü tarafından tanımlandığı gibi 30 yıldır(1). İklim değişikliği çerçeve sözleşmesi (UNFCCC) iklim değişikliğini “Küresel atmosferin bileşimini değiştiren ve benzer zaman aralıklarında gözlemlenen doğal iklim değişkenliğine ek olarak, insan etkinliğine doğrudan veya dolaylı olarak atfedilen iklim değişikliği olarak tanımlayarak doğal ve insan kaynaklı (antropojenik) olarak ayırır(2). İnsan faaliyetlerinin özellikle sera gazları salınımı yoluyla 2011-2020 döneminde küresel yüzey sıcaklığını 1850-1900 dönemine göre 1,1°C artırarak, küresel ısınmanın belirgin bir şekilde meydana geldiği gözlemlenmiştir; bu artışın, sürdürülemez enerji kullanımı, arazi kullanımı değişikliği gibi faktörlerden kaynaklanarak farklı bölgeler, ülkeler, bireyler arasında eşitsiz katkılarla gerçekleştiği belirlenmiştir(3).

2. Gözlenen ve Öngörülen İklim Değişikliği Etkileri

Hükümetler arası iklim değişikliği paneli (IPCC) 1990 yılından beri 6 rapor yayınlamıştır. Bu raporlar küresel iklim değişikliğinin ne boyutta olduğu, etkileri ve geleceğe dönük projeksiyonları içermektedir. Son rapor Mart 2023'te yayınlanmıştır ve bu rapora göre gözlenen etkiler şu şekilde özetlenebilir: “İnsan etkisiyle atmosfer, okyanus ve karasal alan ısınmıştır. İklim sistemi genelinde eşi benzeri görülmemiş değişiklikler yaşanmıştır. Sera gazı emisyonları ve ozon tabakasındaki değişiklikler büyük rol oynamıştır. Okyanus ısınması ve deniz seviyesi artışı belirgin hale gelmiştir. İklim değişikliği aşırı hava koşullarını artırmış, ekosistemlerde kayıplara neden olmuştur. Arktik buz tabakası ve buzullar geri çekilmiştir. İklim değişikliği çölleşmeyi artırmış, kıyı bölgelerinde erozyona sebep olmuştur.”

İklim değişikliğinin erken dönemlerde faydalı etkilerinden de bahsedilmiştir(4). Bazı ılıman bölgelerde, daha ılıman geçen kışlar kış aylarında miyokard enfarktüsü ve inmeden kaynaklanan ölümlerin azalmasına neden olabilir ve bazı düşük enlem bölgelerinde daha sıcak ve kuru koşullar sivrisinek kaynaklı enfeksiyonları azaltabilir(5).

İklim değişikliğine karşı harekete geçmenin önündeki en büyük engellerden biri ilgili bilim dalları tarafından yapılan çalışmalara ve gelecek öngörülere toplum tarafından kabul görmesidir. Bu konuda Avustralya'da yapılan bir toplum temelli anket çalışmasında 1089 kişi katılmış ve %70'i küresel iklim değişikliğinin var olduğunu ve insan kaynaklı olduğunu kabul ediyor. Ancak IPCC verilerine ve öngörüsüne güven %55 düzeyinde kalmıştır(6). Makale şu sonuçla

11. BUHASDER KONGRESİ

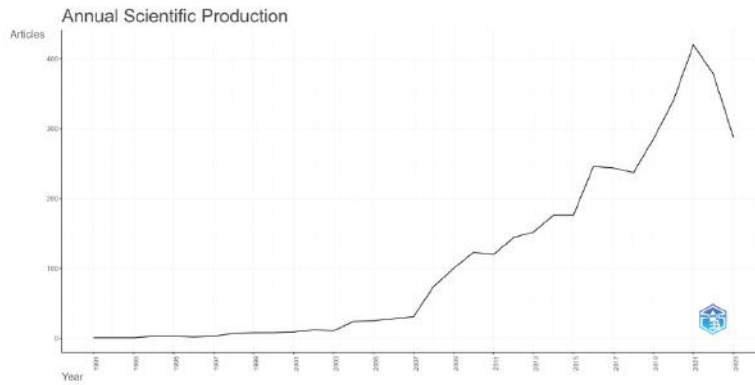
29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



bitirilmiştir: “Kamuoyunun iklim bilimine olan bu güven eksikliği, iklim değişikliği konusunda harekete geçme ve küresel ısınmanın nedenlerini hafifletmek için gerekli davranış değişikliklerini yapma konusundaki isteksizliğine katkıda bulunmaktadır”.

3. Güncel Yayınların Bibliyometrik Analizi

“Web of science core collection” veritabanında “Climate change” AND “Infectious Diseases Epidemiology” anahtar kelimeleri ile tarama ve sonrasında “article” ve İngilizce dili filtrelemesinden sonra 3680 makaleye ulaşıldı. Bu makalelerin çoğunluğu sırasıyla ABD (%29), Çin(%9) ve İngiltere(%8) kaynaklıydı.Yıllara göre yayın sayıları şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Arama terimleri ile yıllara göre yayın sayısı (“Climate change” AND “Infectious Diseases”)

En sık rastlanan kelimeler wordcloud analizi ile belirlenmiştir (Şekil 2). Çalışmamızın içeriğine göre değerlendirildiğinde en sık görülen kelimelerin Türkçe karşılığı olarak “Bulaşma Dinamikleri”, “Vektör”, “Aedes aegypti”, “Dang”, “Batı-Nil Virüsü”, “Sıtma”, “yenice infeksiyon hastalıkları” ve “su” sayılabilir.



Şekil 2. Wordcloud analizi ile metin içinde en çok geçen terimler; Analiz dışında bırakılan kelimeler: epidemiology, infectious diseases, climate change, climate-change, climate, infectious, diseases, infectious-diseases, infection, infections, infectious-disease, disease, health, Health, temperature, Temperature, united-states, index, covid-19, global-climate

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



4. Bulaşma Dinamikleri Modelleri

Kore Ulusal Bilim ve Teknoloji Araştırma Konseyi (NST) tarafından desteklenen ve 1990-2018 yılları arasındaki yayınları tarayan bir sistematik derleme çalışması(7) özellikle vektörlerle ve suyla bulaşan hastalıklara dikkat çekmiş ancak aşırı hava olayları aynı zamanda halk sağlığı altyapısının bozulmasına, sanitasyon ve hijyen kaybına, içme suyu sıkıntısına ve insan yoğunluğunun artmasına da neden olabileceğine dikkat çekmiştir. Bu derlemede belirtilen aşırı hava olaylarının ilişkili olduğu bulaşıcı hastalıklardan bazıları:

Sel olayları: Gastroenterit ve Hantavirüs (HFRS) ile doğrudan bir ilişki gözlenmiştir

Kasırğa: Honduras ve Venezuela'da kasırğa sonrası sıtma ve dang salgını görülmüştür.

Siklon olayları: Leptospiroz ve kolera vakalarını önemli ölçüde artırmaktadır.

La Nina: olayları Japon ensefaliti ve Batı Nil Virüsü salgınlarına neden olmaktadır. La Nina olayına bağlı kuraklığın ortaya çıkması chikungunya ateşi salgınıyla ilişkilendirildi

El Nino: 1983 yılında aşırı yağışlar nedeniyle Peru, Bolivya ve Ekvador'da Sıtma salgınından sorumlu bulunmuştur. El Nino'nun etkisi bölgelere göre değişmiştir. San Francisco ve Los Angeles minimum ortalama sıcaklıkta 5 °C'lik bir düşüşle, grip salgınları nedeniyle hastaneye yatışlarda %30-50 artış gösterdi. Ancak Sacramento'da maksimum ortalama sıcaklıkta sadece 5 °C'lik bir düşüşle %25-40 oranında hastaneye yatış gözlenmiştir.

Ayrıca Güney Asya'da 1997 ve 1998 yıllarında yoğun ormansızlaştırma (yangınlar ve palm yağı endüstrisi) faaliyetinin ve eş zamanlı gerçekleşen El Nino Güney Asya Osilasyonuna bağlı kuraklığın meyve yarasalarının doğal kaynağında besin bulamayıp ekili meyve bahçelerine yoğun bir şekilde girerek domuzlarla temasına ve Nipah virüsünün önce domuzlarda nihayetinde insanlarda hastalık yapabilme kabiliyetine neden olduğu düşünülmektedir(8).

Kırım Kongo kanamalı ateşi insidansı sıcaklık, nem ve yağış gibi iklim parametreleri ile ilişkilendirilmiştir(9). Değişen iklim koşulları kenelerin daha önce olmadığı bir coğrafyaya gitmesi ile sonuçlanabilir, göçmen kuşların bu kenelerin yayılımını ve duyarlı besi hayvanlarını enfekte edebilir ve beynelmil ticaret aracılığı ile bu hayvanlar endemik olmayan bölgelere gönderilebilir(10).

Sonuç olarak özellikle vektör kaynaklı olmak üzere tüm bulaşma yollarında etkiler göstererek yenice infeksiyonların epidemiyolojisi üzerinde etkili olabilir.

5. Gelecek Öngörülleri

IPCC raporuna göre Sera gazı emisyonlarının devamı ile yakın gelecekte küresel ısınmanın 1,5°C'ye ulaşması beklenmektedir. Böylelikle iklim değişikliğinin tetiklediği her alandaki tehlikeler şiddetlenecektir. Bir önceki raporda yer alan gelecek projeksiyonları tahmin edilenin ötesinde yüksek bir şekilde gerçekleşmektedir(3).

Bu projeksiyonların infeksiyon hastalıkları epidemiyolojisi üzerine etkisi yenice infeksiyon hastalıklarının artışı bunlardan da özellikle vektörle bulaşan hastalıklar, suyla bulaşan hastalıklar ve diğer zoonotik hastalıkların önem kazanacağı mevcut literatürde modelleme çalışmaları ile gösterilmiştir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



6. Beşerî Yanıt

Antropejenik iklim değişikliğine neden olan insan faaliyetlerinin kontrol altına alınması için öneriler hükümetler arası çalışmalarda ve antlaşmalarda yerini almış ve buna uygun ekonomik modeller planlanmıştır(11–13). Ancak bu konuda toplumun mevcut bilgiyi henüz sahiplenmediği ve hükümetlerin bu konuda isteksizliği belirtilmektedir.

Bu nedenle uzun vadeli projeksiyonlarda küresel iklim değişikliğinin bulaşıcı hastalıklar epidemiyolojisi üzerinde etkilerini hafifletmek için eğitim, sosyal yanıt, beşerî adaptasyon, halk sağlığı politikaları, erken uyarı sistemleri ve sosyal gelişim basamaklarını içeren kamusal yanıtlar gerekmektedir(7). Sağlık Eylem Planları, aşırı sıcaklar için erken uyarı sistemleri, temiz su erişimi, sanitasyon koruması, hastalık uyarıları, vektör kaynaklı hastalık gözetimi, ruh sağlığı önlemleri ve evrensel sağlık hizmetleri içerir(3).

7. Sonuç

Aalışkın olduğumuz ve bildiğimiz Dünya koşulları küresel iklim değişikliği nedeni ile giderek başkalaşması beklenmektedir. Bu nedenle infeksiyon hastalıkları epidemiyolojisi de dahil toplumu ilgilendiren tüm katmanlarında öngörülerin arttırarak hazırlıklı olmak elzemdir.

Kaynaklar:

1. AR5 Synthesis Report: Climate Change 2014 — IPCC. <https://www.ipcc.ch/report/ar5/syr/> [Accessed October 14, 2023]
2. United Nations Framework Convention on Climate Change. <https://unfccc.int/resource/ccsites/zimbabwe/conven/text/art01.htm> [Accessed October 14, 2023]
3. AR6 Synthesis Report: Climate Change 2023. <https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/> [Accessed October 15, 2023]
4. McCarthy J. Climate change 2001: impacts, adaptation, and vulnerability: contribution of Working Group II to the third assessment report of the Intergovernmental Panel on. (2001). <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=RT7IQ24quc4C&oi=fnd&pg=PP9&dq=Confalonieri+U,+Menne+B,+Akhtar+R,+et+al.+Human+health.+In:+Parry+ML,+Canziani+OF,+Palutikof+JP,+van+der+Linden+PJ,+Hanson+C,+eds.+Climate+change+2007:+impacts,+adaptation+and+vulnerability:+contribution+of+Working+Group+II+to+the+Fourth+Assessment+Report+of+the+Intergovernmental+Panel+on+Climate+Change.+Cambridge,+United+Kingdom:+Cambridge+University+Press,+2007:391-431.&ots=ou-9XtgmNW&sig=wcr5QKy3sOj43qcr3TPcJ9whtJI> [Accessed October 15, 2023]
5. McMichael AJ. Globalization, Climate Change, and Human Health. *New England Journal of Medicine* (2013) 368:1335–1343. doi: 10.1056/NEJMRA1109341/SUPPL_FILE/
6. Tranter B, Lester L, Foxwell-Norton K, Palmer MA. In science we trust? Public trust in Intergovernmental Panel on Climate Change projections and accepting anthropogenic climate change. *Public Underst Sci* (2023) 32:691. doi: 10.1177/09636625231165405
7. Khan MD, Vu HHT, Lai QT, Ahn JW. Aggravation of Human Diseases and Climate Change Nexus. *Int J Environ Res Public Health* (2019) 16: doi: 10.3390/IJERPH16152799

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



8. Chua KB. Nipah virus outbreak in Malaysia. *Journal of Clinical Virology* (2003) 26:265–275. doi: 10.1016/S1386-6532(02)00268-8
9. Nili S, Khanjani N, Jahani Y, Bakhtiari B. The effect of climate variables on the incidence of Crimean Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) in Zahedan, Iran. *BMC Public Health* (2020) 20: doi: 10.1186/S12889-020-09989-4
10. Marie V, Gordon ML. The (Re-)Emergence and Spread of Viral Zoonotic Disease: A Perfect Storm of Human Ingenuity and Stupidity. *Viruses* (2023) 15: doi: 10.3390/V15081638
11. UNITED NATIONS FRAMEWORK CONVENTION ON CLIMATE CHANGE UNITED NATIONS. (1992)
12. KYOTO PROTOCOL TO THE UNITED NATIONS FRAMEWORK CONVENTION ON CLIMATE CHANGE UNITED NATIONS. (1998)
13. Paris Agreement .:. Sustainable Development Knowledge Platform. <https://sustainabledevelopment.un.org/frameworks/parisagreement> [Accessed October 17, 2023]

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



AIDS İLE İLİŞKİLİ KAPOSİ SARKOMU

Bilgöl METE

Kaposi sarkomu (KS), sitokin aracılıklı, vasküler endotel ve perivasküler bağ dokusu hücrelerinin proliferasyonu sonucu gelişen multifokal bir tümördür. HHV-8 (KS ilişkili Herpes virüs) ilişkili olup, viremik hastalarda 9 kat daha fazla oranda geliştiği saptanmıştır. Erkeklerde daha sık görülmektedir.

HIV enfeksiyonu, KS riskini binlerce kat artırır. KS'nin gelişme oranı ART kullanımıyla azalsa da hala HIV ile yaşayan kişilerde sık görülen maligniteler arasında yer almaktadır. 5 yıllık sağ kalım oranı 1980-1995 yılları arasında %12,1 iken ART sonrası dönemde %88'e yükselmiştir.

KS genellikle CD4<200/mm³ olan kişilerde gelişse de CD4 sayısından bağımsız da görülebilir. İmmünoşüpresif durum ilerlediğinde, AIDS ile ilişkili Kaposi sarkomu, daha yaygın, daha agresif seyrederek ve iç organların ve/veya lenf düğümlerinin etkilenme olasılığı daha yüksektir.

Klinik

KS'nin klinik tutulumu kutanöz ve viseral olmak üzere 2 ana grupta değerlendirilebilir.

Kutanöz KS, en sık karşılaşılan formudur. Olguların yaklaşık %15'inde deri bulgusu olmadan da organ tutulumları görülebilir. Viseral şekli ise %50 oranda görülmekte olup oral kavite ve gastrointestinal sistem (GİS) en sık tutulum bölgeleridir. Bunun dışında solunum sistemi başta olmak üzere tüm organlar etkilenebilir. Klinik bulgular tutulum bölgelerine göre aşağıda özetlenmiştir:

--Kutanöz

En sık alt ekstremitelerde, yüz (özellikle burun) ve genital bölge tutulur. Lezyonlar genellikle eliptik ve simetrik, ağrısız, kaşıntısız, hiperpigmente, maküler veya nodüler karakterdedir. Genellikle lezyon üzerinde nekroz olmaz; renk lezyonun vaskülarizasyonuna göre değişir (pembe, kırmızı, mor kahverengi). Lenfadenoptiye bağlı olarak gelişen vasküler obstrüksiyona sekonder veya sitokin aracılıklı yüz, genital bölge ve alt ekstremitelerde hastalığın ağırlığından bağımsız olarak lenfödem gelişebilir.

--Oral kavite

Hastaların 1/3'ünde oral kavite tutulumu olup, olguların %15'inde ilk tutulum yeri olabilir. Lezyonlar en sık damak ve jinvivada görülür. Ağız içi lezyonlar normal çiğneme sırasında kolayca travmatize olabilir, ağrı, kanama, ülserasyon veya sekonder enfeksiyon gelişebilir. Akciğer tutulumunun ve tedaviye kötü yanıtın habercisi olabilir.

--Gastrointestinal sistem

ART öncesi dönemde hastaların %40'ında gözlenen GİS tutulumu, kutanöz tutulum olmadan da gelişebilir. Lezyonlar GİS'in herhangi bir bölümünde ortaya çıkabilir. Asemptomatik olabileceği gibi bulantı, kusma, karın ağrısı, kilo kaybı, kanama, intestinal obstrüksiyon, malabsorbsiyon ve ishale yol açabilir. Endoskopide kolayca tanınır; izole veya birleşik olabilen hemorajik nodüller şeklinde görülür. Lezyonlar submukozal olma eğiliminde olduğundan biyopside

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KS saptanamayabilir.

Pulmoner KS

Mukokutanöz tutulumlu hastaların çoğunda pulmoner tutulum olabilir. KS'nin ilk bulgusu olabilir ve %15 olguda mukokutanöz hastalık olmadan da ortaya çıkabilir. Pulmoner KS parankimi, hava yollarını, plevrayı ve/veya intratorasik lenf nodlarını tutabilir. Asemptomatik olabileceği gibi ateş, kuru öksürük, nefes darlığı, hipoksi, hemoptizi, göğüs ağrısı gibi bulgulara yol açabilir. Görüntüleme de olguların %60'ında yamalı peribronkovasküler retiküler tutulum saptanırken, %25'inde nodüller tutulum vardır. İnterstisyel ve/veya alveoler infiltratlara, plevral efüzyona ve hiler ve/veya mediastinal lenfadenopatiye yol açabilir.

Bronkoskopide kiraz kırmızısı, hafif kabarık lezyonlar karakteristik görünümüne sahiptir. Bronkoskopik ve radyografik bulgular oldukça iyi korelasyon gösterse de, bronkoskopi ile tanı konan hastalarda bazen akciğer grafisi normal olabilir. Enfeksiyöz etiolojinin dışlanması koşuluyla, pulmoner KS'yi düşündüren klinik ve radyografik bulguların varlığında, bronkoskopide KS'ye özgü endobronşiyal lezyonlar saptandığında tanı doğrulanmış olur. Endobronşiyal lezyonlar tipik olarak menekşe rengi veya parlak kırmızı görünür ve maküler veya papülerdir. En sık, alt solunum yollarının mukozasını, özellikle dallanma noktalarını veya daha az trakeayı tutar. Endobronşiyal ve transbronşiyal biyopsilerin tanısal değeri düşük olup hastaların %30'a varan bir kısmında KS lezyonlarının biyopsisini takiben önemli kanama meydana geldiğinden, ön planda pulmoner KS düşünüldüğünde transbronşiyal biyopsiden kaçınılır.

Tanı

Tanı biyopsi ile koyulur. Tanıyı doğrulamada HHV-8 antijeni için immünohistokimyasal boyama (HHV-8-encoded latency-associated nuclear antigen (LANA)'ya spesifik antikor ile)

veya polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) yardımcıdır.

Biyopsinin patolojik incelemesinde anjiyogenez, inflamasyon ve proliferasyon saptanır.

Lezyonlarda genellikle 2 temel anormallik görülür:

- lökositik infiltrasyonlu iç şeklindeki hücrelerin sarmalları
- küçük damarların anormal proliferasyonu ile neovaskülarizasyon

Ayırıcı Tanı

Kutanöz KS: Erken lezyonlar kolayca purpura, hematoma, anjiyom, dermatofibrom veya nevüs ile karıştırılabilir. Ayırıcı tanıda en önemli alternatif tanı basiller anjiyomatozistir.

Pulmoner KS: Mikobakteriyel, fungal enfeksiyonlar, bartonelloz, pulmoner lenfoma, primer efüzyonlu lenfoma, multisentrik Castleman hastalığı ve akciğer kanseri

Evreleme

Günümüzde KS için evrensel olarak kabul edilmiş bir evreleme olmasa da, Tümör yayılımı (T), İmmün durum (I) Sistemik hastalığın ağırlığı (S) skorlanmasına göre Ulusal Sağlık Kurumu (NIH) AIDS Clinical Trial Group (ACTG) tarafınca belirlenen bir evreleme sistemi vardır. Skorlamada 0:iyi prognoz,1: kötü prognoz olarak değerlendirilir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tedavi Yönetimi

Tedavinin ana hedefleri, semptomların hafifletilmesi, hastalığın ilerlemesinin önlenmesi ve ödemi, organ hasarını ve psikolojik stresi hafifletmek için tümörün küçültülmesidir.

Asemptomatik ve sınırlı kutanöz hastalığı olan hasta, sadece ART ile tedavi edilebilir.

ART'nin ötesinde diğer seçenekler arasından seçim, hastalığın yaygınlığına, tümör büyümesinin hızına, viral yükü, CD4 hücre sayısına ve hastanın genel durumuna bağlıdır.

- Semptomatik ve/veya kozmetik olarak kabul edilemez sınırlı kutanöz hastalıkta, ART ile beraber mümkün olan en minimal invaziv ve en az toksik tedavi uygulanmalıdır.
- Gerekğinde, ART'ye başlayan kişiler için sınırlı sayıda sistemik tedavi döngüsü (örn. 3-6;) yeterli olabilir.

Kemoterapi Endikasyonları

Yaygın deri tutulumu (örneğin 25'ten fazla lezyon), lokal tedaviye yanıt vermeyen yaygın kutanöz KS, yaygın ödem, semptomatik viseral tutulum, immün yeniden yapılanma inflamatuvar sendromu (İRİS), KS'nin ART altında ilerlemesi durumunda sistemik kemoterapi verilmesi gerekir.

Hem sınırlı kutanöz hastalık hem de ilerlemiş hastalık için tercih edilen birinci basamak sistemik tedavi lipozomal doksorubisin/daunorubisindir. Yanıt oranları %30 ila 60 arasında değişmektedir. Lipozomal antrasiklinler, tümörleri güvenilir bir şekilde küçültebilir, ödemi azaltabilir ve lezyonların renginin solmasına neden olabilir. Tedavi süresi net olmamakla birlikte 4-6 kür sonrası izlem akılcı olabilir.

Paklitaksel, potansiyel olarak lipozomal antrasiklinlerden daha toksik olması nedeniyle ikinci seçenekte yer alsa da çarpıcı bir etkinliğe sahiptir. İleri evre, semptomatik KS'li hastalarda, kaynakları kısıtlı olan ülkelerde, başlangıç tedavisi için bir alternatif olabilir.

Diğer tedavi seçenekleri radyoterapi ve küçük lezyonlar için (örn. ≤ 1 cm) topikal tedavi, lezyon içi kemoterapi, kriyoterapi ve lokal eksizyon olarak sayılabilir.

KS-İRİS

HIV-KS hastalarının %3 ila %39'unda görülebilir. ART'ye başladıktan sonra birkaç gün ila 6 ay içinde (en sık ilk 2 ay) gelişir. Önemli morbidite ve mortalite (%5-30) nedenidir. Maskelenmemiş veya paradoksal (en sık) olarak gelişebilir.

Hasta yalnızca ART kullanıyorsa, semptomatik tedavi uygulanır, sistemik kemoterapi eklenmesi düşünülür. Hasta ART ve kemoterapi alıyorsa; tablo ilerleyici ise kemoterapi rejiminin değiştirilmesi düşünülür.

Glukokortikoidler, Kaposi sarkomu işi hücrelerinin proliferasyonuna yol açar ve HHV-8 replikasyonunu artırır bu nedenle KS-İRİS tedavisi için steroidler önerilmez.

Öte yandan hastalığın alevlenme potansiyeli ve ayrıca kortikosteroid kullanımı ile KS gelişimi arasındaki ilişki göz önüne alındığında, KS'li hastalarda eş zamanlı kortikosteroid kullanımından kaçınılmalı veya dikkatle ve yakın gözlem altında kullanılmalıdır.

Sonuç olarak, görülme sıklığı ART kullanımıyla azalsa da AIDS ile ilişkili Kaposi sarkomu hala HIV ile yaşayan kişilerde

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



sık görülen maligniteler arasında yer almaktadır. Asemptomatik ve sınırlı kutanöz hastalık ART ile tedavi edilebilse de, tedavi yönetimi onkoloji uzmanları ile birlikte multidisipliner olarak yürütülmelidir.

KAYNAKLAR

1. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/human-herpesvirus?view=full>
2. Bower M, Collins S, Cottrill C, et al. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008. HIV Med 2008; 9:336.
3. Krown SE, Metroka C, Wernz JC. Kaposi's sarcoma in the acquired immune deficiency syndrome: a proposal for uniform evaluation, response, and staging criteria. AIDS Clinical Trials Group Oncology Committee. J Clin Oncol 1989; 7:1201.
4. International Collaboration on HIV and Cancer. Highly active antiretroviral therapy and incidence of cancer in human immunodeficiency virus-infected adults. J Natl Cancer Inst 2000; 92:1823.
5. Groopman EJ. UpToDate. Topic 8033 Version 29.0
6. Poizot-Martin I, Bréigéon S, Palich R, et al. Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome Associated Kaposi Sarcoma. Cancers 2022;14:986.
7. Mani D, Neil N, Israel R et al. A retrospective analysis of AIDS-associated Kaposi's sarcoma in patients with undetectable HIV viral loads and CD4 counts greater than 300 cells/mm³. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic). 2009;8(5):279-285.
8. Flaherty KR. UpToDate. Topic 4326 Version 27.0
9. Stebbing J, Sanitt A, Nelson M, et al. A prognostic index for AIDS-associated Kaposi's sarcoma in the era of highly active antiretroviral therapy. Lancet 2006; 367:1495.
10. Dezube BJ, Pantanowitz L, Aboulaflia DM. Management of AIDS-related Kaposi sarcoma: advances in target discovery and treatment. AIDS Read 2004; 14:236.
11. Grabar S, Abraham B, Mahamat A, et al. Differential impact of combination antiretroviral therapy in preventing Kaposi's sarcoma with and without visceral involvement. J Clin Oncol 2006; 24:3408.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



TRANSFÜZYON İLİŞKİLİ İMMÜN MODÜLASYON (TRIM)

İsmail Yaşar AVCI

Bağışıklık sistemi (immun sistem) karmaşık ve sıkı bir şekilde kontrol edilir ve yabancı bir madde veya kendinden gelen anormal yapılar tarafından izinsiz girişlere karşı koruma oluşturmak amacıyla yanıt oluşturur. Bağışıklık sistemi, kan ve kan ürünlerinin uygulanmasını takiben geçici olarak baskılanabilir. Buna transfüzyonla ilişkili immünomodülasyon (TRIM) denir. Kan ve kan bileşenleri tedavisi, alıcılarda immünolojik reaksiyonları tetikler. TRIM, transfüzyona karşı immünosupresyonla sonuçlanan önemli bir kompleks biyolojik immün reaksiyondur.

TRIM'in altında yatan mekanizmalar, rezidüel lökositlerin ve apoptotik hücrelerin varlığını, donör bileşenlerinde bulunan veya kanın işlenmesi sırasında üretilen immünosüpresif sitokinlerin transfüzyonunu, metabolik olarak aktif büyüme faktörü yüklü mikropartiküllerin ve hücre dışı veziküllerin transferini ve serbest veya hücre dışı veziküllere bağlı hemogloblin varlığını içerir. TRIM değişkenleri, tüm bunların yanı sıra donöre özgü faktörleri de içerir. TRIM, en azından kısmen, tedavi amaçlı ameliyatlarda bağlamında transfüzyon alan kanser hastalarında gözlemlenen tartışmalı olumsuz klinik sonuçları da açıklayabilir. Depolanmış kan üzerinde metabolik ve proteomik dahil olmak üzere yeni teknolojilerin kullanılması, genel olarak TRIM'in ve bunun kanser ilerlemesi üzerindeki etkisinin daha derin bir şekilde anlaşılmasını sağlayabilir.

TRIM, transfüzyonu takiben alıcılarda gözlemlenebilen bir "immün baskılama" bağlamında, 40 yılı aşkın bir süredir transfüzyon tıbbında akla gelen bir düzenleme ilkesi olmuştur. Opelz ve arkadaşları, 1973'ten başlayarak, eritrosit süspansiyonu transfüzyonu alan kadavradan böbrek nakli yapılmış hastalarda, nakledilen böbreklerin hayatta kalma oranının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu gözlemlenmişler ve eritrosit süspansiyonu TRIM için ilk kanıtları sağlamışlardır. Bu bulgular, lökosit azaltılmamış allojenik eritrosit süspansiyonu transfüzyonunun immünosüpresif etkilerini kuvvetle önermektedir. Daha yeni bulgular, depolama öncesi lökosit azaltılmış kan ürünleri de dahil, eritrosit süspansiyonuna maruz kalmanın hem proinflamatuvar hem de immünosüpresif etkilerini göstermektedir. Klinik olarak, eritrosit süspansiyonu transfüzyonu, yeni veya kötüleşen organ disfonksiyonu, nazokomiyal enfeksiyon gelişimi ve kanser nüksü ile ilişkilidir; ki bunlar, düzensiz alıcı immün yanıtlarını düşündürmektedir. Çeşitli prelinik modellerde, eritrosit süspansiyonuna maruz kalmanın, lökosit infiltrasyonu, gelişmiş nötrofil kemotaksisi, monosit/makrofaj aktivasyonu ve inflamatuvar sitokin salınımı dahil olmak üzere inflamatuvar etkilerle sonuçlandığı görülmüştür.

Normal İmmün Yanıt

Normal bir bağışıklık yanıtı başlatmak için, T hücrelerin MHC (major histocompatibility complex) kompleksi ile ilişkili alloantijenleri tanıması gerekir. Bağışıklığın en güçlü uyarıcısı olan doğrudan tanıma yolu, alıcının farklılaşmamış T-yardımcı hücreleri, donör antijen sunan hücreler (ASH'ler) üzerinde MHC tarafından kodlanan Sınıf II moleküller ile doğrudan etkileşime girdiğinde ortaya çıkarken; alloimmüniteyi indüklemeye yaklaşık 100 kat daha az güçlü olan indirekt tanıma, allelik donör antijenlerinin alıcı ASH'leri tarafından işlenip, alıcı farklılaşmamış T-yardımcı hücrelerine (Th) sunulduğunda meydana gelir. Alloantijen-T hücre reseptörü etkileşimi, sitokin ekspresyonuna ilk sinyali sağlarken, gerekli yardımcı uyarıcı ikinci sinyal, interlökin sekresyonunu düzenleyen CD28 ve CTLA-4 T-hücresi reseptörleri aracılığıyla iletilir. Salınan çeşitli sitokinler, alloantijene özgü T hücrelerinin çoğalmasına ve farklılaşmasına neden olur. Sitokin salgısının

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



profiline bağlı olarak, bu saf T hücreleri Th1 veya Th2 hücrelerine farklılaşabilir. Th1 hücreleri, hücre içi patojenler ile kanser hücrelerine karşı hücreyel bağışıklık tepkisi ve gecikmiş tip aşırı duyarlılığın uyarılması ile ilişkili olarak proinflamatuvar sitokinler olan interferon- γ , IL- 2 ve TNF- β üretirler. Th2 hücreleri ise, alerjik reaksiyonda yer alan hümmoral bağışıklığa ve hücre dışı organizmalara yönelik B hücrelerini antikor üretimine yönlendiren anti-inflamatuvar sitokinler IL-4, IL-5, IL-10 ve IL-13'ü salgılar. Tip-2 immün yanıt aynı zamanda gebelik sırasında allogreftlerin ve fetüsün toleransına da katkıda bulunur.

Allojenik kan transfüzyonu alloantijenlere maruz kalmayla sonuçlandığından immünojeniktir ve alloantikörlerin oluşumuyla sonuçlanan bir birincil bağışıklık tepkisi ortaya çıkarabilir (Th1 hücreyel bağışıklık tepkisi). Bununla birlikte, allojenik kan transfüzyonu paradoksal olarak aynı zamanda bağışıklık fonksiyonunu baskılayabilir (Th2 hümmoral bağışıklık tepkisi). T düzenleyici (Treg) hücreler, Th3 ve Th17 daha yeni tanımlanmış lenfosit alt kümeleridir. Treg hücreleri, normal bağışıklıkta self toleransı sağladıklarından, işlev bozuklukları otoimmün hastalığa ve şiddetli alerjiye neden olabilmektedir.

TRIM Mekanizması

Allojenik kan transfüzyonunu takiben oluşan alloimmünite ve immünomodülasyona aracılık etmekten sorumlu donör ve alıcı mekanizmaları karmaşıktır ve çok faktörlüdür. TRIM'in kesin mekanizması henüz tam olarak aydınlatılmamış olsa da, TRIM etkilerinin immün aracılı olduğu öne sürülmektedir. Allojenik kan transfüzyonunun alıcıda; toplam lenfosit sayısında azalma, CD4 hücre sayısında azalma, CD4/CD8 T-hücre oranında azalma, NK hücre sayısında azalma, mitojenlere karşı lenfosit yanıtında azalma gibi bağışıklık fonksiyonlarını değiştirdiği gösterilmiştir.

TRIM'un olası mekanizmaları:

- Hücreyel kan ürünlerindeki allojenik mononükleer hücreler
- Transfüzyon alıcısının dolaşımında kalan allojenik lökosit (mikrokimerizm)
- Eritrositlerin ve trombositlerin depolanması sırasında salınan Th2 immünosüpresif sitokinler
- Kan bileşenlerinin depolanması sırasında salınan Th1 proinflamatuvar sitokinler ("inflamatuvar" TRIM)
- Th1 yanıtını baskılayan CD4+ Treg hücrelerinin aktivasyonunun indüksiyonu
- Allojenik plazma komponentlerinde bulunan HLA Sınıf I peptitleri dahil çözünür moleküller
- Depolama esnasında eritrosit bileşenlerinin süpernatantına salınan biyolojik medyatörler (biyoaktif non-polar lipidler, eikosanoitler, demir, vb)

TRIM etkilerine aracılık eden faktörler: 1. kan ürünlerinde bulunan allojenik lökositler; 2. transfüze edilmiş allojenik plazmada bulunan HLA Sınıf I peptitleri dahil çözünür moleküller; ve/veya 3. Eritrosit süspansiyonu veya trombosit konsantrelerinin süpernatantlarına salınan biyolojik medyatörlerdir.

Allojenik Lökositlere Bağlı TRIM

Transfüze edilen hücreyel kan ürünlerinde bulunan allojenik lökositlere bağlı olarak görülen reaksiyonlar; febril transfüzyon reaksiyonları, HLA alloimmünizasyonu ve trombosit refrakterliği, transfüzyon ilişkili akut akciğer hasarı (TRALI) ve transfüzyon enfeksiyonlarıdır. Hayvan deneylerinden elde edilen veriler, allojenik lökosit transfüzyonunun,

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



alıcıda zararlı immünoşüpresif etkilerle ilişkili olduğunu göstermiştir. İnbred hayvan deneylerinde, allojenik kan transfüzyonunun hayvan tümörlerinin büyümesini arttırabileceğini ve bu etkinin allojenik kanın depolama öncesi (ancak depolama sonrası değil) lökoredüksiyonu ile iyileştirildiği gösterilmiştir. Yine hayvan deneylerinde, lökosit azaltılmamış allojenik kan transfüzyonu yapılan hayvanlar, lökosit azaltılmış allojenik kan transfüzyonu yapılan hayvanlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek sayıda pulmoner tümör oluşumu göstermiştir.

Üçüncü nesil filtrelerin kullanımıyla 3 log (%99,9) büyüklüğünde kan ürünü lökoredüksiyonunun allojenik kan transfüzyonu ile ilişkili alloimmünizasyon oranını azalttığı bildirilmiştir. Yine bir başka çalışmada lökositleri azaltılmış veya UV ile muamele edilmiş kan ürünleri ile transfüze edilen lösemi hastalarının, lökosit azaltılmamış kan alanlara kıyasla, hem Sınıf I hem de Sınıf II HLA antikorlarında önemli ölçüde daha düşük oranlarda ürettiği ama aynı zamanda her iki strateji ile de dolaşımdaki Sınıf I HLA antikorlarının daha kısa kalıcılıkla sonuçlandığı gösterilmiştir.

TRIM etkisi, alloantijeni ve immünoşüpresif süper ailesinin bir transmembran proteini olan CD200 yardımcı uyarıcı molekülüne ekspresyon eden donör ASH'lerine bağlı olabilir. Vericinin CD200'ü ile alıcının T hücreleri üzerindeki reseptörü arasındaki etkileşim sonucu salınan bir Th-2 sitokini olan TGF- α , immün toleransla ilişkilidir. Kan ürününün depolaması sırasında lökositlerin immünojenitelerini yitirdikleri, bu nedenle uzun süreler boyunca depolanan lökositleri içeren allojenik eritrosit konsantrasyonunun, T-hücresi anerjisinin indüksiyonu ve kan alıcısında immünoşüpresyon ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür.

Transfüzyon alan hastaların dolaşımında az sayıda kalan HLA uyumlu allojenik lökositlerin uzun dönemde engraftmanı, kan donörü alloantijenlerinin toleransını kolaylaştırarak alıcının immün cevabını süprese ederek düzenlenebilir ki bu, TRIM'in olası bir mekanizması olarak önerilen mikrokimerizmdir. Transfüzyonla ilişkili mikrokimerizm allojenik kan transfüze edilen travma hastalarında hastaneden taburcu olurken tespit edilmiştir ve hücre kimerizmi hastaların yaklaşık %10'unda yıllar içinde artabilir. Transfüzyonla ilişkili mikrokimerizmin, depolama öncesi lökosit azaltılmış allojenik kan transfüzyonundan sonra bile meydana geldiği, doza bağımlı olmadığı ve 3 haftadan uzun süre depolanmış eritrosit konsantrasyonunun transfüzyonu ile indüklenebileceği bildirilmiştir. Donör lökositlerinin mikrokimerizminin, transfüze edilen ortopedik hastalarda allogreft reddini baskılayan Th2 sitokinlerinin (IL-4, IL-10 ve TGF- β) salgılanması ile ilişkili olduğu açıklanmıştır. TRIM genellikle transfüze edilen kan bileşenindeki lökositlerin varlığı ile ilişkilendirilmesine rağmen, lökosit azaltılmış allojenik taze trombosit transfüze edilmiş farelerle, transfüzyon yapılmamış farelerde greft reddini karşılaştıran hayvan çalışmaları, taze trombositlerin, MHC Sınıf I antijen ifadeleri nedeniyle, TRIM'i lökositlerden bağımsız olarak indükleyebileceği gösterilmiştir.

Çözünür Moleküllerin Aracılık Ettiği TRIM

Çözünür HLA molekülleri (sHLA) normalde sağlıklı bireylerin plazmasında bulunur, ancak immün, enfeksiyöz veya inflamatuvar durumları olan hastaların plazmasında daha yüksek seviyelerde bulunurlar. Büyük miktarlarda çözünür antijenlerin infüzyonunun olası bir TRIM nedeni olabileceği öne sürülmüştür. HLA Sınıf I peptitlerinin, allojenik kan ürünleri ile transfüzyonu, donör alloantijenlerine yönelik T hücrelerin timik klonal delesyonunu tetikleyerek, antijene özgü immünoşüpresyonu indükleyebileceği gösterilmiştir. Depolanmış eritrosit veya trombosit konsantrasyonunun plazmasının süpernatantında bulunan çözünür Fas-ligandın (sFasL) infüzyonu, alıcının virüs bulaşmış hücrelerin apoptozunda yer alan sitotoksik T ve NK hücrelerinin işlevini bozabilir. Bir hayvan modelinde, lökosit azaltılmamış allojenik kan transfüzyonunun, farelerin dalak T hücrelerinde Fas/FasL ekspresyonunun regülasyonunun arttığı ve

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



klonal delesyona neden olarak apoptozu indüklediği gösterilmiştir. Allojenik kan transfüzyonundan sonra gözlemlenen NK hücre aktivitesinin azalmasına sadece Sınıf I sHLA'nın değil, aynı zamanda sFasL ve TGFb1'in aracılık ettiği ex vivo ve in vitro deneyler ile ileri sürülmüştür. Ayrıca, depolama sonrası lökosit azaltılmış eritrositlerle kronik olarak transfüze edilen hastalarda, depolama öncesi lökosit azaltılmış eritrositler ile transfüze edilen hastalardan daha fazla miktarda membran ve sHLA-I moleküllerini bağlayabilen ve TRIM modülatörü olan çözünür CD8 molekülleri görülmüştür.

Biyolojik Medyatörlerin Aracılık Ettiği TRIM

Depolama öncesi lökoreduksiyon, kan ürünlerinin depolanması sırasında lökositler tarafından salınan biyoaktif araçların birikimini önleyebilir. Depolanmış kan ünitelerinde bulunan lökositlerin granüllerinden salınan enzimler; eritrosit membranında endotel hücreleri aktive eden biyoaktif lipidleri aktive eder ve sitotoksisiteyi ve süperoksit üretimini artıran nötrofilleri etkiler. Depolanmış eritrosit konsantrasyonunun süpernatantında doku hasarına neden olabilen histamin, eozinofil protein X, miyeloperoksidaz, eozinofil katyonik protein ve plazminojen aktivatör inhibitör-1'in arttığı gösterilmiştir. Transfüzyon alıcılarında bildirilen bu tür biyolojik değişiklikler, immüno-supresif etkilerden ziyade, proinflatuar transfüzyon yan etkileri olarak görülür.

Kan bileşenlerinin saklanma süresi boyunca eritrositlerin canlılığının azaldığı, daha uzun süre depolanmış eritrositlerin transfüzyonunun yoğun bir inflammatuar ve/veya immüno-supresif yanıt ürettiği ve kritik olarak hastanede yatan hastalarda enfeksiyon ve çoklu organ yetmezliği riskini artırabileceği öne sürülmüştür. Saklama sırasında biyoaktif lipidler ve diğer çözünür biyolojik medyatörler kan bileşeninde birikir ve alıcıdaki transfüzyon reaksiyonlarından sorumlu olabilirler.

Lökositten arındırılmış veya arındırılmamış kan ünitelerinde bulunan eritrositler, depolama sırasında zamana bağlı bir şekilde hemolize uğrar ve eritrosit depolama lezyonunun bir parçası olarak bir demir yükü açığa çıkar. Murin eritrosit transfüzyon modelinde yapılan deneylerde, taze eritrositlerin değil, daha uzun süre depolanmış lökosit azaltılmış eritrositlerin transfüzyonunun, plazma transferrine bağlı olmayan demiri ve organ dokusu demirini artırdığı, bununla bağlantılı pro-oksidan etkileri ile ilişkili bir proinflatuar durumun indüklendiği gösterilmiştir. Transfüze edilen eski, depolanmış eritrositlerin klerensinden artan plazma demiri ile ilişkili potansiyel transfüzyon sonrası inflammatuar etki, bazı klinik çalışmalarda bildirilen artan bakteriyel enfeksiyon riskini, çoklu organ yetmezliğini ve artan mortaliteyi açıklayabilir. Proinflatuar sitokinlerin (IL-1b, IL-8, tümör nekroz faktörü-a ve monosit kemoatraktan protein) ve bazı endotel immünaktivasyon belirteçlerinin (plazma makrofaj inhibitör faktörü ve çözünür hücre içi yapışma molekül-1) seviyesinin preterm bebeklerde eritrosit transfüzyonundan 2-4 saat sonra arttığı gösterilmiştir. Travma ve transfüzyona yanıt olarak sitokin seviyeleri de analiz edildiğinde, insan veya murin travmatik yaralanmasını takiben, IL-6, IL-10, matris metaloproteinaz-9 (MMP-9) ve IFN-g'nin yükselmesiyle karakterize edilen erken bir pro ve antiinflammatuar yanıt oluşurken, transfüzyonun MCP-1, IL-1a, IL-5, IL-15 ve sE-selektin seviyelerinde artışa neden olduğu görülmüştür.

TRIM ve Enfeksiyon

Organ nakli üzerinde olumlu etkileri belgelenmiş olsa da, transfüzyon reaksiyonları ve TRIM'in farkedilmesi ile birlikte, 1980'lerin başında, AIDS salgınının ortaya çıkması, "Ne A ne B hepatitinin" (özellikle hepatit C virüsü) prevalansının ve virülansının daha fazla farkedilmesi, ve modern immüno-supresif ajanların nihai gelişimi, donöre özgü buffy coat'ların

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



kasıtlı transfüzyonlarının ve bu amaçla eritrosit konsantresi transfüzyonlarının geçerliliğini yitirmesine neden olmuştur. Gönüllü kan bağışçılarınin bulaşıcı hastalıklar açısından taranması büyük ölçüde gelişmesine ve patojen inaktivasyon teknolojisinin çeşitli ortamlarda kullanılmasına rağmen, transfüzyonla bulaşan birçok enfeksiyon türü hala ortaya çıkmaktadır. HIV (insan immün yetmezlik virüsü), HTLV 1/2 (insan T-hücresi lenfotropik virüsü 1/2), CMV (sitomegalovirüs) ve Plasmodium türleri gibi etiyolojik ajanlarla enfeksiyonlar, transfüzyon alıcılarının bağışıklık sistemini açıkça modüle etse de, klasik olarak TRIM'ü temsil ettiği düşünülmemektedir.

Yoğun bakım hastalarında tanımlanan persistan inflamasyon, immüsupresyon ve katabolizma sendromu (PIIKS) geliştikten sonra hastanın bağışıklığı zayıflar, günlük yaşam aktiviteleri kötüleşir ve sonunda uzun vadeli mortalite artar. Yoğun bakımdaki travma ve ameliyat hastalarına sıklıkla kan transfüzyonu yapılır. PIIKS'in potansiyel risk faktörlerinden biri kan transfüzyonudur. Kan ürünleri, bağışıklığı baskılayan TRIM'na neden olabilir. Eritrosit ve trombosit konsantresi transfüzyonu da, nazokomiyal enfeksiyonlar için risk faktörleridir. Ayrıca, Péju ve ark. sepsisli hastalarda taze donmuş plazma (TDP) ve trombosit ürünlerinin uygulanmasının transfüzyon sonrası enfeksiyon riskini artırdığını ve TRIM'un gelişebileceğini bildirmiştir.

Adaptif immün supresyon, lenfoid organlardaki lenfosit apoptozu ile birlikte şiddetli ve uzun süreli lenfopeni, yetişkin ve pediatrik sepsiste olumsuz sonuçlarla güçlü bir şekilde ilişkilidir.

Kritik derecede hasta çocuklarda transfüzyonla ilişkili immünolojik etkiler oldukça değişkendir. Bu hastalarda tablo çoğunlukla artmış bir inflamatuvar yanıt veya sistemik inflamatuvar yanıt sendromuna dayanır. Bununla birlikte, bu ilk tepkiye genellikle aşırı derecede güçlü bir telafi edici anti-enflamatuvar yanıt sendromunun eşlik ettiği hastalık kaynaklı immün supresyon görülür. İnterlökin (IL)-6 ve IL-8 gibi proinflamatuvar ve IL-10 gibi antiinflamatuvar sitokinlerdeki yükselmelerin, sekonder enfeksiyon veya ölüm için artan risklerle ilişkili olduğu, immünolojik homeostazı sağlamanın tedavinin önemli bir amacı olduğu bildirilmektedir).

TRIM, artmış enfeksiyon, kanser büyümesinin hızlanması, çoklu organ disfonksiyonu ve transfüzyondan sonra kısa süreli mortalite gibi olumsuz klinik sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca TRIM, kan transfüzyonu ile ilişkili enfeksiyon, çoklu organ disfonksiyonu ve mortalite gibi olumsuz klinik sonuçları açıklayan bir mekanizma olarak da öne sürülmüştür.

Nekrotizan enterokolit (NEK) hipoksik, iskemik veya enfeksiyöz barsak hasarı olan preterm hastalarda gelişir. Eritrosit transfüzyonu ile NEK arasındaki ilişkinin, T-kript-antijen aktivasyonunun bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmüştür. Transfüzyonla ilişkili NEK (TİNEK)'in NEK vakalarının yaklaşık %30'uyla ilişkili olduğu bildirilmiştir ve bu bebeklerde cerrahi NEK gelişme riski en yüksektir.

TRIM ve enfeksiyon neden ve sonucun iç içe geçtiği ve özellikle yoğun bakım hastalarında sıklıkla birlikte görülen durumlardır. Transfüzyonun hasta immünitesi üzerinde neden olacağı değişiklikler özellikle şiddetli enfeksiyon; sepsis hastalarında göz önünde bulundurulmalıdır. Kan transfüzyonunun alıcıların bağışıklık sistemini modüle etme yeteneğinin ortaya çıkardığı risklere yönelik artan bir ilgi vardır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KAN BANKACILIĞINDA YENİ VE YENİDEN GÜNDEME GELEN İNFEKSİYON HASTALIKLARI

Uzm. Dr. Levent HAYAT

Kan bankacılığında yeni ve yeniden gündeme gelen başlıca etkenler: Zika virüs (ZIKV), Parvovirüs B19 (B19V), Kırım-Kongo Hemorajik Ateşi virüsü (CCHFV) ve Hepatit E Virüsü'dür (HEV). Yeni etken, son iki dekat içinde insidansı artış gösteren ya da yakın gelecekte insidansında artma riski olan infeksiyon olarak tanımlanabilir. Yeniden ortaya çıkan etken ise zaten var olan ve bilinen ancak risk oluşturmayan bir infeksiyonun yeniden tehdit haline gelmesi olarak tanımlanabilir^{1,2}.

Zika Virüs ve Transfüzyon

Etken;

ZIKV ilk olarak 1947 yılında Uganda'da Rhesus türü maymunlarda saptanmıştır. ZIKV, Flaviviridae ailesinin Flavivirüs genusu içinde yer alan bir arbovirustur. İkozahedral kapsidli, yaklaşık 50 nm çapında, yaklaşık 11 kilo baz parçasından oluşan, tek zincirli, pozitif polariteli RNA içeren, zarflı virüslerdir. Etken, fiziksel ve kimyasal etkilere karşı oldukça duyarlıdır³.

Bulaşma yolları;

Etkenin insanlara bulaşmasında temel kaynak Aedes türü vektör sivrisineklerdir. ZIKV infeksiyonu transplental, perinatal ya da anne sütü aracılığı ile anneden bebeğe bulaşabilir. Diğer bulaşma yolları ise cinsel ilişki ve transfüzyonla bulaşmadır⁴.

Klinik;

Asıl sorun özellikle birinci trimesterde geçirilen infeksiyon sonrasında görülen konjenital ZIKV sendromu olgularıdır. Ventrikülomegali, merkezi sinir sistemi kalsifikasyonları, korteks malformasyonları, corpus callosum ve göz anomalileri görülebilir⁵.

Tanı;

En güvenilir yöntem ZIKV RNA saptanması, hastalık tablosunun 3-4 gün öncesinden 3-7 gün sonrasına kadar kanda saptanabilir. NAT ile ZIKV RNA saptanması kan bankacılığında da en çok tercih edilen yöntemdir⁶.

Transfüzyonla bulaşmanın önlenmesi;

Ülkemizde hastalığın endemik olduğu bölgelerden gelenlere altı ay süre ile geçici ret verilerek bu kişilerden kan bağıışı kabul edilmemektedir.

Parvovirüs B19 ve Transfüzyon

Etken;

B19V, 1975 yılında keşfedilmiştir. Parvoviridae ailesi içinde yer alan, 22 nm çapında, zarfsız, ikozahedral simetrik

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



kapsidi olan, yaklaşık 5,6 kilo baz parçasından oluşan tek zincirli DNA içeren, bilinen en küçük DNA virüsüdür. Fiziksel ve kimyasal etkenlere karşı oldukça dirençlidir7.

Epidemiyoloji ve transfüzyonla bulaşma;

Yaygın olarak görülmektedir. En sık solunum yolu ile bulaşmaktadır, bununla birlikte vertikal yolla bulaşma ve transfüzyonla bulaşma da bilinmektedir8.

Klinik;

Sağlıklı çocuklarda, akut seyirli eritema infeksiyozum (beşinci hastalık), sağlıklı yetişkinlerde akut veya kronik seyirli artropati sendromları, eritrosit yapımı artmış hastalarda (orak hücreli anemi, talasemi vb.) akut olarak ortaya çıkan geçici aplastik krizler görülebilir. Yirmi haftalıktan küçük fetuslarda, akut veya kronik seyirli hidrops fetalis, konjenital anemi ve kronik anemiye neden olabilir7.

Tanı;

Klinik örneklerde virüsün varlığını göstermenin en güvenilir yöntemi kantitatif PCR ile B19V DNA'nın saptanmasıdır7.

Transfüzyonla bulaşmanın önlenmesi;

Transfüzyonla bulaşmanın önlenmesinde patojen inaktivasyon yöntemleri kullanılabilir. Riskli alıcılarda kullanılacak kan ürünlerinin NAT ile taranması transfüzyonla bulaşın engellenmesinde en uygun yöntem olarak görünmektedir7.

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Virüsü ve transfüzyon

Etken;

CCHFV ilk olarak 1944 yılında Kırım'da, daha sonra da 1956'da Kongo'da hastalık etkeni olarak tanımlanmıştır. Bunyavirales takımının Nairoviridae ailesinin Orthonairovirus generi içinde yer almaktadır. Etken 80-120 nm çapında, küresel, negatif polariteli, tek zincirli RNA içeren, zarflı bir virüstür. Fiziksel ve kimyasal ajanlara karşı oldukça duyarlıdır9.

Epidemiyoloji ve transfüzyonla bulaşma;

Dünyada ve ülkemizde önde gelen vektör Hyalomma türü kenelerdir. Virüsün başlıca bulaşma yolu kene tutunmasıdır. Literatürde transfüzyonla bulaşma olgusu bulunmamaktadır. Hastalığın viremik döneminin bulunması az da olsa transfüzyonla bulaşma olasılığı olduğunu düşündürmektedir10.

Klinik;

Hastalığın inkübasyon süresi kene tutunmasından sonra 1-3 gün (en fazla dokuz gün), infekte kan veya doku ile temastan sonra ise 5-6 gün (en fazla 13 gün)'dür. Olguların büyük kısmı hafif ateşli hastalık tablosunda geçirilir. Kliniği ağır seyreden hastalarda terminal dönemde koma, septik şok, yoğun kanama, çoklu organ yetmezliği ve ölüm görülür11.

Tanı;

Etkenin alınmasından sonra yaklaşık 16 gün boyunca RT-PCR veya nested PCR ile tanı konabilir11.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Transfüzyonla bulaşmanın önlenmesi;

Kan transfüzyonuyla olası bulaşın önüne geçilebilmesi için riskli bağışçıların reddedilmesini içeren önlemler alınabilir. Ülkemizde kullanılan ulusal rehberde bu konuyla ilgili herhangi bir kısıtlama bulunmamaktadır¹².

Hepatit E Virüsü ve transfüzyon

Etken;

İlk olarak 1980'de tanımlanmıştır. Hepeviridae ailesinin Hepevirus generi içinde yer almaktadır. Zarfsız, ikozahedral yapıda, 32-34 nm çapında, pozitif polariteli RNA virüsüdür¹³.

Epidemiyoloji ve transfüzyonla bulaşma;

HEV'in özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülmesi, sorumlu olduğu komplikasyonlar, bazı özel hasta gruplarında kronikleşerek siroza neden olabilmesi ve kan transfüzyonu ile bulaşabildiğinin gösterilmesi kan bankacılığı alanında da bu etkene yönelik ilginin son yıllarda artmasına neden olmuştur¹⁴.

Klinik;

Klinik tablonun diğer viral hepatitlerden farkı yoktur. Hastalığa ait komplikasyonların görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Komplikasyonlar: Fulminant hepatit, kolestatik hepatit, fetal ölüm ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda HEV genotip 3'ün kronikleşebilmesidir¹⁴.

Tanı;

Serolojik yöntemlerle IgG ve IgM yapısındaki özgül antikorların saptanması ve RT-PCR ile HEV RNA'nın gösterilmesi en sık kullanılan yöntemlerdir¹³.

Transfüzyonla bulaşmanın önlenmesi;

Toplum genelinde ve kan bağışçılarındaki prevalans doğru olarak saptanmalıdır. Elde edilecek sonuca göre serolojik ve/veya NAT tarama yöntemleri ile bağışlanan kanların taranması en uygun önleyici yaklaşım olarak görünmektedir¹⁴.

Kaynaklar:

1. Susan L. Stramer, F. Blaine Hollinger, Louis M. Katz, Steven Kleinman, Peyton S. Metzler, Kay R. Gregory et al. Emerging infectious disease agents and their potential threat to transfusion safety. TRANSFUSION 2009;49:1S-29S.
2. H. J. Alter. Emerging, re-emerging and submerging infectious threats to the blood supply. Vox Sanguinis (2004) 87 (Suppl. 2), S56-S61.
3. Stephen J. Thomas, Timothy P. Endy, Alan L. Rothman, Alan D. Barrett. Flaviviruses (Dengue, Yellow Fever, Japanese Encephalitis, West Nile Encephalitis, Usutu Encephalitis, St. Louis Encephalitis, Tick-Borne Encephalitis, Kyasanur Forest Disease, Alkhurma Hemorrhagic Fever, Zika) In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Ninth edition. Philadelphia: Elsevier; 2020. p:2013-38.
4. S. Runge-Ranzinger, A. C. Morrison, P. Manrique-Saide and O. Horstick. Zika transmission patterns: a meta-review. Tropical Medicine and International Health. volume 24 no 5 pp 523-529 may 2019.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



5. Léo Pomar, Didier Musso, Gustavo Malinger, Manon Vouga, Alice Panchaud, David Baud. Zika virus during pregnancy: From maternal exposure to congenital Zika virus syndrome. *Prenatal Diagnosis*. 2019;39:420–430.
6. Satoshi Kutsuna. Zika virus infection: Clinical overview with a summary of Japanese cases. *Clinical and Experimental Neuroimmunology* 8 (2017) 192–198.
7. Kevin E. Brown. Human Parvoviruses, Including Parvovirus B19V and Human Bocaparvoviruses In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Ninth edition. Philadelphia: Elsevier; 2020. p:1968-75.
8. A. Parsyan, D. Candotti. Human erythrovirus B19 and blood transfusion - an update. *Transfusion Medicine*, 2007, 17, 263-278).
9. Raphael Dolin. California Encephalitis, Hantavirus Pulmonary Syndrome, Hantavirus Hemorrhagic Fever With Renal Syndrome, and Bunyavirus Hemorrhagic Fevers. In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Ninth edition. Philadelphia: Elsevier; 2020. p:2169-2176.
10. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Virus. APPENDIX 2. Volume 49, August 2009. 645. Supplement TRANSFUSION.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı (Son erişim tarihi: 25 Nisan 2023) Erişim linki: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-vektorel-hastaliklar-db/zoonotik-hastaliklar/1-KKKA/7-Sunumlar/KKKA_Sunum_Hekimlere_Yonelik_2023.pdf.
12. JPAC Joint United Kingdom (UK) Blood Transfusion and Tissue Transplantation Services Professional Advisory Committee (Son erişim tarihi:25 Nisan 2023) Erişim linki: <https://www.transfusionguidelines.org/dsg/bm/guidelines/vi003-viral-haemorrhagic-fever>.
13. Hepatitis E virus. in: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (Eds). Principles and practice of infectious disease. Churchill-Livingstone, 2010: 2411-2421.
14. Kamar N, Bendall R, Abravanel FL, Shao Xia N, Ijaz S, Izopet J, Dalton HR. Hepatitis E. *Lancet* 2012; 379: 2477–88.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



BAKTERİYEL KONTAMİNASYON VE TRANSFÜZYON İLİŞKİLİ SEPSİS

Tuğba KULA ATİK

Transfüzyon kaynaklı morbidite ve mortalitenin en yaygın mikrobiyolojik nedenleri arasında kan ve kan ürünlerinin bakteriyel kontaminasyonu ve transfüzyon ilişkili sepsis gelmektedir. Bu nedenle olası bakteriyel kontaminasyon risklerinin önlenmesi veya en azından minimuma indirilebilmesi adına çalışmaların yapılması gerekmektedir (1,2).

Bakteriyel kontaminasyon riski en yüksek olan kan ürünü trombosit konsantreleridir. Çünkü trombosit konsantrelerinin saklanma koşulları (oda sıcaklığında ve ajitatörlerde), gaz geçirgen torbaların kullanımı ve torbalarda kullanılan katkı maddeleri gibi faktörler, bakterilerin çoğalabilmesi için elverişli şartları oluşturmaktadır, bakteriyel kontaminasyon ve transfüzyon ilişkili sepsis gelişme riskini arttırmaktadır. Viral kontaminasyonların aksine bakteriyel kontaminasyonlarda bakteri sayısı depolanma sırasında ciddi şekilde artış göstermektedir (3,4). Ancak mikroorganizmaların çeşidi ve yapısal özellikleri de etkili olmak üzere, bazı bakteriler çoğalmadan sayıca düşük olacak şekilde trombosit konsantrelerinde kalmaya devam edebilirken, bazı bakteriler ise kanın antimikrobiyal özellikleri nedeniyle trombosit konsantrelerinde ölebilmektedir. Yani trombosit konsantrelerinin bakteriyel kontaminasyonu besiyeri mantığı gibi her zaman mutlaka bakteriyel çoğalma ile sonuçlanmamaktadır. Trombosit konsantrelerinin bakteriyel kontaminasyonundan en fazla sorumlu tutulan mikroorganizmaların, ciltte yaygın olarak bulunan flora elemanları olan *Staphylococcus epidermidis* ve *Bacillus cereus* olduğu hemovijilans çalışmaları ile ortaya konulmuştur (5). Trombosit konsantrelerine göre eritrosit süspansiyonlarının bakteriyel kontaminasyonu çok daha nadir olarak bildirilmiştir. Eritrosit süspansiyonlarının saklanma koşulları nedeniyle *Yersinia enterocolitica*, *Listeria monocitogenes* gibi soğukta üreyebilen mikroorganizmalar, eritrosit süspansiyonlarının bakteriyel kontaminasyonunda daha fazla saptanan patojenler olmuştur (6,7). Kan ve kan ürünlerinin bakteriyel kontaminasyon risklerinin önlenmesi veya en azından minimuma indirilebilmesi adına yapılan çalışmaların temelini bakteriyel büyümenin inhibe edilmesi ve bakteriyel yükün azaltılması oluşturmaktadır. Ancak mevcut yaklaşımların tek başına veya bir bütün halinde uygulanması bile kesin sonucu garanti edememektedir (3,4,8).

Risk azaltıcı uygulamaların başında donasyon sırasında bakteri kontaminasyon olasılığını azaltmak için yapılan çalışmalar gelmektedir. Donasyon sırasında cilt antisepsisine harfiyen uyum, cihaz dezenfeksiyonlarının doğru yapılması ve bağış sırasında kan alikotlarının kullanılması, bu basamak için oldukça önemli olan adımlardır (3,4,8). Mutlaka donör seçim kriterlerinin de doğru uygulanması gerekmektedir (3,8-10).

Risk azaltıcı yaklaşımların bir diğerini de kan ürünlerinin hazırlanması ve saklanmasıyla ilgili optimizasyonu oluşturmaktadır. Bu amaçla kullanılan yöntemler arasında, ürünlerin hazırlanması sırasında lökofiltrasyon gibi fiziksel patojen uzaklaştırma yöntemlerinin uygulanması, trombosit konsantrelerinde trombosit katkı solüsyonlarının kullanılması, trombosit konsantrelerinin raf ömürlerinin kısa tutulması ve maksimum 7 güne kadar uzatılan depolanma süresi gelmektedir (3,4,8,11,12).

Transfüzyon öncesi bakteriyel tanı, risk azaltmak için uygulanan stratejilerin bir başka örneğidir. Günümüzde trombosit konsantrelerinde bakteri varlığını saptamak için uygulanan yöntemler arasında kültür temelli yöntemler ve hızlı tanı

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



testleri gelmektedir (1,13-15). BacT/ALERT® (bioMérieux, Marcy l'Etoile, Fransa), BacTec (Becton Dickinson, Franklin Lakes, NJ, ABD) veya VersaTREK (Thermo Fisher Scientific, Waltham, MA, ABD) gibi otomatize kan kültür sistemleri, trombosit konsantrelerinin kültür temelli bakteriyel taraması için kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır (3,14,15). Otomatize kan kültür sistemlerinden farklı şekilde hızlı tanı testleri trombosit konsantrelerinin depolanma süresinin sonunda ve genellikle ürünün bulunduğu yerde uygulanmaktadır. Uygulama kolaylığı olan bu hızlı testlerin duyarlılıkları değişebildiği için hatalı pozitif sonuçlar alınabilmektedir (5).

Patojen inaktivasyon teknikleri, kan ve kan ürünlerinin bakteriyel kontaminasyon risklerinin azaltılmasında kullanılan yöntemlerden bir diğerini oluşturmaktadır. Günümüzde patojen inaktivasyon teknikleri için mevcut onaylı yöntemler trombosit konsantreleri, plazma ve plazmadan üretilen ürünler için uygulanmaktadır, etkilerinin oldukça fazla olduğu gösterilmektedir (3,8,11). Tam kana uygulanabilecek daha etkin patojen inaktivasyon tekniklerinin geliştirilmesi için de yoğun çaba harcanmaktadır. Ancak her zaman patojen inaktivasyon teknikleri uygulanırsa bile riskin sıfırlanmadığı ve rezidüel riskin de söz konusu olduğu unutulmamalıdır (11,16,17).

Risk azaltmak için uygulanan stratejilerin bir diğerini de alıcı maruziyetinin azaltılması için yapılan çalışmalar oluşturmaktadır. Bu amaçla yapılan çalışmalar arasında hemovijilans sisteminin düzgün şekilde uygulanması en ön sırada gelmektedir (3,8-11). Bu amaçla yürütülmesi gereken bir diğer süreç de trombosit konsantrelerinin görsel incelemesinin rutin bir kalite kontrol prosedürü olarak uygulanmasıdır. Mikrobiyal olarak kontamine olmuş trombosit konsantreleri, pıhtı oluşumu, swirling fenomeni veya renk değişikliği gibi görsel anormallikler nedeniyle saptanabileceği için transfüzyon öncesi kontrollerin doğru uygulanması ile çoğu durumda bakteriyel kontaminasyon ve transfüzyon ilişkili sepsis riski önlenmektedir (4,18,19).

Kaynaklar:

1. Szczepiorkowski ZM, Pagano MB. Platelet components and bacterial contamination: hospital perspective 2022. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2022;2022(1):430-6.
2. Luc NF, Rohner N, Girish A, Sekhon UDS, Neal MD, Gupta AS. Bioinspired artificial platelets: past, present and future. Platelets. 2022;33(1):35-47.
3. Kula Atik T, Yılmaz S, Altındış M, editör. Transfüzyon Mikrobiyolojisi. 1. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2022. p.533-43.
4. Prax M, Bekeredjian-Ding I, Krut O. Microbiological screening of platelet concentrates in Europe. Transfus Med Hemother. 2019;46:76-86.
5. Baha A, Cardoso M, Seghatchianb J, Goodrich RP. Reflections on the dynamics of bacterial and viral contamination of blood components and the levels of efficacy for pathogen inactivation processes. Transfus Apher Sci. 2018;57(5):683-8.
6. Palavecino E, Yomtavian R. Risk and prevention of transfusion-related sepsis. Curr Opin Hematol. 2003;10(6):434-9.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



7. Orozova P, Markova N, Radoucheva T. Properties of *Yersinia enterocolitica* and *Yersinia pseudotuberculosis* in red blood cell concentrate of different ABO groups during 30-day storage at 4 degrees C. *Clin Microbiol Infect.* 2001;7:358-61.
8. Garraud O, Hamzeh-Cognasse H, Chalayer E, Duchez AC, Tardy B, Oriol P, et al. Platelet transfusion in adults: An update. *Transfus Clin Biol.* 2023;30(1):147-65.
9. Action framework to advance universal access to safe, effective and quality-assured blood products 2020–2023. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331002/9789240000384-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
10. WHO Global Database on Blood Safety, 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>.
11. Protecting the blood supply during infectious disease outbreaks: guidance for national blood services. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311443/9789241515214-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Rajashekaraiiah V, Rajanand MC. Platelet storage: Progress so far. *J Thromb Thrombolysis.* 2023;55(1):9-17.
13. FDA, Bacterial Risk Control Strategies for Blood Collection Establishments and Transfusion Services to Enhance the Safety and Availability of Platelets for Transfusion, 2019.
14. Schmidt M, Ramirez-Arcos S, Stiller L, McDonald C, ISBT Transfusion-Transmitted Infectious Diseases Working Party, Subgroup on Bacteria. Current status of rapid bacterial detection methods for platelet components: A 20-year review by the ISBT Transfusion-Transmitted Infectious Diseases Working Party Subgroup on Bacteria. *Vox Sang.* 2022;117(8):983-8.
15. Kamel H, Ramirez-Arcos S, McDonald C, ISBT Transfusion-Transmitted Infectious Disease Bacterial Working Party Bacterial Subgroup. The international experience of bacterial screen testing of platelet components with automated microbial detection systems: An update. *Vox Sang.* 2022;117(5):647-55.
16. Eric A. Gehrie EA, Rutter SJ, Snyder EL. Pathogen reduction: The state of the science in 2019. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019;33(5):749-66.
17. Cloutier M, Korte DD. Residual risks of bacterial contamination for pathogen-reduced platelet components. *Vox Sang.* 2022;117(7):879-86.
18. Abela MA, Fenning S, Maguire KA, Morris KG. Bacterial contamination of platelet components not detected by BacT/ALERT®. *Transfus Med.* 2018;28(1):65-70.
19. Greco C, Martincic I, Gusinjac A, Kalab M, Yang AF, Ramirez-Arcos S. *Staphylococcus epidermidis* forms biofilms under simulated platelet storage conditions. *Transfusion.* 2007;47(7):1143-53.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



BUHASDER ÖZEL OTURUMU 2

Kızamık: Yeni bir Salgın mı?

Prof. Dr. A. Sesin KOCAGÖZ

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Enfeksiyon Hastalıkları, halk sağlığını doğrudan etkileyen, zamanında müdahale edilmediğinde istenmeyen sosyal ve ekonomik sonuçları olan hastalık grubudur. İklim, alt yapı ekonomi gibi çeşitli sorunların olması salgın hastalıkların ortaya çıkma riskini arttırmaktadır. Salgınların çıkmasını engellemek için çeşitli önlemler ve önleme rehberleri ile eğitimler çok önemlidir. Bu önlemlerin başında aşı ile önlenebilir hastalıklar gelmektedir. Kızamık enfeksiyon hastalıkları içinde bulaşıcılığı çok yüksek hastalıklar grubunda olup özellikle salgınların oluşumunu önlemek için aşı ile popülasyonda yüksek immünite oranı oluşturmak önemlidir. Toplumlarda kızamık olgularındaki yükselme eğilimi (kömür madenlerinde bulundurulmuş kanaryanın sağlık durumunun madendeki havanın toksisite takibi gibi) sağlık sistemlerinde oluşan eksikliklerin ve aşılama programındaki aksaklıkların bir nevi takip endikatörü olarak görülmektedir. Kızamık virüsünün yayılımı mevsimsel eğilim göstermekte olup ülkemiz gibi ılıman bölgelerde en yoğun yayılım genellikle kışın sonunda ve bahar aylarında olmaktadır. Kızamık, sadece insanlarda hastalık etkeni olarak bulunduğu için eliminasyonu aşı ile mümkün olan bir hastalıktır. Duyarlı insanlar arasında ikincil atak hızı %90'dan fazla olup bulaşıcılığı en yüksek hastalıklardan biridir. Virüs, hava yollarındaki damlacıkların solunmasıyla ya da enfekte kişilerin burun ve boğaz sekresyonlarının doğrudan ya da dolaylı (kontamine nesnelere aracılığıyla vb) temas ile bulaşır. Olguların yaklaşık %30'unda bir ya da daha fazla oranda komplikasyon gelişmektedir. Bir yaş altı çocuklarda ve erişkinlerde ciddi komplikasyon riski oluşturma oranı daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde görülen sık görülen komplikasyonlar olarak Pnömoni (%1-6), diyare (%6), otitis media (%7-9), körlük ve post enfeksiyöz ensefalit (1000 vakada 1), ölüm (%3-6) sayılabilir. Daha az oranda rastlanan (100.000 vakada 1) ciddi bir komplikasyon ise subakut sklerozan panensefalit (SSPE)'dir. SSPE, santral sinir sisteminin kalıcı kızamık virus enfeksiyonu nedeni ile oluşan ilerleyici kronik ensefalittir. Genellikle, enfeksiyondan 7-10 yıl sonra görülmektedir. SSPE insidansının kızamık enfeksiyonunun yaşamın erken dönemlerinde geçirilmesiyle yükseldiği bilinmektedir. Aşılama oranı yüksek olan ülkelerde, tüm nüfusta SSPE insidansı milyonda 1, kızamık hastalığının endemik olduğu aşılama oranı düşük olan ülkelerde ise milyonda 20-100 olarak bildirilmektedir. Kızamık hastalık yükünü küresel düzeyde azaltmak amacıyla 1989 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde ve 1990 yılında Dünya Çocuk Zirvesi'nde bazı hedefler belirlenmiş ve aşılama öncesi döneme göre kızamık mortalitesinin %95, morbiditesinin ise %90 azaltılması hedeflenmiştir. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde 2010 yılı sonuna kadar kızamık ve kızamıkçığın eliminasyonu ve konjenital kızamıkçık sendromunun (KKS) önlenmesi hedeflenmiştir. Kızamık ve kızamıkçığın eliminasyonu, yerli virüs dolaşımının durması olarak tanımlanmaktadır. Kızamık ya da kızamıkçık insidansı yılda 1/100.000'in altında olan ülkelerin tüm vakaları ya laboratuvarla doğrulanmış ya da laboratuvarla doğrulanmış bir vakayla epidemiyolojik olarak ilişkili olmalıdır. Eliminasyon durumunda, impote vakalar olabilir ancak, importasyonu takiben müdahale olmasa dahi virüsün dolaşımı sınırlı sayıdaki bulaş sonrası doğal olarak sonlanması gerekmektedir.

Bu hedeflere ulaşmak için yürütülmesi gereken beş temel strateji tanımlanmıştır; 1)Yüksek kaliteli rutin aşılama hizmetleri sunularak her bir kohort için en az bir doz kızamıkçık aşılması ve her iki doz kızamık aşılama hızlarında yüksek düzeylerinin (>%95) sürdürülmesi, 2)Kızamığa duyarlı gruplarda destek aşılama çalışmaları (catch-up, mop-up) düzenleyerek kızamık aşılması için fırsat sağlanması, 3)Tüm kızamıkçığa duyarlı çocuklar, adolesanlar ve doğurganlık çağındaki kadınlara yönelik destek aşılama çalışmaları düzenleyerek kızamıkçık aşılması için fırsat sunulması, 4)Klinik vakaların laboratuvar tarafından doğrulanmasını ve uygun vaka araştırmasını içerecek şekilde

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



sürveyans sisteminin güçlendirilmesi, 5)Kızamık ve kızamıkçık aşılmasının yararları ve aşı sonrası istenmeyen etkiler konusunda halkın ve sağlık çalışanlarının bilgilendirilmelerinin sağlanmasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2000-2018 yılları arasında kızamık olgularında %76 ve kızamığa bağlı ölümlerde %73 oranında azalma ile 2018 yılı sonu itibari ile 82 ülkede elimine edildiği belirtilmektedir. Rutin aşılama programının olmadığı dönemlerde yaklaşık dört yılda bir salgınlar yaptığı bilinmektedir. Kızamık aşısının rutin aşılama programlarına girmesi ve kapsama alanının genişlemesi oranında; salgın insidanslarında önemli ölçüde azalma var iken son dönemlerde olgularda artış eğilimi endişe vermektedir Küresel olarak bildirilen kızamık olgularının 2017'den 2018'e iki kattan fazla artarak 170.000'den 350.000'e çıktığı bildirilmiştir Bu yükseliş eğilimi 2019'da da devam ederek birçok ülkede kızamık salgınlarının saptanmasına neden olmaktadır. Örneğin 2019 yılında Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Ukrayna ve Brezilya sırasıyla 333.017, 57.282 ve 18.203 doğrulanmış kızamık vakası bildirirken, Çad 26.600'den fazla şüpheli vaka bildirmiştir. Bu süreçte endişe edici veren durumun ana sorununun aşılama kapsamının birçok ülkede yetersiz kaldığına işaret etmektedir. Öyleki 2019'da yapılan taramalarda rutin sağlık hizmetindeki aksamalara bağlı olarak çocuklarda uygulanan ilk doz kızamık aşısının kapsamı yedi ülkede %50'nin altında, 23 ülkede bu oranı%70'in altında saptanmış olup; bu ülkelerdeki çocukların %30-50'sinin herhangi bir doz kızamık aşısı almadığını göstermektedir. Türkiye'de olgu artışları göz önüne alınarak Dünya Sağlık Örgütü'nün planı doğrultusunda 2002-2010 yıllarını kapsayan Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Önlenmesi Programı doğrultusunda Türkiye'de 2002 yılında %82 olan kızamık aşılama hızı, yürütülen başarılı bağışıklama çalışmalarıyla 2009 yılında %97'ye yükselmiştir. Hedef, 2010 yılı sonuna kadar Türkiye'de yerli virüs geçişini durdurmak, 2010 yılından sonra ülke dışından gelecek yeni kızamık virüslerinin Türkiye'de yerleşmesini önlemek ve kızamığa bağlı ölümleri engellemek idi. Ne yazık ki aşılama programlarına rağmen Kızamık halen dünyada ortalama 9,7 milyon olgu ve 140,000 den fazla kızamığa bağlı ölümlerden sorumlu olmaktadır. Yapılan bunca progrese rağmen karşılaşılan sorunlar nedeni ile ne yazık ki hedeflenen 2020 dünya eliminasyon planının gerçekleşemediği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2023 Mayıs ayında yayımladığı rapora göre, Mayıs 2022 – Nisan 2023 tarihleri arasında, Türkiye'de rapor edilen milyon nüfus başına düşen olgu sayısı ile insidans açısından DSÖ Avrupa bölgesinde ilk sırada ve dünya ülkeleri arasında ilk 5 ülke arasında ne yazık ki yer almaktadır. DSÖ, bu süreçte neden olarak COVID-19 salgınına bağlı aksamalar, aşılarla erişimde artan eşitsizlikler ve rutin aşıların yapılmaması ile önemli sayıda çocuğun kızamığa karşı dozlarının eksik kalmasının neden olabileceğini belirtmektedir. Bu nedenle tüm ülkelerin kızamık ve beraberinde kızamıkçık immünizasyon oranlarını gözden geçirmeleri ve düşük oranları olan bölgelerde aşılama programlarının tamamlanmaları için çalışmaların hızlıca tamamlanması önemlidir. Ülkeler ayrıca bağışıklık açıklarını tespit etmek ve kapatmak için etkin birinci basamak bazında takip sistemleri uygulamalıdır.

Kaynak:

1. Kızamık/Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu (KKS) Sürveyansı Genelgesi Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı
2. WHO Measles and rubella strategic framework 2021–2030
3. Tanır G, Yalçinkaya R. [Re-emergence of measles in the world and our country: causes and consequences]. Klimik Derg. 2022;35(3):120-5.
4. Abbasoğlu A. [The error in the infectious period of measles in the circular concerning measles elimination program]. Klimik Derg. 2023;36(3):232-3.
5. Guidelines for measles and rubella outbreak investigation and response in the WHO European Region Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



GEBELİKTE HBV VE HCV YÖNETİMİ

Doç. Dr. Elif SARGIN ALTUNOK

Gebe kadınlarda hepatit B virus (HBV) ve hepatit C virus (HCV) enfeksiyonunun anne ve fetus sağlığı üzerine etkileri olabileceği gibi, gebelik de HBV ve HCV enfeksiyonunun seyrini değiştirebilir. Vurgulanması gereken en önemli husus ise her iki enfeksiyonda da vertikal geçiş riskinin bulunmasıdır. Anneden bebeğe enfeksiyon bulaşının önlenmesi küresel hastalık yükünü azaltmaya yönelik çabaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hem bebeğe enfeksiyon geçişinin önlenmesi hem de anne sağlığının iyileştirilmesi ve tedaviye erişiminin sağlanması için gerekli ilk adım gebelik sırasında HBV ve HCV taraması yapılmasıdır.

Yüksek endemik bölgelerde çocuğa hepatit B bulaşı en yaygın olarak doğum sırasında anneden veya yaşamın ilk beş yılında olur ve bu çocuklarda kronik enfeksiyon gelişimi sık görülür. Yetişkinlerde ki HBV enfeksiyonuna bağlı ölümlerin büyük çoğunluğu doğumda veya yaşamın ilk beş yılında edinilen enfeksiyondan olmaktadır. HBV enfeksiyonunun eliminasyonu için beş yaş çocuklarda HBsAg prevalansının %0.1'in altına düşürülmesi hedeflenmektedir. Bu hedefin gerçekleşmesi tüm gebelerde ilk trimesterde HBsAg taraması yapılmasına ve HBsAg pozitif gebe kadınlardan çocuğa HBV bulaşının önlenmesi için peripartum profilaksi uygulanmasına bağlıdır (1).

Gebelik sırasında HBsAg pozitif saptanan kadınlar antiviral tedavi açısından değerlendirilmelidir. Standart tedavi endikasyonlarını karşılayanlara antiviral tedavi verilmelidir. Tedavi endikasyonu olmayanlarda ise çocuğa bulaşın önlenmesi amacıyla antiviral başlanması açısından değerlendirme yapılmalıdır. Hepatit B virusunun vertikal geçişini artıran başlıca faktörler HBsAg titresinin yüksek olması, HBeAg pozitif olması ve HBV DNA seviyesinin yüksek olmasıdır. İkinci trimesterde HBV DNA düzeyi >200.000 IU/mL olan gebelerde vertikal geçişi azaltmak için 28-32. gebelik haftasında antiviral tedavi başlanması ve doğumdan sonra 12. haftaya kadar devam edilmesi önerilmektedir. Gebelerde kullanılabilen antiviraller lamivudin, telbivudin ve tenofovir disoproksil fumarate (TDF)'dir. Tedavi sırasında direnç gelişme riskini en aza indirmek için TDF tercih edilmektedir.

Kronik hepatit C enfeksiyonu olan gebelerden bebeğe HCV geçebilir. Vertikal yolla HCV geçiş riski maternal vireminin düzeyine bağlıdır. Hastalıkları önleme ve kontrol merkezi (Centers for Disease Control and Prevention -CDC), HCV prevalansının <%0.1 olduğu yerler hariç, 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde ve tüm gebelerde en az bir kez HCV taraması yapılmasını önermektedir. Hepatit C virusu ile enfekte kadınlarda gebelik sırasında DAA tedavisinin güvenliğini değerlendiren büyük ölçekli klinik çalışma olmamasına rağmen, daha küçük çalışmalar ve vaka serilerinde herhangi bir güvenlik endişesi gösterilmemiştir. Gebelik döneminde HCV enfeksiyonunun tedavisi rutin olarak önerilmemekle birlikte potansiyel risk ve faydalar göz önünü alınarak vaka bazında değerlendirme yapılması önerilmektedir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Kaynaklar:

1. World Health Organization. Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus (HBV): Guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333391/9789240002708-eng.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
2. Lampertico, Pietro, et al. "EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection." *Journal of hepatology* 67.2 (2017): 370-398.
3. Terrault, Norah A., et al. "Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance." *Hepatology* 67.4 (2018): 1560-1599.
4. Bhattacharya, Debika, et al. "Hepatitis C Guidance 2023 Update: AASLD-IDSIA Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection." *Clinical Infectious Diseases* (2023): ciad319.
5. Chappell, Catherine A., and Maureen M. Jonas. "Hepatitis C virus in pregnancy: are we ready for test and treat?." *The Journal of Infectious Diseases* 222.Supplement_9 (2020): S789-S793.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



COVID AŞILARI UZAMIŞ KOVİD'DEN KORUR MU, YOKSA AŞILAMANIN KENDİSİ DE BUNA SEBEP Mİ?

Aytaç ÇETİNKAYA

KOVİD-19'a neden olan virüsle enfekte olan bazı kişilerde, bu enfeksiyonunun etkilerini uzun süre devam edebilir ve bu durum Uzamış KOVİD (long COVID, LC) veya COVID Sonrası Durumlar (Post-COVID Condition, PCC) olarak tanımlanır. Bu tanımlama, Nisan 2020'de, pandeminin başlangıcından kısa bir süre sonra, hastalardan gelen, daha önce sağlıklı olan bireylerin kalıcı semptomlar yaşadığına ve SARS-CoV-2 enfeksiyonundan tam olarak iyileşemediklerine dair anekdotal raporlar ortaya çıkması ile başladı. Bu hastalar kendilerini "Uzun süreli Taşıyıcı" olarak adlandırmaya başladılar ve "Uzmuş KOVİD" terimini icat ettiler. Hasta topluluğunun bu durumu erken tanınması, halk dilinde adlandırma ve dünyayı bu durumu incelemesi için uyarma çabaları, bilim camiasını bu alanda araştırma programlarını sürdürmeye teşvik etti ve bu durum kısa bir süre içinde önemli gelişmelerle sonuçlandı.

Uzamış KOVİD'de belirtiler, semptomlar ve durumlar, enfeksiyonun ilk aşamasından dört hafta veya daha uzun bir süre sonra ortaya çıkabilir; multisistemik olabilir; ve enfeksiyondan aylar veya yıllar sonra bile ciddi ve yaşamı tehdit eden olayların ortaya çıkma olasılığıyla birlikte, tekrarlayan-düzelen bir paternle ve zamanla ilerleme veya kötüleşmeyle ortaya çıkabilir.

Uzamış KOVID deneyimi yaşayan kişiler en sık şunları bildirmektedir:

Genel belirtiler:

- Günlük yaşama müdahale eden yorgunluk veya yorgunluk
- Fiziksel veya zihinsel çabadan sonra kötüleşen belirtiler (" egzersiz sonrası halsizlik " olarak da bilinir)
- Ateş

Solunum ve kalp semptomları

- Nefes almada zorluk veya nefes darlığı
- Öksürük
- Göğüs ağrısı
- Hızlı atan veya çarpan kalp (kalp çarpıntısı olarak da bilinir)

Nörolojik semptomlar

- Düşünme veya konsantre olma zorluğu (bazen "beyin bulanıklığı" olarak da adlandırılır)
- Baş ağrısı
- Uyku sorunları
- Ayağa kalktığınızda baş dönmesi (baş dönmesi)

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



- İğnelenme ve iğnelenme duyguları
- Koku veya tatta değişiklik
- Depresyon veya anksiyete

Sindirim sistemi semptomları

- İshal
- Karın ağrısı

Diğer belirtiler

- Eklem veya kas ağrısı
- Döküntü
- Adet döngülerindeki değişiklikler

Bu oturumda COVID-19 aşılı ile uzamış KOVID arasındaki ilişkiyi sunamabilmek için sistematik derleme ve meta-analiz verileri içeren sunum ile bu konu hakkında detaylı bilgiler verilecektir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



2023'DE LİTERATÜRDE COVID-19 İLE İLGİLİ EN ÇOK KONUŞULAN VE TARTIŞILANLAR

Uzman Doktor Burak SARIKAYA

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

Pandeminin başlangıcı olan 2019 yılından günümüze, literatürde COVID-19 ile ilgili yüzbinleri bulan makale ve klavuz hazırlandı. Bu yazıda 2023 yılının ilk 10 ayında üretilen yayın ve klavuzlara erişim için PubMed, ISI (web of Knowledge), Google Scholar, Embase, Scopus, ScienceDirect, Turk Medline, Türkiye Ulusal Tez/Tez Arşivi veri tabanları kullanıldı. Ayrıca DSÖ, CDC, eCDC, IDSA ve FDA raporları ve önerileri dikkate alındı. Yapılan taramalarda 278.053 makaleye ulaşıldı. Science Citation Index'de yayınlanmış, yayın kalitesi yüksek, vaka sayısı fazla olan yayın ve meta-analizler öncelikli olarak değerlendirilerek sunumumuz hazırlandı.

2023 yılında COVID-19 ile ilgili literatürde konuşulan ve tartışılan konuları üç ana başlıkta toplayarak özetlenmeye çalışıldı. İlk tartışma konusu COVID-19 virüsünde meydana gelen mutasyonlar sonucunda oluşan varyantlar ve bu varyantların etkilerinin değerlendirilmesidir. İkinci başlıkta tedavi seçenekleri ve bu tedavilerin avantaj, dezavantajları ile ilgili literatürde öne çıkan makaleler değerlendirilecektir. Son olarak COVID-19 aşılama şeması, koruma oranları ve yan etkilerinin analiz edildiği makaleler özetlenecektir.

DSÖ, varyantların daha kolay bulunabilmesi ve varyantların takibini kolaylaştırmak amacıyla Mayıs 2021'de Yunan alfabesindeki harfleri kullanarak adlandırmaya başladı. İlk varyantlar Alpha ve Beta varyantları olarak isimlendirildi.1 2023 yılında giderek baskın hale gelen XBB varyantı Gryphon ailesi olarak adlandırılır, Argus ve Mimas'ın birlikte oluşturduğu bir varyant ailesidir. Gryphon ailesi içindeki Omicron EG.5.1, Eris varyantı olarak isimlendirilmiştir.2 Ekim 2023 itibariyle küresel pandemiye domine eden varyanttır (%43).3,4 EG.1.5 (Eris varyantı), ilk olarak Mart 2023'te Çin'de ortaya çıktı ve o zamandan beri 50'den fazla ülkeye yayıldı. 4 Ağustos 2023'te Eris olarak adlandırıldı. DSÖ, 10 Ağustos 2023'te Eris'i "izlenmekte olan bir varyant"tan "İlgili Varyant"a yükseltti.3

İnsan ACE reseptörüne bağlanma bölgesinde bulunan F456L mutasyonu hastalığın tanısında kullanılan antijen ve PCR testlerinin duyarlılığını azaltır mı sorusunun cevabı birçok makalede aranmıştır. Ayrıca aşı şemasında ve uygun aşının seçiminde bu mutasyonun önemi birçok makalede vurgulanmaktadır.5 PCR testlerinin ilk olarak E gene bölgesini taradığı, doğrulama testi olarak RNA polimeraz geni (RdRp) çalışıldığı ve ilave doğrulamada N gene bölgesinin tayini sayesinde mutant virüsleride saptayabildiği yayınlarda belirtilmektedir.6,7 Antijen testlerinin pozitifliği güvenilir ancak negatif çıkması durumunda semptom varlığında ilave testler önerilmektedir.8

2022-2023 Sonbahar-Kış Sezonunda COVID-19 ve influenza ölüm oranlarını karşılaştıran bir çalışmada hastaneye yatırılan hasta sayısı (100.000 kişide) COVID-19'da 243 kişi, mevsimsel grip'te 62 kişi saptanmış. Hastaneye yatırılan hastalarda ölüm oranları ise COVID-19'da yaklaşık 2 kat daha yüksek saptanmıştır. COVID-19'a karşı aşı, aşı, booster aşı olması farketmeksizin oran bu şekilde saptanmıştır. Yalnızca etkili antiviral tedavi alan hastalarda mortalite grip hastaları ile benzer bulunmuştur.9

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



COVID-19 hastalığında konvalesan plazma tedavisini inceleyen 1200 hastalık bir meta-analizde 5 randomize kontrollü çalışma incelenmiş. İlk 5 günde, aynı suş ile enfekte kişilerden elde edilmiş yüksek antikor titrelili konvalesan plazma verilmesi hastane yatışını yarı yarıya azalttığı görülmüştür.10 1487 hastayı içeren başka bir meta-analiz'de bağışıklık sistemi baskılanmış COVID-19 ile enfekte hastalarda konvalesan plazma tedavisinin mortaliteyi yaklaşık %40 azalttığı bulunmuştur.11 IDSA önerisinde riskli gruplarda başka seçeneğiniz yoksa, aynı varyantla enfekte olmuş bireylerden elde edilmiş, kaliteli konvalesan plazma verilebilir denilmektedir.12

Monoklonal antikorlar bağışıklığı baskılanmış hastalarda önerilmektedir. Özellikle sotrovimab XBB.1.5, XBB.1.6 ve Eris varyantına karşı kısmen etkili bulunmuştur. BA.2.86'yı nötralize edememektedir.13,14

Nirmatrelvir/ritonavir gerçek yaşam verisi çalışmalarında, ABD'de riskli hastalarda omicron döneminde hastane yatışını ve ölümü azalttığı saptanmıştır.15 Molnupravir ile Nirmatrelvir/r karşılaştırmalı gerçek yaşam verisini sunan bir başka çalışmada Nirmatrelvir/r kolunda ölüm riski daha düşük saptanmıştır.16 Özellikle bağışıklığı baskılanmış ve riskli gruptaki hastalarda antiviral tedavilerin başarı oranları gayet yüksek saptanmıştır.

Aşılama ile ilgili 2023 yılı içinde yapılan çalışmalar sonucu riskli grupların aşılınması halen önerilmektedir. Yaş (>50 veya 60), komorbid durumlar (Diabetes Mellitus ve obezite), immün sistemi baskılanmış kişiler, gebeler ve sağlık çalışanları riskli grup içerisinde yer almakta ve halen aşı önerisi bulunmaktadır.17

KAYNAKLAR

- 1- [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-variants-of-sars-cov-2](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-variants-of-sars-cov-2) (Erişim tarihi: 14 Ekim 2023)
- 2- <https://covariants.org/per-variant> (Erişim tarihi: 15 Ekim 2023)
- 3- <https://libguides.mskcc.org/SARS2/recombination> (Erişim tarihi: 15 Ekim 2023)
- 4- <https://nextstrain.org/ncov/open/global/1m?dmin=2023-02-10>
- 5- Parums DV. Editorial: A Rapid Global Increase in COVID-19 is Due to the Emergence of the EG.5 (Eris) Subvariant of Omicron SARS-CoV-2. Med Sci Monit. 2023 Sep 1;29:e942244. doi: 10.12659/MSM.942244. PMID: 37654205; PMCID: PMC10478578.
- 6- Corman VM, Landt O, Kaiser M, et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Euro Surveill. 2020 Jan;25(3):2000045. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045.
- 7- <https://www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-covid-19-and-medical-devices/sars-cov-2-viral-mutations-impact-covid-19-tests>
- 8- Tuyji Tok Y, Dinç HÖ, Akçin R et al. Evaluation of the Diagnostic Performance of SARS-CoV-2 Rapid Antigen Tests in COVID-19 Patients. Mikrobiyol Bul. 2022 Apr;56(2):251-262. Turkish. doi: 10.5578/mb.20229805.
- 9- Xie Y, Choi T, Al-Aly Z. Risk of Death in Patients Hospitalized for COVID-19 vs Seasonal Influenza in Fall-Winter 2022-2023. JAMA. 2023 May 16;329(19):1697-1699. doi: 10.1001/jama.2023.5348.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



- 10- Levine AC, Fukuta Y, Huaman MA, et al. Coronavirus Disease 2019 Convalescent Plasma Outpatient Therapy to Prevent Outpatient Hospitalization: A Meta-Analysis of Individual Participant Data From 5 Randomized Trials. Clin Infect Dis. 2023 Jun 16;76(12):2077-2086. doi: 10.1093/cid/ciad088.
- 11- Senefeld JW, Franchini M, Mengoli C et al. COVID-19 Convalescent Plasma for the Treatment of Immunocompromised Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2023 Jan 3;6(1):e2250647. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.50647.
- 12- <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/#Recommendations13-15:Convalescentplasma> (Erişim tarihi: 15 Ekim 2023)
- 13- Kip KE, McCreary EK, Collins K et al. Evolving Real-World Effectiveness of Monoclonal Antibodies for Treatment of COVID-19 : A Cohort Study. Ann Intern Med. 2023 Apr;176(4):496-504. doi: 10.7326/M22-1286.
- 14- Wang Q. Antibody Neutralization of Emerging SARS-CoV-2: EG.5.1 and XBC.1.6. BioRxiv 2023.08.21.553668. doi.org/10.1101/2023.08.21.553968
- 15- Aggarwal NR, Molina KC, Beaty LE et al. Real-world use of nirmatrelvir-ritonavir in outpatients with COVID-19 during the era of omicron variants including BA.4 and BA.5 in Colorado, USA: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2023 Jun;23(6):696-705. doi: 10.1016/S1473-3099(23)00011-7.
- 16- Torti C, Olimpieri PP, Bonfanti P et al. Real-life comparison of mortality in patients with SARS-CoV-2 infection at risk for clinical progression treated with molnupiravir or nirmatrelvir plus ritonavir during the Omicron era in Italy: a nationwide, cohort study. Lancet Reg Health Eur. 2023 Jul 14;31:100684. doi: 10.1016/j.lanpe.2023.100684.
- 17- https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html#anchor_1618433687270 (Erişim tarihi: 15 Ekim 2023)

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KARACİĞER NAKLİNDE ENFEKSİYON YÖNETİMİ

Duygu MERT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara.

EPİDEMİYOLOJİ

Karaciğer naklinde enfeksiyonlara bağlı morbidite ve mortalite önemlidir. Üçte iki hasta en az bir enfeksiyon atağı geçirmektedir (1). Karaciğer transplantasyonundan sonraki ilk yılda en sık görülen ölüm nedeni enfeksiyondur (2).

Ameliyat sonrası enfeksiyonlar üç ana döneme ayrılır: Transplantasyondan sonraki bir ay, bir ile altı ay arası ve altı aydan sonra.

Transplantasyondan bir aya kadar

Bakteriyel enfeksiyonlar baskındır. Donör kaynaklı enfeksiyonlar nakilden sonraki ilk ayda ortaya çıkabilir (3). Batın ve akciğerler iki ana enfeksiyon bölgesidir (4,5).

Transplantasyondan bir aya kadar

Nozokomiyal pnömoniler

Uzun süreli mekanik ventilasyonda görülür. Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus, Stenotrophomonas maltophilia ve Citrobacter freundii etkindir (6). Clostridioides difficile koliti, erken dönemde ve uzun süre hastanede kalan hastalarda görülür. Karaciğer transplantasyonunun C. difficile bulaşması açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (7,8).

Tedavi

Ampirik tedavi, Gram-pozitif kokları, Gram-negatif basilleri ve anaeroblara kapsmalıdır. Tedavide, yerel hastane epidemiyolojisi ve direnç patterni de dikkate alınmalıdır.

Candida

İlk ayda görülen önemli bir patojendir. Kan dolaşımı, cerrahi yara ve idrar yolu yaygın primer enfeksiyon bölgeleridir (9). Özefajit, derinin veya ağız boşluğunun yüzeysel enfeksiyonları olabilir (10). Yüksek mortaliteye neden olduğu için kandidemi tedavi edilmelidir (9).

Viral enfeksiyonlar

Nadirdir. Nakil öncesinde seropozitif olan hastaların yaklaşık %50'sinde genital veya oral ülserler şeklinde HSV reaktivasyonu meydana gelir (11).

Bir ila altı ay

Fırsatçı enfeksiyonlar, yüksek dozda immün baskılamamanın kümülatif etkisiyle ortaya çıkar.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Sitomegalovirüs

Profilaksi olmadığında hastaların %50 ila %60'ında CMV reaktivasyonu olur. Bunların %20 ila %30'unda pnömoni, enterit veya hepatit gibi hastalıklar gelişir (1). CMV D+/R- karaciğer nakli alıcıları daha yüksek greft kaybı ve mortalite riskine sahiptir (12).

Herpes virüsler

VZV, EBV, RSV, HHV-6, influenza, adenovirüs ve diğer solunum yolu virüsleri de bu dönemde ortaya çıkabilir.

EBV ve PTLD

EBV, nakil sonrası lenfoproliferatif hastalığa (PTLD) neden olur. PTLD, EBV-seronegatif bir alıcının seropozitif bir donörden organ almasıyla ortaya çıkan nakil sonrası primer EBV enfeksiyonudur (13). HHV-6 nakil sonrası; ateş, döküntü, sitopeni, ensefalit, interstisyel pnömoni, hepatit, greft yetmezliği ve mortaliteye neden olur (14).

Solunum virüsleri

RSV, parainfluenza, influenza, adenovirüs ve SARS-CoV-2'e bağlı enfeksiyon sıklığı ve yayılma olasılığı daha fazladır.

Aspergillus türleri

En sık akciğerde görülür. MSS enfeksiyonunun en sık nedenidir ve bir seride beyin apselerinin %55'ini oluşturmuştur (15).

Diğer fırsatçı patojenler

Nocardia, Listeria, Cryptococcus ve M. tuberculosis enfeksiyonları bu dönemde görülebilir.

Altı ay sonra

İmmünsüpresyonda idame rejime geçilmesiyle, iyi greft fonksiyonuna sahip hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar nadir görülür. Toplum kökenli enfeksiyonlar gelişir (16).

Herpes virüsler

EBV, CMV, HBV, HCV, HHV 6 ve 7, kronik veya tekrarlayan viral enfeksiyonlara neden olabilir. CMV enfeksiyonu kalıcı olabilir. Profilaksinin kesilmesini veya allograft reddi tedavisini takiben ortaya çıkabilir.

Viral hepatitler

HBV ve HCV karaciğer allograftında hasar veya hepatoselüler karsinoma neden olabilir (17). HEV, alıcılarda kronik hepatite neden olabilir.

Endemik mantarlar

Histoplasma capsulatum, Coccidioides immitis ve Blastomyces dermatitidis görülebilir. Nakilden histoplazmoz semptomlarına kadar geçen ortalama süre yaklaşık 11 aydır (18).

Listeriosis

Kronik immünosüpresyon alan hastalarda bildirilmiştir. Menenjit, hepatit ve bakteriyemiye neden olabilir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



COVID-19

SARS-CoV-2, ciddi solunum yolu enfeksiyonu ve karaciğer fonksiyon bozukluğuna neden olabilir (19). Karaciğer donörleri ve alıcıları COVID-19 açısından test edilmelidir (20).

Kaynaklar:

1. Winston DJ, Emmanouilides C, Busuttil RW. Infections in liver transplant recipients. Clin Infect Dis. 1995;21(5):1077.
2. Baganate F, Beal EW, Tumin D, Azoulay D, Mumtaz K, Black SM, Washburn K, Pawlik TM. Early mortality after liver transplantation: Defining the course and the cause. Surgery. 2018;164(4):694.
3. Fishman JA. From the classic concepts to modern practice. Clin Microbiol Infect. 2014;20 Suppl 7:4.
4. García Prado ME, Matia EC, Ciuro FP, Díez-Canedo JS, Sousa Martín JM, Porras López FM, de la Casa AC, Cisneros Herreros JM. Surgical site infection in liver transplant recipients: impact of the type of perioperative prophylaxis. Transplantation. 2008;85(12):1849.
5. Jothimani D, Venugopal R, Vij M, Rela M. Post liver transplant recurrent and de novo viral infections. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2020;46-47:101689.
6. Zhang W, Wang W, Kang M, Wu S, Liu Y, Liao Q, Xiao Y, Ma Y, Xie Y. Bacterial and Fungal Infections After Liver Transplantation: Microbial Epidemiology, Risk Factors for Infection and Death with Infection. Ann Transplant. 2020;25:e921591.
7. Samore MH, DeGirolami PC, Tlucko A, Lichtenberg DA, Melvin ZA, Karchmer AW. Clostridium difficile colonization and diarrhea at a tertiary care hospital. Clin Infect Dis. 1994;18(2):181.
8. Ortiz-Balbuena J, Royuela A, Calderón-Parra J, Martínez-Ruiz R, Asensio-VegasÁ, Múñez E, Valencia-AlijoÁ, Gutiérrez-RojasÁ, Ussetti P, Cuervas-Mons V, Segovia-Cubero J, Portolés-Pérez J, Ramos-Martínez A. Risk Factors for Clostridioides Difficile Diarrhea In Solid Organ Transplantation Recipients. Transplant Proc. 2021;53(10):2826.
9. Husain S, Tollemar J, Dominguez EA, Baumgarten K, Humar A, Paterson DL, Wagener MM, Kusne S, Singh N. Changes in the spectrum and risk factors for invasive candidiasis in liver transplant recipients: prospective, multicenter, case-controlled study. Transplantation. 2003;75(12):2023.
10. Colonna JO 2nd, Winston DJ, Brill JE, Goldstein LI, Hoff MP, Hiatt JR, Quinones-Baldrich W, Ramming KP, Busuttil RW. Infectious complications in liver transplantation. Arch Surg. 1988;123(3):360.
11. Breinig MK, Zitelli B, Starzl TE, Ho M. Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, and other viral infections in children after liver transplantation. J Infect Dis. 1987;156(2):273.
12. Vutien P, Perkins J, Biggins SW, Reyes J, Imlay H, Limaye AP. Association of Donor and Recipient Cytomegalovirus Serostatus on Graft and Patient Survival in Liver Transplant Recipients. Liver Transpl. 2021;27(9):1302.
13. Fishman JA. Infection in solid-organ transplant recipients. N Engl J Med. 2007;357(25):2601.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



14. Phan TL, Lautenschlager I, Razonable RR, Munoz FM. HHV-6 in liver transplantation: A literature review. *Liver Int.* 2018;38(2):210.
15. Bonham CA, Dominguez EA, Fukui MB, Paterson DL, Pankey GA, Wagener MM, Fung JJ, Singh N. Central nervous system lesions in liver transplant recipients: prospective assessment of indications for biopsy and implications for management. *Transplantation.* 1998;66(12):1596.
16. Fishman JA. Infection in Organ Transplantation. *Am J Transplant.* 2017;17(4):856.
17. Singh N, Dummer JS, Kusne S, Breinig MK, Armstrong JA, Makowka L, Starzl TE, Ho M. Infections with cytomegalovirus and other herpesviruses in 121 liver transplant recipients: transmission by donated organ and the effect of OKT3 antibodies. *J Infect Dis.* 1988;158(1):124.
18. Grim SA, Proia L, Miller R, Alhyraba M, Costas-Chavarri A, Oberholzer J, Clark NM. A multicenter study of histoplasmosis and blastomycosis after solid organ transplantation. *Transpl Infect Dis.* 2012;14(1):17.
19. Zhang C, Shi L, Wang FS. Liver injury in COVID-19: management and challenges. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(5):428.
20. Bhoori S, Rossi RE, Citterio D, Mazzaferro V. COVID-19 in long-term liver transplant patients: preliminary experience from an Italian transplant centre in Lombardy. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(6):532.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



HIV'DE KONUŞULANLAR, KONUŞTURAN MAKALELER

Ercan YENİLMEZ

1981 yılında AIDS'in ve onun nedeni olan HIV retrovirüsünün keşfedildiği 1983 yılından bu yana, HIV'i tedavi etmek için düzinelerce yeni antiretroviral ilaç geliştirilmiştir. Farklı antiretroviral ilaç sınıfları HIV'e karşı farklı şekillerde etki eder ve bir araya getirildiklerinde virüsü kontrol etmede çok daha etkili olurlar ve ilaca direnci geliştirme olasılıkları tek başına verildiğine göre daha azdır. En az üç farklı antiretroviral ilaçla kombinasyon tedavisi artık yeni HIV tanısı alan tüm kişiler için standart tedavidir. Kombinasyon antiretroviral tedavi, HIV'in çoğalmasını durdurur ve HIV'i kanda tespit edilemeyecek düzeylere kadar baskılayabilir.

Günümüzde HIV'e karşı etkin, güvenli, potent ve yüksek direnç bariyerli tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi sonrasında HIV'in gerçekten tedavi edilebilen bir hastalık olarak kabul edilmesi sağlanmıştır. Artık günlük oral tedavilerden aylık, iki aylık ve hatta 6 ayda bir enjeksiyon olarak kullanılan uzun etkili tedaviler mevcut olup bu tedavilerle ilgili etkinlik ve diğer konular HIV ile ilgili bilim dünyasında araştırılan güncel konuların başında gelmektedir. Tüm bu oral ve enjektabl tedaviler kişinin immün sisteminin iyileşmesine, enfeksiyonlardan korunmasına, AIDS'e gidişatın önlenmesine ve HIV enfeksiyonunun diğer uzun vadeli etkilerinin önüne geçilmesine olanak tanımaktadır. HIV ile yaşayan bireylerin etkili ART ile yaşam süresinin uzaması ile artık HIV'in uzun dönem etkilerinin, tedavide kullanılan ilaçların uzun dönem etkilerinin, yaşlanmaya bağlı komorbiditelerin ve yaşam kalitesinin konuşulduğu günlere gelmiş bulunmaktayız.

UNAIDS, HIV epidemisini sona erdirmeye çalışmaları kapsamında, 2030 yılına kadar tüm dünyada HIV enfeksiyonu tanısının konulması, antiretroviral tedavi başlanması ve viral yükün baskılanması için 95/95/95 hedeflerini belirlemiştir. Temas öncesi profilaksi (PrEP) kullanımı bu amaçla ortaya çıkmış, HIV'in önlenmesinde etkili bir yöntemdir ve HIV ile ilgili bilim dünyasının tartıştığı bir diğer güncel konulardan biridir. Hem küresel hem de bölgesel boyutta PrEP kullanımı, epideminin kontrol altına alınmasına yetecek güce henüz erişmemiştir. Temas öncesi profilaksi hedeflerine yüksek öncelik verilmesi, UNAIDS'in 2030 yılına kadar yeni HIV enfeksiyonlarının sayısında 2010 yılına kıyasla %95'lik bir azalma sağlama hedefini tutturma konusunda gerçekçi bir fırsat oluşturabilir.

Bu oturumda 2023 yılında güncel epidemiyolojiden, 2023 yılında uluslararası HIV/AIDS kongrelerinde sunulan ve etki faktörü yüksek dergilerde HIV ile ilgili yayınlanmış Faz-3/4 ve diğer önemli çalışmalardan bahsedilecektir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



HEPATİT C'DE GÜNCEL DURUM DÜNYADA VE TÜRKİYEDE EPİDEMİYOLOJİ RİSKLİ GRUPLAR VE HASTAYA ULAŞMAK

Prof. Dr. Selma ATEŞ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları AD 6

Hepatit C virüsü, 1989'da tanımlanan Flaviviridae virüs familyasından RNA virüsüdür (1). Dünya çapında tahminen 58 milyon kişi kronik hepatit C virüsü enfeksiyonuna sahiptir ve her yıl yaklaşık 1,5 milyon yeni enfeksiyon meydana gelmektedir (2). 2015-2020 yıllarında hcv epidemiyolojisini değerlendiren bir epidemiyolojik modellemeye göre, 2020 yılında HCV'nin küresel prevalansının % 0.7 olduğunu tahmin etmektedir; bu da dünya çapında 56,8 milyon enfekte insana karşılık gelmektedir (3). Ülkemizde yapılan çalışmalarda % 0.7-0.9 arasında değişen anti-HCV pozitifliği bildirilmiştir. Anti HCV pozitifliği Ege Bölgesinde (% 0.1) Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde %0.8, Doğu Anadolu ve Karadeniz Bölgesi'nde %0.6, İç Anadolu ve Marmara Bölgesi'nde ise %0.5 bulunmuştur (4). Ülkemizde tahminen 700 000 HCV hastası olduğu bilinmektedir (4).

HCV İnfeksiyonu Yönünden Risk Altındaki Gruplar arasında

- 1996'dan önce kan ve kan ürünü alanlar,
- Sık kan ve kan ürünü transfüzyonu yapılanlar,
- Damar içi madde kullananlar,
- Riskli cinsel davranış öyküsü olanlar (Eşcinsel/biseksüel erkekler, çoklu cinsel partner, seks işçileri),
- Diş tedavisi ve tıbbi girişim geçirenler
- Hemodiyaliz hastaları,
- Organ nakli olan hastalar,
- Ortak kapalı alanlarda yaşayanlar (hapishane, kreş, bakımevi, askeri koğuş vb.),
- Aile içi temas riski olanlar,
- Ortak 'kişisel hijyenik eşya' kullanım öyküsü olanlar,
- Meslek grupları (sağlık çalışanları, berber, beden işçileri, kuaförler vb.),
- Ko-enfeksiyon varlığı (HBV, HIV),
- Dövme, piercing, toplu sünnet öyküsü olanlar,
- Anti-HCV pozitif annelerin çocukları,
- İmmüsupresif hastalar yer almaktadır (5).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



DSÖ'nün hepatit enfeksiyonunu 2030 yılına kadar ortadan kaldırmaya yönelik Küresel Sağlık Stratejisi, "yeni kronik hepatit C vakalarında % 90 azalma, hepatit C ölümlerinde % 65 azalma ve HCV enfeksiyonu olan uygun kişilerin % 80'inin tedavi edilmesini" hedeflemektedir (6). Hepatit C' li bireylerin yalnızca % 20'sinin tanısını bildiği ve hepatit C'si olduğu bilinen kişilerin yalnızca %15'inin tedavi edildiği tahmin edilmektedir. Bu nedenle yeni HCV enfeksiyonu olgularının tanısına yönelik yeni stratejilere ihtiyaç vardır

Hastaya ulaşmak için uygulanan yöntemlerden Makro eliminasyon stratejileri ülke nüfusunun tamamına yönelik taramaları kasetmektedir. HCV prevalansının genellikle < %2 olduğu Avrupa senaryosunda kitlesel tarama yaklaşımı DSÖ tarafından önerilmemektedir ve maliyet etkin olarak kabul edilmemektedir. Mikro eleme stratejisi olarak adlandırılan, ulusal hedefleri bireysel nüfus segmentleri için daha küçük hedeflere ayırmaya dayanan yaklaşım da ise toplum içindeki riskli grupların taranmasını hedeflemektedir (7).

Tarama stratejileri Avrupa ve ABD'de yerel epidemiyolojiye ve ekonomik kaynaklara bağlı olarak farklılık göstermektedir (6).

Şu anda riske dayalı tarama, en uygun maliyetli HCV tarama stratejisi olarak kabul edilmektedir ve Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından önerilmektedir. Bu yüksek risk gruplarının başında damar içi madde kullanan kişiler, hapisane mahkumları, HIV/HCV ko-enfeksiyonu olanlar ve 1945-1965 doğumlular gelmektedir (8).

İngiltere'de damar içi madde kullanan kişilere HCV taraması yapılmaktadır. Fransa'da ise ulusal rehberler 18-59 yaş arası erkekler ve hamile kadınların taranmasını önermektedir. Diğer Avrupa ülkeleri bağımlılar ve mahkumlar da dahil olmak üzere hassas gruplara yönelik taramayı seçmiştir. CDC, 1945 ile 1965 yılları arasında doğan "baby boomer" olarak adlandırılan tüm yetişkinler için HCV taraması yapılmasını önermektedir. Çünkü bu grup kuşağını, yani HCV için kan testleri yapılmadan önce kan nakli yapılmış veya risk faktörleri bulunan kişileri içermektedir (6).

Sonuç olarak toplumda yeni hastalara ulaşmak hepatit C eradikasyonu için önem taşımaktadır. Ülkelerin epidemiyolojik verilerine göre uygun tarama yöntemlerinin seçilmesi ve uygulanması önemlidir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KAYNAKLAR:

1. Salari N , Kazemina M, Hemati N et al. Global prevalence of hepatitis C in general population: A systematic review and meta-analysis. Travel Med Infect Dis. 2022;46:102255.
2. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitisc>
3. Global change in hepatitis C virus prevalence and cascade of care between 2015 and 2020: a modelling study. Polaris Observatory HCV Collaborators. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2022 ;7(5):396-415.
4. Aygen B, Demirtürk N, Türker N, Asan A et al. Kronik Hepatit C Virusu İnfeksiyonunun Yönetimi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaş Raporu-2017 Güncellemesi. Klimik Dergisi 2017; 30:2-36
5. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo>. Türkiye viral hepatit önleme ve kontrol programı 2018-2023.
6. Marco LD, Marco VD, Hepatitis C: Standard of Treatment and What to Do for Global Elimination. Viruses. 2022 Mar; 14(3): 505.
7. Matičič M, Lombardi A, Mondelli MU4, M, The ESCMID Study Group for Viral Hepatitis (ESGVH). Elimination of hepatitis C in Europe: can WHO targets be achieved? Clin Microbiol Infect. 2020 ;26(7):818-823
8. Liesl M. Hagan and Raymond F. Schinazi. Best strategies for global HCV eradication Liver Int. 2013 ; 33(0 1): 68-79.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



BİYOLOJİK AJANLAR; ETKİ MEKANİZMALARI, SINIFLAMA VE KULLANIM YERLERİ

Tuba DEMİRCİ YILDIRIM, MD, MSc

Dokuz Eylül Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı

Biyolojik ajanlar otoimmün veya otoinflamatuvar sistemik hastalıkların patogenezindeki proteinleri, sitokinleri ve hücreleri hedefleyen, bu yolların blokajı ile sistemik inflamasyonu baskılayarak hastalığı kontrol altına almaya çalışan tedavi modaliteleridir. Genetik mühendislik ve benzeri yüksek teknolojilerle biyolojik sistemler kullanılarak geliştirilen moleküllere “biyolojik ajan” ve bu tedaviye “biyolojik tedavi” denir.

Biyolojikler,

- Terapötik proteinler dışında, aşılı, IVIG (intravenöz immünglobulin) gibi kan ürünlerini, hücre ve gen terapilerini de kapsamaktadır.
- Maligniteler ve inflamatuvar hastalıklar başta olmak üzere birçok endikasyonu olan her geçen gün sayıları ve endikasyonları genişleyen bir tedavi alanıdır.
- Biyolojik tedavinin en önemli özelliği immün sistemin tamamını değil hastalık patogenezinde önemli olan ve hedeflenen özel bir kısmı bloke etmesidir.
- Tedaviye yönelik bu hedefli yaklaşımları nedeniyle biyolojik ilaçlar, geleneksel sistemik ilaçlardan daha az yan etkiye sahip olabilir.

Günümüzde standart tedavilere yanıtız hastalarda biyolojik tedaviler umut olmuştur.

Sınıflandırma ve etki mekanizmaları,

İlgili hastalığın patogenezinde önemli yeri olan bir sitokinin etkisi bloke edilebilir.

Bu grup içinde başta tümör nekrozis faktör- α inhibitörleri (anti-TNF) olmak üzere IL-1, IL-6, IL-12/23 ve IL-17 sitokinlerine karşı geliştirilmiş biyolojik tedaviler mevcuttur.

B lenfositleri hedef alarak ve bu hücreleri devre dışı bırakarak uygunsuz immün yanıt baskılanabilir. B hücre yüzeyinde bulunan CD20 molekülüne karşı geliştirilen monoklonal antikorlar; rituksimab (RTX), ofatumumab, obinutuzumab, ocrelizumab olarak sıralanabilir.

T lenfositlerde delesyona neden olmadan, T lenfosit aktivasyonundaki ko-stimulatörler hedef alınarak T hücre aktivasyonu ve sonuçta uygunsuz immün yanıt baskılanabilir. Abatacept, insan IgG1'in modifiye Fc kısmı ile CTLA-4'ün ekstrasellüler kısmının birleştirilmesiyle oluşturulmuş sentetik ve humanize bir füzyon proteindir.

Belirli bir sitokine karşı monoklonal antikor oluşturulmasına ‘monoklonal antibody’ denir, sonuna ‘mab’ eki getirilerek isimlendirilir. İnflximab(INF), adalimumab(ADA), golimumab(GOL) ve sertolizumab(CZP) TNF karşı geliştirilmiş monoklonal antikorlardır. Kanakinumab IL-1 β ya sekukinumab ise IL-17A ya karşı geliştirilmiştir. Sitokinin reseptörüne

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



karşı monoklonal antikor geliştirilebilir. Tocilizumab IL-6'nın hem membrana bağlı hem de çözünür reseptörlerine karşı geliştirilmiş bir monoklonal antikordur. Bir sitokinin reseptörünün yapısıyla tamamen aynı yapıda bir reseptör füzyon proteini oluşturularak, sitokinin bu yalancı reseptöre bağlanması hedeflenebilir. 'Reseptör', 'sept' eki sona getirilerek isimlendirme yapılır. Etanersept(ETA), TNF- α ve TNF- β inhibisyonu için geliştirilmiş bir reseptör füzyon proteindir. Rilonasept ise IL-1 inhibisyonunda kullanılan bir reseptör füzyon proteindir.

IL1- β gibi bazı sitokinlerin doğal inhibitörleri vardır, bunların taklit edildiği rekombinant formlar ile sitokinler inhibe edilebilir. Anakinra, IL1- β inhibisyonu yapan rekombinant bir formdur.

TNF immün savunmada düzenleyicidir, aşırı üretimi sistemik inflamasyon ile sonuçlanan bir proinflamatuvar sitokindir. TNF- α ve TNF- β (İnfotoksin- α) olarak iki tipi vardır. TNF ve TNF reseptörleri (TNFR' ler), FAS ligand/Fas ve CD40 ligand/CD40 ile birlikte, hücre aktivasyonu ve apoptozu düzenleyen ailenin üyeleridir. TNF- α ' nın membrana bağlı (tmTNF) ve çözünür (sTNF) olmak üzere iki farklı tipi vardır. TNFR' ler de iki tiptir: p55 olarak bilinen TNF-R1 ve p75 olarak bilinen TNF-R2, TNFR eritrositer seri de yoktur.

Tümör Nekrotizan Faktör biyolojik etkileri:

- Matriks metaloproteinaz enzim indüksiyonu
- RANK ligand (RANK-L) sunumun artması
- Apoptoz indüksiyonu
- Antiviral ve antitümör etki
- Adezyon moleküllerinin sunumu (E-selektin ve ICAM-1 gibi)
- Diğer proinflamatuvar sitokinlerin sentezi (IL-1, IL-6, GM-CSF)
- Kemokinlerin sentezi (RANTES, IL-8, MIP-1 gibi)
- T hücresi, B hücresi ve makrofajların uyarılması
- Treg hücrelerinin inhibisyonu

TNF romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriatik artrit, plak psöriazis, crohn hastalığı, ülseratif kolit ve vaskülitler gibi romatolojik hastalıkların patogeneğinde yer alır, dolayısıyla anti-TNF ajanlar bu hastalıkların tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. TNF- α 'ya karşı monoklonal antikor oluşturulur veya ortama reseptör füzyon proteini verilerek, sTNFR' lerin etkisine benzer şekilde TNF inhibisyonu gerçekleştirilebilir. IFX, ADA ve GOL isimli monoklonal yapıdaki anti-TNF' ler IgG1 antikorlarıdır; CZP ise Fc kısmını içermeyip, sadece IgG1'in Fab kısmının pegile edilmesiyle oluşmuştur. ETA ise IgG1 kısmı içeren reseptör füzyon proteindir. Monoklonal yapıdaki ajanlar sadece TNF- α ' yı bloke ederken, ETA ek olarak TNF- β 'yı da inhibe eder. RA, AS, PsA' da haftada bir 50 mg olarak kullanılmaktadır, paradoksal üveit sebebiyle üveiti olanda seçimi öncelenmemektedir. İnfliksımab dozu RA için 3 mg/kg/gün; AS ve PsA için 5mg/kg/gün olup, yükleme dozu sonrası her 6-8 haftada bir infüzyonla verilir. Relapsing polikondritte, Takayasu arteritinde endikasyon dışı onay ile kullanılmaktadır. Adalimumab tamamen insan yapıda IgG1 monoklonal anti-TNF- α monoklonal antikorudur. RA, PsA, SpA, plak psöriazis, hidradenitis suppurativa, ülseratif kolit, crohn, üveit tedavisinde FDA onaylıdır, 40mg/2 hafta sc olarak uygulanmaktadır. Takayasu arteritinde kullanımı endikasyon

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



dışı izne tabidir. Golimumab ilk kez 2009'da RA, PsA ve AS tedavisinde onay almıştır, TNF ile immünize edilmiş transgenik farelerden, genetik mühendislik kullanılarak insan IgG1 yapısında monoklonal antikordur. 50mg/ay sc olarak uygulanmaktadır. Sertolizumabın Fc kısmının olmaması ve molekülün pegilize olması sebebiyle anti TNF' lerden farklılık gösterir. Fc bölgesinin olmaması, CZP' nin plasental transferini azaltır. Bu özellik gebelikte CZP' nin seçimini önceler. RA, AS, PsA, Ülseratif kolit ve Crohn' da FDA onaylıdır. CZP erişkin dozu sıfırncı, ikinci ve dördüncü haftada 400 mg ve sonrasında her iki haftada bir 200 mg sc enjeksiyondur.

Anakinra IL-1Ra' nın rekombinan versiyonudur. Doğal IL-1Ra'dan tek farkı amino terminal ucuna tek bir metiyonin amino asidi eklenmesidir. RA ve kriyoprin ilişkili otoimmün periyodik sendromda (CAPS) FDA onayı vardır. Sıklıkla dirençli FMF tanısında, kristal artropatilerde 100 mg/gün sc endikasyon dışı onay ile kullanılmaktadır. Kanakinumab ise IL-1 aktivitesinden esas sorumlu olan IL-1β'ya karşı monoklonal antikordur. IL-1 ailesinin diğer üyelerine çapraz aktivitesi yoktur; örneğin IL-1α'ya bağlanmaz. CAPS, TRAPS, FMF, MKD/HIDS, sistemik JİA' da FMF onayı vardır. Kanakinumab dozu her 8 haftada bir 150 mg sc enjeksiyondur. Ülkemizde endikasyon dışı başvuru ile otoinflamatuvar hastalıklarda, gut artritinde kullanılmaktadır. "IL-1 Trap" olarak ta bilinen rilonasept dimerik füzyon proteindir. IL-1R1 ve IL-1RAcP kompleksinin hücre dışı kısımlarının insan IgG1 Fc kısmı ile birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Dolaşımdaki IL-1β'ya bağlanarak, IL-1β'nın gerçek reseptörüne bağlanmasını önleyerek IL-1 inhibisyonu yapar. Rilonasept, 320 mg yükleme dozunu izleyerek haftalık 160 mg sc enjeksiyonlar şeklinde verilir. Türkiye'de yoktur.

Tocilizumab fare kökenli olan ancak humanize edilmiş, insan IL-6R' ye karşı oluşturulmuş monoklonal antikordur. Romatoid artrit ve sistemik başlangıçlı JIA tedavisinde onaylıdır. Castleman hastalığında, diğer tedavilere dirençli olan erişkin Still hastalığı ve büyük damar vaskülitlerinin tedavisinde de kullanılır. Ülkemizde erişkin Still hastalığı ve Takayasu tedavisinde kullanılabilmesi için endikasyon dışı başvuru yapılması gereklidir. 4mg/kg olarak başlanıp yanıtızlığa göre 8mg/kg dozuna çıkarılabilir, kilo ne olursa olsun, maksimum doz 800 mg'dır.

B hücre depleasyonu için geliştirilmiş ilk CD20 monoklonal antikorunu rituksimabdır. RTX, klasik olarak 15 gün arayla iki kere 1000 mg infüzyon olarak uygulanmaktadır. RA, ANCA ilişkili vaskülitler, sistemik lupus eritematozus, standart tedavilere rağmen dirençli ve aktif Sjögren sendromu, inflamatuvar miyozit ve benzeri bağ doku hastalıklarının tedavisinde ve ayrıca hematolojik ve nörolojik hastalıklarda da kullanılmaktadır.

Thüresine ko-stimülatuvar uyarının gelmesini önleyerek, T hücrenin uyarılmasını ve ardından gelişecek diğer immün yanıtları önleyen abataceptin RA tedavisinde etkinliği ve güvenliliği kanıtlanmıştır. RA dışında JIA tedavisinde de hem iv hem de sc formu ile kullanılmaktadır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Kaynaklar:

1. Epstein AA, Kremer JM, Siegel E. Applying biologic therapies to the management of patients with rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2014;43:577.
2. Rubbert-Roth A. Assessing the safety of biologic agents in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2011;51 Suppl 5: v38-47.
3. Choy EH. T-cell costimulation and other directed therapies. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. *Rheumatology*. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby, Elsevier; 2015:468-71.
4. Vital EM, Dass S, Emery P. B-cell depletion. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. *Rheumatology*. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby, Elsevier; 2015: 472-8.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



AŞI KARARSIZLIĞI VE AŞI KARŞITLIĞI

Prof. Dr. Serpil EROL

SBU Haydarpaşa Numune EAH, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Tarih boyunca bulaşıcı hastalıklarla mücadelede çevre sağlığı hizmetleri dışında, aşılardan daha etkili bir yöntem bulunmamıştır. Günümüzde dünya genelinde genişletilmiş bağışıklama programının yaygın olarak uygulanmasıyla, her yıl 2.5 milyon çocuk ölümünün önlenmesi ve aşılama oranlarının artırılmasıyla bu sayıya 2 milyon daha ekleneceği rapor edilmektedir. Yaygın bağışıklama sayesinde günümüzde çiçek hastalığının tamamen eradike edildiği, diğer birçok bulaşıcı hastalığın da neredeyse görülmez hale geldiği bilinmektedir (1,2). Ancak aşılamanın bu başarının talihsiz bir sonucu olarak insanoğlu hastalıkların yaygın görüldüğü ve büyük ölümlerin olduğu geçmiş dönemleri unutmuş ve zaman içinde çeşitli nedenlerle aşılama ve aşılarla kuşkuyla bakan bir kesim ortaya çıkmıştır. Bu aşı karşıtı akım sosyal medianın da desteği ile günümüzde çok sayıda taraftar bulmaya devam etmektedir. COVID-19 pandemisi döneminde tüm dünyada ve ülkemizde kararsızlığı daha da alevlenmiş ve tartışılır olmuştur(3). Aşı karşıtlarının yaygın ve kontrolsüz faaliyetleri de dünya üzerindeki birçok insanın kafasında soru işaretleri oluşturmakta ve aşılama eğilimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum aşı kararsızlığı şeklinde tanımlanmaktadır. Aşı kararsızlığı mevcut aşıların tamamını reddetmek veya sadece bir kısım aşıları reddetmek gibi farklı yelpazelerde olabilir. Aşı reddi 2019 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından, küresel sağlığı tehdit eden en büyük 10 tehlikeden biri olarak ilan edilmiştir(4).

Aşı kararsızlığı birden çok faktörle ilişkili olabilir. Aşı kararsızlığının temel belirleyicileri 3 başlık altında toplanmakta ve 3C modeli olarak tanımlanmaktadır; Vaccine Confidence; (aşıya güven) aşının güvenli ve etkili olmasına, sağlık profesyonellerine ve servislerine ve aşı ihtiyacını belirleyen politika yapıcılara güvenme, Vaccine Complacency; (aşı rehaveti) aşı ile önlenemez hastalık riskinin düşük olduğu, aşılamanın gerekli bir eylem olmadığı algısı ve Vaccine Convenience (aşı ulaşılabilirliği); aşılarla erişim, aşı yapılan yere ulaşım, aşı yapılan yerde iletişim, konfor, vb faktörler.

Günümüzde dünyada birçok ülkede aşılama oranlarının toplum bağışıklığı için hedeflenen oranların altına inmesiyle kızamık, polio gibi bazı hastalıkların görülme sıklığında ciddi artışlar yaşanmaktadır. Durumun daha kötü bir hal almaması ve gelecekteki epidemilerin önlenmesi adına aşı kararsızlığının nedenleri yakından izlenmeli, sorunun çözümü adına ulusal ve uluslararası mücadele stratejileri geliştirilmelidir. Bu konuda kritik role sahip olan sağlık çalışanlarının eğitilmesi ve mücadelede etkin bir rol alması kritik önem taşımaktadır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Kaynaklar

1. World Health Organization. Vaccination and trust. Copenhagen: publications of the WHO Regional Office for Europe, 2017
2. Işıl Arıcan, Selim Badur. Bilgi Düzensizlikleri ve İnfodemi İçin Bir Örnek: Aşı Karşıtlığı. An Example of an Infodemic and a Science Disinformation: Vaccine Denialism. Reflektif Journal of Social Sciences, 2022, Vol. 3(2)
3. Guglielmi G. Pandemic drives largest drop in childhood vaccinations in 30 years. Nature 2022; 608: 253
4. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
5. Report Of The Sage Working Group On Vaccine Hesitancy, 12 November 2014*

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



ENFEKSİYON KONTROLÜNÜN KLASİKLERİ; TEMEL YAKLAŞIM

Meyha ŞAHİN

Sağlık hizmeti ile enfeksiyonun yayılabileceği fikri ilk defa 1846 yılında Macar doktor, Dr. Ignaz Semmelweis (1818-1865) tarafından ortaya atıldı. Dr. Semmelweis, doktorlar tarafından doğurtulan kadınlarda lohusa ateşi ile ilişkili ölüm oranının ebeler tarafından doğurtulan kadınlara göre daha yüksek olduğunu ve bunun da kadavra dersinden çıkan tıp öğrencilerinin kontamine eller ile doğuma girmelerinin bir sonucu olduğunu fark etti. Çalışmalarını anestezi ve medikal hijyen alanlarında yapan İngiliz doktor Dr. Jhon Snow ise, 1854 yılında Londra Soho'daki kolera salgınının su kaynaklı olduğunu buldu ve su pompasını çıkararak salgını durdurdu. Modern epidemiyolojinin temel taşlarını atan Dr. Snow, aynı zamanda bulaşta ellerin kontaminasyonunun rolü ve fekal-oral bulaş teorisini savunmaya devam etti.

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların (SHİE) medikal birtakım sorunlar doğurduğunun kabul edilmesi ve sonuçları üzerine daha ileri çalışmalar yürütülmesi ile birlikte SHİE'lerin sağlık sistemine yüklediği mortalite, morbidite ve mali yükün önemi gündeme geldi. SHİE dünya genelinde %7-10 civarında olduğu düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre SHİE Avrupa'da 37 bin, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 99 bin ölüme sebep olmaktadır. Avrupa verilerine göre SHİE yıllık maliyeti 7 milyar € iken ABD'de ise yıllık maliyet 6,5 milyar \$ saptandı.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1970 yılında Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans sistemini kurdu ve hastanede edinilmiş enfeksiyonlarını izlemeye başladı. 1974 yılında Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC) ile hastanede edinilmiş enfeksiyon oranlarını izlemeye başladı. CDC başta olmak üzere yerel veya evrensel birçok organizasyon, tüm dünyada, SHİE önlenmesinde çalışmalarını sürdürmektedir.

Enfeksiyon önleme ve kontrol uygulamaları, sağlık hizmetlerinin sunulduğu tüm ortamlarda güvenli ve yüksek kaliteli hasta bakımı sağlamak için gereklidir. Bu gereklilik, hem yatan hastaya (örneğin, akut, uzun süreli bakım) hem de ayaktan hastaya (örneğin, klinikler, acil bakım, ayaktan cerrahi bmerkezleri, görüntüleme merkezleri, diyaliz merkezleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri, alternatif tıp klinikleri) hizmet veren tüm sağlık merkezlerini içerir. Ayrıca bu uygulamalar, evler, destekli yaşam toplulukları, eczaneler ve sağlık fuarları gibi geleneksel sağlık tesisleri dışındaki ortamlarda sunulan sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Bu hizmeti sunan ağılık personeli ise; hastalara veya enfekte materyallere (vücut salgılarına, kontamine tıbbi malzemeler, cihazlar ve ekipmanlar, kirlenmiş çevresel yüzeyler veya kirli hava dahil) doğrudan veya dolaylı olarak temas etme potansiyeli olan, sağlık bakım ortamlarında hizmet veren tüm ücretli ve ücretsiz kişileri ifade etmektedir.

CDC'nin SHİE kontrol ve önlemede önerdiği temel uygulamalar; mevcut CDC tavsiyeleri arasından seçilmiş olup ortaya çıkacak olan kanıtlara veya teknolojideki gelişmelere göre değiştirilmesi beklenmeyen ve sağlık hizmeti ortamlarının tümünde geçerli olan temel bakım standartlarını temsil eden alt kümedir.

CDC tarafından önerilen SHİE kontrol ve önlemede temel uygulamalar sekiz ana başlık altında düzenlenmiştir:

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



1. Liderlik desteği

Sağlık merkezlerinde; yönetim organlarının enfeksiyon önleme faaliyetlerine müdahil olmaları sağlanmalıdır. Enfeksiyon kontrol çalışmalarına yeterli insan ve malzeme kaynakları tahsis edilmelidir. Personel ve kaynakların hemşire, çevre çalışanları vs. enfeksiyon kontrol önlemlerini uygulamalarını zorlaştırmamalıdır. Enfeksiyon önleme programını yönetmek üzere enfeksiyon önleme ve kontrol eğitimi almış en az bir nitelikli kişi görevlendirilmelidir. Programı yöneten kişiler yetkilendirilmeli ve desteklenmelidir.

2. Enfeksiyonun önlenmesinde sağlık personelinin eğitim ve öğretimi

Tüm sağlık personeline, çalışmaya başlamadan önce ve en az yılda bir kere bütün görevler için, yaptığı işe özel eğitim verilmelidir. Sağlık hizmeti sürerken ihtiyaç gelişmesi halinde ek eğitimler düzenlenmelidir. Personelin bu konuda görev ve sorumluluklarını anlamalarını sağlayacak yöntemler geliştirilmelidir. Mevcut, güncel ve kanıta dayalı kılavuzlara dayanan yazılı enfeksiyon önleme politikaları ve prosedürleri oluşturulmalıdır.

3. Hastanın, ailesinin ve hastaya bakan kişilerin eğitimi

Enfeksiyonun nasıl yayılabileceği ve yayılımının ne şekilde önlenebileceği ile ilgili hastaların, hasta yakınlarının, ziyaretçilerin ve evde hasta bakımını üstlenen kişilerin eğitilmeleri gerekmektedir.

4. Performans izleme ve geri bildirim

Enfeksiyon kontrol önlemlerinin gerekliliği ve bunlara uyum tanımlanmalıdır ve izlenmelidir. Bu izlemlerin sonuçları ile ilgili sağlık personeline ve tesis yönetimine geri bildirimler yapılmalıdır. Gözlemler; belirlenmiş standart tanımlar ve araçlar kapsamında, bu konuda eğitim almış bir personel tarafından yapılmalıdır. Sağlık bakımı ile gelişen enfeksiyon oranları izlenmeli ve sürveyans verileri kullanılarak bulaş kaynakları tespit edilmelidir.

5. Standart önlemler

Standart Önlemler, hastanın şüpheli veya doğrulanmış bulaşıcı durumuna bakılmaksızın tüm hasta bakımı için geçerli olan temel uygulamalardır ve bakımın verildiği tüm ortamlar için geçerlidir. Bu uygulamalar sağlık personelinin ve sağlık personelinin veya çevrenin enfeksiyonları diğer hastalara bulaştırmasını önler.

- El hijyeni
- Çevre temizliği ve dezenfeksiyonu
- Enjeksiyon ve ilaç tedavilerinin güvenliği
- Kişisel koruyucu ekipman kullanımı
- Potansiyel maruziyetlerin en aza indirilmesi
- Yeniden kullanılabilir tıbbi ekipmanın her hasta arasında veya kirlendiğinde yeniden işlenmesi

6. Bulaşa dayalı önlemler

Bulaşmaya Dayalı Önlemlerin uygulanması, hasta bakım ortamlarına (örn. yatan hasta, ayakta tedavi, uzun süreli bakım), tesis tasarım özelliklerine ve hasta etkileşiminin türüne bağlı olarak farklılık gösterebilir ve belirli sağlık hizmeti ortamına uyarlanmalıdır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



7. Klinik yönetim için kullanılan geçici invaziv tıbbi cihazlar

İnvaziv cihazların erken ve hızlı bir şekilde çıkarılması ve düzenli bir şekilde değerlendirilmesi bakım planının bir parçası olmalıdır. Sağlık personeli, cihazın riskleri ve her bir cihazla ilişkili enfeksiyon önleme müdahaleleri hakkında bilgi sahibi olmalı ve cihazın mümkün olan en kısa sürede çıkarılması için çalışarak hastayı korumalıdır.

8. İş sağlığı

Aşılarla ilgili önerilerin uygulanmasını sağlamak, sağlık personelinin güvenliğini destekleyen iş politikaları, hastalığın hastalar ve diğer sağlık personeli için risk oluşturabileceği durumlarda çalışanlar tarafından işverenlere zamanında bildirimde bulunulması ve hastalığın halk sağlığı üzerinde etkileri olduğu veya bildirilmesi gerektiği durumlarda halk sağlığı yetkililerine bildirimde bulunulması; tüm sağlık kuruluşlarının ve bireysel personelin mesleki sorumluluğudur.

Kaynaklar

1. Torriani F, Taplitz R. History of infection prevention and control.2010. 76-85.
2. Mazzeffi M, Galvagno S, Rock C. Prevention of Healthcare-associated Infections in Intensive Care Unit Patients. Anesthesiology. 2021;135:1122–31.
3. CDC's Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery in All Settings _ Infection Control _ CDC. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/core-practices/index.html>. Accessed 14 Oct 2023.
4. CDC Timeline 1940s – 1970s. <https://www.cdc.gov/museum/timeline/1940-1970.html#print>. Accessed 14 Oct 2023.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



BİLİMSEL ARAŞTIRMALARDA GÖRÜLMİYEN KAHRAMANLAR UNSEEN HEROES IN SCIENTIFIC RESEARCH

Osman YILMAZ

Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deney Hayvanları Laboratuvarı, Balçova, İzmir

Özet: Bugün sahip olduğumuz bilim ve teknoloji dün yaşayan bilimsel araştırma sonucu elde edilen birikimin eseridir. Bugün yaptığımız araştırmaların sonuçları ve ürettiğimiz teknoloji yarınlar ışık tutacak ve hiç tanımadığımız insanların hayatlarına dokunacaktır. Özellikle sağlık alanında bilim insanlarının yapmış oldukları bilimsel araştırmalar sonucunda bugün kullandığımız aşı, ilaç, biyomalzeme, biyomateryol gibi birçok ürün ve uygulama hastalıkların tedavisi ve korunmasında kullanılabilir duruma gelmiştir. Yüzyıllardır bilim insanları araştırma sorusu ve hipotezlerine test etmek için farklı bilimsel araştırma yöntemlerini kullanmaktadır. Translasyonel tıp araştırma yöntemlerinden biriside deneysel araştırma yöntemleridir. Deneysel araştırmalar, tabiatta olmuş ya da olması muhtemel olayların laboratuvar şartlarında kontrollü olarak ortaya konulmasına deneysel araştırma denir. Normal biyolojik olaylara benzerlik gösteren düzenlemelere deneysel model denir. Deneysel modeller içinde hayvan modelleri insan klinik araştırmalara geçmeden önce önemli bir köprü olup vazgeçilmez konumdadır. Hayvan modelleri yıllardır insan ve hayvan tıbbında kullanılan birçok ilacın, aşının, biyomalzeme, biyomateryol, tıbbi cihaz, görüntüleme yöntemleri gibi modern tıbbın gelişmesinde çok değerli katkı sağlamıştır. En son COVID 19 pandemisinde insanları koruyacak aşının geliştirmesinde insanda aşının kullanılmasından önce aşının biyoyuumluluğu ve etkinliğinin test edilmesinde hayvan denemelerinin vazgeçilemez ve teri doldurulamaz olduğu bir kez daha kanıtlandı. Bu bağlamda deneysel hayvan modelleri bilimsel gelişmenin görülmeyen kahramanlardır. Bu kahramanlar sadece insan sağlığına hizmet etmemiş, diğer hayvan türlerin sağlığının korunması ve onların hastalıklarının tedavisi içinde çok değerli katkılar sağlamıştır. Antibiyotiklerin, aşıların, tıbbi cihazların, biyomateryollerin keşfedilmesi diğer birçok hayvan türünde hastalıklarının teşhisi ve tedavisinde çok değerli katkı sağlamaktadır. Bilim insanları hiç tanımadıkları insanlar için karşılıksız bilimsel araştırma yapmaktadırlar. Bilim insanları yaptıkları araştırmalardan genel olarak kendileri için bir menfaat beklemedikleri için tüm insanların saygısını hak etmektedir. Bilimsel çalışmalarda bilim insanlarından daha fazla saygıyı hak eden kahramanlar ise deneysel hayvan modelleridir. Deneysel hayvan modelleri hiç tanımadıkları insan ve hayvanlar için hayatlarını feda etmektedir ve bu nedenle bilimsel gelişmelerde görülmeyen kahramanlardır. Bilim insanları bilimsel araştırmalarında farklı modelleri kullanmaktadır

Anahtar Kelime: Bilimsel araştırmalar, Görülmeyen kahramanlar, Hayvan Modelleri

Summary: The science and technology we have today are the result of the knowledge gained as a result of yesterday's scientific research. The results of the research we conduct today and the technology we produce will shed light on the future and touch the lives of people we have never met. As a result of scientific research carried out by scientists, especially in the field of health, many products and applications that we use today, such as vaccines, drugs, biomaterials, have become available for the treatment and protection of diseases. For centuries, scientists have been using different scientific research methods to test research questions and hypotheses. One of the translational medicine research methods is experimental research methods. Experimental research is the

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



controlled investigation of events that have occurred or are likely to occur in nature under laboratory conditions. Arrangements that resemble normal biological events are called experimental models. Among experimental models, animal models are an important bridge and indispensable before moving on to human clinical research. Animal models have made a valuable contribution to the development of modern medicine, such as many drugs, vaccines, biomaterials, biomaterials, medical devices and imaging methods used in human and animal medicine for years. It has once again been proven that animal trials are indispensable and irreplaceable in testing the biocompatibility and effectiveness of the vaccine before its use in humans in the development of the vaccine that will protect humans in the latest COVID 19 pandemic. In this context, experimental animal models are the unsung heroes of scientific development. These heroes not only served human health, but also made valuable contributions to the protection of the health of other animal species and the treatment of their diseases. The discovery of antibiotics, vaccines, medical devices, and biomaterials makes a valuable contribution to the diagnosis and treatment of diseases in many other animal species. Scientists conduct unpaid scientific research for people they do not know. Scientists deserve the respect of all people because they generally do not expect any benefit for themselves from their research. The heroes in scientific studies who deserve more respect from scientists are experimental animal models. Experimental animal models sacrifice their lives for people and animals they have never met, and therefore they are unseen heroes in scientific developments. Scientists use different models in their scientific research.

Keywords: Scientific research, Unseen heroes, Animal Models

Kaynaklar:

1. Ferdowsian, HR, Beck, N. (2011) Ethical and Scientific Considerations for Animal Testing and Research. PLOS BİR 6, e24059. Doi: 10.1371/journal.pone.0024059
2. Ergün Y. (2010) Ethics in Animal Experiments. Archive 2010; 19:220-35.
3. Franco, N.H. (2013) Animal Experiments in Biomedical Research: A Historical Perspective. Animals 2013, 3, 238-273. <https://doi.org/10.3390/ani3010238>
4. Olsson AS, Robinson P, Pritchett K, et al. (2003) Animal Research Ethics. In: Hau J, Van Hoosier Jr GL. Handbook of Laboratory Animal Science. Volume I Essential Principles and Practices 2nd ed. Usa Crc Press; 2003;13-31.
5. Russell, W. M. S. and Burch, R. L. (1959). The Principles of Humane Experimental Technique. London: Methuen & Co. Special edition published by Universities Federation for Animal Welfare (UFAW), 1992.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



HEPATİT C VE CEZAEVİ DENEYİMİ

Sedef KARAMAN

Kronik hepatit C (KHC) dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün en son tahminlerine göre, tüm dünya genelinde 185 milyon kişi Hepatit C (HCV) ile kronik olarak enfektedir. Bu hastaların her yıl 350 000'i kronik hepatit C (KHC) ile ilişkili siroz ve hepatoselüler karsinom (HSK) gibi komplikasyonlarla yaşamını yitirmektedir. HCV ile enfekte olan kişilerin çoğu enfekte olduklarını bilmemekte, tanı alanların çoğu da halen tedaviye ulaşmamaktadır (1). KHC tedavisi 1996 yılında interferon (İFN) ile başlamış ve bu alanda geliştirilen tedavi rejimleriyle kalıcı virolojik yanıt (KVY) oranında önemli artış sağlanmıştır (5). Günümüzde tüm HCV genotiplerine etkili, iyi tolere edilebilen, kısa tedavi süresi olan ve kolay kullanılabilen direkt etkili ajanların (DEA) kullanıma girmesiyle tedavideki başarı oranı artmıştır. Günde tek veya üç tabletlik pangenotipik ve Ribavirin içermeyen rejimlerle %95 veya daha yüksek kür oranları elde edilmektedir (6). Güncel tedavi rehberlerinde KHC tanısı almış tüm hastalara tedavi önerilmektedir(7, 8)

HCV'nin yayılması hemen daima enfekte kan ve kan ürünleri aracılığıyla olmaktadır. HCV enfeksiyonu enfekte vericilerden organ transplantasyonu yapılan alıcılarda da gelişir. HCV'nin duyarlı kişilere bulaşabilmesi için, enfekte kişinin saptanabilir düzeyde viremisi olmalıdır. Diğer vücut sıvılarının HCV yönünden infektivite potansiyeli sınırlıdır (2,3). HCV'nin perinatal ve heteroseksüel bulaşma riski düşüktür. Toplum içinde HCV bulaşmasında, güvenli olmayan gereçlerle yapılan dövme, "piercing", akupunktur ya da hacamat gibi işlemlerin, diş tedavilerinin, kan kardeşliği gibi ritüellerin ve berberlerin de rolü olabilir (3). Güvenli enjeksiyon uygulamaları da dahil olmak üzere, kuşku edilen ya da doğrulanmış bir enfeksiyon durumu olsun olmasın, sağlık bakımının sunulduğu her ortamda, tüm hastalara uygulanması gereken standard önlemlere uyulduğu sürece nozokomiyal HCV bulaşması riski düşüktür (9). Günümüzde HCV enfeksiyonlarının çoğundan madde bağımlılarınca kullanılan kontamine iğne ve diğer malzemeler sorumludur. Bu grupta yılda %5-25'lik bir HCV enfeksiyonu insidansı söz konusudur. KHC olgularının tedavi edilmesi, HCV'nin madde bağımlıları arasında yayılmasını azaltacak bir yaklaşım olabilir (7,8,11). Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü Hepatit C enfeksiyonlarını önlenabilir ve tedavi edilebilir hastalık grubuna alıp 2015 yılında global eliminasyon programına dahil etmiştir (10), bu amaçla çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarla hedef gruplar belirlenmiş ve mikroeliminasyon programları oluşturulmuştur, ülkemiz de 2018 yılında, mikroeliminasyon programı kapsamında Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmalar başlamış ve 5 yıllık kontrol programı oluşturulmuştur(21).

Hepatit c prevalansına bakıldığında cezaevleri, prevalansın yüksek olması beklenen bir kurumdur. (13,14,15,16,). Ülkemizde cezaevlerine yönelik yapılan çalışmaların ve yayınların kısıtlı olması sebebiyle madde kullanan ve madde ile ilgili suç işleyen hükümlülerin öncelikli olarak taranması, Hepatit C ve diğer bulaşıcı hastalıkların saptanması, tedavi edilmesi ve bulaş yolları hakkında farkındalığın oluşturulması hem enfeksiyonların yayılmasını hem de sıklığını azaltacaktır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



HBV VE OSTEOPENİ/OSTEOPOROZ

Rıdvan DURLU

Olgu: 54 yaş kadın hasta. Temmuz 2013 tarihinde, halsizlik ve ara ara olan batın sağ üst kadranda kramp şeklinde ağrı şikayetiyle başvurduğu iç hastalıkları polikliniğinden, HBsAg pozitif olması ve karaciğer fonksiyon testlerinin yüksek saptanması nedeniyle yönlendiriliyor. Anamnezinde annesinin ve kardeşlerinin de hepatit B için ilaç kullandığını, kendisinin daha önceden taşıyıcı olduğunun söylendiği ancak herhangi bir sağlık kurumuna kontrol için başvurmadığı öğrenildi. Kronik viral hepatit B dışında bir ek hastalığı ve ilaç kullanımı bulunmamakta. Yapılan fizik muayenesinde sistem muayeneleri doğal. ALT: 82, AST: 77 ALP: 52 GGT: 25 Alb: 4.0 Total Bilirubin: 0.4, Direkt Bilirubin: 0.2, INR: 0.9, PT: 12, Plt: 303000, Afp: 2,7, HBsAg, Anti-HBc IgG ve Anti-HBe reaktif saptandı. Anti-HBc IgM, HBeAg, Anti-HbS, Anti-HCV, Anti-HIV ve Anti-Delta antikorları non-reaktif olarak raporlandı. HBV-DNA: 201000 IU/ml ve hastaya yapılan batın US ve karaciğer dinamik MR'da sol lob segment 3 de 11 mm çaplı ön planda hemanjiyom düşünülen kitle lezyon saptanması nedeniyle karaciğer biyopsisinin kontrendike olmasından dolayı, dönemin sağlık uygulama tebliği göz önüne alınarak lamivudin(LAM) 100 mg 1x1 tedavisi başlanarak takibe alındı. Tedavinin 12. Haftasında HBVDNA: 2420 IU/ml ALT: 42 AST: 38, 24. Haftasında HBVDNA: <10 IU/ml, ALT: 33, AST: 32, 48. Haftasında HBVDNA: Saptanmadı, ALT: 28, AST: 29 ve diğer biyokimya ve koagülasyon değerleri normal sınırlarda saptanması nedeniyle takip ve tedavisine devam edildi.

2018'e kadar tedavi ile viral supresyon devam ediyor. 2018 Kasım ayında LAM tedavisi altında HBVDNA: 330 IU/ml saptanıyor. Kronik viral hepatit B tedavi rehberlerinin önerilerine bakıldığında LAM tedavi başarısızlığı durumunda yüksek direnç bariyerine sahip ilaçlardan entekavir(ETV) ile çapraz direnç riski bulunması nedeniyle bu tedaviden kaçınılması, bu durumda tenofovir formülasyonlarından biriyle tedavi önerilmesi nedeniyle; 2018 yılında ülkemizde geri ödemede bulunan tenofovir disoproksil fumarat(TDF) tedavisine geçilmesi planlanıyor. TDF'in uzun süreli kullanımlarında kemik ve renal yan etki riski oluşturması nedeniyle böbrek fonksiyon testleri (BFT) ve Kemik mineral dansitometri (KMD) tetkikleri istendi. BFT'nin normal aralıklarda saptanıp, KMD testinde T skoru lomber vertebra için 1,6 femur için 1,4 olarak ölçüldü. Takip planlanarak TDF tedavisine geçildi. Tedavinin 12. Haftasında HBVDNA: Saptanmadı ve KCFT tetkikleri normal sınırlar içerisinde bulunarak mevcut tedaviye devam edildi. Tedavinin birinci yılı içerisinde hastanın takiplerinde viral supresyon devam etti. Birinci yılın sonunda KMD T skoru lomber vertebra için 0,8 femur için 0,6 olarak saptandı ve tedaviye devam edildi.

2020 Mart ayında COVID-19 pandemisi gelişmesi nedeniyle takiplerini yaptırmadan ilaçlarını kullanmaya devam eden hasta 2023 Şubat ayında raporlarının bitmesi nedeniyle polikliniğimize başvurdu ve istenen tetkiklerinde ALT: 22, AST: 21 ALP: 55 GGT: 23, Üre:25, Kreatinin: 0,65 e GFR: 91, Fosfor:3,2 Alb: 4.2 Total Bilirubin: 0.42, Direkt Bilirubin: 0.1, INR: 0.9, PT: 13, Plt: 386000, Afp: 2,2 HBVDNA: Saptanmadı olarak raporlandı. KMD tetkikinde ise T skoru lomber vertebra için -1.8, femur için -0.7 olarak ölçüldü. TDF tedavisi altında osteopeni yan etkisi gelişen hastanın tedavisi, rehberlerin önerileri göz önüne alınarak, ülkemizde 2019 tarihinden beri geri ödemede olan Tenofovir Alafenamid Fumarat(TAF) olarak değiştirildi. Osteopeni takip ve tedavisi için Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) poliklinik kontrol önerildi. FTR tarafınca Kalsiyum ve D vitamini tedavisiyle diyet ve hayat tarzı değişikliği önerildi. Tedavinin 12. haftasında viral supresyon durumu devam eden, KCFT tetkikleri normal sınırlar içerisinde saptanan ve batın USG'de mevcut hemanjiyom dışında yeni gelişen kitle lezyon saptanmayan hastaya; enfeksiyon hastalıkları ve

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



fizik tedavi poliklinik kontrollerine devamı önerilerek mevcut TAF tedavisinin devamı önerildi.

Osteoporoz; düşük kemik kitlesi ve kemik dokusunun mikro mimarisinin bozulması sonucunda kemik kırık riskinin artışıyla sonuçlanan progressif bir metabolik kemik hastalığıdır. Osteoporoz öncesi kemik mineral yoğunluğundaki azalma (T skoru: -1 ve -2,5 arasında) hali ise osteopeni olarak tanımlanmaktadır. Osteoporoz, etyolojisine göre iki ana gruba ayrılır. Bu gruplar; yaşa bağlı veya postmenopozal değişikliklerin neden olduğu primer osteoporoz ile çeşitli hastalık veya ilaçlara bağlı olarak gelişen sekonder osteoporoz olarak sınıflandırılabilir. Kronik viral hepatit B tedavisinde uzun süredir kullanılan TDF'in bu ilaçlardan biri olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Ancak antiviral ilaçların dışında kronik viral hepatit b enfeksiyonunun kendisinin de osteoklastik aktiviteyi artırarak osteoporoz ve osteopeniye neden olabileceğini gösteren araştırmalar mevcuttur.

Güncel tedavi rehberlerinde Kronik viral hepatit B'nin tedavisinde öncelikli olarak TAF, TDF ve ETC gibi yüksek direnç bariyerine sahip ilaçların kullanımı önerilmektedir. TDF'İN TAF ve ETC'ye göre daha yüksek oranlarda kemik ve böbrek yan etkilerine neden olduğu çalışmalarda gösterilmiş olup; bunun sonucunda Avrupa Karaciğer Araştırmaları Cemiyeti'nin (EASL) 2017 yılında yayınlanan Hepatit B Enfeksiyonu tedavi yönetim rehberinde belirli hasta gruplarında TDF yerine TAF veya ETC'nin öncelikli olarak tedavide seçilmesi gerektiğini önermiştir. Bu hasta grupları;

1) ≥60 yaş

2) Kemik hastalığı

- Kronik steroid kullanımı veya sekonder osteoporozu neden olan diğer ilaçların kullanımı
- Kemik kırık öyküsü
- Osteoporoz tanısı olmak

3) Renal Hastalık

- eGFR <60 ml/dak/1,73 m²
- Albüminüri >30 mg/24 saat veya dipstick ile orta derecede proteinüri saptanması
- Hipofosfatemi (<2,5 mg/dl)
- Hemodiyaliz

LAM deneyimli hasta grubunda ise çapraz direnç riski nedeniyle ETC tedavisinden kaçınılması ve TAF'ın öncelikli olarak seçilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Sonuç olarak literatürde, kronik viral hepatit B hastalarında, enfeksiyonunun kendisinin sebep olabileceği düşünülen bazı mekanizmalar veya başta TDF olmak üzere tedavide kullanılan antiviral ilaçların kemik mineral yoğunluğunda azalmaya, osteopeniye veya osteoporozu neden olabileceğini gösteren çalışma ve rehberler mevcuttur. Antiviral tedavi seçimi sırasında, hastaların, kemik sağlığına yönelik oluşabilecek yan etkiler açısından bilinen risk faktörlerine sahip olup olmadıkları dikkatli bir biçimde sorgulanmalı ve rehberlerin önerileri göz önünde bulundurulmalıdır. Takip ve tedavileri sırasında osteoporoz için risk faktörlerine sahip olanlar başta olmak üzere tüm hastaların kemik parametreleri düzenli bir şekilde kontrol edilmelidir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KAYNAKLAR:

- 1) Lampertico, Pietro, et al. "EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection." *Journal of hepatology* 67.2 (2017): 370-398.
- 2) Sarin, SKH, et al. "Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B: a 2015 update." *Hepatology international* 10 (2016): 1-98.
- 3) TEMD OSTEOPOROZ VE DİĞER METABOLİK KEMİK HASTALIKLARI ÇALIŞMA GRUBU "Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu." Ankara, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2022).
- 4) Dessordi, R., Watanabe, L.M., Guimarães, M.P. et al. Bone loss in hepatitis B virus-infected patients can be associated with greater osteoclastic activity independently of the retroviral use. *Sci Rep* 11, 10162 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89486-9>
- 5) Peng Y, Xi S, Huang R. Association between hepatitis B virus infection and risk of osteoporosis: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Surg.* 2023;46(10):4598-4600. doi:10.1016/j.asjsur.2023.05.035
- 6) Kahraman R, Şahin A, Öztürk O, et al. Effects of Long-Term Tenofovir and Entecavir Treatment on Bone Mineral Density in Patients with Chronic Hepatitis B. *Turk J Gastroenterol.* 2022;33(1):35-43. doi:10.5152/tjg.2020.18024
- 7) Chan, H., Lim, Y.S., Seto, W., Agarwal, K., Brunetto, Janssen, H., Căruntu, F.A., Stepanova, T., Tsang, O.T., Yatsushashi, H., Tak, W.Y., Chen, C., Çelen, M.K., Sun, Flaherty, J.F., Lin, L.Y., Cathcart, A.L., Gaggar, A., Pan, C.Q., Shalimar, & Buti, M. (2018). Three Year Efficacy and Safety of Tenofovir Alafenamide (TAF) Compared to Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) in Hbeag-Negative and Hbeag-Positive Patients with Chronic Hepatitis B.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KKKA'DA GÜNCEL DURUM TEDAVİ VE KORUNMADA UMUT VAAD EDEN ÇALIŞMALAR

Seyit Ali BÜYÜKTUNA

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

KKKA, halk sağlığı açısından tehdit oluşturan ciddi bir viral enfeksiyondur. Yüksek ölüm oranı, spesifik bir tedavi veya aşının bulunmaması KKKA'nın patogenezinin ve immünolojisinin anlaşılmasını önemli kılmaktadır. Geçmişte, KKKAV enfeksiyonuna duyarlı uygun bir hayvan modelinin bulunmaması, aşı ve tedavilerin geliştirilmesinde büyük bir engel teşkil etmiştir. Ancak son yıllarda interferon eksikliği olan fareler ve Cynomolgus makakları gibi hayvan modellerinin kullanılması, hastalığın mekanizmaları ve potansiyel tedavileri konusundaki çalışmaları önemli ölçüde ilerletmiştir. Bu gelişmeler sadece KKKA patogenezinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmakla kalmamış, aynı zamanda potansiyel aşı adaylarının değerlendirilmesini de kolaylaştırmıştır.

I-TEDAVİDE UMUT VAAD EDEN ÇALIŞMALAR

1-Destek Tedavisi: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığında onaylı bir aşı ve spesifik bir antiviral tedavi yoktur, bu nedenle tedavinin temelini destek tedavisi oluşturmaktadır. Bunlar; terapötik plazma değişimi, taze donmuş plazma uygulaması, sıvı ve elektrolit tedavisi, trombosit ve eritrosit replasmanı uygulamalarıdır. Erken destek tedavisi uygulamaları hala önemini koruyan ve hayat kurtarıcı işlemlerdir.

2-Antiviral tedaviler: Ribavirin, in vitro ve in vivo olarak geniş spektrumlu antiviral aktiviteye sahip bir pürin nükleozid analogudur. mRNA capping, RNA polimeraz inhibisyonu ve letal mutagenез gibi direkt etkilerinin yanı sıra inozin monofosfat dehidrogenaz inhibisyonu ve immünmodülasyon gibi indirekt etkileri de mevcuttur. Watts ve arkadaşları, Vero hücrelerinde in vitro testlerle ribavirinin çeşitli KKKAV suşlarının replikasyonunu önemli ölçüde azalttığını bildirmiştir. Bununla birlikte, ribavirinin tedavideki etkinliği ile ilgili klinik kanıtlar tutarsızdır ve araştırmacılar arasında tartışmalara neden olmuştur ve olmaya devam etmektedir.

Favipiravir, influenza virüsü enfeksiyonlarının tedavisi için Japonya'da lisanslıdır. Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV2), Hantavirüs, Rift Vadisi ateşi virüsü (RVFV) ve KKKAV dahil olmak üzere diğer yüksek patojenik RNA virüslerine karşı da umut vaat etmiştir. Tıp I interferon eksikliği olan fare modelinde favipiravir tedavisinin çeşitli dokularda viral replikasyonu etkili bir şekilde baskıladığı ve mortaliteyi azaltabileceği gösterilmiştir. Ayrıca, favipiravir ve ribavirinin in vitro sinerjik etkiler gösterdiği, kombine bir tedavinin yan etkilerden ziyade faydalı olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada; favipiravirin bir cynomolgus makak modelinde KKKAV enfeksiyonuna karşı terapötik etkinliğe sahip olduğu gösterilmiştir. Genel olarak, bu veriler favipiravirin KKKA tedavisi için etkili bir antiviral olabileceğini düşündürmektedir.

3-İmmunterapi tedavileri

IVIG: Geçmişte hastalığı geçirmiş veya aşı olmuş sağlıklı ve bağışık kişilerin kanından elde edilmektedir. Bu ürünlerde

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



yaygın olarak IgM ve IgG antikoru bulunur. Bulgaristan Ulusal Bulaşıcı ve Parazit Hastalıkları Merkezi, CCHF-Venin adlı bir IVIG tedavisi geliştirmiştir. Hastaların daha çabuk iyileştiği ve hastanede daha az zaman geçirdiği bildirilmiştir. IVIG; dendritik hücreler, B lenfositler, nötrofiller, makrofajlar ve mast hücreleri gibi bağışıklık hücrelerinin yüzeyindeki inhibitör reseptörlere (CD32) bağlanarak bu hücreleri inhibe eder. Tüm bu faktörler inflamasyonda rol oynar, otoantikor üretimini ve inflamasyonu azaltırken immün modülasyonu da indükler. IVIG, ribavirin gibi diğer tedaviler ve plazma değişimi gibi destekleyici tedavilerle birleştirildiğinde KKKA hastalarında ortaya çıkan hemafagositozu tedavi ettiği gibi, Metilprednizolon, IVIG ve TDP'nin birlikte kullanımının da inflamasyonu ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir.

Monoklonal antikor: Monoklonal antikorların iki kategorisi vardır: Virüsün hücreye girmesini engelleyen nötralize edici monoklonal antikorlar, virüsü inhibe eden nötralize edici olmayan monoklonal antikorlar. Nötralize edici olmayan monoklonal antikorlar Gc ve Gn glikoprotein antijenlerine yöneliktir, nötralize edici antikorlar ise Gc antijenine yöneliktir. Nötralize edici olmayan antikorlar, KKKA glikoproteininin proteolitik bozunması yoluyla elde edilen p38 proteinini hedef alır. Virüs benzeri partikül (VLP) sistemi, farklı KKKA türlerinde Gc glikoprotein antijenini hedefleyerek çeşitli monoklonal antikorları test etmek için kullanılmıştır. Bu antijen farklı türlerde yüksek mutasyonlara ve çeşitliliğe sahip olduğundan, birçok monoklonal antikor virüsü tüm türlerde nötralize edememektedir. Tüm viral suşları nötralize etmek için çapraz reaktif monoklonal antikorlar kombinasyon halinde kullanılması önerilmektedir.

Sitokin tedavisi: İnterferon tip 1, viral enfeksiyon sırasında vücudun hemen hemen her hücresinden üretilen doğuştan gelen bağışıklık sisteminin önemli sitokinlerinden biridir. Virüs replikasyonunu inhibe ettiği ve antiviral özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir. Hastalığın erken evrelerinde eksojen interferon uygulaması ile, hastalığın şiddetli formlarının gelişmesinin önlenebileceği düşünülmektedir. Bazı kaynaklar, karaciğer ve endotel hücrelerindeki virüsü inhibe ettiği için interferon ile tedaviyi önerirken, bazı kaynaklarda birçok yan etkisi nedeniyle kullanımını önermemektedir.

4-Antienflamatuvar tedaviler: Gözlemsel çalışmalarda metilprednizolon ve deksametazon gibi kortikosteroid bileşiklerinin, artan geçirgenlik, vasküler sızıntı, pıhtı oluşumu, DIC, organ yetmezliği, apoptoz, azalmış immün ve endotel hücre fonksiyonu ve diğer komplikasyonlar gibi sitokin fırtınalarının olumsuz etkilerini azaltabileceğini göstermektedir.

II-KORUNMADA UMUT VAAT EDEN ÇALIŞMALAR

KKKA Aşı Hedefleri:

Son zamanlarda, korumanın bağışıklık bağıntıları henüz tanımlanmamış olmasına rağmen, KKKA aşısı geliştirme çalışmaları viral glikoproteinlere ve nükleoproteine (NP) odaklanmıştır.

Nükleoprotein (NP); viral yaşam döngüsünde önemli rol oynadığı için KKKA'nın önemli bir bileşenidir. NP'nin birincil işlevi viral RNA'yı kapsüllemek ve ribonükleoprotein (RNP) kompleksini oluşturmaktır. RNP kompleksi virüsün temel birimidir ve viral replikasyon ve transkripsiyon için gereklidir. KKKA NP'leri, birçoğu konakçı hücrenin bileşenleri ile etkileşimlerle ilgili olan bir dizi önemli fonksiyonda yer alır. Bu etkileşimler viral RNP'lerin taşınmasını, konağın bağışıklık sisteminden kaçmasını ve apoptozun düzenlenmesini kolaylaştırabilir. NP, bolluğu ve yüksek immünojenitesi nedeniyle KKKA için umut verici bir aşı hedefidir. NP, hem B hem de T hücresi epitoplarnı içerir, bu nedenle hem humoral hem de hücrel immün yanıtları uyarabilme yeteneğine sahiptir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Glikoproteinler; Gn ve Gc glikoproteinleri, virüsün bağlanması ve konakçı hücrelerle zarf füzyonu için gereklidir. KKKAV aşısının geliştirilmesine yönelik en umut verici yaklaşımlardan biri, Gn ve Gc glikoproteinlerinin antijen olarak kullanılmasıdır. Bu glikoproteinler virüsün yüzeyinde bulunur ve virüsün konakçı hücrelere girişini kolaylaştırmaktan sorumludur. Aynı zamanda KKKAV enfeksiyonu sırasındaki bağışıklık tepkisinin birincil hedefleridirler ve bu da onları aşı gelişimi için ideal adaylar haline getirir.

KKKA Aşısı Adayları

KKKA için çok sayıda potansiyel aşı adayına rağmen, henüz onaylanmış bir aşı yoktur. Son yıllarda araştırmacılar, insanlardaki hastalığı yakından taklit eden ve virüsün daha doğru bir şekilde temsil edilmesini sağlayan yeni hayvan modelleri geliştirmiştir. Ayrıca biyokimyasal ve moleküler tekniklerdeki son gelişmeler, araştırmacıların KKKAV aşı adaylarını geliştirmek için farklı aşı platformları kullanmalarına olanak sağlamıştır.

1. İnaktif Aşılar: Bugüne kadar insanlar için test edilen tek KKKAV aşısı, yalnızca Bulgaristan'da kullanılan, emziren fare beyninden türetilen aşıdır. Fare beyninden türetilen aşının immünojenitesine ilişkin veriler sınırlıdır. 2012 yılında yapılan bir çalışma, sağlıklı gönüllüler arasında tekrarlanan aşılamaların yüksek düzeyde KKKAV antikoru, anti- KKKAV spesifik T hücreleri aktivitesi ve düşük düzeyde nötralizasyon aktivitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu aşı yalnızca Bulgaristan'da onaylıdır. Potansiyel alerjik ve otoimmün reaksiyonlar nedeniyle diğer ülkelerde kullanılmamaktadır ve güvenlik sorunları ve ölçeklenebilirlik sınırlamaları nedeniyle uluslararası onay alamamıştır.

2. DNA Aşıları: Bağışıklık tepkisi oluşturmanın güvenli, etkili ve uygun maliyetli bir yoludur. Rekombinant DNA, antijen sunan hücrelerde antijenleri ekspresye etmek için kullanılır ve viral enfeksiyonlara benzer bir bağışıklık tepkisi oluşturur. DNA aşılarının diğer aşılar göre üretim kolaylığı, geliştirilmiş güvenlik ve basitleştirilmiş üretim dahil olmak üzere birçok avantajı vardır. Bu yaklaşımın, otoimmün yanıtlar ve düşük immünojenite gibi bazı potansiyel dezavantajları mevcuttur. Genel olarak DNA bazlı aşılar, KKKAV'ye karşı aşılarda geliştirilmesi açısından önemli bir potansiyele sahiptir.

3. Virüs Benzeri Replikon Aşılar: Hücrelere giren ve proteinleri sentezlemek için sınırlı transkripsiyon ve translasyona uğrayan virüs benzeri parçacıklardır. Bunlar, birden fazla proteini ekspresye eden ve tek bir enfeksiyon turunda yüksek düzeyde antijen ekspresyonu ürettikleri için güçlü bir bağışıklık tepkisine yol açan, tasarlanmış virüs genomlarıdır.

4. mRNA Aşıları: mRNA tasarımı, nükleik asit dağıtım teknolojilerinde ve yeni antijen hedeflerinin tanımlanmasında kaydedilen ilerleme, mRNA aşılarını ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklarla mücadelede olağanüstü bir araç haline getirmiştir. COVID-19 salgını sırasında mRNA bazlı aşılarda virüse karşı oldukça etkili olduğu kanıtlanmıştır ve güçleri, güvenlikleri ve etkinlikleri nedeniyle geleneksel aşılar güçlü bir alternatif olarak kabul edilmektedir.

5. Viral Vektör Aşıları: Rekombinant viral vektörler, harici adjuvanlara ihtiyaç duymadan antijenleri ekspresye etme, antijene spesifik immün yanıtları uyarma ve güçlü antikor titreleri oluşturma yeteneklerinden dolayı umut verici bir aşı platformu olarak gözükmektedir. Her iki bağışıklık sistemi kolunu da etkili bir şekilde uyardığı gösterilmiştir.

6-Subünit aşılarda: Bu aşılarda baculovirus-böcek hücre ekspresyon sistemi kullanılarak üretilir. Baculovirüsler, viral ve parazitik antijenlerin üretilmesi için, 38 kb'ye kadar büyük DNA fragmanlarını barındırabilme yetenekleri, konakçı hücre genomuna entegre olmamaları ve translasyon sonrası modifikasyon kapasiteleri gibi çeşitli avantajlar sunar.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Baculovirüs ekspresyon sistemi (BEVS) ile üretim prosesi, antijenik gen bölgesinin baculovirus içerisine klonlanması, böcek hücrelerinin bu rekombinant baculovirus ile transfekte edilmesi, baculovirusun böcek hücre kültüründe çoğaltılması ve üretilen proteinin saflaştırılarak rekombinant virüsün elde edilmesi adımlarından oluşmaktadır.

7-Bitki bazlı aşılar: Genetiği değiştirilmiş bitkiler, aşı geliştirme amacıyla yabancı antijeni ifade edebilir. Rekombinant proteinler için soğuk zincirin gerekli olmaması ve bol miktarda biyolojik olarak aktif proteinlerin nispeten ucuz bir şekilde üretilmesi, bitki bazlı aşıları özellikle gelişmekte olan ülkeler için cazip kılmaktadır.

KAYNAKLAR:

- 1- Gholizadeh O, Jafari MM, Zoobinparan R, Yasamineh S, Tabatabaie R, Akbarzadeh S, Amini P, Eslami M, Yousefi B, Dadashpour M. Recent advances in treatment Crimean-Congo hemorrhagic fever virus: A concise overview. Microb Pathog. 2022 Aug;169:105657.
- 2- Tipih T, Burt FJ. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Virus: Advances in Vaccine Development. Biores Open Access. 2020 May 12;9(1):137-150.
- 3- Ozdarendeli A. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Virus: Progress in Vaccine Development. Diagnostics (Basel). 2023 Aug 19;13(16):2708.
- 4- Ahata B, Akçapınar GB. CCHFV vaccine development, current challenges, limitations, and future directions. Front Immunol. 2023 Sep 11;14:1238882.
- 5- Munir F, Shakoor A, Sindhu ZUD, Aleem MT. Crimean-Congo hemorrhagic fever: Immunopathogenesis and recent advances in the development of vaccines. Microb Pathog. 2023 Apr;177:106054.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



HIV POZİTİF BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ NASIL SEYREDİYOR?

Gülten ÜNLÜ

Dünya'da yaklaşık 38 milyon kişi HIV (Human Immundeficiency Virus) ile enfekte yaşamaktadır. Enfekte hastalarda tedavi ile kür şansı henüz olmamakla birlikte vireminin baskılanması ve immünolojik durumlarının normalizasyonu sağlanmaya çalışılmaktadır. Dünya sağlık örgütünün 95-95-95 hedeflerine ulaşamamış olmakla birlikte tanı alan, tedaviye başlanmış hastalarda normal yaşam sürelerinin hastalık öncesi kalitesinde yaşama beklentisi, virüsün fonksiyonel ve immünolojik kür beklentisi yüksektir. Mevcut olan komorbid durumlarının varlığı, çeşitli demografik faktörleri, sosyal yaşamlarının kısıtlılığı, kişiler ile ilişkileri, damgalanma, anksiyete, depresyon ve çevresel faktörler; hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (1). Yapılan çalışmalarda hastaların fiziksel aktivite durumları, sosyal aktivite durumları, emosyonel durumları, günlük etkinlikleri gibi 6-9 konu başlığı sorusu ile beş seçeneqli cevaplar oluşturularak değerlendirme yapılmıştır. EuroQol beş boyutlu anket (EQ-5D), Sağlık Hizmetleri Endeksi, McGill Yaşam Kalitesi anketi, Tıbbi Sonuç Çalışması (MOS) Kısa Form (SF)-12; SF-36, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOLBREF), Yaşam Memnuniyeti Soruları (FLZM) ve SF-20 ölçeklerinden faydalanılmıştır. HIV'e özgü kullanılan ölçeklerden bazıları, AIDS Klinik Araştırmalar Grubu (ACTG)-21; HIV-QL-31; MOS-HIV; HIV/AIDS'li Kişiler için Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Anketi (MQOL-HIV), PROQOL-HIV, Semptom Yaşam Kalitesine Uyum (HIV-SQUAD) ve WHOQOL-HIV BREF dir (2). Yapılan diğer çalışmalarda genel sağlık (SF-12), damgalama (kısa damgalama ölçeği), sosyal destek (SSL12-I), benlik saygısı (SISE), cinsellik sorunları, anksiyete ve depresyon (HADS), uyku güçlüğü (SCL90-Sleep) algılanan yan etkiler gibi temaları ölçen onaylanmış anketler çalışılmıştır (3,4,5). HIV ile yaşayan bireylerde epideminin sonlandırılmasında tanı, tedavi ve takip ile %95' inin ölçülemez viral yüke ulaşmasının önemi büyüktür. 95-95-95 hedefleri ile 2030 yılına kadar epideminin sonlandırılması, eliminasyonun sağlanması hedeflenmektedir. Sosyodemografik faktörlerden yaş, cinsiyet, hastalığın kazanılma zamanı, antiretroviral tedavi alıp almadığı, sosyokültürel düzeyi, eğitim durumu, komorbid durumunun olup olmadığı ön planda olmak üzere HIV ile yaşayan bireylerde birçok faktör yaşam kalitesini etkilemiştir (6).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



KAYNAKLAR

- 1- Cooper V, Clatworthy J, Harding R, Whetham J and Emerge Consortium. Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. Health and Quality of Life Outcomes (2017) 15:220.
- 2- Joulaei H, Mousavi SG, Foroozanfar Z, Health-Related Quality of Life in People Living with HIV in Southwest Iran in 2018: A Cross-Sectional Study. BioMed Research International 2021.
- 3- Tigen ET, Sengel BE, Ozben B, Korten V. Comparison of Turkish version of the medical outcomes study-HIV health survey with short form health survey-36 in people living with human immunodeficiency virüs. Int J Health Plann Mgmt. 2022;1-9.
- 4- Cho H, Iribarren S, Schnall R. Technology-Mediated Interventions and Quality of Life for Persons Living with HIV/AIDS. Technology-Mediated Interventions and Quality of Life for PLWH, 2017.
- 5- Karkashadze E, Gates MA, Chkhartishvili N, Jack DeHovitz J, Tsertsvadze T. Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia. International Journal of STD, AIDS 2017, Vol. 28(7) 672-678.
- 6- Hipolito RL, LessaCosta DC, Corrêa S, Eliane M, Antonio RP, TosoliGomes SC. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. Rev. Latino-Am. Enfermagem Original Article 2017;25:e2874.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



OLGULARLA NADİR GÖRÜLEN ENFEKSİYONLAR LEPTOSPIROZ OLGUSU

Dr. Öğr. Üyesi Sinan ÇETİN

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Altmış dokuz yaşında erkek hasta, acil servise nefes darlığı ve halsizlik şikayetleri ile getirildi. Bilinen KOAH, hipertansiyon, bipolar bozukluk ve HbeAg negatif kronik hepatit B enfeksiyonu vardı. Fizik muayenede, genel durumu orta-kötüydü, taşikardi, takipne ve oksijen ihtiyacı vardı. Solunum seslerinde bilateral orta ve alt alanlarda krepitan raller mevcuttu. Tetkiklerinde lökosit sayısı: 2290/mm³, trombosit sayısı: 48000/mm³, üre: 71 mg/dL, kreatinin: 1,40 mg/dL, Total bilirubin: 1,50 mg/dL, direkt bilirubin: 1,25 mg/dL, CK:930 U/L, CRP:206 mg/L idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde, her iki akciğerde santral ağırlıklı yamasal buzlu cam dansitesinde konsolidasyonlar ve interlobüler septal kalınlaşmalar izlendi. Pulmoner ödem veya pnömoni olabileceği düşünüldü. Literatürde leptospiroz olgularında akciğer tutulumu %20-70 oranında bildirilmiş olup, patogenezinde alveolar hemoraji ve ARDS'nin sorumlu olduğu belirtilmiştir.

Hastamızın acil servisteki ilk değerlendirmesi sonrası göğüs hastalıkları tarafından sepsis ve multiorgan yetmezliği olduğu belirtilerek, anestezi değerlendirmesi ve yoğun bakım takibi önerildi. Kardiyoloji tarafından akut kardiyak patoloji düşünülmediği belirtildi. Nefroloji tarafından pulmoner ödem, sepsis, akut böbrek hasarı ön tanıları olduğu belirtildi ve anestezi yoğun bakım takibi önerildi. Kliniğimiz tarafından, pnömoni, sepsis ön tanıları ile kültürlerinin alınması sonrası piperasilin-tazobaktam, levofloksasin kombinasyon tedavisi önerildi. Anestezi kliniğine konsülte edilen hasta için pnömoni, yüklenme ve akut böbrek hasarı ön tanıları ile yoğun bakım takibi önerildi. Ancak hastanemizde boş yoğun bakım yatağı olmaması sebebiyle, dış merkez özel sağlık kuruluşuna sevk edildi.

Hastaya dış merkezde meropenem ve levofloksasin tedavileri başlandığı, non invaziv mekanik ventilasyon ve trombosit süspansiyonu uygulandığı öğrenildi. Altı gün yoğun bakım yatışı sonrası klinik iyileşme sağlanan ve servise alınan hastada gelişen hiperbilirubinemi için safra yolları ve karaciğere ait patoloji saptanmadığı öğrenildi. Hasta kendi isteği ile bu kurumdan ayrılarak, dört gün sonra polikliniğimize başvurdu. Tetkiklerinde böbrek fonksiyon testleri ve trombositopeni normale dönmüştü, total bilirubin: 5,78 mg/dL, direkt bilirubin: 5,60 mg/dL, HBV DNA: 196 IU/mL idi. Hastaya yatış verilerek, MRCP ve kontrastlı dinamik batın MR tetkik edildi, bilirubin yüksekliği için anlamlı patoloji izlenmedi. Gastroenteroloji ile görüşüldü, otoimmün hepatit ve Wilson hastalığı için tarama testleri istendi, negatif sonuçlandı. Takibinde bilirubin seviyeleri spontan geriledi. Hastanın iki hafta önceki başvurusundaki akut durumu ve hiperbilirubinemisi göz önüne alınarak leptospiroz için mikroaglutinasyon testi (MAT) istendi ve 1/800 titrede pozitif sonuçlandı.

Leptospiroz zoonotik bir hastalıktır ve bir çok organı tutabilmesi sebebiyle geniş bir ayırıcı tanıya sahiptir. Leptospiroz ile uyumlu bulguları olan hastalarda bu tanı akılda tutulmalıdır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



BATI NİL VİRÜS ENFEKSİYONU OLGUSU: NÖROİNVAZİF HASTALIK

Dr. Elif Özge DAMAR MIDİK

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Batı Nil virüsü, Flaviviridae ailesine ait zarflı, tek sarmallı bir RNA virüsüdür. Culex cinsi sivrisinekler hastalığın insanlara bulaştırılmasında en sık sorumlu olan vektörlerdir.

İnsanlarda çok çeşitli spektrumda hastalığa neden olduğu bilinmektedir. Bunlar asemptomatik enfeksiyondan, ateş ve halsizliğe, ensefalite sekonder ciddi nörolojik bozukluklara kadar uzanır. Hastalığa yakalananların çoğu asemptomatik iken yalnızca %20 kadarında nonspesifik viral sendrom semptomlarıyla birlikte ateş görülür. Yaklaşık 200 hastadan 1'inde ise nöroinvaziv hastalık gelişir. Batı Nil virüsü insanların yanı sıra kuşları, atları, köpekleri ve diğer birçok memeliyi de enfekte edebilir. Yabani kuşlar virüsü barındıran ve çoğalmasını sağlayan konakçılar olarak bilinir. Kan dolaşımındaki düşük ve geçici viral seviyeler nedeniyle insanlar tesadüfi konakçılar olarak kabul edilir. Kan transfüzyonu, anne sütü veya transplasental bulaş nadir geçiş yollarındandır.

Hastalığı yakalananların yalnızca %1'inde ciddi semptomlar gelişir ve 50 yaşın üzerindeki kişilerde genel morbidite ve mortalite artar. En sık görülen komplikasyonlar nörolojik komplikasyonlardır.

Batı Nil virüsüne ilişkin ilk vakalar 1937'de Uganda'dadan bildirilmiştir. Bugün itibarıyla Batı Nil virüsü Afrika, Avrupa, Asya, Kuzey Amerika, Avustralya ve Orta Doğu'da bulunmaktadır.

Salgınlar, sivrisinek vektörünün yaşam döngüsü ve kuş-sivrisinek-kuş döngüsünden kaynaklanan çoğalma nedeniyle yaz sonu ve sonbaharla ilişkilendirilme eğilimindedir. Sıcak iklimlerde vakalar yıl boyunca ortaya çıkabilir.

Klinik bulgular

Batı Nil virüsünün kuluçka süresi 2-14 gün arasında değişmektedir. Hastalığın En sık görülen formu olan Batı-Nil ateşinde diğer viral enfeksiyonlardan ayırımı olmayan nonspesifik semptomlarla birlikte kendini sınırlayıcı bir hastalık görülür.

Hastalar miyalji, halsizlik, ateş, baş ağrısı, göz ağrısı, kusma, anoreksi ile prezente olabilirler ve %50'ye varan oranda ateşin düşmesi üzerine gövdede ortaya çıkan makülopapüler döküntüler görülebilir. Nöroinvaziv hastalık formunda ise menenjit, ensefalit, akut flask paralizi görülür ve mortalite %10 civarındadır. Tremor, postural instabilite, bradikinezi, kognitif bozukluk gözlemlenebilir. Mortaliteyi arttıran faktörler arasında; yaş, erkek cinsiyet, ciddi kas güçsüzlüğü, diyabet ve immunsupresyon yer alır. Akut enfeksiyon sonrasında halsizlik, hafıza problemleri, denge bozukluğu gibi persistan semptomlar görülebilir.

Batı Nil virüsü ile enfekte olan kişilerin çoğunun, yaz veya sonbaharda virüsün endemik olduğu bir bölgeye seyahat geçmişi vardır.

Tanı

Labaratuvar tetkiklerinde diğer viral enfeksiyonlardan ayıran spesifik özellik görülmeyebilir. Nöroinvaziv Batı Nil

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



hastalığında Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) analizinde sıklıkla, yüksek protein (<150 mg/dl), artmış hücre sayısı (<500 hücre/mm³) ve normal glukoz düzeyleri görülür.

Tanı; BOS ve serumdan çalışan ELİSA yöntemi ile konur. Hastalık esnasında viremi kısa süreli olduğu için polimeraz zincir reaksiyon (PCR) duyarlılığı düşüktür. Plak azaltma nötralizasyon testi (PRNT) serolojik çapraz reaksiyonları ayırt etmek için kullanılabilir. Viral enfeksiyon şüphesi yüksek olan ve ilk testi negatif olan hastalarda, IgM düzeylerinin tespit edilebilecek seviyelere yükselmesi zaman alabileceğinden 10 gün sonra tekrar yapılmalıdır.

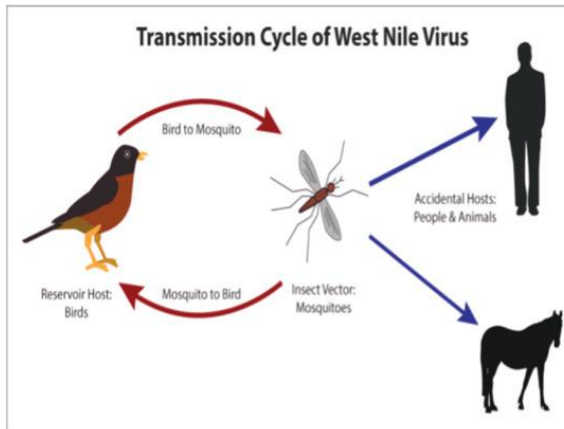
Görüntüleme

Beynin Bilgisayarlı Tomografi (BT)'de genellikle hastalığın herhangi bir akut bulgusunu gözlenmez. MR (Manyetik Rezonans)' da, birkaç haftalık akut nöroinvaziv hastalıktan sonra anormallikler gösterebilir

Tedavi

Batı Nil virüsünün tedavisi öncelikle destekleyici tedavidir. İnterferon, ribavirin ve intravenöz immünoglobulin dahil olmak üzere çeşitli ajanlar tedavide denenmiş olup, bugüne kadar yalnızca tek bir kontrollü çalışma yapıldığından net bir etkinlik verisi mevcut değildir.

Hafif vakalarda ayaktan izlem yapılabilir, semptomatik tedavi yeterlidir ve prognozu çok iyidir. Ancak nörolojik semptomları olan ciddi vakalarda yoğun bakım izlemi gerekmektedir. Enfeksiyondan sonra Batı Nil virüsünü kaba motor, bilişsel ve ince motor anormallikleri içeren nörolojik semptomlarla sonuçlanabilir. Pek çok hastada iyileşmesi uzun zaman alabilen rezidüel nörolojik defisitler vardır ve bazı defisitler kalıcı olabilir.



Olgu sunumu 1

Bilinen Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon, vertigo tanıları olan ve istanbul/Kartal'da yaşayan kadın hasta; bir haftadır göz arkasında ve ensede daha fazla olmak üzere baş ağrısı, baş ağrısına eşlik eden baş dönmesi ve kusma şikayeti mevcut. Son iki gündür daha çok artan genel durum bozukluğu, yakınlarını tanıyamama, uykuya eğilim, kas ağrısı ile acil servise getiriliyor. Fizik muayanesinde oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı, uykuya eğilimi mevcuttu. Ateş:37.9°C nabız:90\dk, düzenli, solunum sayısı:16/dk, Tansiyon Arteriyel (TA): 170/90 mmHg idi. Nistagmus mevcuttu. Ense sertliği şüpheli pozitif tespit edildi. Döküntü ve lenfadenopati saptanmadı. Laboratuvar bulgularında WBC: 9300 uL, C-reaktif protein: 3 mg/L (0-3,5), glukoz:400 mg/dl, kreatin kinaz: 263 U/L saptandı. Beyin

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



tomografisinde periventriküler ak maddede yaygın iskemik mikroanjiopatik değişiklikler mevcuttu. Baş dönmesi olan hastada Kbb tarafından vertigo atak düşünülmedi. Hasta ensefalit ön tanısı ile 02.09.2019 tarihinde enfeksiyon hastalıkları kliniğine interne edildi. Göz dibi incelemesinde papil ödem saptandı. Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) hücre sayımında hücre görülmedi. BOS proteini:156 mg/dl BOS glukozu: 43 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri:150 mg/dl) idi. Amprik Seftriakson,Ampicilin, Asiklovir başlandı. Takiplerinde baş ağrısı ve kusması devam etti, bilinç bozukluğu gerilemedi, tansiyon takiplerinde hipertansif seyretti. BOS kültürü ve menenjit panelinde etken saptanmadı. Yatışının beşinci gününde tedavi altında genel durumunun kötüleşmesi, takipnesi olması ve Glasgow koma skorunda regresyon olması üzerine hasta dış merkez yoğun bakıma devir edildi. Hastanın serum örneğinden gönderilen referans laboratuvar sonuçları 14 gün sonra sonuçlandı. Batı Nil Virüsü PCR negatif, Batı Nil Virüsü IgM: Pozitif, Batı Nil Virüsü IgG: Pozitif sonuçlandı. Hasta yoğun bakım takibi sırasında kaybedildi.

Olgu sunumu 2

Bilinen DM tanısı olan İstanbul/Kartal'da ikamet eden hastanın 10 gündür olan ateş, gitgide artan halsizlik, yürümede zorlanma, işitmede azalma, denge bozukluğu şikayetleri mevcuttu. Acil servis başvurusunda seftriakson 2x1 gr reçete edilmişti. Ateşle birlikte bilinç değişikliği, ellerde ve kollarda titreme şikayeti olması üzerine nöroloji polikliniğine başvurusunda çekilen kraniyel MR'da patoloji saptanmaması üzerine hasta enfeksiyon hastalıkları polikliniğimize yönlendirildi. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile 18.09.2019 tarihinde enfeksiyon hastalıkları kliniğine interne edildi. Taze süt tüketme öyküsü ve Sapanca'da yazlık evinde kalırken sivrisinek maruziyeti tariflendi.

Fizik muayanesinde ateş: 38° C nabız: 104/dk TA: 130/60 mmHg solunum sayısı: 16/dk idi

Bilinç açık oryante koopere idi. Batında yaygın distansiyon, postural instabilite, ellerde ve kollarda istirahat tremoru mevcuttu.

Dudakta herpes labialis görüldü. WBC:12200 uL, C-reaktif protein:114 mg/L (0-3,5), Prokalsitonin:0,110 ng/L, aspartat aminotransferaz (AST): 60 U/L, alanin aminotransferaz (ALT):48 U/L, laktat dehidrojenaz:346 U/L, kreatin kinaz:450 U/L saptandı.

Hastanın kendisi ve yakınları lumbal ponksiyon için onam vermedi. Hastaya merkezi sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısı ile Seftriakson, Ampisilin, Asiklovir başlandı.

Yapılan odimetri bilateral ileri derece sensörinöral işitme kaybı tespit edildi. İstenen kulak burun boğaz konsültasyonunda hasta ani işitme kaybı olarak değerlendirildi, geçirdiği enfeksiyona sekonder olduğu düşünüldü. İntratimpanik steroid tedavisi planlandı. Hiperbarik oksijen tedavisi önerildi. Yürürken sendelemesi olan hastada ataksi? Nöroloji konsültasyonu istendi.

Elektromiyografi (EMG) sonucunda: Sağda duyu ve motor liflerin etkilendiği orta derecede karpal tünel sendromu, sol L5 kök innervasyonlu koloid kronik nörojenik tutulum bulguları görüldü, kraniyel MR'da patoloji saptanmadı. Hasta yatışının 8. Gününde tetkik ve tedavi ret ile taburcu edildi. Taburculuğundan bir hafta sonra referans laboratuvarına gönderilen Batı nil virüsü PCR negatif, Batı Nil Virüsü IgM: pozitif, Batı Nil Virüsü IgG: pozitif sonuçlandı.

Hastanın sensörinöral işitme kaybı sekel olarak kaldı.

Nöroinvasiv Batı Nil virüsü enfeksiyonlarının tanısı için, viral ensefalit kliniği ile başvuran hastalarda şüphelenilip

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



referans laboratuvara tetkik gönderilmesi tanının en önemli basamağıdır. Küresel ısınma ile birlikte Batı Nil enfeksiyonu vakalarında artış beklenmekte olup klinisyenlerin viral ensefalit ve nedeni bilinmeyen ateş hastalarında bu etkeni ayırıcı tanılarında bulundurmaları önem arz etmektedir.

Kaynaklar:

- 1- Zou, S., Foster, G. A., Dodd, R. Y., Petersen, L. R., & Stramer, S. L. (2010). West Nile fever characteristics among viremic persons identified through blood donor screening. *The Journal of infectious diseases*, 202(9), 1354–1361. <https://doi.org/10.1086/656602>
- 2- Hart J Jr, Tillman G, Kraut MA, Chiang HS, Strain JF, Li Y, Agrawal AG, Jester P, Gnann JW Jr, Whitley RJ; NIAID Collaborative Antiviral Study Group West Nile Virus 210 Protocol Team. West Nile virus neuroinvasive disease: neurological manifestations and prospective longitudinal outcomes. *BMC Infect Dis*. 2014 May 9;14:248. doi: 10.1186/1471-2334-14-248. PMID: 24884681; PMCID: PMC4020876.
- 3- Petersen LR, Brault AC, Nasci RS. West Nile virus: review of the literature. *JAMA*. 2013 Jul 17;310(3):308-15. doi: 10.1001/jama.2013.8042. PMID: 23860989; PMCID: PMC4563989.
- 4- UpToDate “Clinical manifestations and diagnosis of West Nile virus infection”

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



İŞE GİRİŞ, PERİYODİK MUAYENELER, EVLİLİK, SPORCU, OTURMA İZİNİ, VATANDAŞLIK GİBİ ÖZEL MUAYENELER

Doç. Dr. Aziz A. HAMİDİ

SBÜ. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İnfeksiyon hastalıklarının çoğunun iyileşebilen hastalıklar olmasının yanı sıra bu hastalıkların insandan insana bulaşma ve kitlelere yayılma potansiyeli vardır. Bu durum, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlarının özel muayeneler olarak genelleştirebileceğimiz bu muayenelerdeki rolünü tartışmalı hale getirmektedir.

İşe giriş ve periyodik muayeneler konusunda infeksiyon hastalıkları açısından gıda işlerinde çalışanlara oral-fekal bulaşan etkenlerin taranması önemlidir. Bu nedenle dışkı mikroskopisi ve dışkı kültürü (Non-typhoidal Salmonelle ve Shigella spp.) yapılması önerilmektedir. Bunun yanında çalışanların hijyen eğitim ve özellikle el hijyeni eğitimi alınmasının gerekli olduğu vurgulanmıştır. Kan veya cinsel yolla bulaşan etkenlerin taranması uygun değildir. Dünya sağlık örgütü burun sürüntü kültürü, serolojik kan tetkikleri ve P.A akciğer grafisini önermemektedir.

Evlilik öncesi muayenesinde cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar açısından kişilerin anamnez ve tıbbi öyküsünün alınması ve HbsAg, Anti-HCV, Anti-HIV ve VDRL bakılması önerilir. Bu testlerde pozitif saptanan hastalığın tedavi edilmesi, cinsel partnerine hastalığın seyri ve bulaş yolları hakkında bilgi verilmesi ve takibe alınması koşuluyla evlenmelerine müsaade edilmesi önerilir.

Sporcu muayenesinde İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlarının birincil bir rolü yoktur. Kişinin geçirdiği akut bir infeksiyon hastalığı varsa, istirahat süresinin belirlenmesinde görüş belirleyebilir. Örneğin akut viral hepatit geçiren kişi hakkında görüş belirtmesi söz konusudur. Diğer bir durum ise toplu salonlar, tuvaletler veya havuzların kullanıldığı durumlarda taşıyıcıların infeksiyon etkenini yayılmasının engellenmesi konusunda görüş bildirebilir. Örneğin akut A hepatitinde klinik bulgulardan 3 hafta önce ve bir hafta sonra dışkı ile yüksek oranda bulaştırıcıdır.

Oturma izni ve vatandaşlık için aranan özellikler mevzuatta benzerdir. Türk Vatandaşlığı Kanununun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelikte kişinin "genel sağlık bakımından tehlike teşkil eden hastalık" ifadesi yer almaktadır. İnfeksiyon hastalıkları açısından konu müphem bırakılmıştır. Bu durumda, vatandaşlık veya oturma izni için başvuran kişilere Durum Bildirir Sağlık Kurulu raporu düzenlenmektedir.

Kaynaklar:

1. Hedrich AW, Silverman C. Should the premarital blood test be compulsory? Journal of public health. February 1958
2. Feldman YM, Repeal of madated Premarital tests for syphilis: A surveya of state health officers. AJPH February 1981; (17): 2.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



HIV/AIDS'DE KOENFEKSİYONLAR AKCİĞER TUTULUMU

Dr. Öğr. Üyesi Ayşin KILINÇ TOKER

SBÜ, Kayseri Tıp Fakültesi

Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji

HIV'DE TÜBERKÜLOZ KO-ENFEKSİYONU

- Diğer fırsatçı enfeksiyonlardan farklı olarak, CD4 T lenfosit sayısından bağımsız HIV enfeksiyonunun her evresinde tüberküloz (TB) ortaya çıkabilir
- Pulmoner tüberküloz olgularının yarısından fazlasının CD4 T lenfosit sayısının 200/mm³'ün üzerindedir
- TB tüm dünyada AIDS ile ilişkili ölümlerin en önemli nedenlerindedir
- HIV ile enfekte kişilerde tüberküloz tanısında testler HIV ile enfekte olmayanlardaki ile aynıdır, ancak testlerin bulgularında farklılıklar olabilir
- Akciğer görüntülemesinde CD4 T lenfosit sayısının düşük olan olgularda patolojik bulgu olmayabilir, ART ile immün restorasyon sağlandıkça radyolojik görünümler ortaya çıkabilir
- CD4 T lenfosit sayısının >200/mm³ olan olgularda akciğer üst lob tutulumu ve kaviter lezyonlar gözlenebilir
- Bağışıklığı ileri düzeyde azalmış olanlarda kaviter lezyonlar ve infiltrasyon daha az, mediastinal lenfadenopati (LAP) daha sık izlenmektedir
- İmmün yetmezlik ileri evrede ise ve kavite yoksa balgamda ARB negatif bulunabilir
- Bu olgularda TB kültürlerinin tanıya katkısı daha fazladır
- Hızlı tanıda nükleik asit arama testleri (NAAT) daha avantajlıdır ve ARB incelemesinden daha duyarlıdır
- Enzim işaretli immün deney (ELISA) veya "lateral flow" (strip test) yöntemiyle idrarda M. tuberculosis hücre duvarı antijeni olan LAM tespiti de tanıda kullanılabilir
- Bu antijen sadece aktif TB olgularında pozitif saptanır, duyarlılığı CD4 T lenfosit sayısının <100 hücre/mm³ olan olgularda en yüksektir
- TDT ve IGRA (Quantiferon ve TB-spot) %11-30 negatif sonuçlandığı için bunların aktif TB tanısında tek başına kullanılması önerilmemektedir
- IGRA testinin özgüllüğü HIV ile enfekte bireylerde TDT'ye göre daha yüksektir
- Histopatolojik incelemede Langhans dev hücrelerinin eşlik edip/etmediği epiteloit granülomlar, kazeifikasyon nekrozu ve ARB varlığı klasik bulgulardır. Ancak, ileri evre immün yetmezlikte bu bulgularında görülmeyebileceği unutulmamalıdır

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



- ART + anti-TB ilaçlarının günlük sayısının fazlalığına bağlı uyum sorunları
- İlaç-ilaç etkileşimleri
- İlaçların çoklu yan etkileri
- Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) gelişme riski
- IRIS; ART başlangıcını takiben gelişen immün iyileşme ile mevcut mikrobiyal antijenlere karşı patolojik düzeyde inflamatuvar yanıt oluşmasıdır
- Risk CD4 T lenfosit sayısının düşük olgularda daha belirgin
- CD4 T lenfosit sayısının $<50/mm^3$ ise TB tedavisi başlandıktan sonra iki hafta içerisinde ART başlanmalıdır

HIV'DE SİTOMEGALOVİRÜS KO-ENFEKSİYONU

- Sitomegalovirüs (CMV) ciddi immün süpresyonu olan HIV ile enfekte hastalarda dissemine veya lokal tutulum yapabilen bir DNA virüsüdür
- Klinik hastalığın çoğu daha önce CMV ile enfekte olmuş seropozitif bireylerde latent enfeksiyonun reaktivasyonunu şeklinde görülür
- CD4 T lenfosit sayısının <50 hücre/ mm^3 olan, henüz ART almayan veya ART ile tedavi başarısızlığı bulunan, ciddi immün süpresyonu olan hastalarda risk yüksektir
- HIV ile enfekte hastalarda CMV en sık retinit şeklinde ortaya çıkar
- CMV retinit nekrotizan bir retinittir
- Retinal hemorajiyle birlikte olan atılmış pamuk görünümünde, sarı-beyaz lezyonlar mevcuttur
- Hastaların %5-10'unda kolit görülür
- Kilo kaybı, iştahsızlık, karın ağrısı, ishal ve beslenme bozukluğu gelişir
- Çekumda perforasyon ve akut batın gelişebilir
- Mukozal ülserasyonlar ve histopatolojik incelemesinde karakteristik intranükleer ve intrasitoplazmik inklüzyonların görülmesi ile tanı konur
- Özefajit hastaların az bir kısmında görülür
- Yutma güçlüğü, bulantı ve epigastrik veya retrosternal rahatsızlığa neden olur
- Kolit ve özefajit ateş nedeni olabilirler
- CMV'nin nörolojik tutulumları demans, ventriküloensefalit ve poliradikülomyelit şeklinde gelişir
- CMV ventriküloensefaliti akut başlangıçlı, fokal nörolojik bulgular, kraniyal sinir felçleri, nistagmusun eşlik ettiği bir tablo olup, hızla ölüme doğru ilerler

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



- CMV poliradikülomiyeliti Guillian-Barre benzeri tabloya sebep olur; üriner retansiyon ve bacaklarda progresif, bilateral güçsüzlükle seyrederek
- BOS veya beyin dokusunda PCR ile virüsün pozitif olması tanıyı kuvvetle düşündürür
- CMV pnömonisi çok nadir görülür
- CMV pnömonisi tanısında BAL'da CMV kültürü veya PCR kullanılabilir
- Akciğer dokusunda veya sitolojisinde multipl CMV inklüzyon cisimciklerinin görülmesi spesifik tanıdır

HIV'DE PNEUMOCYSTİS JİROVECİ KO-ENFEKSİYONU

- Nefes darlığı, ateş ve nonproduktif öksürükle karakterize interstisyel pnömoni yapar
- Pneumocystis jiroveci (PCP) pnömonisi gelişmesinde risk faktörleri;
- CD4 T lenfosit sayısının <200 hücre/mm³
- Daha önce PCP geçirmiş
- Ağızda mantar enfeksiyonu öyküsü
- HIV RNA düzeyinin yüksek olması
- Takipne, taşikardi saptanabilir, pürülan sekresyon beklenmez
- En sık görülen radyografik özellik, bilateral interstisyel ve asiner infiltrasyonlardır
- İleri evre HIV enfeksiyonu olan olgularda akciğerde herhangi bir infiltrasyon olmayabilir
- Klinik mevcut olan hastalarda akciğerin difüzyon kapasitesinin düşmesi, PCP düşündürülen en önemli özelliktir
- Bronkoalveoler lavaj sıvısında PCR ile etkenin aranması tanıda en güvenilir yöntemdir
- Pneumocystis jirovecii'nin tanı ve izleminde serum LDH düzeyinin de sınırlı kullanım alanı vardır
- Özgüllüğü düşük olmakla birlikte, serum LDH düzeyi, PCP'li hastaların yaklaşık %90'ında yüksektir

HIV'DE COVID-19 KO-ENFEKSİYONU

- HIV pozitif kişilerde, beklenen SARS-CoV-2 enfeksiyonu oranı toplum geneliyle benzer durumda
- Yapılan bir çok çalışmada SARS-CoV-2 PCR pozitiflik oranları ve hastaneye yatışlarda anlamlı bir fark yok
- Hatta HIV pozitif kişilerde asemptomatik enfeksiyon sık
- ART kullanımı, virolojik baskılı ve CD4 düzeyi iyi olan hastalarda asemptomatik veya iyi klinik seyir ön görülüyor
- Komorbidite varlığı şiddetli COVID-19 riskini artırıyor
- Şiddetli COVID-19 açısından düşük CD4 sayısı, virolojik baskılanmadan bağımsız olarak kötü sonuç ile ilişkilendirilmiş

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



- CD4 sayısı düşük vakalarda mortalitede artış gözlemlenmiş
- COVID-19 tanısı ve tedavisi toplum geneli ile benzer
- İmmün baskılanma düzeyi yüksek ise PCP, TBC ko-enfeksiyonu akılda olmalıdır

KAYNAKLAR:

1. HIV/AIDS Tanı İzleme ve Tedavi El Kitabı
2. Park LR CT, AIDS 2020: 23rd International AIDS Conference Virtual
3. Sachdev DM E, J Acquir Immune Defic Syndr 2020
4. Asymptomatic SARS-COV-2 infection is extremely common among people with HIV, Isabelle R. Weir, et al. CROI 2022
5. Spinelli MA, Lancet HIV 2021
6. Wang M, Int J Infect Dis 2020
7. Risk Factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Death in a Population Cohort Study from the Western Cape Province, South Africa, Boule A, CID 2020
8. EACS Guidelines

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tüberküloz Lenfadenit Olgusu

Uzm. Dr. Ahmet ŞAHİN

Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep

Amaç: Tüberküloz lenfadenit, ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülen tablolarından biridir. Servikal bölgedeki tüberküloz lenfadenit, "skrofula" olarak bilinmektedir(1). Kaynaklarının sınırlı olduğu ülkelerde periferik lenfadenopatinin yaklaşık %43' ünden tüberküloz sorumludur(2). Amerika Birleşik Devletleri'nde tüberküloz olgularının yaklaşık %20'si ekstrapulmoner tüberkülozdur ve vakaların yaklaşık %30-40'ının başvuru nedeni lenfadenittir(3). Tüberküloz lenfadenit vakalarının çoğu latent enfeksiyonun yeniden aktive olmasıyla ortaya çıkmaktadır(4). Kesin tanı, biyopsi materyalinde aside dirençli basil (ARB) boyama ile tüberküloz basiliinin direkt görülmesi, kültürde üretilmesi veya histopatolojik incelemesinde kazeifiye granülomatöz inflamasyonun gösterilmesi ile konabilmektedir(5). Bu olguda yıllardır immünsupresif tedavi alan hastada meydana gelen tüberküloz lenfadenitin sunulması planlandı.

Olgu: Bilinen 10 yıldır ankilozan spondilit tanılı, 44 yaşında erkek hasta ateş ve boyun sol tarafta yaklaşık üç aydır var olan şişlik şikayeti ile başvurdu. Ankilozan spondilit nedeni ile tümör nekroz faktör- α inhibitörü ve steroid gibi çeşitli immünsupresif ajanları yıllardır kullanmakta idi. Fizik muayenesinde sol servikal bölgede ağrısız kitle palpe edilmesinin haricinde patolojik bulgu saptanmadı. Labotatuvar tetkiklerinde lökosit 14000/mm³ (%72 nötrofil, %18 lenfosit, %8 monosit), hemoglobin 13.7 gr/dl, aspartat aminotransferaz 35 U/L, alanin aminotransferaz 39 U/L, eritrosit sedimentasyon hızı 96 mm/saat, C-reaktif protein 110 mg/L ölçüldü. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Boyun ultrasonografide en büyüğü 3 cm olmak üzere multipl lenf nodu saptandı. Posteroanterior akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde paratrakeal, prevasküler, hiler ve karinal bölgelerde en büyüğü 2 cm olan lenfadenomegali izlendi. Akciğer parankiminde buzlu cam dansiteleri ve lineer ateletaksi görünümleri mevcuttu. PPD 8 mm idi. Hasta tüberküloz ve malignite ön tanıları ile kulak burun boğaz bölümüne konsülte edildi. Sol servikal lenf nodu eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucunda kazeifiye granülomatöz inflamasyon saptandı. ARB pozitif idi. Lenf dokusundan polimeraz zincir reaksiyonu çalışılmadı, kültürde Mycobacterium tuberculosis üretilmedi. Hastaya tüberküloz lenfadenit tanısı ile ilk iki ay izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid olacak şekilde anti-tüberküloz tedavi başlandı, sonraki dört ay ise izoniazid ve rifampisin tedavilerine devam edildi. Takiplerinde bir şikayeti olmayan, herhangi bir ilaç yan etkisi görülmeyen ve klinik / laboratuvar bulguları düzelen hastanın anti-tüberküloz ilaç tedavisi altı aya tamamlanarak kesildi. Tedavi sonrası takiplerde hastada patolojik bir durum gözlemlenmedi.

Sonuç: Ateş ve lenfadenomegalisi olan immünsupresif hasta gruplarında ayırıcı tanıda tüberküloz daima akılda tutulması gereken hastalıklar arasındadır. Tanıda mikrobiyolojik testlerin yanı sıra radyolojik ve histopatolojik yöntemlere de başvurulmalıdır. Tanı çoğunlukla lenf nodunun eksizyonel biyopsisi ile konulmaktadır (6).

Kaynaklar

1. Fontanilla JM, Barnes A, von Reyn CF. Current diagnosis and management of peripheral tuberculous lymphadenitis. Clin Infect Dis. 2011;53(6):555-62. doi: 10.1093/cid/cir454. PubMed PMID: 21865192.
2. Dandapat MC, Mishra BM, Dash SP, Kar PK. Peripheral lymph node tuberculosis: a review of 80 cases. Br J Surg. 1990;77(8):911-2. doi: 10.1002/bjs.1800770823. PubMed PMID: 2118407.
3. Peto HM, Pratt RH, Harrington TA, LoBue PA, Armstrong LR. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis in the United States, 1993-2006. Clin Infect Dis. 2009;49(9):1350-7. doi: 10.1086/605559. PubMed PMID: 19793000.
4. Shafer RW, Kim DS, Weiss JP, Quale JM. Extrapulmonary tuberculosis in patients with human immunodeficiency

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



virus infection. *Medicine (Baltimore)*. 1991;70(6):384-97. doi: 10.1097/00005792-199111000-00004. PubMed PMID: 1956280.

5. Taşbakan MS, Pullukçu H, Sipahi OR, Taşbakan MI, Çalık ŞÖ, Yamazhan T. Türkiye’de 1997-2009 Yılları Arasında Yayınlanan 694 Tüberküloz Lenfadenit Olgusunun Havuz Analiz Yöntemi ile Değerlendirilmesi. *Mikrobiyol Bul.* 2010;44:385-93.

6. Lee KC, Tami TA, Lalwani AK, Schecter G. Contemporary management of cervical tuberculosis. *Laryngoscope*. 1992;102(1):60-4. doi: 10.1288/00005537-199201000-00012. PubMed PMID: 1731159.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



DİRENÇLİ TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Uzm. Dr. Mustafa Özgür AKÇA

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bursa

58 yaşında erkek hasta, Nisan 2007 tarihinde ateş, terleme ve boynun sağ tarafında şişlik şikayetleriyle Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvuruda bulunduğu, servikal lenf bezi eksizyonel biyopsi yapıldığı saptandı. Yapılan histopatolojik incelemesi sonucunda kazeifiye granülomatöz reaksiyon, tüberküloz lenfadenit olarak raporlanmasıyla birlikte hasta Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş. O dönemde yapılan laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 10.3 g/dl, hematokrit % 35, lökosit 7400/mm³, sedimantasyon 68 mm/sa, Anti HIV negatif, Brusella tüp aglütinasyonu negatif, **Toxoplazma IgG Antikoru negatif Toxoplazma IgM Antikoru negatif, Rubella IgG Antikoru pozitif Rubella IgM Antikoru negatif, Cytomegalovirus(CMV) IgG Antikoru pozitif, Cytomegalovirus(CMV) Igm Antikoru negatif, Herpes Simplex Virus(HSV) Tip II IgG Antikoru negatif, Herpes Simplex Virus(HSV) Tip II IgM Antikoru negatif EBV Ig g pozitif, EBV Ig M negatif** olarak bulundu. Babasının öncesinde tüberküloz geçirdiği ifade etmekteydi. PPD 16 mm olarak saptandı. PAAC grafisi normal olarak değerlendirildi. Hastaya İsoniazid (H) 300 mg, rifampisin (R) 600 mg, Morfazinamid (M) 1500 mg, etambutol (E) 1500 mg tedavisi başlandı. Tedavi rejimi ilk iki ay HRME olarak devam ettikten sonra INH ve Rifampisin şeklinde planlanmıştır.

Tedavinin ikinci ayında yapılmış olan TBC kültüründe üreme saptandı ve duyarlılık testlerinde HRS'ye karşı direnç bildirildi. Bu sonuç ile birlikte tedavisi sonlandırıldı, amikasin 750 mg/gün, PAS 12 mg/gün, sikloserin 750 mg/gün, protionamid 800 mg/gün, moksifloksasin 400 mg/gün olacak şekilde yeniden düzenlendi. Tedavinin altıncı ayında parenteral amikasin tedavisi sonlandırıldı. 13. Ayda psikolojik sorunları ortaya çıkması nedeniyle sikloserin tedavisi kesilerek antipsikotik tedavi eklendi. Bu şikayetleri takiplerde geriledi ve tedavi 20. aya tamamlandı.

RD/ÇİD/YİD-TB hastaları TB kontrolünün önemli bir konusudur. Rifampisin direnci (RD) RİF, tüberküloz tedavisinin en önemli ilacıdır; direnç gelişince tedavisi zorluk göstermektedir. Son yıllarda tek RD saptayan moleküler test olması değerlidir. Çok ilaç direnç (ÇİD) (İngilizce'de "multidrug resistance: MDR") Hem İNH'ya hem de RİF'e direnç olmasıdır. Birlikte başka ilaç direnci de olabilir. Yaygın ilaç direnci (YİD) (İngilizce'de "extensive drug resistance: XDR") ÇİD'e ek olarak, bir kinolona ve bir parenteral ilaca (kapreomisin, kanamisin, amikasin) direnç olmasıdır. Birlikte başka ilaç direnci de olabilir. Uzun süre balgam pozitifliğinin devam etmesi, bulaştırmanın da uzun sürmesine neden olur. İlaçları uzun süre kullanmak gereklidir ve bu tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri çok fazladır; bu nedenlerle hastaların takip dışı kalma oranı çok daha yüksektir. Bu hastalara erken tanı konulması, etkili ve doğru bir tedavi rejiminin başlanması ve uzun süreli tedavinin sürdürülüp tamamlanması büyük bir sorunlar bütünü oluşturur.(1)

Genellikle İDT çalışılan yeni TB olgularında en sık görülen ilaç direnci olan H direnci 2018 yılında %11,6'dır. Önceden tedavi görmüş olgularda ise tüm ilaçlara karşı direnç daha yüksektir, ancak 2010 yılından bu yana azalma mevcuttur. İDT çalışılan olgularda 2018 yılı için tek ilaç olarak en sık H (%6,0) ve S (%4,7) direnci, ikili ilaç olarak HS (%2,8) direnci, üçlü ilaç olarak HRS (%1,1) direnci saptanmıştır. İDT çalışılan olgularda toplam direnç oranı %19,2 olarak gerçekleşmiştir. İDT yapılanlarda ÇİD-TB oranı yeni olgularda %2,6 iken (n= 131), önceden tedavi görmüş olgularda %9,9 (n= 45) olarak saptanmıştır. ÇİD-TB olgularından 8'i YİD-TB'dir.(2)

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Dirençli tüberküloz vakaları daha yüksek oranda Kuzeydoğu Avrupa'dan bildirilmektedir. 2017 yılında bildirilen laboratuvar onaylı 32266 tüberküloz vakasından 27339 (%84.7)'unda izoniyazid ve rifampisin duyarlılık testi sonuçları bildirilmiştir. En az bir izoniyazid ve rifampisin duyarlılığı ile sonuçlanan vakaların 2622'inde en az bir antibiyotiğe karşı direnç bildirilmiştir. Direnç testlerinin en fazla yapıldığı ülke Rusya olurken, İzlanda ve Karadağ en az sayıda testin bildirildiği ülkelerdir.

2018 yılında 484.000 hastanın %78'inde de çoklu ilaç direnci bulunmaktadır. En çok kullanılan ilaç olan rifampisine de direnç oldukça fazladır. Bu ilaç direnci olan hastaların 156.000'inde için ikinci nesil ilaçlar denenmiştir(3)

İDT olgularında duyarlılık testine e az 5 ilaç uzun süreli (18 ay) önerilmektedir(1,4)

1-Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi, 2. Baskı Ankara, Mayıs 2019

2-Türkiye'de Verem Savaşı 2020 Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

3-Global Tuberculosis Report 2019, World Health Organization, WHO/CDS/TB/2019.15

4- WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-resistant tuberculosis treatment 2020

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMANI OLARAK DENETLEME VE BİLDİRİM GÖREV VE SORUMLULUKLARIMIZ

YOĞUN BAKIM VE DİYALİZ MERKEZİ DENETLEMELERİ

Semiha ÇELİK EKİNCİ

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

I. YOĞUN BAKIM DENETİMLERİ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), hastane enfeksiyonlarının en sık görüldüğü yerlerdir. YBÜ hastaneye yatan hastaların ancak %5-10 kadarını içerdiği halde tüm hastane enfeksiyonlarının %25'inin kaynağını oluşturmaktadır. Bu oranın yüksekliği YBÜ'de yatan hastaların en ağır seyirli, en çok invaziv desteğe ihtiyaç duyan, en fazla antibiyotik kullanan ve en kalabalık çevrede bulunan hastalar olmasından kaynaklanır.

Bazı hastalar enfeksiyonları nedeniyle YBÜ'ye yatırılmak zorunda kalır, bu hastalarda mortalite yüksektir. Ancak başka nedenlerle YBÜ'de yatan diğer bazı hastalarda ise tedavileri süresinde enfeksiyonlar gelişir. Bu enfeksiyonların mortaliteleri daha da yüksektir.

YBÜ enfeksiyonları ayrıca hastanın kalış süresini ve maliyeti de oldukça artırmaktadır. Bu enfeksiyon oranlarını düşürmek için hem ünite çalışanlarının, hem de temizlik firması görevlilerinin eğitilmiş kişilerden seçilmesi, eğitimin devamlı sürdürülmesi ve denetlenmesi son derece önemlidir.

1. FİZİKİ ŞARTLAR

a. KONUM:

YBÜ'ler, diğer birimlerden, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanlarından ayrı, tercihen asansör, ameliyathane, acil servis, laboratuvar ve görüntüleme birimlerine yakın olacak şekilde ve ambulans girişi arasındaki naklinin hızla ve kolaylıkla sağlanabileceği bir alanda yapılandırılmalıdır. YBÜ girişinde ayrı bir ön geçiş alanı ve ayrıca hasta yakınları için bilgilendirme, görüşme ve bekleme amacıyla uygun bir alan düzenlenmelidir.

KVC yoğun bakım ünitelerinin ise en az 4 yatağı ve 1 temas izolasyon odası bulunmalıdır; ayrıca ameliyathane steril alanında olmamak kaydıyla, ameliyathane ile irtibatlı olacak şekilde yapılandırılmalıdır.

b. İÇ YAPILANMA:

Destek alanları hariç, yataklar arasındaki mesafe en az 1,5 m olacak şekilde her yatak için en az 12 m² alan ayrılmalıdır. YBÜ'de 10'dan fazla yatak mevcutsa izolasyon odaları dışında en az 4, en çok 10 yataktan oluşan birden fazla servise ayrılmalıdır. Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere kolay temizlenebilir bir ayırma düzeneği olmalıdır.

Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizlenebilmesi için içerisinde

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



bir tezgah, lavabo, musluk, sabun, kağıt havlu ve ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ile atık giderinin bulunduğu bir malzeme odası olmalı. Malzeme odasının çıkışı, kirli malzemeler servis içerisinde geçirilmeyecek şekilde düzenlenmeli.

Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılmalı. Servis içerisinde hazırlanması gereken ilaç ve infüzyonlar için destek alanı içerisinde ayrı bir hazırlama alanı oluşturulmalı.

Gözlem alanı hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun, merkezi konumda olmalı ve her yatağın yanında hasta takip formlarının ve dosyalarının tutulduğu ve muhafaza edildiği bir düzenek bulunmalı.

Servis içindeki tezgâh, dolap ve dolap kapakları, az ek yeri olan, kolay temizlenebilir, dış yüzeyleri yalıtılmış, nem geçirmez, hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına dayanıklı malzemedir yapılmalı. Duvar ve tavan yüzeylerinde kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte malzeme veya boya kullanılmalı. Duvar yüzeyleri hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olacak şekilde yapılandırılmalı ve böylece partikül saçılması önlenmeli.

Zemin yüzeylerinde kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, sık temizlemeye uygun, mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir, antistatik özellikte, malzeme kullanılmalı.

c. İZOLASYON ODASI:

Üçüncü seviye YBÜ'lerde en az bir adet temas izolasyon yatağı bulunmalı. İlk 12 yatağa kadar 1 adet, 12 yatak ve üzerinde her 6 yatağa kadar ilave 1 adet temas izolasyon yatağı oluşturulmalı.

Temas izolasyon odası tek yataklı olarak düzenlenmeli. Giriş alanı dahil, en az 15 m² alan ayrılması sağlanmalı. Giriş kapıları, ortak yoğun bakım alanına açılmamalı ve hemen dışında musluk ve lavabo bulunmalı. Sağlık tesisinin hemşire sayısı yeterli ise ve uzaktan monitorizasyon sistemi bulunmuyor ise izolasyon odası için ayrı hemşire görevlendirmesi yapılmalı.

Bakanlık tarafından uygun görülen sağlık tesislerinde; III. seviye erişkin yoğun bakım servislerinde havanın %100'ünü dışarı atabilen en az bir negatif basınçlı solunum izolasyon odası tesis edilmeli. Bu odaların duvarları, tavanı ve zemini sızdırma olmayacak şekilde tasarlanmalı. Tüm çıkış kapılarının kendiliğinden kapanabilir nitelikte olması sağlanmalı. Acil iletişim ve uzaktan hasta monitörizasyon sisteminin bulunması sağlanmalı. Odanın basınç durumunu sürekli olarak izlemeyi sağlayan oda içi basıncın dış ortama göre kıyaslanabildiği monitorizasyon sistemi oluşturulmalı.

d. LAVABO ve TUVALETLER:

Birinci ve ikinci seviye yoğun bakım servislerinde girişin hemen dışında, sadece personel eşliğindeki yoğun bakım hastalarının kullanımına tahsis edilmiş bir tuvalet olmalı. Kardiyoloji hastalarının takip edildiği yoğun bakımlarda ise tuvalet varsa, hemşire gözetim alanı içerisinde olmalı. Üçüncü basamak yoğun bakım servislerinde hasta yataklarının bulunduğu alanlar içerisinde tuvalet bulunmamalı.

Servis girişinde en az 1 ve hasta alanında her 6 yatağa kadar en az 1 adet olacak şekilde, muslukları bulunan, suyun

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte, sabun ve kâğıt havlu yeri olan lavabo ve sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği bulunmalı. Servisteki muslukların dirsek veya ayakla kontrol edilmesi veya otomatik açılır kapanır olması tercih edilmeli.

e. PENCERE ve IŞIKLANDIRMA:

Penceresi bulunan servislerde pencerenin açılmaz nitelikte olması, hasta alanlarının gün ışığı alması sağlanmalı. Penceresi bulunan servislerde hastaların, damar içi (IV) sıvıların, monitör ve ekranların gün ışığından doğrudan etkilenmemesi, hastaların mahremiyetini sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılmalı. Servis ışıklandırması hastanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilmeli.

f. HAVALANDIRMA SİSTEMLERİ:

Yoğun bakım servisinde merkezi havalandırma veya fiziki altyapı yetersizliği nedeniyle merkezi havalandırma sistemi kurulamamışsa merkezi havalandırma özelliklerine haiz lokal havalandırma sistemi kullanılmalı.

En az % 90 filtrasyon sağlayan, saatte asgari 6 kez dış hava değişimi yapabilen, sıcaklığın 22-26°C, bağıl nemin %30-60 arasında ayarlanabildiği, Bakanlıkça belirlenen ulusal standarda uygun, merkezi havalandırma sistemi veya fiziki altyapı yetersizliği nedeniyle merkezi havalandırma sistemi kurulamamışsa merkezi havalandırma özelliklerine haiz lokal havalandırma kurulmalı. Havalandırma sistemlerinin validasyonu sağlanmalı, düzenli olarak fiziksel ve mikrobiyolojik kontrolleri gerçekleştirilerek, performans kalifikasyon uygunluğu izlenerek kayıt altına alınmalı, yetkili kuruluşlarca standardizasyonu sağlanmalıdır.

2. PERSONEL

YBÜ sorumlusu olarak görevlendirilmiş ve ilgiliye tebligat yapılmış olmalı. Hastanede mikrobiyoloji uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı olmalı, yoksa da azami 2 saatlik mesafedeki ilde bulunması gerekir. YBÜ'de görevli hemşire ve sağlık memurlarının yoğun bakım ve resüsitasyon eğitimleri almaları sağlanmış olmalı.

3. ENFEKSİYON KONTROL ÖNLEMLERİ

Serviste 11.08.2005 tarihli ve 25903 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği doğrultusunda etkin enfeksiyon kontrol programları uygulanıyor olmalı. Her hasta değişiminde ventilatörün dış yüzeyinin üretici firmanın izin verdiği bir dezenfektan ile silinmesi gerekir. Bilhassa nemli ortamlar, ortak kullanılan sıvılar ve uygun olmayan dezenfektan solüsyonları bakteriler için uygun ortam oluşturabilmektedir. Ayrıca ünitelerde toz oluşturmadan temizlik yapılması, temizlikten sonra nemli olarak bırakılmaması temel kurallardır. Temizliğin doğru yapılması ve personelin el hijyeni eğitimi alması çok büyük önem arz etmektedir.

II. DİYALİZ ÜNİTELERİNİN DENETİMİ

Diyaliz teknolojisindeki gelişmelere rağmen kronik hemodiyaliz (HD) hastalarında gelişen enfeksiyonlar önemini korumaktadır. Kanla kontaminasyon riski yüksektir ve birçok hasta patojen bakterilerle kolonize veya infektidir.

Birden fazla hastanın aynı anda diyaliz aldığı bir ortamda, bulaşıcı ajanların doğrudan veya dolaylı olarak kişiden kişiye

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



bulaşması için tekrarlanan riskler mevcuttur. Bu da bağışıklık sistemi baskılanmış olan HD hastalarının nozokomiyal enfeksiyonlara maruz kalma riskini artırır.

Hemodiyaliz ünitelerinde görülen başlıca viral enfeksiyonlar HBV, HCV, HDV, HIV, HGV, TTV ve HTLV enfeksiyonları iken en sık görülen bakteriyel enfeksiyonlar ise vasküler girişim bölgesi enfeksiyonları ile diyalizat ve diyalizer kontaminasyonu ile ilişkili enfeksiyonlardır.

HD merkezleri altı ayda bir olağan denetim dışında, şikayet veya ihbar halinde ek olarak denetlenmektedir. İl Sağlık müdürü (veya görevlendirilen bir başkan), diyaliz hizmetleri ile ilgili bir başkan yardımcısı, kamuda çalışan bir nefroloji uzmanı (veya sertifikalı uzman) ile enfeksiyon hastalıkları uzmanı (veya enfeksiyon kontrol hemşiresi) olmak üzere 4 kişilik ekip tarafından denetimler yapılır.

1. SU DEPOLARI

Hemodiyaliz hastalarının sağlığı ve güvenliği açısından diyaliz sırasında kullanılan suyun güvenli ve temiz olması hayati önem taşımaktadır. 30lt/h'ten, her seansta hastalara 120lt su ile temas etmekte ve su kaynaklı patojenlere potansiyel olarak maruziyet sebebi ile risk oluşmaktadır.

HD ünitelerinde su ve diyaliz sıvıları en az ayda bir kez mikrobiyolojik açıdan incelenmelidir. Diyalizat hazırlama sıvısında bakteri sayısının 200 koloni oluşturan birim (kob)/mL'nin altında olması gerekmektedir. Daha yüksek miktarda üreme saptanırsa dezenfeksiyon işlemi sonrası tekrar örnek alınmalı. Diyaliz suyu içme suyundan daha saf ve zararlı maddelerden daha çok arındırılmış olmalı. Bakteriyel kolonizasyon riski olan filtre ve reçineler uygun aralıklarla dezenfekte edilmeli ve gerektiğinde değiştirilmeli, revers ozmoz membranlarının haftalık dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

Su dağıtım sistemleri bakteriyel üremeye izin vermeyen malzemelerden yapılmalı ve sistemde su akımında durgunluğa neden olabilecek kısımlar olmamalıdır. Su depoları kum fitresi, karbon fitresi ve endotoksin filtrelerinin bakımları, depolanan su deposunun genel temizliği, dağıtım borularının açılı ve durgun su oluşturup oluşturmadığı kontrol edilmelidir.

2. PERSONEL

a. PERSONEL EĞİTİMİ:

Personel eğitimleri personel işe girmeden önce ve yıllık olarak tekrar edilmeli, belgelenmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Personel eğitiminin içinde mutlaka "diyaliz hastalarında enfeksiyon ve korunma" ile ilgili bir eğitim ve el hijyeni eğitimi sorgulanmalı. Temizlik personelinin Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği doğrultusunda etkin enfeksiyon kontrol programları uygulayıp uygulamadığı ile ilgili gözlemler yapılmalı.

b. PERSONEL TARAMALARI:

Sağlık personelinin işe başlarken ve takibinde yılda bir kez rutin olarak Anti-HCV, HbsAg, Anti-Hbs, HIV 1+2 antikor taramasından geçirilmesi gerekmektedir. Gereken koruyucu tedbirler alınmalı ve gerektiğinde tedavileri yaptırılmalıdır.

Ünitelerde çalışan personele 0, 1 ve 6. aylarda tek doz hepatit aşısı yapılmalı ve aşılama sonrası personelin Anti-HBs

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



titreleri takip edilmelidir.

3. ENFEKSİYON KONTROL ÖNLEMLERİ

a. TEMİZLİK:

İnfeksiyon kontrol işlemleri, doğrudan ya da kontamine olmuş cihaz veya yüzeyler aracılığı ile kan veya kan ile kontamine sıvıların hastalar arasında transferini etkin bir şekilde önleyecek hijyenik önlemleri içermelidir.

Diyaliz Ünitelerinde yüzeyler kolay temizlenebilir olmalı, dezenfeksiyon işlemi ile bozulabilir özellikte olmamalıdır. Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyon işlemi her diyaliz işleminden sonra düzenli olarak yapılmalı ve bu durum yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.

Her seans sonunda potansiyel olarak kontamine olan tüm yüzeyler, diyaliz makinesinin dış yüzü, eğer gözle görülür düzeyde kontamine değilse, düşük düzeyli bir dezenfektan ile silinerek temizlenmeli ve çarşafklar değiştirilmelidir. Kan veya sıvı ile gözle görülür düzeyde kontamine olan yüzeyler, ticari olarak mevcut olan tüberkülosidal bir germisidile veya en azından 500 ppm hipoklorit içeren bir solüsyon ile dezenfekte edilmelidirler. Eğer kan veya sıvının diyaliz makinesinin kolay ulaşılamayan kısımlarına (örneğin modüllerin arası, kan pompasının arkası) sızdığı düşünülüyorsa, makine sökölüp dezenfekte edilinceye kadar servis dışı bırakılmalıdır.

Su arıtma ve dağıtım sistemi ile diyaliz makinesinin iç devrelerinin temizlenmesi ve dezenfekte edilmesinin yanı sıra tek geçişli makinelerde durulama ve dezenfeksiyon işlemlerini günün başında veya sonunda yapılmalıdır. Toplu devridaimli makineler için, her kullanımdan sonra boşaltılmalı, durulanmalı ve dezenfekte edilmelidir.

Diyaliz işlemi sonrasında tüm sıvılar dökülmeli, atık kutuları, tüm yüzeyler temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir

b. HASTADAN HASTAYA GEÇİŞİ ÖNLEMENE YÖNELİK ÖNLEMLER:

Diyaliz istasyonunda bulunan gereçler tek kullanımlık olmalı, tek bir hasta için kullanılmalı ve bir başka hastaya kullanılmadan önce veya temiz alana alınmadan önce dezenfekte edilmelidir. Kolayca dezenfekte edilemeyen gereçler (örneğin flaster, turnikeler) her hasta için özel olmalıdır. Kullanılan malzemeler (enjektör, steril gaz vb.) , ayrıca kısa süre içinde temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi mümkün olmayan malzemeler (flaster, bez gibi) hastanın tedavi gördüğü alanda ve yalnızca o hasta için kullanılmalıdır. Tansiyon aleti manşonları ya her hasta için özel olmalı ya da kolay silinebilir, açık renkli bir kumaştan yapılmalıdır.

İlaç hazırlamada multidoz flakon kullanılması önerilmez. Ancak kullanılması gerekiyor ise, birden fazla kullanım dozu içeren ilaçlar ve bu ilaçlarla ilgili malzemeler (enjektör, alkollü pamuk gibi), hastanın tedavi gördüğü istasyonda, yalnızca o hasta için kullanılmalı, temiz bölgeye götürülmemeli, bir başka hasta için kullanılmamalıdır.

Kullanılacak her türlü tedavi ve bakım araç gereçleri her hasta için ayrı olmalıdır. İlaçlar ve diğer gereçler hastalar arasında dolaştırılmamalıdır. Eğer dağıtım işlemi için tepsi kullanılacaksa her hasta değişiminde temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Diyaliz istasyonuna getirilmiş gereçler, daha sonra tekrar hazırlanma alanına götürülmemeli ve bir başka hasta için kullanılmamalıdır. Salonlar arasında ortak malzeme kullanılmamalıdır.

Diyaliz hastaları ve diyaliz ünitelerinde yapılacak her işlemde tek kullanımlık eldivenler giyilmeli, hasta değişimlerinde ve aynı hastada kirli bölgeden temiz bölgeye geçişte eldivenler çıkarılarak eller usulüne uygun olarak yıkanmalıdır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Potansiyel olarak infeksiyon riski taşıyan yüzey ve materyaller ile temas esnasında eldiven kullanılmalı, işlem sonrasında eldivenlerin çıkarılmasını takiben eller yıkanmalıdır. Sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda, çalışanın kolay ulaşabileceği şekilde, alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır. Kan sıçrama olasılığı olan durumlarda personelin koruyucu önlük ve maske kullanması sağlanmalıdır.

c. TEMİZ-KİRLİ ALAN AYRIMI:

Diyaliz Üniteleri içinde temiz ve kirli alanların ayrımı yapılmalıdır. Temiz alan; ilaçların hazırlanacağı, saklanacağı ve diğer temiz malzemelerin bulunduğu kısmı; kirli alan ise kullanılmış olan alet, malzeme ve cihazlar ile her türlü idrar ve kan örneklerinin bulundurulacağı alanlar olarak belirlenmelidir. Laboratuvara gönderilecek tüm örnekler ayrı bir alanda tutulmalıdır

Atıklar ilgili mevzuatlara uygun olarak toplanmalı ve imha edilmelidir. Kullanılan setler, diyaliz istasyonundan uzaklaştırılmadan önce olabildiğince iyi bir şekilde sarılmalı ve su geçirmeyen bir çöp torbası veya akıntı ihtimali olmayan bir kutu içerisinde taşınmalıdır. Kuruluşun büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır. Maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalı, temizliği ve dezenfeksiyon kuralları belirlenmiş olmalıdır.

d. KATATER BAKIMI:

Diyaliz işlemi için kalıcı ulaşım yolu olarak santral venöz katater yerine fistül veya greft tercih edilmelidir. Geçici hemodiyaliz kataterinin üç haftadan uzun süre kullanılması düşünüyor ise keçeli kataterlerin kullanılması önerilmektedir.

Hastalara ait katater bakımında ve pansumanında aseptik tekniğe azami dikkat gösterilmelidir. Hemodiyaliz kataterleri acil durumlar dışında kan alma veya başka işlemler için kullanılmamalıdır. Antiseptik ajanı olarak alkol bazlı klorheksidin (>%0,5) solüsyonu, alternatif olarak da Povidon-iyot (tercihen alkolle birlikte) veya %70 alkol kullanılabilir. Literatürde kateter çıkış bölgelerine antibiyotik merhem veya povidon-iyot merhem uygulanması da önerilmektedir. Vasküler girişim bölgesi infeksiyonlarının önlenmesi için hastaların ve personelin katetere erişim anlarında maske takması da öneriler içinde yer almaktadır.

e. OTELCİLİK HİZMETLERİ:

HD merkezinde hastalara yemek hazırlanıyorsa, mutfak hizmetleri için fiziki koşulların sağlanmış olması gerekmektedir. Tavan, zemin ve duvarlar yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalı, güvenli tedarik ve depolanma sağlanmalıdır. Depolarda ürünler duvarlarla ve zeminle temas etmemelidir. Yemek hazırlama ve bulaşık yıkama alanları ayrı olmalıdır. Gıda hijyeni sağlanmalı, tüm çalışanlar maske, eldiven ve bone kullanmalıdır. Şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda 72 saat saklanmalıdır.

Çamaşırlar konteynırlarda ayrıştırılmalı, temiz ve kirli konteynırlar belirlenmelidir. Konteynır temizliği günlük olarak yapılmalıdır. Depo alanı uygun sıcaklık ve nem değerlerine sahip olmalıdır

f. KAN YOLUYLA BULAŞAN VİRÜSLER ve PATOJEN BAKTERİLERİN GEÇİŞİNİ ENGELLEMEYE YÖNELİK İNFEKSİYON KONTROL ÖNLEMLERİ ve VİROLOJİK TARAMA:

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



HD hastaları diyalize ilk başladıkları zaman veya başka bir HD merkezinden geldikleri zaman kan grubu bilinmiyorsa kan grubu tayini, HIV ve Hepatit testleri (HBsAg, Anti-HBs ve Anti-HCV) yapılmalıdır. Virolojik tarama her 3 ayda bir tekrar edilmelidir (hastanın Anti-HBs pozitifliği varsa HBsAg ve Anti-HBs testleri 6 ayda bir yapılır).

i. Hepatit B:

Aşı: HBsAg negatif bulunan hemodiyaliz hastalara 0, 1, 2 ve 6. aylarda çift doz hepatit aşısı yapılmalıdır. 3. Doz aşılama 1-2 ay sonra Anti-HBs bakılmalı, yanıt saptanmaz ise tekrar 3 doz aşı programına alınmalı. İkinci seriye yanıt vermeyen hastalar tekrar aşılama programına alınmamalı ancak riskli perkütan maruziyet olursa hepatit B immün globulin ile temas sonrası profilaksi alınmalıdır. Aşıya yanıt veren hastalara her yıl Anti-HBs testi yapılmalı, Anti-HBs <10 mIU/mL'ye düşerse, hepatit B aşısının takviye dozunu uygulanması önerilmektedir.

Anti HbC IgG pozitif, Anti HbC IgM negatif olan hastalar da duyarlı kabul edilmeli ve aşılama programına alınmalıdır. 2 seri aşılama sonrası antikor yanıtı oluşmayan hastalarda HBV-DNA testi yapılmalıdır. HBV-DNA negatif saptanırsa aylık HBsAg bakılmalı, HBV-DNA pozitif saptanırsa da 'düşük seviyeli' kronik infeksiyon kabul edilmeli ve ek test istenmemelidir. Bu hastalarda HBsAg negatif oldukça izolasyon önerilmemektedir.

Anti HbC IgG ve Anti HbC IgM pozitif olan hastalar yakın zamanda enfekte olarak değerlendirilir ve 4-6 ay içinde Anti-HBs testi yapılmalıdır. Bu hastalarda da HBsAg negatif oldukça izolasyon önerilmemektedir.

Ancak hastada HBsAg pozitif saptandığında, hastanın odası, diyaliz makinesi, alet ve ekipmanları ayrılmalıdır.

ii. Hepatit C:

Hemodiyaliz başlangıcında anti-HCV negatif olan hastalar ayda bir ALT ve altı ayda bir anti-HCV ile taranmalıdır. Yıllık ya da gereklilik halinde HCV-RNA bakılabilir.

Aminotransferaz yüksekliği olan ve nedeni açıklanamayan HD hastalarında HCV-RNA bakılmalıdır. Bir HD ünitesinde ortaya çıkan yeni bir HCV infeksiyonunun nazokomiyal olduğundan şüphelenilirse, temas ihtimali olan hastaların hepsinde HCV-RNA testi yapılmalıdır.

Anti-HCV pozitif (veya HCV RNA pozitif) hastaların diğer hastalardan izole edilmesine veya özel makinelerde ayrı olarak diyalize alınmasına gerek yoktur. Ayrıca diyaliz cihazının yeniden kullanım programlarına katılabilirler. Bu hastalara hizmet veren personel mümkünse ayrı olmalıdır.

iii. HIV:

HIV ile enfekte hastaların diğer hastalardan izole edilmeleri veya ayrı makinelerde diyalize girmeleri gerekli değildir. Bu hastalarda da "reuse" diyalizerler kullanılabilir. Bu hastalara hizmet veren personel mümkünse ayrı olmalıdır.

Kaynaklar:

1. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı. Ankara, Haziran 2020 (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>)

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



2. Doç. Dr. Gökhan AYGÜN. Yoğun Bakım Ünitelerinde DAS Uygulamaları. 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi – 2009 (<https://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2009/pdf/341-345%20Gokhan%20Aygün.pdf>)
3. Kalıcı Hemodiyaliz Kataterlerin Kullanımı ve Komplikasyonları, Canan Sayan. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği, 26. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi 2016 (<http://www.ndthd.org.tr/images/kalici-hemodiyaliz-kataterlerin-kullanimi-ve-komplikasyonlari.pdf>)
4. CDC, Dialysis Safety. Guidelines, Recommendations and Resources (<https://www.cdc.gov/dialysis/guidelines/index.html>)
5. Hemodiyaliz Ünitelerinde İnfeksiyon Kontrolü. Dilek Arman. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi – 2007 (<https://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/dilek.arman-das-2007-yazi.pdf>)
6. Sağlıkta Kalite Standartları Diyaliz. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Ankara, Eylül 2016 (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6537/0/sks-diyaliz-kitabipdf.pdf>)
7. Diyaliz Ünite / Merkezlerinde Enfeksiyon Kontrol Denetim Formu (https://ismhs.istanbulsaglik.gov.tr/Media/Uploads/Saglik-Hizmetleri-Baskanligi/Saglik-H-izleme-Degerlendirme-Denetim-Birimi/Formlar/SH%C4%B0DDB-DK02_D%C4%B0YAL%C4%B0Z%20%C3%9CN%C4%B0TE-MERKEZLER%C4%B0NDE%20ENFEKS%C4%B0YON%20KONTROL%20DENET%C4%B0M%20FORMU.pdf)
8. Erişkin Yoğun Bakım Servislerinin Seviye Tespit, Denetim Ve Değerlendirme Formu (<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/150589/0/eriskin-yogun-bakim-denetim-formupdf.pdf>)

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SÖZEL BİLDİRİ ÖZETLERİ

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-01

BAĞIŞIKLIĞIN YENİDEN YAPILANMASINA BAĞLI YANGI SENDROMU (IRIS) GELİŞEN HIV ENFEKTE HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ-BUHASDER ÇALIŞMASI

Eyüp Arslan¹, Melda Türken², Tuba Damar Çakırca³, Ahmet Şahin⁴, Sevgi Özsürünç¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹, Şükran Köse⁵

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

³Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

⁴Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, İzmir

GİRİŞ ve Amaç: HIV ile enfekte bireylerde antiretroviral tedavi (ART)'nin başlamasıyla birlikte immün sistemin restorasyonu ve vücudun immün yanıtı sonucunda ortaya çıkan klinik durum, bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı yangı sendromu (IRIS) olarak tanımlanmaktadır. Sıklıkla ART başlamasından sonraki üç hafta içinde ortaya çıkar. Çok merkezli olarak yürütülen bu çalışmada, ART başladıktan sonra IRIS gelişen HIV enfekte olguların özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank EAH, Dr. Ersin Arslan EAH, Şanlıurfa EAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Klinikleri'nde takip edilen altı olgu dahil edildi. Olgulara ait bilgiler, hastane bilgisayar sisteminden elde edildi. Standart hazırlanan formlara kaydedildi.

Bulgular: Olguların dördü (%66.66) erkek, yaş ortalaması 42±7.82 idi. Olguların ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) ortalama 22.25±4.37 idi. Antiretroviral tedavi (ART) başlamadan önceki ortalama CD4+ T lenfosit sayısı 132.5±112.28 (min-max: 18-320), HIV RNA medyan değeri 485000 (2824-4125000) IU/ML olarak belirlendi. İlk olguda Cryptococcus neoformans, ikinci olguda Mycobacterium tuberculosis, Cytomegalovirus, Hepatitis B virüs, üçüncü olguda Cytomegalovirus, dördüncü olguda Cytomegalovirus, P. jirovecii ve Candida spp, beşinci olguda Cytomegalovirus, P. jirovecii enfeksiyonu, altıncı olguda ise kaposi sarkomu ile takip edilirken, ART başlanmış ve IRIS gelişmişti. Beşinci olguda ise ART başlandıktan sonra Cytomegalovirus, P.jiroveci enfeksiyonları saptanmış ve IRIS tanısı almıştı. Olguların tümünde IRIS geliştikten sonra ART'ye devam edilmiş, dört olguya steroid verilmiştir. Kaposi sarkomu nedeniyle takip edilen hastada ise ART başlamasından sonra klinik kötüleşme olmuş. Doksorubisin tedavisinden sonra klinik ve laboratuvar yanıtı alınmıştır. IRIS nedeniyle kaybedilen hasta olmamıştır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



TARTIŞMA: Çok merkezli olarak yaptığımız bu çalışmada en sık IRIS nedeni olarak sitomegalovirus enfeksiyonu olduğu belirlenmiştir. IRIS'in heterojen bir görüntüsü olduğu, tanı konulmasının güç olabileceği, klinik kötüleşmenin olduğu HIV enfekte hastalarda immünitenin yapılandırılmasına bağlı IRIS gelişmiş olabileceği unutulmamalıdır.

IRIS* gelişen HIV enfekte olguların özellikleri

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5	Olgu 6
Yaş	54	37	48	43	34	36
Cinsiyet	Erkek	Erkek	Kadın	Kadın	Erkek	Erkek
Bulaş yolu	Heteroseksüel	Homoseksüel	Heteroseksüel	Heteroseksüel	Heteroseksüel	Homoseksüel
Sigara	-	Sigara	-	Sigara	-	Sigara
VKİ*	20	28	22	22	15.6	25.9
Komorbidite	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Tedavi başlarken BK*(mm ³)	8890	6300	9200	11000	10400	3720
Lenfosit	1330	1600	900	300	200	960
Hemoglobin	8.5	12.5	11.6	12	8.6	10.4
PLT(mm ³)	302000	358000	246000	275000	206000	233000
Kreatinin	0.7	0.7	0.5	0.5	0.8	0.8
Kolesterol	100	194	198	164	69	124
D. dimer	0.3	-	0.6	5.8	4.6	1.35
CD4+ T lenfosit sayısı	200	320	90	18	41	126
CD4+ T lenfosit yüzdesi	23	20	1	6	1.8	14.3
CD8 + T lenfosit düzeyi	609	960	1350	135	54	677
CD8 + T lenfosit yüzdesi	70	60	15	45	27.3	70.6
HIV RNA (IU/ML)	2824	537000	94500	433000	751000	4125000
Kullanılan ART*	TDF+FTC+DTG	TDF+FTC+DTG	TDF+FTC+DTG	TDF+FTC+RAL	TDF+FTC+DTG	TAF+FTC+BIC
TMP-SMX profilaksi	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	Evet
IRIS gelişme nedeni	Cryptococcus neoformans	Mycobacterium tuberculosis, Cytomegalovirus, Hepatitis B virus	Cytomegalovirus	Cytomegalovirus, P. jirovecii pnömonisi, Candida özefajiti	Cytomegalovirus, P.jirovecii pnömonisi	Kaposi sarkomu

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



ART ile IRIS arasındaki süre (gün)	10	60	7	45	18	30
------------------------------------	----	----	---	----	----	----

IRIS: Bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı yangı sendromu; VKİ: Vücut kitle indeksi; ART: Antiretroviral tedavi; BK: lökosit sayısı; PLT: trombosit sayısı; TMP-SMX: Trimetoprim-sulfametoksazol; TDF: Tenofovir disoproksil fumarat; FTC: emtrisitabin; DTG: Dolutegravir; RAL: Raltegravir; BIC: Biktegravir; TAF: Tenofovir alafenamid

HIV enfekte hastaların IRIS gelişikten sonraki takipleri

IRIS geliştiğinde						
HIV RNA (IU/ML)	389	975	72640	877	14800	760
CD4+ T lenfosit sayısı	-	540	120	37	68	179
CRP	23	17	52	1	45	-
LDH	452	327	689	420	261	154
Etkilenen sistem	Santral sinir sistemi	Pulmoner, gastrointestinal	Pulmoner	Pulmoner	Pulmoner, hematopoetik	Pulmoner, dermatolojik
Bulgular	Ateş, baş ağrısı, intrakraniyal basınç artışı, BOS'da pleositoz	Öksürük, karaciğer testlerinde artış, radyolojik görüntüleme de progresyon	Ateş, terleme, öksürük, nefes darlığı	Öksürük, nefes darlığı, radyolojik görüntüleme de progresyon	Ateş, nefes darlığı, radyolojik görüntüleme de progresyon	Öksürük, nefes darlığı, lenfadenomegali ve boyut artışı, radyolojik görüntüleme de progresyon
IRIS'in formu	Paradoksal	Paradoksal	Paradoksal	Paradoksal	Unmasking	Paradoksal
Takip süresi (gün)	48	-	300	90	35	64
IRIS tedavisi	Sistemik steroid, non steroid anti-inflamatuar ilaçlar	KCFT yüksekliği nedeniyle verilmedi	Sistemik steroid, parasetamol	Sistemik steroid	Sistemik steroid anti-inflamatuar ilaçlar	Doksorubisin
ART	Devam edildi	Devam edildi	Devam edildi	Devam edildi	Devam edildi	Devam edildi
Sonuç	IRIS düzeldi	IRIS düzeldi	IRIS düzeldi	IRIS düzeldi	IRIS düzeldi	IRIS düzeldi

ART: Antiretroviral tedavi; IRIS: Bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı yangı sendromu; KCFT: Karaciğer fonksiyon testleri

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-02

MOGADIŞU-SOMALİ'DE KRONİK VİRAL HEPATİT HASTALARINDA KOMPLEMENTER TERAPİ

Ahmed Mohamed Ali¹, Ahmet Doğan², Mukhtar Abdullahi Ali¹, Mohamed Abdi Osman¹

¹Mogadişu-Somali Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ABD

GİRİŞ ve AMAÇ

Çalışmada amacımız Mogadişuda bir eğitim ve araştırma hastanesine Kronik hepatit B ve C nedeniyle başvuran ve takipleri yapılan hastaların Komplementer terapi (KT) amacıyla başvurdukları tedavi çeşitlerini irdelemektir.

YÖNTEM

Bu prospektif kesitsel anket çalışması 1 Ocak - 30 Mayıs 2023 tarihleri arasında planlandı. Kronik hepatit B, C veya her ikisinde olan >18 yaş hastalar çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR

Toplam 300 hasta çalışmaya dahil edildi. Vakaların %51.3'ü erkek idi. Çoğunluğu (%56) 40-54 yaş aralığında idi. Hastaların %48'inin okuma yazması yoktu. Büyük çoğunluğu (%71) evli idi. Katılımcıların eş durumu sorgulandığında büyük çoğunluğu tek eşli idi (Tablo 1). Vakaların özgeçmişini sorgulandığında %85'i kronik hepatit B idi. Çoğunluğunun (%45) tanı ve takip süresi 5 yıldan kısa idi. Vakaların %87'si herhangi bir antiviral tedavi almadığını beyan etti. Düzenli poliklinik kontrolü sorgulandığında ise %44'ünün dikkat etmediği anlaşıldı. Vakalar büyük oranda (%77.9) KT kullandığını beyan etti. Komplementer terapiyi genellikle (%60.7) ailelerin ve arkadaşların önerdiği anlaşıldı. Tedavi yararı sorgulandığında KT'yi kullananların sadece %56'sı tedavinin yararına inanıyordu (Tablo 2). Tedaviyi kullananların %21'i tedaviden yan etki gördüğünü beyan etti. Kronik HBV hastalarının komplementar terapide bal, deve sütü, yakma tedavilerine sık başvurdukları tespit edildi. Bir vaka da deve idrarını içerek tedavide kullandığını beyan etti (Tablo 3). Vakaların sosyodemografik özelliklerine göre KT karşılaştırıldığında, sadece evli hastaların bekar veya boşanmışlara göre anlamlı oranda KT'ye başvurduğu gözlemlendi ($p < 0.05$). Komplementer terapi kullanım durumu hastaların geçmişine göre karşılaştırıldığında, hepatit tipi ($p > 0.05$) ve antiviral tedavi alma ($p > 0.05$) açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ancak, KT kullanımı özellikle takibin ilk beş yılında anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$). Ayrıca, kronik hepatit nedeniyle düzenli poliklinik ziyaretlerine gidenlerin KT kullanım oranı yüksekti ($p < 0.05$). Komplementer terapi kullanıcıları tedavinin faydalarına inanmaktadır ($p < 0.05$). Komplementer terapinin en çok arkadaş veya aile tavsiyesi ile tercih edildiği belirlendi ($p < 0.05$). Tek eşli olanların iki ve daha fazla eşli olanlara göre KT'ye daha fazla ilgi gösterdikleri gözlenmiştir ($p < 0.05$). Beklenenin aksine KT kullananlarda yan etki görülme oranı yan etki bildirenlere göre daha yüksekti ($p < 0.05$) (Tablo 4). Meslek grubuna göre KT açısından anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SONUÇ

Mogadişu'da ikamet eden kronik hepatit B ve C hastaları sıklıkla çeşitli KT yöntemlerine başvurmaktadır. Medeni durum ve eş sayısı, poliklinik takip süresi ve düzeni, aile veya arkadaş tavsiyesi ve KT'ye olan inanç KT tercihini etkilemektedir. Ancak antiviral tedavi ile karşılaştırmalı çalışmalar KT'nin fayda/zararına daha fazla ışık tutacaktır.

Tablo 1. Demografik Parametreler

Sorular	Cevaplar	N	%
Cinsiyet	Erkek	154	51.3
	Kadın	146	48.7
Yaş grubu	18-24	30	10.0
	25-39	100	33.3
	40-54	168	56.0
	>=55	2	0.7
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmeyen	144	48.0
	İlköğretim	49	16.3
	Ortaöğretim	50	16.7
	Üniversite	57	19.0
Medeni durum	Evli	213	71
	Bekar	45	15
	Boşanmış	24	8
	Dul	18	6
Gelir durumu	<500\$	211	70.3
	500-1000\$	79	26.3
	>1000\$	10	3.3
Yaşadığı bölge	Kırsal	151	50.3
	Kentsel	149	49.6
Etnik yapı	Somalili	296	98.7
	Yabancı	4	1.3
Eş sayısı	Bir	117	74.5
	İki	33	21.0
	Üç	6	3.8
	Dört	1	0.6

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 2. Kronik Hepatit ve Komplementer Terapi

Sorular	Cevaplar	N	%
Hepatit tipi?	HBV	255	85
	HCV	43	14.3
	HBV+HCV	2	0.7
Takip süresi?	Yeni tanı konmuş	79	26.3
	<5 yıl	135	45
	6-10 yıl	41	13.7
	10 yıldan fazla	45	15
Antiviral tedavi alma durumu?	Hiç almadım	261	87
	Alıyorum	29	9.7
	Alıyordum, tedaviyi bıraktım	10	3.3
Düzenli poliklinik kontrolü?	Evet	168	56
	Hayır	132	44
Komplementer terapi kullanma durumu?	Evet	233	77.9
	Hayır	66	22.1
KT'yi kim önerdi?	Aile/arkadaşlar	142	60.7
	TV, radyo veya internet	3	1.3
	Yazılı kaynaklar	55	23.5
	Sağlık çalışanı	27	11.5
	Din görevlisi	7	3.0
	Diğerleri	7	3.0
KT'nin faydalı olduğunu düşünüyor musun?	Evet	131	56.2
	Hayır	20	8.6
	Emin değilim	82	35.2
Yan etki?	Evet	49	21.0
	Hayır	106	45.1
	Emin değilim	79	33.9
Bitkisel ürünlerin kaynağı?	Hasta tarafından bizzat hazırlanmıştır	15	6.5
	Başkaları tarafından hazırlanmıştır	6	2.6
	İnternetten	1	0.4
	Hayvandan Hazırlanmıştır	209	90.5
	Sağlık gıda mağazaları veya	0	0
	Kimyager,	0	0

Tablo 3. Komplementer Terapi Tipleri

Alınan Komplementer Terapiler	N	%
Yakma	10	4.3
Yakma+hacamat	1	0.4
Yakma+bitkisel+bal	2	0.9
Yakma+deve sütü+bal	4	1.7
Yakma+deve sütü+bal	1	0.4
Yakma+bal	9	3.8
Yakma+bal+deve sütü	2	0.9
Hacamat	1	0.4
Bitkisel tedavi	3	1.3
Bitkisel tedavi+deve sütü+bal	2	0.9
Bitkisel tedavi +bal	4	1.7
Deve sütü	17	7.3
Deve sütü+bal	35	15.0
Deve sütü+bal+deve idrarı içme	1	0.4
Dua/ibadet+bal	1	0.4
Bal	133	56.8
Bal+ deve sütü	8	3.4

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 4. Hepatitler ve Komplementer Terapi

Parametrlr		Komplementer Terapi Kullanma, N (%)		Toplam, N (%)	p-değeri
		Evet	Hayır		
Hepatit tipi	HBV HCV HBV+HCV	201 (67) 31 (10) 2 (0.6)	54 (18) 12 (4) 0 (0)	255 (85) 43 (14.4) 2 (0.6)	0.463
Takip süresi	Yeni tanı <5 yıl 6-10 yıl >10 yıl	32 (10.6) 121 (29.4) 39 (13) 42 (14)	47 (15.6) 14 (15.6) 2 (0.6) 3 (1)	79 (26.2) 135 (45) 41 (13.8) 45 (15)	<.001
Antiviral kullanma	Hayır Evet	198 (66) 36 (12)	63 (21) 3 (1)	261 (87) 39 (13)	0.068
Düzenli poliklinik kontrolü	Evet Hayır	148 (49.3) 86 (28.6)	20 (6.6) 46 (15.5)	168 (55.9) 132 (44.1)	<.001
KT'yi kim önerdi	Aile/arkadaşlar TV/radyo/internet Sağlık çalışanı Din görevlisi Diğerleri	141 (47) 3 (1) 55 (18.3) 27 (9) 7 (2.3)	1 (0.3) 0 (0) 0 (0) 0 (0) 0 (0)	142 (47.3) 3 (1) 55 (18.3) 27 (9) 7 (2.3)	<.001
KT'nin faydalı olduğunu düşünüyor musun?	Evet Hayır Emin değilim	130 (43.3) 20 (6.6) 82 (27.3)	1 (0.3) 0 (0) 1 (0.3)	131 (43.6) 20 (6.6) 83 (27.3)	<.001
Eş sayısı	Bir İki Üç Dört	101 (33.6) 27 (9) 5 (1.6) 1 (0.3)	16 (5.3) 6 (2) 1 (0.3) 0 (0)	117 (38.9) 33 (11) 6 (2) 1 (0.3)	0.029

HBV: Hepatit b, HCV: Hepatit c, KT: Komplementer terapi

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-02

MOGADIŞU-SOMALİ'DE KRONİK VİRAL HEPATİT HASTALARINDA KOMPLEMENTER TERAPİ

Ahmed Mohamed Ali¹, Ahmet Doğan², Mukhtar Abdullahi Ali¹, Mohamed Abdi Osman¹

¹Mogadişu-Somali Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ABD

GİRİŞ ve AMAÇ

Çalışmada amacımız Mogadişuda bir eğitim ve araştırma hastanesine Kronik hepatit B ve C nedeniyle başvuran ve takipleri yapılan hastaların Komplementer terapi (KT) amacıyla başvurdukları tedavi çeşitlerini irdelemektir.

YÖNTEM

Bu prospektif kesitsel anket çalışması 1 Ocak - 30 Mayıs 2023 tarihleri arasında planlandı. Kronik hepatit B, C veya her ikisinde olan >18 yaş hastalar çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR

Toplam 300 hasta çalışmaya dahil edildi. Vakaların %51.3'ü erkek idi. Çoğunluğu (%56) 40-54 yaş aralığında idi. Hastaların %48'inin okuma yazması yoktu. Büyük çoğunluğu (%71) evli idi. Katılımcıların eş durumu sorgulandığında büyük çoğunluğu tek eşli idi (Tablo 1). Vakaların özgeçmişini sorgulandığında %85'i kronik hepatit B idi. Çoğunluğunun (%45) tanı ve takip süresi 5 yıldan kısa idi. Vakaların %87'si herhangi bir antiviral tedavi almadığını beyan etti. Düzenli poliklinik kontrolü sorgulandığında ise %44'ünün dikkat etmediği anlaşıldı. Vakalar büyük oranda (%77.9) KT kullandığını beyan etti. Komplementer terapiyi genellikle (%60.7) ailelerin ve arkadaşların önerdiği anlaşıldı. Tedavi yararı sorgulandığında KT'yi kullananların sadece %56'sı tedavinin yararına inanıyordu (Tablo 2). Tedaviyi kullananların %21'i tedaviden yan etki gördüğünü beyan etti. Kronik HBV hastalarının komplementar terapide bal, deve sütü, yakma tedavilerine sık başvurdukları tespit edildi. Bir vaka da deve idrarını içerek tedavide kullandığını beyan etti (Tablo 3). Vakaların sosyodemografik özelliklerine göre KT karşılaştırıldığında, sadece evli hastaların bekar veya boşanmışlara göre anlamlı oranda KT'ye başvurduğu gözlemlendi ($p < 0.05$). Komplementer terapi kullanım durumu hastaların geçmişine göre karşılaştırıldığında, hepatit tipi ($p > 0.05$) ve antiviral tedavi alma ($p > 0.05$) açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ancak, KT kullanımı özellikle takibin ilk beş yılında anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.05$). Ayrıca, kronik hepatit nedeniyle düzenli poliklinik ziyaretlerine gidenlerin KT kullanım oranı yüksekti ($p < 0.05$). Komplementer terapi kullanıcıları tedavinin faydalarına inanmaktadır ($p < 0.05$). Komplementer terapinin en çok arkadaş veya aile tavsiyesi ile tercih edildiği belirlendi ($p < 0.05$). Tek eşli olanların iki ve daha fazla eşli olanlara göre KT'ye daha fazla ilgi gösterdikleri gözlenmiştir ($p < 0.05$). Beklenenin aksine KT kullananlarda yan etki görülme oranı yan etki bildirenlere göre daha yüksekti ($p < 0.05$) (Tablo 4). Meslek grubuna göre KT açısından anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-04

GAZİANTEP İLİNDEKİ HEPATİT A SEROPREVALANSI VE ENDEMİK DEĞİŞİM

Selda Aslan¹, Ahmet Şahin², Esin Doğanekin³, Akif Doğanekin⁴

¹Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Gaziantep

²Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Gaziantep

³Gaziantep Halk Sağlığı, Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep

⁴Emek Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Gaziantep

Giriş

Hepatit A virüsü (HAV) nedeniyle oluşan akut viral hepatit kendi kendini sınırlayan, dünya genelinde görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. DSÖ verilerine göre viral hepatite bağlı ölümlerin %0,5'inden sorumludur. Ülkemizde endemik olup seroprevalansı düşmektedir. Sıklıkla çocukluk dönemi hastalığı olmakla birlikte virüsle karşılaşma yaşı adolesan ve genç erişkin döneme doğru kaymaktadır. Ülkemizde aktif HAV prevalans kayıt sisteminin etkin olarak kullanılmaması nedeniyle yapılan seroprevalans çalışmaları yol göstermektedir. Genellikle sağlık çalışanları, öğrenciler yada çocukluk yaş grupları incelendiği için toplum geneli yansıtılmamaktadır. Özellikle ileri yaşlarda daha mortal olabilmesi, toplum geneli seroprevalans çalışması ihtiyacı oluşturmaktadır. Bu çalışmada toplumdaki hepatit A seroprevalans sonuçlarının belirlenmesi, ülkemizdeki ve dünyadaki seroprevalans verilerinin karşılaştırılması ve hepatit A aşılama ihtiyacına ışık tutulması amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışmaya birinci basamak sağlık kuruluşlarına 1 Ocak 2019 ve 31 Aralık 2022 tarihleri arasında çeşitli nedenlerle başvuran ve anti-HAV IgG ile anti-HAV IgM testleri istenilen hastalar alındı. Gaziantep Halk Sağlığı Laboratuvarı bilgi yönetim sistemi verileri geriye dönük incelendi. Aynı hasta için tekrarlayan sonuçlar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular

Çalışmada anti-HAV IgM ve anti-HAV IgG düzeylerine bakılan toplam olgu sayıları sırasıyla 128 387 ve 89532, Anti-HAV IgM ve anti-HAV IgG pozitif olan olgular ise sırasıyla 233 (%1.81) ve 79015 (%88.25) idi. Sonuçlar şekil 1'de özetlenmiştir.

Anti-HAV IgM pozitif 233 hastanın 41'i (%17.6) erkek 192'si (%82.4) kadın idi. Pozitif olgu sayısı her iki cinsiyette de en sık 25-44 yaş aralığında görüldü. Sonuçlar şekil 2'de gösterildi.

Yıllara ve aylara göre anti-HAV IgM ve IgG pozitif olguların dağılımları incelendiğinde, özellikle 2021 yılı Haziran ayı ve 2022 yılı Mayıs, Haziran, Eylül ve Ekim aylarında anti-HAV IgM pozitifliğinde ciddi artış fark edildi. Sonuçlar şekil 3 ve 4'de belirtildi.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

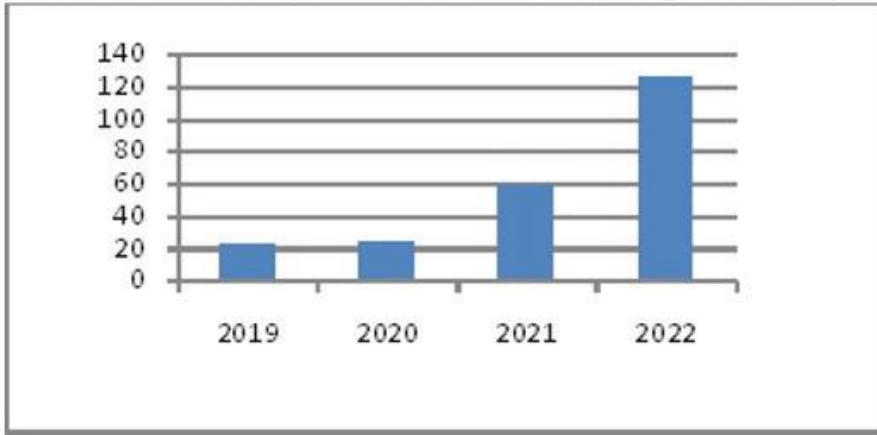
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



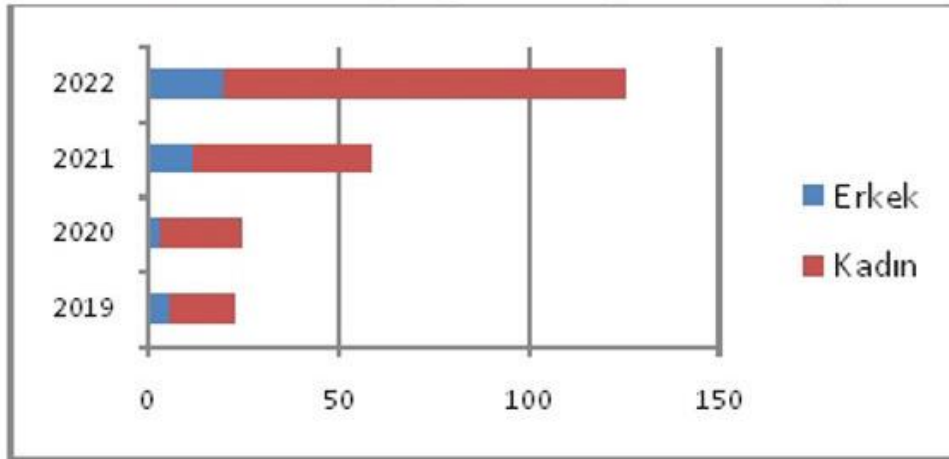
Sonuç

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, dünyada her yıl 1,4 milyon yeni hepatit A olgusu ve buna bağlı yaklaşık 7000 ölüm gerçekleşmektedir. Dünyada; gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde sıklıkla yaşamın ilk yıllarında HAV ile karşılaşma gerçekleşirken gelişmiş ülkelerde damar içi madde kullanımı, erkeklerle seks yapan erkekler, yüksek endemik bölgelere seyahat nedeniyle yüksek riskli gruplardaki ergenler ve yetişkinler arasında hastalık görülmektedir. Türkiye gibi endemik bölgelerde ise sıklığı azalmakla birlikte virüsle karşılaşma yaşı adolesan ve genç erişkin döneme doğru kaymaktadır. Ülkemizde özellikle 18 yaş üstü akut hepatit A insidans çalışmaları çok azdır. Prevalans çalışmaları ile geçirilmiş enfeksiyon tespit edilmektedir. Erişkin aşılama etkinliği için bağışık olmayan bireylerin tespiti ve enfeksiyonların önlenmesi hayati önem arz etmektedir.

Şekil 1. Yıllara göre anti- HAV IgM pozitif sayı dağılımı



Şekil 2. Anti- HAV IgM pozitif olguların cinsiyet ve yıllara göre dağılımı.



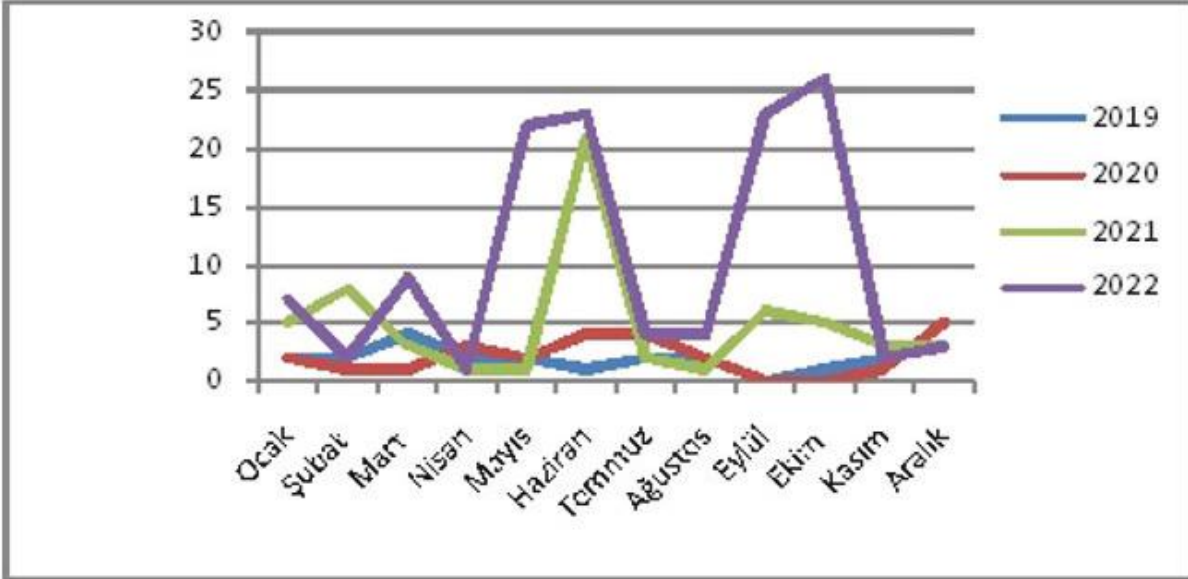
11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

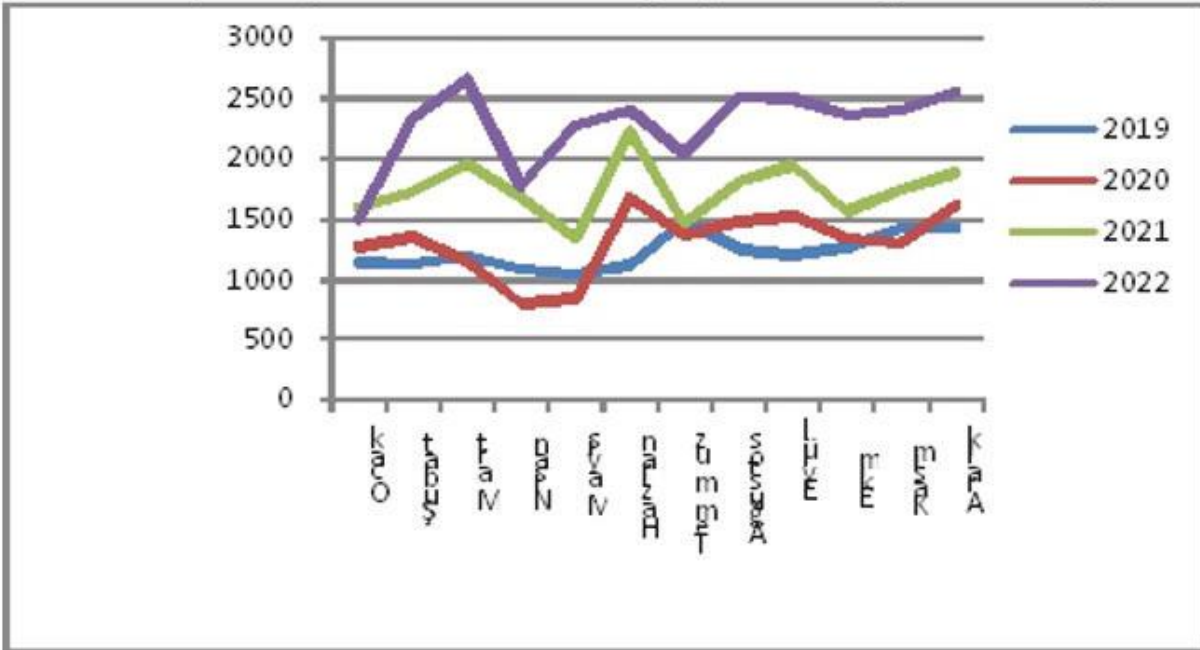
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Şekil 3. Aylara göre anti- HAV IgM pozitif olguların dağılımı



Şekil 4. Aylara göre anti- HAV IgG pozitif olguların dağılımı



SS-05

KRONİK HEPATİT B TANILI HASTALARDA HEPATOSTEATOZ SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yasemin Çakır, Murtaza Öz, Seyit Ali Büyüktuna

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

Giriş ve Amaç: Hepatik steatoz, karaciğer enzim yüksekliğinin dünyadaki en yaygın nedenidir. Siroz ve hepatosellüler karsinom etiolojisinde yer alan bu hastalık hepatositlerde lipid damlacıklarının birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Hepatik steatoz ile kronik hepatit B (KHB) arasındaki ilişki ise halen gizemini korumaktadır. Bu çalışmanın amacı, KHB tanılı hastalarda ultrasonografi ile tanımlanmış hepatik steatoz sıklığının araştırılması ve hepatosteatoz varlığının ve şiddetinin biyokimyasal ve virolojik parametreler ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Ocak 2022-2023 tarihleri arasında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde takip edilen 262 yetişkin KHB hastası dahil edildi ve hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Altı aydan uzun süredir hepatit B yüzey antijeni pozitifliği olan, 18 yaş üzeri hastalar çalışmaya dahil edildi. Hepatik steatoz varlığı ve evresi hepatobiliyer ultrasonografi (USG) ile belirlendi. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar parametreleri ve hepatobiliyer USG sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Verilerine ulaşılamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar hepatosteatozu olan ve olmayanlar olmak üzere iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 25 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 262 KHB hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 45.1 ± 15.3 , erkek sayısı 136 (51.8), HBeAg negatifliği 238 (%90.8) idi. Hastaların demografik özellikleri ve laboratuvar parametreleri tablo 1 de gösterilmiştir. Hepatosteatozu olan ve olmayan hastalar arasında yaş, DM varlığı, trigliserid yüksekliği, LDL yüksekliği ve HDL düşüklüğü açısından anlamlı fark saptanırken, cinsiyet, HbeAg negatifliği ve antiviral tedavi alıp almama durumu ile hepatosteatoz arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 2). Karaciğer biyopsisi yapılan hastalar steatoz açısından karşılaştırıldığında ise sirotik hastalarda non-sirotiklere göre steatoz açısından anlamlı fark saptandı ($p=0.033$). Bulgularımız, KHB tanılı hastalarda saptanan steatoz prevalansının, genel Türk popülasyonunda bulunan en yüksek alkolsüz hepatosteatoz prevalansından daha yüksek olduğunu göstermiştir.

TARTIŞMA ve Sonuç: KHB ile hepatosteatoz arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalarda hepatosteatoz grubunun daha yaşlı olduğu ve vücut kitle indeksi ve trigliserid değerlerinin hepatosteatozu olan hastalarda daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da hepatik steatozun KHB hastalarında genel popülasyona göre daha yaygın olduğu ve literatür ile benzer şekilde ileri yaş, DM varlığı, düşük HDL düzeyi, yüksek trigliserit ve yüksek LDL düzeylerinin KHB hastalarında hepatik steatoz riskini arttırdığı gösterilmiştir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 1

	<u>n</u>	%
Yaş	45.1 ± 15.3	
Kadın	126	48.1
Erkek	136	51.8
Vücut Kitle İndeksi (BMI)	24.7± 2.8	
BMI>25	93	35.5
DM	3	1.1
Hastalık yılı	8.1± 3.1	
HDV	10	3.8
HBeAg pozitifliği	24	9.2
HBeAg negatifliği	238	90.8
Biyopsi	86	32.8
Siroz	20	7.6
Aspartat aminotransferaz (IU/l)	24.4± 11.4	
Alanin aminotransferaz (IU/l)ALT	27± 5.7	
Açlık glukoz düzeyi (mg/dL)	95.1± 10.1	
Total kolesterol düzeyi (mg/dL,)	166.0± 37.7	
Trigliserid düzeyi (mg/dL)	124.3± 34.8	
HDL düzeyi	44.7± 11.7	
LDL düzeyi	102.4± 25.7	
Alfa fetoprotein (AFP)	2.7± 1.5	
Tedavi durumu	113	43.1
Tenofovir	63	24
Entekavir	50	19.1
Steatoz	163	62.2
Steatoz grade 0	99	37.8
Steatoz grade 1	81	30.9
Steatoz grade 2	68	26.0
Steatoz grade 3	14	5.3

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 2

	Hepatosteatoz (-) n:99	Hepatosteatoz (+) n:163	p
Yaş	39.9 ±14.7	48.4 ± 15.0	<0.01
Cinsiyet			
Kadın	54 (%42.9)	72 (%57.1)	0.103
Erkek	45 (%33.1)	91 (%66.9)	
Hastalık Yılı	7.9±3.2	8.2± 3.04	0.582
Vücut kitle indeksi (BMI)	24.6±2.6	24.8±2.9	0.624
BMI >25	36 (%38.7)	57 (%61.3)	0.819
DM varlığı	6 (%20.7)	23 (%79.3)	0.044
HDV koinfeksiyonu	3 (%30)	7 (%70)	0.605
HbeAg pozitifliği	11 (%45.8)	13 (%54.2)	0.394
HbeAg negatifliği	88 (%37)	150 (%63)	
Aspartat aminotransferaz (IU/mL)	23.1 ± 10.8	25.2 ± 11.7	0.157
Alanin aminotransferaz (IU/mL)	26.7 ± 5.7	27.1 ± 5.8	0.567
Açlık glukoz düzeyi (mg/dL)	93.7 ± 9.3	95.9 ± 10.5	0.083
Total kolesterol (mg/dL)	162.6±39.0	168.6±36.9	0.214
Trigliserid (mg/dL)	117.9±29.9	128.3±36.9	0.019
HDL (mg/dL)	47.2±13.2	43.2±10.4	0.007
LDL (mg/dL)	98.6±24.3	104.6±26.4	0.043
AFP (ng/mL)	2.4±1.3	2.8±1.6	0.75
Antiviral tedavi			
Tenofovir	40 (%35.1)	74 (%64.9)	0.830
Entekavir	23 (%35.9)	41 (%64.1)	
	17 (%34)	33 (%66)	
Siroz varlığı	0 (%)	8(%100)	0.033

SS-06

KRONİK HEPATİT B HASTALARINDA NÜKLEOZ(T)İD ANALOGLARIN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bengü Gireniz Tatar¹, Recep Balık², Şükran Köse³

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

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik hepatit B (KHB) tedavisinin temel amacı, viral yükü baskılayarak siroz ve hepatoselüler karsinom gibi komplikasyonların gelişmesini önlemektir. KHB enfeksiyonunun tedavisinde entekavir (ETV), tenofovir disoproksil fumarat (TDF), tenofovir alafenamide(TAF) gibi nükleoz(t)id analogları (NA'lar) ilk tercihtir. Tedavi süresinin belli olmaması nedeni ile uzun süre tedavi alan hastalarda yan etkiler önemli bir rol oynar. Tedavi seçimi açısından ilaçların renal fonksiyonlara olan etkisi önemli bir faktördür. Bu çalışmada, KHB hastalarının böbrek fonksiyonları üzerindeki uzun vadeli NA etkilerini değerlendirdik.

YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmada, NA ile tedavi edilen toplam 305 HBV tanılı hasta çalışmaya dahil edildi. Tedavi başlangıcında eGFR<60 mL/dk/1.73 m², serum kreatinin değeri>1.5 mg/dL olan ve 18 yaşından küçük hastalar çalışmaya alınmadı. Serum ALT, kreatinin ve üre değerleri her 3 ayda bir ölçüldü. Tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) kullanılarak böbrek fonksiyonlarındaki değişiklikler analiz edildi. Tüm istatistiksel analizler R 3.6 istatistiksel paketi kullanılarak yapıldı (<http://www.R-project.org>). eGFR, Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyoloji İş birliği (CKD-EPI) denklemi kullanılarak hesaplandı. Yıllara göre eGFR değerindeki değişimler tekrarlayan ANOVA analizi ile değerlendirildi. p <0.05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Toplamda 305 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %43'ü (n=131) TDF, %29'u (n=88) ile ETV, %16'sı (n=50) ile LdT(telbivudin) ve %12'i (n=36) ile LAM(lamivudin) tedavisi alıyordu. Tedavi grupları arasında yaş, cinsiyet ve tedavi başlangıcındaki eGFR değeri açısından istatistiksel fark yoktu (p>0.05). LAM, LdT ve ETV alan hasta grubunda eGFR değerinde anlamlı bir değişim saptanmazken TDF alan hastalarda eGFR değerinde anlamlı bir azalma saptandı(p=0.017). Gruplar arası karşılaştırmada 4 ilaç grubu arasında eGFR değişimi açısından anlamlı fark saptanmadı(p=0.719). Yıllara göre eGFR değerleri Şekil 1'de gösterilmiştir.

11. BUHASDER KONGRESİ

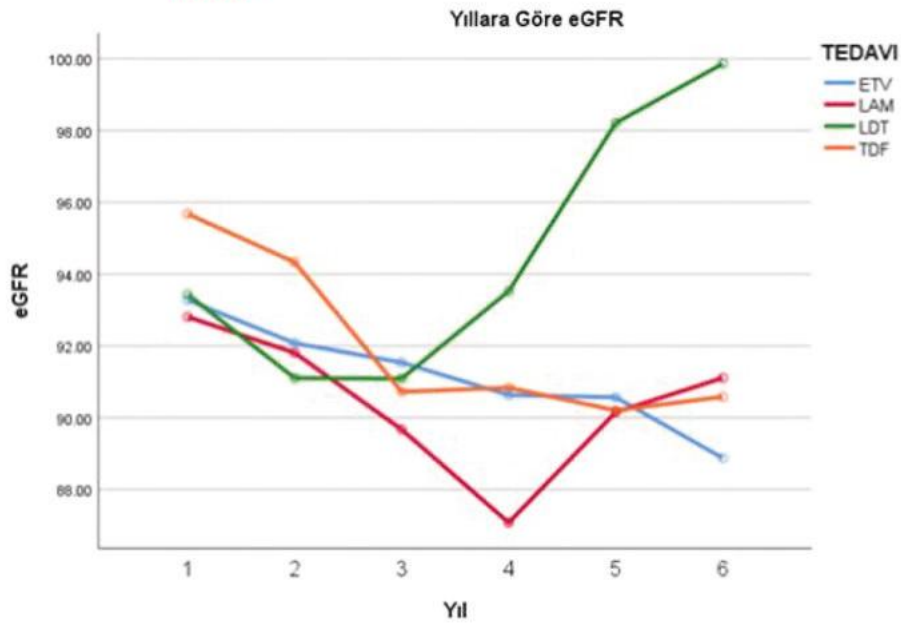
29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamız, yaşla birlikte eGFR'nin azaldığını göstermekle birlikte, antiviral ilaçlar arasında eGFR değişimi açısından anlamlı fark saptanmadı. ETV tedavisinin böbrek fonksiyonları açısından daha güvenli olduğu düşünülse de, uzun süreli tedavi alan hastalarda yakın eGFR takibi yapılmasının gerekli olduğunu düşünmekteyiz

Yıllara göre eGFR



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-07

KARBAPENEM DİRENÇLİ GRAM NEGATİF BAKTERİLERDE SEFTAZİDİM-AVİBAKTAM TEDAVİSİ: ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANE DENEYİMİ

Yavuz Çekli

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

Giriş ve Amaç: Son yıllarda karbapenem direncinin yayılması küresel bir sağlık sorunudur. Karbapeneme dirençli *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, 3. kuşak sefalosporinler ve karbapenemlere dirençli *Enterobacteriaceae* (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*) kritik öneme sahip gram negatif bakterilerdir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda bu etkenlerle gelişen enfeksiyonların tedavisi zor ve mortalitesi yüksektir. Yeni tedavi seçeneği olarak seftazidim-avibaktam (CAZ-AVI) yapılan çalışmalarda çoklu antibiyotik direnci gösteren gram negatif enterik basillere ve *Pseudomonas* türlerine etkili saptanmıştır. Bu nedenle hastanemizde CAZ-AVI ile tedavi ettiğimiz hastaların verilerini analiz ederek tedavi deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Hastanemiz yoğun bakım ünitesinde CAZ-AVI verilen hastaların retrospektif taraması yapılarak CAZ-AVI endikasyonu oluşturan kültür sonuçları incelendi. Üreyen mikroorganizmalar, izolatların direnç profilleri, tedavi süreleri, kombinasyon terapileri ve mortalite oranları hesaplandı.

Bulgular: CAZ-AVI tedavisi verilen 73 hastanın %75'i erkek ve ortalama yaş 65,2 (19-91) olarak saptandı. Enfeksiyonların %39,7'si kan dolaşım enfeksiyonu, %38,3'ü pnömoni, %9,5'i cilt-yumuşak doku enfeksiyonuydu. Yirmi hastada birden fazla enfeksiyon tablosu mevcuttu. Pnömoni gelişen hastalardan alınan endotrakeal aspirat kültürlerinde en sık izole edilen etkenler sırasıyla *Klebsiella spp.* (%63) ve *Pseudomonas aeruginosa* (%15) oldu. Tüm izolatlardaki kolistin direnci %42,8 idi. Bakteriyemi gelişen 29 hastadan toplamda 32 etken izole edildi. Bakteriyemide en sık saptanan etken ise %81,2 ile *Klebsiella spp.* oldu ve tüm izolatlardaki kolistin direnci %71,8 idi.

Hastaların tedavi süresi ortalama 14 (3-14) gündü. 45 (%61,6) hastada CAZ-AVI monoterapi olarak tedavide kullanıldı. Kombinasyonlar %26 ikili, %8,2 üçlü ve %4,2 dördüydü. Kombinasyonda en sık kullanılan antibiyotikler ise teikoplanin (%22,4), kolistin (%16,3), tigesiklin (%12,2) ve amikasindi (%10,2). Hastaların 28 günlük mortalite oranı %20,5 olarak saptandı.

Sonuç: CAZ-AVI, ülkemizde Ekim 2019'da ruhsat almış olmasına rağmen geri ödeme koşulları ancak 28 Nisan 2021 tarihinde sağlanabilmiştir. İkinci ve/veya üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda; komplike intraabdominal enfeksiyon, piyelonefrit dahil komplike idrar yolu enfeksiyonu veya ventilatör ile ilişkili pnömoni dahil hastanede kazanılmış pnömoni tedavisinde endikasyon almıştır. CAZ-AVI özellikle çoklu ilaca dirençli gram negatif bakterilerde etkili bir alternatif olarak karşımıza çıkmakta; ancak halen daha fazla hasta izleminin yapıldığı prospektif gözlemsel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-08

YOĞUN BAKIMDA ÜNİTELERİNDE KATETERLE İLİŞKİLİ KAN DOLAŞIMI ENFEKSİYONLARININ ALTI YILLIK DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu Mert¹, Zuhul Avşar², Elif Özgür Orman², Bilge Cidir², Gülşen İskender¹, Semra Tunçbilek¹, Mustafa Ertek¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hemşiresi, Ankara

Giriş ve Amaç: Santral venöz kateterler (SVK) ve kalıcı kateterler (port), yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda veya maligniteli hastalarda yaygın olarak kullanılmaktadırlar. Kateterlerin kullanımları sonucu gelişen kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (Kİ-KDE'ler) önemli morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Bu çalışmada üçüncü basamak bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde (anestezi, dahiliye ve cerrahi) yatan hastalarda gelişen Kİ-KDE'lerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1 Ocak 2018-30 Haziran 2023 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda gelişen Kİ-KDE, ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri kriterlerine göre laboratuvar ve kliniğe dayalı aktif sürveyans sistemiyle saptandı. Kan kültürleri için BacT/Alert® 3D (bioMérieux, Marcy l'Etoile, Fransa) cihazı kullanıldı. Kan kültürü cihazında üreme saptanan şişelerden koyun kanlı agar, çikolata agarı ve eozin metilen mavisi agarına pasaj yapıldı. Kateter örnekleri semikantitatif kültür tekniğine uygun olarak ekildi. Kültür vasatları, 37°C'de 48 saat inkübe edildikten sonra değerlendirildi. Semikantitatif kültürde >15 kob üremenin olması anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada toplam 179 hastada Kİ-KDE saptandı. Olguların 31 (%17,3)'ini hematolojik malignite, 58 (%32,4)'ini solid organ tümörü ve 90 (%50,3)'ünü malignitesi olmayan hastalar oluşturuyordu (Tablo 1). Toplam 188 üreme saptandı. İzole edilen patojenlerin dağılımında Gram-negatif bakteriler %55,3, Gram-pozitif bakteriler %24,5 ve mantarlar %20,2 oranında saptandı (Tablo 2). Yıllara göre enfeksiyon hızları tablo 3'de gösterildi.

TARTIŞMA ve Sonuç: Perifer ve SVK'den aynı anda alınan kan kültürlerindeki üremenin farklı zamanlarda olması kateterle ilişkili bakteriyemi tanısında kullanılır.

Malignite, nötropeni ve immünosüpresif tedavi Kİ-KDE gelişiminde önemli risk faktörleridir. Bu çalışmada Kİ-KDE olan vakaların tümü yoğun bakım ünitelerinde yatan immünosüprese hastalardı. Hastaların %49,7'i hematolojik veya solid organ malignitesine sahipti.

Kİ-KDE'nun %19-21'ini Gram-negatif bakteriler oluşturmaktadır. Bu çalışmada, Gram-negatif bakteriler %55,3, Gram-pozitif bakteriler %24,5 ve mantarlar %20,2 oranında saptanmıştır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Hastaların neredeyse yarısının maligniteli olması, tüm hastaların yoğun bakım ünitesinde yatması ve hastanede Gram-pozitif bakteri üremesinin az olması Gram-negatif bakterilerin baskın olmasının nedeni olarak düşünülmüştür.

Demet uygulamalarının KI-KDE insidansını %80 kadar azalttığı bildirilmiştir.

2018-2023 yılları incelendiğinde KI-KDE oranları 0-8,87/1000 SVK günü olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, KI-KDE'nin önlenmesi ve başarılı bir tedavi için hastane sürveyans verilerinin analizi, izole edilen etkenlerin dağılımı ve risk faktörlerinin bilinmesi çok önemlidir.

Tablo 1. Kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu olan hastaların yıllara göre dağılımı

Yıl	Hematolojik maligniteli hasta sayısı	Solid organ malignitesi olan hasta sayısı	Malignitesi olmayan hasta sayısı	Toplam
2018	7	10	7	24
2019	4	9	23	36
2020	6	13	15	34
2021	7	13	14	34
2022	6	10	20	36
2023	1	3	11	15
				179

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 2. 2018-2023 yılları arasında kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu etkenlerinin sayı ve yüzdeleri

Üreyen Etken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gram-negatif bakteriler		
Klebsiella pneumoniae	43	22,9
Acinetobacter baumannii	36	19,1
Pseudomonas aeruginosa	6	3,2
Enterobacter cloacae	5	2,6
Escherichia coli	5	2,6
Serratia marcescens	4	2,1
Proteus mirabilis	2	2,3
Stenotrophomonas maltophilia	1	0,5
Sphingomonas paucimobilis	1	0,5
Chryseobacterium indologenes	1	0,5
Gram-pozitif bakteriler		
Enterococcus faecalis/ faecium	25	13,3
Koagülaz-negatif stafilokok	18	9,6
Staphylococcus aureus	3	1,6
Mayalar		
Candida parapsilosis/albicans	37	19,7
Geotrichum türleri	1	0,5
Topam	188	100

Tablo 3. 2018-2023 yılları arasında kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon hızları

Yıl	Enfeksiyon hızı
2018	8,27
2019	9,29
2020	9,67
2021	10,82
2022	8,61
2023	6,56

SS-09

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ ENFEKSİYONLARININ ALTI YILLIK DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu Mert¹, Zuhal Avşar², Bilge Cidir², Gülşen İskender¹, Semra Tunçbilek¹, Mustafa Ertek¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hemşiresi, Ankara

Giriş ve Amaç: Ventilator ilişkili pnömoni (VİP); ilerlemiş önlemler, antibiyotik tedavisi ve destekleyici bakıma rağmen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. VİP, endotrakeal entübasyondan 48 saat sonra gelişen hastane ilişkili bir pnömoni türüdür.

Bu çalışmada yoğun bakım ünitelerinde (anestezi, dahiliye ve cerrahi) altı yıllık VİP etkenlerinin ve enfeksiyon hızlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1 Ocak 2018-30 Haziran 2023 tarihleri arasında yoğun bakım ünitelerinde yapılan invaziv araç ilişkili enfeksiyon surveyans sonuçları retrospektif olarak incelendi.

VİP, ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) kriterlerine göre laboratuvar ve kliniğe dayalı aktif surveyans sistemiyle saptandı. VİP hızının hesaplanmasında CDC kriterleri kullanıldı.

Bulgular: 1 Ocak 2018-30 Haziran 2023 tarihleri arasında yoğun bakım ünitelerinde takip edilen toplam 176 hastada VİP gelişti. Bu hastaların 20 (%11,4)'i hematolojik maligniteli, 62 (%35,2)'i solid organ tümörlü ve 94 (%53,4)'ü malignitesi olmayan hastalardı (Tablo 1).

En sık saptanan etkenler sırasıyla *Acinetobacter baumannii* (%47,8), *Klebsiella pneumoniae* (%28) ve *Pseudomonas aeruginosa* (%11) olarak belirlendi (Tablo 2). VİP enfeksiyon hızı ortalama 9,7 olarak saptandı. Yıllara göre enfeksiyon hızları tablo 3'de gösterildi.

TARTIŞMA ve Sonuç: Yoğun bakım ünitesinde izlenen hastalar; yaş, altta yatan hastalık, klinik durum, verilen ilaçlar, immünoşüpresyon ve yapılan invaziv girişimlere bağlı olarak enfeksiyonlara yatkın hale gelmektedirler.

VİP, endotrakeal entübasyondan 48 saat sonra gelişen hastane ilişkili bir pnömonidir.

Yapılan bir çalışmada en çok izole edilen etken *A. baumannii* (%31), ikinci sırada *Pseudomonas spp.* (%20,6) olmuştur. Bu çalışmada da en sık izole edilen etkenler sırasıyla *A. baumannii*, *K. pneumoniae* ve *P. aeruginosa* olmuştur.

Antibiyotiklere en fazla direnç geliştiren VİP etkenlerinin *A. baumannii* ve *K. pneumoniae* olduğu saptandı. Bunun nedeni; entübe olan hasta sayısının artması, karbapenem, polimiksin, glikopeptit ve kinolon kullanımının artmasına

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



bağlı olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada etkenlerin tamamının hastane kaynaklı olması, etkenlerin izole edildiği hastaların altta yatan ciddi hastalıklarının olması ve çoğunun öncesinden antibiyotik alması yüksek genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz oranına neden olduğu düşünülmüştür.

Sonuç olarak; yoğun bakım ünitelerinde VİP gelişimini azaltacak önlemler alınmalıdır. Patojenlerin direnç profillerinin artması nedeniyle ampirik tedavide kullanılacak antibiyotiklerin ünitenin mikrobiyolojik flora ve antibiyotik direncine göre seçilmesi, etken izole edildikten sonra tedavinin antibiyotik duyarlılık sonucuna göre daraltılması gerekmektedir.

Tablo 1. VİP enfeksiyonu olan hastaların yıllara göre dağılımı

Yıl	Hematolojik maligniteli hasta sayısı	Solid organ malignitesi olan hasta sayısı	Malignitesi olmayan hasta sayısı	Toplam
2018	9	15	12	36
2019	0	13	10	23
2020	2	3	14	19
2021	7	11	14	32
2022	2	9	31	42
2023	0	11	13	24
Toplam	20	62	94	176

Tablo 2. VİP enfeksiyonu etkenleri ve sayıları

Üreyen Etken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gram-negatif bakteriler		
Acinetobacter baumannii	87	47,8
Klebsiella pneumoniae	51	28
Pseudomonas aeruginosa	20	11
Proteus mirabilis	6	3,3
Stenotrophomonas maltophilia	5	2,7
Enterobacter cloacae	4	2,2
Serratia marcescens	4	2,2
Escherichia coli	2	1,1
Sphingomonas paucimobilis	1	0,5
Gram-pozitif bakteriler		
Corynebacteria spp.	1	0,5
Kocuria spp.	1	0,5

Tablo 3. 2018-2023 yılları arasında VİP enfeksiyon hızları

Yıl	Enfeksiyon hızı
2018	11
2019	6,1
2020	6,19
2021	11,23
2022	11,9
2023	12,07

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-10

ÇOCUKLUK ÇAĞI RUTİN AŞILAMASI HEPATİT B İÇİN YETERLİ BAĞIŞIKLIK SAĞLIYOR MU?

Emir Resuloğlu

Ortaca Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Hepatit B virusu (HBV) aşı ile önlenebilen hastalıklar arasında olup dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’de genel olarak HBV prevalansı % 4.57 olarak tahmin edilmektedir. Ülkemizde 1998 yılından beri çocukluk çağı rutin aşı takvimine dahil edilmiştir. Ancak aşılama sonrası antikor ölçümü yapılmamaktadır. Bu durumda bireylerde bağışık yanıtının oluşup oluşmadığı saptanamamaktadır. Bu çalışmada, rutin aşı takvimine tabii olan yaş grubundaki kişilerde, Anti-Hbs sonucuna göre bağışık yanıtı oranının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 01.06.2022 ile 01.06.2023 tarihleri arasında hastanemizde iş/staja başlama öncesi tarama testleri yapılan ≥ 16 yaş bireyler dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet HbsAg ve antiHbs sonuçları hastane bilgi sisteminden geriye dönük olarak taranarak dosyaya kaydedildi. Hastalar, rutin aşılama programından önce doğanlar (>25 yaş) ve rutin aşılama programından sonra doğanlar (≤ 25) olarak iki gruba ayrıldı. ≤ 25 olan kişiler aşıları olarak değerlendirilirken >25 yaş olanlar aşısız olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışma süresi içinde toplamda 394 kişinin test sonuçları incelendi. Bireylerin %39 (152)’u aşıları grubunda bulunurken %61’i aşısız grubunda idi. Aşıları grubundaki hastaların %47’sinde anti-Hbs negatif bulundu. Bu oran aşısız grubunda %69 olarak saptandı. Her iki gruptan ikişer kişide HbsAg pozitif bulundu. Toplam dört kişi olan bu hastalar kronik HBV enfeksiyonu olarak değerlendirildi (Tablo).

Sonuç ve Tartışma: Bu çalışmada, aşıları bireylerin %47’sinde bağışık yanıtının oluşmadığı veya zamanla antikor titresinin düştüğü görülmektedir. Diğer bir olasılıkla aşıları olması gereken popülasyonda kimi kişilerin aşılanmadığı (gözden kaçtığı veya aşı karşıtı olması nedeniyle) saptanmıştır. Anti-HbcIgG testi sonucu olmadığından antikor oluşmasını engelleyen okült HBV enfeksiyonu varlığı dışlanamadı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, yüksek aşılama oranlarına ulaşılan rutin HBV aşılama programının uygulandığı dönemde doğan çocukların önemli bir kısmında, zaman içinde anti-HBs seviyelerinde düştüğü ve en düşük seviyelere ergenlik döneminde ulaştığı belirtilmiştir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, çocuk yaşta aşılanmış bireylerin yetişkinlik çağında antikor titrelerinin ölçülmesinin ve kimi risk gruplarına tek doz aşı yapılmasının yararlı olabileceğinin kanısına varılmıştır. Diğer yandan aile hekimliği rutin uygulamasında, üç doz aşılama sonrası antikor ölçümü önerisi için daha fazla çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

Tablo. Tarama yapılan hastaların demografik ve serolojik özellikleri

Özellik	≤ 25 yaş (aşılı) (n= 152)	>25 yaş (aşısız) (n= 242)	Toplam (n=394)
Cinsiyet			
- Kadın (%)	55 (36)	124 (51)	179 (45)
- Erkek(%)	97 (64)	118 (49)	215 (55)
Yaş (Ortalama \pm SS)	22 \pm 2	39 \pm 9	32 \pm 11
*Hbs pozitifliği (%)	2 (1.3)	2 (0.8)	4 (1.0)
Anti-Hbs negatifliği (%)	71 (47)	168 (69)	239 (61)

*Kronik HBV enfeksiyonu olarak değerlendirildi.

SS-11

ASSESSMENT OF TETANUS IMMUNIZATION AMONG HEALTHCARE WORKERS IN MOGADISHU, SOMALIA

Ahmed Mohamed Ali Orey¹, Ahmet Doğan², Mukhtar Abdullahi Ali Abdullahi Ali³, Havva Orul⁴

¹*Ahmet Doğan*

²*ahmed Mohamed Ali Orey*

³*Mukhtar Abdullahi Ali*

⁴*Havva Orul*

Tetanus is still a major problem in sub-Saharan African countries. This study aims to evaluate tetanus disease and vaccine awareness among healthcare workers in Mogadishu. This descriptive, cross-sectional study was scheduled for January 2–7, 2022. A questionnaire consisting of 28 questions was applied in a face-to-face manner to 418 healthcare workers. Only health workers aged ≥ 18 living in Mogadishu were included. Questions about sociodemographic characteristics, tetanus disease, and vaccines were developed. 71.1% of the participants were female, 72% were < 25 years old, 42.6% were nursing students, and 63.2% had a university education. It was observed that 46.9% of the volunteers had an income level of $< \$250$, and 60.8% resided in the city center. 50.5% of the participants received a tetanus vaccine in their childhood. Questions to determine participants' level of knowledge about tetanus and the tetanus vaccine were responded to with an accuracy of between 44 and 77%. Although 38.5% of the participants reported that they were exposed to trauma at least once a day, the rate of those who had three or more doses of the vaccine was only 10.8%. On the other hand, 51.4% reported that they had received training about tetanus and vaccination. There was a significant difference ($p < .001$) in terms of knowledge level among sociodemographic characteristics. The fear of side effects was the most important reason for not being vaccinated. Healthcare workers in Mogadishu have little awareness of tetanus disease and vaccines.

Efforts to improve education and other factors will be sufficient to eliminate the disadvantage brought about by the socio-demographic structure.

Figure 1. Factors affecting vaccination in Sub-Saharan Africa

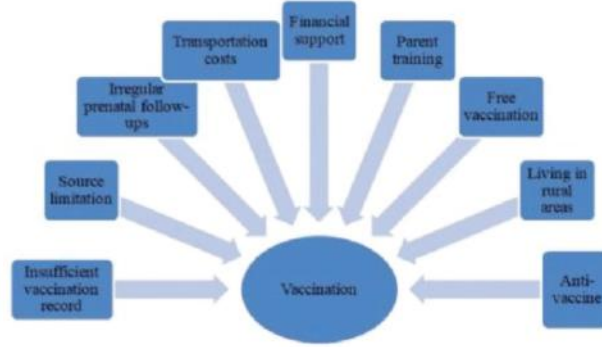


Figure 1. Factors affecting vaccination in Sub-Saharan Africa.

In our study, it was determined that sociodemographic characteristics affected knowledge levels ($p < .001$). Tetanus and vaccine knowledge scores were higher in the middleaged group, males, those living in the city center, and those with more work experience. These results indicate the effect of vocational education quality and the undeniable impact of financial means. When our study and similar studies are evaluated, the main factors related to inadequate vaccination in African countries are shown in Figure 1

Table 1. Sociodemographic parameters, numbers, percentages

GENDER	MALE	121	28.9%
	FEMALE	297	71.1%
AGE	<25	114	72%
	36-40	2	27.3%
			0.5%
	>40	1	0.2%
PROFESION	DOCTOR	65	15.6%
	NURSE	148	35.4%
	NURSING STUDENT	178	42.6%
	LABORANT	12	2.9%
	PARAMEDICS	15	3.6%
EDUCATIONAL STATUS	SCHOOL LEVEL	5	1.2%
	UNIVERSITY	264	63.2%
	BACHELOR	124	29.7%
	MASTRE	20	4.8%
	SPECIALIST	5	1.2%
MONTHLY INCOME	<250\$	196	46.9%
	250-500\$	88	21.1%
	>500\$	134	32.1%
WORK EXPERIENCE	NONE	241	57.7%
	1-4 YEARS	111	26.6%
	5-10 YEARS	58	13.9%
	>10 YEARS	8	1.9%
REGIONAL RESIDENCE	VILLAGE	92	22%
	TOWN	72	17.2%
	CITY CENTER	254	60.8%

A total of 418 Somalian HCWs were included in the study. The sociodemographic characteristics of the participants are given in Table 1 as frequencies and percentages. The majority of the participants were female (71.1%). It was observed that 72% of the participants were <25 years old. Nursing students (42.6%) constituted the largest group among the professional groups. When participants' educational background was examined, it was determined that the majority of the participants (63.2%) received a university education. The income level of 46.9% of the volunteers was <\$250.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-12

İLERİ YAŞ GRUBUNDA PNÖMOKOK, İNFLUENZA VE ZONA AŞISI FARKINDALIĞI

Özlem Gül, Nazife Duygu Demirbaş

Şişli Hamidiye Etfal EAH

Amaç: Yaşlı hastalarda Pnömonokok pnömonisi, İnfluenza ve Zona morbiditesi ve mortalitesi yüksek hastalıklar olarak görülmektedir. Bu hastalıkların aşıyla önlenabilir olmaları bu hastalıklarla mücadelede önem kazanmaktadır. Çalışmamızda hastanede yatarak izlenen 50 yaş üzeri hastaların pnömokok, influenza ve zona aşısına dair bilinç düzeyleri, bağışıklık durumu ve aşılarla yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Hastanemizde yatarak izlenen 50 yaş ve üzerindeki hastalar çalışmaya alındı. 18.eylül 2023 tarihinde nokta prevalans çalışması şeklinde yapılan çalışmada uygun hastaların demografik özellikleri ve aşıya yaklaşımlarını anket üzerinden değerlendirilerek veriler elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 114 hasta alındı. Hastaların yaş aralığı yaş ortalaması 72 idi. Hastaların %55.3'ü kadın %44.7'si erkekti. % 53.5'i ilköğretim mezunu, %24.6'sı ise herhangi bir eğitim almadığını ifade etti. Çalışmaya alınan hastaların %86'sının bilişsel fonksiyonları yerinde idi, bilişsel fonksiyonları yerinde olmayan hastaların aşı bilgilerine yakınlarından ve sistem üzerinden ulaşıldı. Hastaların.. %48.2'si öz bakım için yardıma ihtiyaç duymazken %51.8'i farklı oranlarda desteğe ihtiyaç duymaktaydı. %82.5'inin sosyal desteği, %79.8'inin düzenli geliri vardı. Pnömonokok aşısı olması gereken hastaların sadece %21.1'inin aşı olması gerektiğini bildiği öğrenildi. Hastaların %16.8'inin pnömokok aşısı olduğu, aşı olanlarında da %84.2'sinin sadece 13 valanlı aşıya ulaşabildiği görüldü. Zona aşısı olması gerektiğini bilen hasta yoktu. influenza aşısına karşı bilinç düzeyi daha fazla idi, hastaların %46.5'i aşı olması gerektiğini biliyordu fakat önceki influenza sezonunda influenza aşısı yaptıran hasta oranı %24.6, bu sene yaptırmayı düşünen hasta oranı ise 39.4 olarak sonuçlandı. Aşılar konusunda genel görüşleri sorulan hastaların %27.2'sinin aşılar konusunda yeterli bilgisi olmadığını, %27.2'sinin doktorların tavsiyesine göre hareket edeceğini, %21.9'u aşıların faydalı olduğunu düşündüğünü belirtirken, %16.7'si aşıların zararlı olduğunu, %7'si yan etkilerinin yeterince bilinmediğini düşündüğünü ifade etti.

Sonuç: Çalışmamızda ileri yaş grubunda endike olan aşıların bilinirliğinin az olduğu, aşılanması gerektiğini bilen hasta grubunun da aşıya ulaşımının az olduğu görüldü. Çarpıcı olarak zona aşısına dair bilgisi olan hasta yoktu. İnfluenza aşısının diğer aşılarla göre bilinirliği daha fazla olmakla beraber aşılanma oranı bilinirliğine karşı düşüktü. Yaşlı hasta grubunda aşılanma oranının artırılması için hastalarda ve hastaya bakım veren kişilerde aşı bilincinin artırılması gerekmekte, bunun yanında hastaların aşıya ulaşımını sağlama konusunda hastaları desteklenmesi önem arz etmektedir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-13

YOĞUN BAKIMLARDA GÖRMEZDEN GELİLEN TEHLİKE; ANTİMİKROBİYAL KULLANIMI VE POTANSİYEL İLAÇ-İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ

Ercan Yenilmez, Rahime İspir, Aziz Ahmad Hamidi

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Potansiyel ilaç-ilaç etkileşimleri (pİİE) ve advers ilaç reaksiyonları (AİR) çoklu ilaç kullanımı nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla görülebilmektedir. Bu çalışmanın amacı yoğun bakım hastalarında başladığımız antimikrobiyallerin diğer ilaçlar ile pİİE'lerinin yaygınlığını ve ayrıca pİİE'lerini araştırmak amacıyla kullandığımız web siteleri ve/veya uygulamaları arasındaki olası farklılıkları ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu retrospektif gözlemsel çalışmaya 01.05.2023 ve 10.08.2023 tarihleri arasında yoğun bakım ünitesinde yatan ve en az bir antimikrobiyal ilaç almış olan tüm hastalar dahil edildi. Her bir farklı antimikrobiyal başlangıç günü bir epizod olarak değerlendirildi ve her bir epizod için antimikrobisidler ve diğer ilaçlar arası pİİE'leri ve detay analizler için Medscape Drug Interaction Checker (Copyright © 1994-2023 by WebMD LLC.) internet veri tabanı kullanıldı. Ayrıca veri tabanları arasında ilaç ilaç etkileşimleri arasındaki farklılıklar da araştırıldı. Bunun için Medscape Drug Interaction Checker (Copyright © 1994-2023 by WebMD LLC.), Epocrates Drug interaction check (© 2023 Epocrates, Inc.) ve Lexicomp® Drug Interactions internet veri tabanı kullanıldı.

Bulgular: Yoğun bakımda yatışı olan toplam 183 hastanın en az bir antimikrobiyal almış olan 163'ü çalışma popülasyonuna dâhil edildi. Hastalarda 370 epizodda 100 farklı ilaç etkileşimi görüldü. Detay analizlere göre bu 163 hastanın 144'ünde (%88,34) ilaç etkileşimi görüldü. Toplamda 370 epizodun 286'sında (%77,29) en az bir pİİE'i tespit edildi. Detaylı analizde hastaların 12'sinde (%7,36) kontrendike, 133'ünde (%81,59) majör, 48'inde (%29,44) monitor, 48'inde (%29,44) minör ilaç ilaç etkileşimi gözlemlendi. En sık gözlenen ilaç ilaç etkileşimleri ve potansiyel advers etkileri tablo 4'de sunulmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Polifarmasi ve ilaç ilaç etkileşimleri yoğun bakımlardaki en önemli sorunlardan biri olmakla birlikte günlük pratikte çok az dikkat edilen ve çok nadir tanı konabilen bir durumdur. Enfeksiyon hastalıkları hekimleri olarak bizler yoğun bakımlarda yatan hastalara çok sık olarak antimikrobiyal başlamakta ve fakat bu antimikrobisidleri başlarken ilaç ilaç etkileşimlerini çok nadiren göz önünde bulundurmaktayız. Çalışmamızda bu durumun ne kadar yaygın olduğunu ve günlük pratiğimizde başladığımız antimikrobisidler ile hastanın almakta olduğu diğer ilaçlar arasındaki ilaç-ilaç etkileşimlerine çok daha fazla dikkat etmemiz gerektiğini ortaya koyduk.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 1. Çalışmaya Katılan Popülasyonun Genel Karakteristikleri

	n	%
Yaş (Ortalama ±SS)	71,05±14,09	
18 - 39	7	4,29
40 - 59	25	15,33
60 - 79	96	58,89
> 80	55	33,74
Cinsiyet		
Erkek	78	47,85
Kadın	85	52,14
Yoğun bakım endikasyonu hastalık / Tıbbi branş		
İç hastalıkları	32	19,63
Nöroloji	14	8,58
Beyin cerrahi	33	20,24
Genel cerrahi	32	19,63
Ortopedi	35	21,47
Üroloji	9	5,52
Diğer	8	4,9
Yoğun bakım yatış süresi (Ortalama ±SS)	15,65±21,63	
48 saat - 7 gün	76	46,62
7 - 14 gün	38	23,31
14 - 30 gün	21	12,88
> 30 gün	28	17,17
Order edilen toplam antimikrobiyal sayısı (Ortalama ±SS)	2,89±2,02	
1	50	30,86
2 - 3	61	37,65
4 - 5	33	20,37
> 5	18	11,11
Farklı antimikrobiyal tedavi epizod sayısı (Ortalama ±SS)	2,3±2,07	
1	91	55,48
2 - 3	43	26,21
4 - 5	17	10,36
> 5	13	7,92

Tablo 2. Toplam Potansiyel İlaç-İlaç Etkileşim ve Hasta Sayısı / Veri Tabanlarına Göre Dağılımı

	Medscape Drug Interaction Checker	Epocrates Drug interaction check	Lexicomp® Drug Interactions
Potansiyel ilaç-antimikrobiyal ilaç etkileşim olan hasta sayısı			
Kontraendike	12	12	5
Major	133	48	29
Monitor	48	139	40
Minor	48	8	-
Potansiyel ilaç-antimikrobiyal ilaç etkileşim sayısı (Ortalama ±SS)	5,82 ±11,95	8,23 ±15,95	3,69 ±4,19
Kontraendike	15	16	13
Major	343	132	68
Moderate	113	272	98
Minor	111	16	-
Toplam	582	436	179

Tablo 3. Majör Potansiyel İlaç-İlaç Etkileşim ve Hasta Sayısı / Veri Tabanlarına Göre Dağılımı

	Medscape Drug Interaction Checker	Epocrates Drug interaction check	Lexicomp® Drug Interactions
Potansiyel ilaç-antimikrobiyal ilaç etkileşim olan hasta sayısı (Ortalama ±SS)	133 1,56 ±1,05	48 1,5 ±0,79	29 1,27 ±0,52
Potansiyel ilaç-antimikrobiyal ilaç etkileşim sayısı (Ortalama ±SS)	343 10,148 ±19,01	132 5,73 ±12,15	68 6,66 ±5,63

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 4. İlaç – İlaç Etkileşimleri ve Klinik Önemi (n: etkileşim sayısı)

İlaç – İlaç Etkileşimi	Toplam Etkileşim Sayısı (%)	A.Medscape(Kontrendike/Major/Monitor/Minor) B.Epocrates(Kontrendike/Major/Monitor/Minor) C.Lexicomp(Kontrendike/Major/Monitor/Minor)	Potansiyel Klinik Adverse Etki
Seftiakson - Enoksaparin	87 (14,97)	A.Major B.Monitor C.Yok	A.Seftiakson, enoksaparinin antikoagülan etkisini artırır. B.Kanama riski artabilir. C.Yok
Piperasilin - Enoksaparin	59 (10,15)	A.Major B.Major C.Yok	A.Piperasilin, enoksaparinin antikoagülan etkisini artırır. B.Kanama riski artabilir. Özellikle uzun süreli birlikte kullanımı böbrek yetmezliği riskini artırabilir. C.Yok
Sefazolin - Enoksaparin	55 (9,46)	A.Major B.Monitor C.Yok	A.Sefazolin, farmakodinamik sinerjizm ile enoksaparinin etkilerini artırır. B.Kanama riski artabilir. C.Yok
Piperasilin - Aspirin	25 (4,3)	A.Minor B.Monitor C.Yok	A.Aynı reçetöre bağlanmak için yarışarak birbirlerinin etkilerini artırabilirler. B.Kanama riski artabilir. Özellikle uzun süreli birlikte kullanımı böbrek yetmezliği riskini artırabilir. C.Yok
Meropenem - Valproik Asit	18 (3,09)	A.Major B.Major C.Major	A.Meropenem olası azalmış gastrointestinal emilimi ve/veya valproik asidin

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



			<p>renal klerensinde artışa neden olarak valproik asit düzeylerini azaltabilir. Nöbet riskinde artışa neden olabilir.</p> <p>B.Meropenem bilinmeyen bir mekanizma ile valproik asit düzeylerini azaltarak nöbet riskinde artışa neden olabilir.</p> <p>C.Etki mekanizması net olarak bilinmemekle birlikte valproik asitin enterohepatik resirkülasyonunda azalma/hepatik glukuronidasyon ve safra ilaç sekresyonunda bozulma ile valproik asit düzeyleri azalabilir. Nöbet riskinde artışa neden olabilir.</p>
Seftriakson - Kalsiyum klorür	15 (2,58)	A.Kontrendike B.Kontrendike C.Kontrendike	<p>A.Seftriakson ve kalsiyumun birlikte kullanımında çökme riski olduğundan kullanımından kaçınılmalıdır.</p> <p>B.Böbrek ve akciğer Seftriakson-Kalsiyum çökme riski</p>

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



			<p>vardır.</p> <p>C.Böbrek ve akciğer Seftriakson-Kalsiyum çökme riskine bağlı yenidoğan ölümleri yaşanmaktadır.</p>
Vankomisin - Aspirin	15 (2,58)	A.Minor B.Monitor C.Yok	<p>A.Aspirin renal klerensi azaltarak vankomisin düzeylerini artırabilir.</p> <p>B.Kombine kullanım nefrotoksisite riski, ototoksisite riskinde artışa neden olabilir.</p> <p>C.Yok</p>
Kolistin - Vankomisin	15 (2,58)	A.Minor B.Monitor C.Major	<p>A.Birlikte nefrotoksisite ve ototoksisiteyi artırır.</p> <p>B.Kombine kullanım nefrotoksisite riski, ototoksisite riskinde artışa neden olabilir.</p> <p>C.Birlikte kullanımları nefrotoksisiteyi artırır. Böbrek toksisitesine neden olan mekanizma hücre şişmesi ve sonra lizis ile membran geçirgenliğinde ortaya çıkan değişiklik ile açıklanmaktadır.</p>

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Seftriakson - Furosemid	14 (2,4)	A.Minor B.Yok C. Yok	A.Seftriakson, farmakodinamik sinerjizm yoluyla furosemidin toksisitesini arttırır. Böbrek toksisitesinde artışa neden olur. B.Yok C.Yok
Ampisilin - Lansoprazol	14 (2,4)	A.Monitor B.Yok C.Yok	A.Lansoprazol mide pH'ını artırarak ampisilin düzeyini veya etkisini azaltacaktır. B.Yok C.Yok
Piperasilin - Heparin	13 (2,23)	A.Major B.Monitor C.Yok	A.Piperasilin heparinin antikoagülan etkisini artırır. Trombosit agregasyonunu engelleyebilir. B.Kanama riski artabilir.Özellikle uzun süreli birlikte kullanımı böbrek yetmezliği riskini artırabilir. C.Yok
Seftriakson - Heparin	11 (1,89)	A.Minor B.Monitor C.Yok	A.Seftriakson heparinin antikoagülan etkisini artırır. Sefalosporinler protrombin aktivitesini azaltabilir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



			B.Kanama riski artabilir. C.Yok
Klaritromisin - Enoksaparin	10 (1,72)	A.Major B.Yok C.Yok	A.Klaritromisin, enoksaparinin antikoagülan etkisini artırır. B.Yok C.Yok
Piperasilin - Vankomisin	10 (1,72)	A.Monitor B.Monitor C.Monitor	A.Piperasilin ve vankomisin birlikte uygulanan hastalarda böbrek fonksiyonları izlenmelidir. Nefrotoksisite riskinde artış meydana gelebilir. B.Kombine kullanım nefrotoksisite riskinde artışa neden olabilir. C.Yapılan çalışmalar bu iki ilacın kombine kullanımını akut böbrek yetmezliği ile ilişkilendirmiştir.
Kolistin - Teikoplanin	10 (1,72)	A.Monitor B.Yok C.Yok	A.Kombine kullanım nefrotoksisite riski, ototoksisite riskinde artışa neden olabilir. B.Yok C.Yok

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Flukanazol - Lansoprazol	10 (1,72)	A.Minor B.Minor C.Monitor	A.Flukanazol, hepatik enzim CYP2C19 metabolizmasını etkileyerek lansoprazolün düzeyini veya etkisini artırır. B.Dikkat edilmesi gerekir. Lansoprazolün etkileri artabilir. C.Yok
Klaritromisin - Lansoprazol	9 (1,54)	A.Monitor B.Yok C.Yok	A.Klaritromisin, hepatik enzim CYP3A4 metabolizmasını etkileyerek lansoprazolün düzeyini veya etkisini artırır. B.Yok C.Yok
Metronidazol - Budesonid	9 (1,54)	A.Major B.Yok C.Yok	A.Metronidazol, hepatik enzim CYP3A4 metabolizmasını etkileyerek budesonidin düzeyini veya etkisini artırır. B.Yok C.Yok
Flukanazol - Ketiypin	7 (1,2)	A.Monitor B.Monitor C.Monitor	A.Flukanazol, hepatik enzim CYP3A4 metabolizmasını etkileyerek ketiypinin düzeyini veya etkisini artırır. B.Ketiypin

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



			<p>düzeyinde artışa neden olabilir. Sonuç olarak QT uzaması ve kardiyak aritmiler ortaya çıkabilir.</p> <p>C.QT uzamasına neden olabilir.</p>
Moksifloksasin - Amiodarone	7 (1,2)	A.Major B.Major C.Kontrendike	<p>A.Her iki ilaç da QT uzamasına neden olur.</p> <p>B.Kombinasyon QT uzaması ve kardiyak aritmilere neden olabilir.</p> <p>C.Kombinasyon QT uzaması ve Torsades de pointese yol açabilmektedir.</p>

SS-14

AÇIK KIRIKLA BAŞVURAN HASTALARDA RUTİN YARA TEDAVİSİ VE PROFİLAKSİYERAGMEN GELİŞEN ENFEKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Ceylan¹, Gökhan Karahan², Ali Ilgın Olut¹, Kamil Yamak²

¹Bakırçay Üniversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş:

Açık kırıkların dış ortamla iletişimi sonucu mikroorganizmalar ve yabancı cisimlerle kontaminasyon meydana gelir. Gustilo-Anderson sınıflaması ağırlığına göre açık kırıkları I, II ve III olarak üç alt gruba ayırır. Tip I kırıklarda $\lt; 2\%$, tip II'de %2-10 ve tip III'te %10-50 oranında enfeksiyon rapor edilmiştir. Açık kırıklarda uygun debridman yanında antibiyotik profilaksisi enfeksiyon riskini azaltmada önemlidir.

Çalışmamızda açık kırıklı hastalarda yara temizliği ve protokollere uygun profilaktik antibiyoterapiye rağmen gelişen enfeksiyonların değerlendirilmiştir.

Materyel ve Metod:

Çiğli ve Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesine 2016-2022 yılları arasında açık kırık ile başvuran hastalar retrospektif incelenmiştir. Hastalara yönelik tedavi yaklaşımı sistemik profilaktik antibiyoterapi, yıkama/debridman, splint uygulaması, cilt ve yumuşak doku iyileşmesi için 5-7 gün beklenmesi ve ardından kırığın terminal fiksasyonu için operasyondur. Antibiyotik profilaksi protokolü, Tip I. ve II. kırıklarda sefazolin, Tip III kırıklarda seftriakson + gentamisin 48 saat intravenöz olarak uygulanmıştır.

Sonuçlar:

Kayıtlarına ulaşılan 187 hastanın 15'inde (%8) ortalama 3,9 gün (dağılım 2-8 gün) içerisinde yara enfeksiyonu geliştiği belirlenmiştir. Hastaların ortalama hastane yatış günü 32.6 gün olarak saptanmıştır. Enfeksiyonlu 15 hastanın 12'sinde tip III, 1 hastada tip II, 2 hastada ise tip I açık kırık vardı, dolayısı ile enfeksiyon oranı literatürle uyumlu olarak en sık tip III açık kırıklarda görüldü (% 80). İzole edilen 17 mikroorganizmanın 12'si (%70.5) Gram-negatif olup, en sık Pseudomonas aeruginosa etken olarak saptanmış, Tip III kırıkların %83'ünün Gram-negatif mikroorganizmalarla ilişkili olduğu görülmüştür. Açık kırık tipleri ve mekanizmaları, izole edilen mikroorganizmalar, enfekte hastaların hastanede kalış süreleri ve komorbid faktörler Tabloda verilmiştir.

Tartışma:

Açık kırıklarda gerekli olmasına rağmen, profilaktik antibakteriyelin optimal seçimi konusunda bir fikir birliği yoktur. Tip I ve II açık kırıklarda çoğu araştırmacı sefazolin gibi yalnızca gram pozitif organizmaların kapsanmasını önermiştir. Genel olarak tip III açık kırıklarda Gram-pozitif kapsamın yanı sıra Gram-negatif kapsamın da dikkate alınması gerektiği ve bunun genellikle bir aminoglikozid ile sağlandığı konusunda görüşler bildirilmektedir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Çalışma grubumuz fiksasyondan önce yaraları enfekte olan hastaları içermektedir, dolayısıyla mikrobiyolojik sonuçlarımız başlangıçtaki erken kontaminasyon sonuçlarından sorumlu olan mikroorganizmaları yansıtmaktadır. Çalışmamız özellikle tip III kırıklarda antimikrobiyal profilaksinin Gram negatif mikroorganizmaları içermesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Açık kırık tipleri ve mekanizmaları, izole edilen mikroorganizmalar, enfekte hastaların hastanede kalış süreleri ve komorbid faktörler.

Hasta Yaş/cinsiyet	Açık kırık yer/Tip	Travma	Bakteri izolatu	Hospitalizasyon (gün)(ort: 32.6)	Sigara	Komorbidite
47/E	Sol Humerus/Tip III	Yüksekten düşme	Staphylococcus aureus (MSSA)	10	E	Myokard Enfarktüsü
33/E	Sol Tibia/Tip III	Yüksekten düşme	Enterobacter cloacae	45	E	-
38/E	Sol Femur/Tip I	Motor kazası	Pseudomonas aeruginosa Staphylococcus epidermidis (MSSE)	55	E	-
43/E	Sol Femur/Tip II	Araba kazası	Serratia marcescens	26	H	-
36/E	Sol Tibia/Tip III	Silahlı yaralanma	Serratia marcescens Pseudomonas aeruginosa	31	H	-
48/E	Sol Tibia/Tip III	Yüksekten düşme	Candida parapsilosis	9	E	Romatoid Artrit
38/E	Sol Radius/Tip III	Silahlı yaralanma	Pseudomonas aeruginosa	23	E	-
19/E	Sol Tibia/Tip I	Motor kazası	Staphylococcus epidermidis (MSSE)	30	E	-
45/E	Sol Tibia/Tip III	Yüksekten düşme	Pseudomonas aeruginosa	90	H	-
66/K	Sol Tibia/Tip III	Araba kazası	Acinetobacter baumannii	38	H	Hipertansiyon
24/K	Sağ Tibia/Tip III	Motor Kazası	Pseudomonas aeruginosa	14	E	-
66/K	Sağ Femur/Tip III	Yüksekten düşme	Serratia marcescens	39	H	DM
35/E	Sol Tibia-Fibula/Tip III	Silahlı yaralanma	Staphylococcus aureus (MRSA)	21	E	-
53/E	Sağ Humerus/Tip III	Araba kazası	Proteus vulgaris	32	E	-
42/E	Sağ Tibia/Tip III	Motor kazası	Proteus vulgaris	26	E	-

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-15

ANTİVİRAL TEDAVİ ALAN AKUT HEPATİT B HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, BUHASDER ÇALIŞMASI

Özge Çaydaşı¹, Serpil Erol², Pınar Yürük Atasoy³, Ahmet Şahin⁴, Tuba Damar Çakırca⁵, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹, Şükran Köse⁶

¹Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

⁴Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep

⁵Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

⁶Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş-Amaç: Akut hepatit B enfeksiyonu, karaciğer nakli veya ölüme yol açabilen şiddetli karaciğer yetmezliğinin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. European Association for the Study of the Liver (EASL) kılavuzuna göre, akut karaciğer yetmezliğinin olması veya dört haftadan uzun süreli kalıcı semptomlar veya belirgin sarılık olması veya international normalized ratio (INR) değerinin 1.5'in üzerinde olması şiddetli karaciğer yetmezliği olarak tanımlanmaktadır. Akut hepatit B enfeksiyonunda antiviral kullanımı ile ilgili veriler yetersiz olup, bu konuda yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çok merkezli olarak yapılan bu çalışmada, şiddetli seyreden akut hepatit B enfeksiyonu nedeniyle antiviral kullanan hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Haydarpaşa Numune EAH, Şanlıurfa EAH, Dr. Ersin Arslan EAH, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi katıldı. Şiddetli seyreden akut hepatit B enfeksiyonu nedeniyle antiviral tedavi verilen 17 hastaya ait veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Hastane bilgisayar sisteminden veriler elde edilerek, standart hazırlanan formlara kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 17 hasta dahil edildi. Hastaların 11 (% 64.7)'i erkek idi. Yaş ortalaması 43 ±16,29 (18-79) olarak belirlendi. Altta yatan hastalıkları değerlendirildiğinde; on (%58.8) hastanın komorbiditesi yoktu. Hastaların 2 (%11.7)'sinde DM, birinde (%0,6) gebelik, birinde (%0,6) koroner arter hastalığı ve hipertansiyon, birinde (%0,6) malignite, BPH ve aritmi, birinde (%0,6) otoimmün hastalık ve malignite, birinde (%0,6) de nörolojik hastalık öyküsü vardı. Hastaların 9(%52.94)'u entekavir kullanmıştı. İki hastanın tedavisi devam ederken 9 (%52.94) hastada anti-HBs geliştiği belirlendi. Karaciğer nakli yapılan veya mortal seyreden hasta olmadığı gözlemlendi. Hastaya ait veriler Tablo 1'de belirtildi.

Tartışma ve Sonuç: Şiddetli seyreden akut hepatit B enfeksiyonu sırasında antiviral kullanan hiçbir hastanın mortal seyretmemesi ve karaciğer nakline ihtiyaç duyulmaması sevindiricidir. Hastaların yarısından fazlasında anti-HBs gelişmiş olup, beş hastanın ise halen HBs Ag pozitifliği devam etmektedir. Bu hastaların ileri dönem takibinin yapılması önemlidir. Daha fazla hastayı kapsayan prospektif yapılacak çalışmanın antiviral tedavilerin kullanılmasına ışık tutacağı düşünülmüştür.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 1. Antiviral tedavi alan akut hepatit B hastalarının klinik özellikleri

	Hasta sayısı n, %
Yaş*	43 ±16,29
Cinsiyet (erkek)	11 (64.70)
Alkol bağımlılığı (n=14)	2 (14.28)
Sigara alışkanlığı (n=13)	4 (30.76)
Öncesinde hepatotoksik ilaç kullanımı (n=17)	0
Ailede kronik hepatit B varlığı (n=12)	2 (16.66)
Hepatit B aşı öyküsü (n=17)	
Bilinmiyor	15 (88.23)
Aşı yapılmamış	1 (0.58)
Aşı tutmamış	1 (0.58)
Hastaneye yatışında şikayetlerin süresi (n=16)	8.87±6.04
Hastaların şikayeti	
İştahsızlık	13(76.47)
Halsizlik	13(76.47)
Bulantı-kusma	10 (58.82)
Sigaradan tikslenme	2(11.76)
Sararma	17 (100)

* (ortalama ± SS)

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 2. Antiviral tedavi alan akut hepatit B hastalarının laboratuvar özellikleri

AST** (U/L)	1265 (137 - 4282)
ALT** (U/L)	1532 (25 - 4057)
GGT* (U/L)(n=17)	259.17 ± 265.79
Alkalem fosfataz*(n=16) (U/L)	189.43 ± 78.66
LDH*(n=17) (U/L)	616.81 ± 225.34
Sodyum* (mEq/L)	135.62 ± 3.46
INR*	1.61 ± 0.28
Protrombin zamanı* (%)	31.71 ± 17.62
Total bilirubin* (mg/dL)	15.17 ± 7.59
Direkt bilirubin* (mg/dL)	12.67 ± 6.98
Kreatinin* (mg/dL)	0.69 ± 0.24
Albumin* (mg/dL)	3.58 ± 0.52
Lökosit sayısı* (/mm ³)	7750.52 ± 2939.23
Hemoglobin*	13.83 ± 1.27
Trombosit* (/mm ³)	179429.40 ± 46931.84
HBs Ag(kalitatif) *, (n=17)	1976.50 ± 1584.47
HBe Ag pozitifliği (n=17)	13 (76.47)
Anti-HBe pozitifliği (n=17)	9 (52.94)
HBV DNA**	4540949 (77-27000000)
Anti-delta pozitifliği (n=16)	0
HDV RNA pozitifliği (n=16)	0
Anti-HIV pozitifliği (n= 17)	0
Anti-HCV (n=17)	1(0.6)
HCV RNA pozitifliği (n=17)	0
Anti-HAV IgM pozitifliği (n= 17)	0
Anti-HEV pozitifliği (n= 17)	0

* (ortalama ± SS) ** medyan (min-max) AST: Aspartat-aminotransferaz ALT: Alanin-aminotransferaz GGT: Gamaglutamil transferaz LDH: Laktat dehidrogenaz INR: International normalized ratio

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 3. Akut hepatit B hastalarında tedavi ve klinik seyir

Kullanılan antiviral ilacın adı(n=17)	Hasta sayısı n, %
Entekavir	9 (52.94)
Tenofovir disoproksil	8 (47.05)
Tedaviye başlarken toplam şikayetlerinin süresi (n=17)	16.35 ± 12.07
Antiviral tedavi ile birlikte uygulanan tedaviler (n=15)	
Ursodeoksikolik asit	5 (33.33)
Hepatamin	5 (33.33)
Laktuloz	5(33.33)
Proton pompa inhibitörü	5 (33.33)
K vitamini	3 (0.20)
Antiviral tedavi sonrası yan etki gelişimi (n=17)	0
Anti-HBs oluşumu (n=15)	9 (52.94)
Tedavisi devam eden hasta sayısı	2 (11.76)
Anti-HBs oluşma süresi** (gün)	37.5 (12-210)
Karaciğer nakli* (n=17)	0
Hastanede yatış süresi* (gün) (n=15)	20.28 ± 10.01
İzlem süresi* (gün) (n=17)	185.625 ± 131.71
Mortalite (n=17)	0

* (ortalama ± SS) ** medyan (min-max)

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-16

ANTİVİRAL TEDAVİ ALAN AKUT HEPATİT B HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, BUHASDER ÇALIŞMASI

Özge Çaydaşı¹, Serpil Erol², Pınar Yürük Atasoy³, Ahmet Şahin⁴, Tuba Damar Çakırca⁵, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹, Şükran Köse⁶

¹Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

⁴Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep

⁵Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

⁶Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-17

COVID-19 HASTALARINDA TOSİLİZUMAB İHTİYACININ ERKEN DÖNEMDE BELİRLENMESİ

Meyha Şahin¹, Banu Karaalioglu², Selda Aydın¹

¹*İstanbul Medipol Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Medipol Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Giriş-Amaç: COVID-19 (coronavirus disease 2019); SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) ile gelişen, asemptomatik tablodan ciddi pnömoni ve mortaliteye sebep olabilen klinik bir tablodur. Hastanede yatarak takip edilen ve yüksek düzey oksijen ihtiyacı gerektiren COVID-19 hastalarında IL-6 inhibitörlerinin doğru zamanda kullanımının hastalığın ilerlemesini durdurduğu gösterilmiştir. Biz de çalışmamızda COVID-19 nedeniyle takip edilen ve yüksek düzey oksijen ihtiyacı gelişen hastalardaki risk faktörlerini tanımlayarak, tosilizumab ihtiyacı gelişecek hastaları erken dönemde belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında COVID-19 pnömonisi nedeniyle kliniğimizde yatırılarak takip edilen hastalar geriye dönük incelendi. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulgular, laboratuvar bulguları ve akciğer bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları incelenerek yüksek düzey oksijen ihtiyacı gelişimini belirleyen faktörler lojistik regresyon analizi ile saptandı ve hastaların erken dönem bulguları ile tosilizumab tedavi endikasyonları belirlendi. Yüksek akımlı oksijen veya noninvaziv mekanik ventilasyon desteği gerektiren durumlar yüksek düzey oksijen ihtiyacı olarak belirlendi. Akciğer tutulum ağırlığı, daha önce tanımlanmış akciğer BT ağırlık skorumla sistemleri ile skorlandı. Akciğer, tutulum şiddetine göre 0 ile 96 arasında derecelendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 308 hasta dahil edildi. Hastaların genel özellikleri, ilk başvuru sırasındaki laboratuvar ve akciğer BT bulguları tablo 1'de verildiği gibidir. Hastaların %35,7'sinde yüksek düzey oksijen ihtiyacı gelişti. Yüksek düzey oksijen ihtiyacı gelişen ve gelişmeyen hastalar risk faktörleri açısından (tablo 1) değerlendirildiğinde, çok yönlü analizde; Charlson komorbidite indeksi [Odds ratio (OR):1,247, %95 Güven aralığı (GA):1,009-1,541, p:0,041], ilk başvuru sırasındaki yüksek C-reaktif-protein düzeyi (OR:1,006, %95 GA: 1.001-1,011, p:0,019) ve akciğerde yaygın tutulum olması (OR:1,037, %95 GA: 1,014-1,060, p:0,001) yüksek düzey oksijen ihtiyacı gelişimini erken dönemde belirleyen bağımsız risk faktörleri olarak saptandı. Tosilizumab tedavisi ihtiyacını erken dönemde belirlemede geliştirilen bu modellemenin duyarlılığı %53,6, özgüllüğü %86,6, pozitif prediktif değeri %71,1, negatif prediktif değeri %75,2 ve doğruluk oranı ise %74 idi. Mevcut modellemede eğri altında kalan alan grafik 1'de gösterildiği gibidir (eğri altında kalan alan:0,721 ve p:0.000).

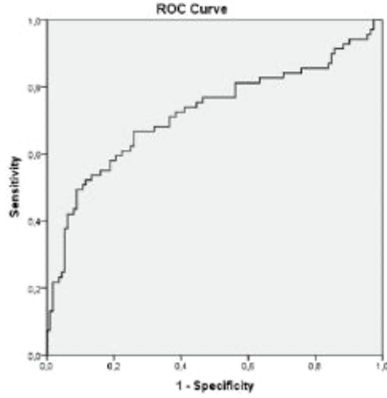
Sonuç: COVID-19 hastalarında, hastalığın ilerlemesini engellediği bilinen az sayıdaki tedavi seçeneklerinden biri olan tosilizumab tedavisinin etkin bir şekilde uygulanması için uygun hastaların erken dönemde belirlenmesi son derece önemlidir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Grafik 1: Yüksek düzey oksijen ihtiyacını ön gördüren lojistik regresyon analizi modeline ilişkin ROC eğrisi



Tablo 1: COVID-19 pnömonisi ile takip edilen hastalardan yüksek düzey oksijen ihtiyacı olan ve olmayan hastaların karşılaştırıldığı tek yönlü analiz ve çok yönlü lojistik regresyon analizi tablosu

		Tek yönlü analiz			Çok yönlü analiz		
	Toplam n=308 (100)	Yüksek düzey oksijen ihtiyacı olmayan n=198 (64)	Yüksek düzey oksijen ihtiyacı olan n=110 (36)	p	Odds ratio	%95 güven aralığı	p
Yaş ortanca (minimum-maksimum)	55 (18-96)	55 (19-84)	54,5 (18-96)	0,049			
Erkek n (%)	194 (63)	119 (60,1)	75 (68,2)	0,159			
Vücut kitle indeksi ortanca (minimum-maksimum)	27,7778 (17,78-43,56)	28,5375 (17,99-43,56)	27,6912 (17,78-39,79)	0,829			
Charlson komorbidite indeksi ortanca (minimum-maksimum)	2 (0-9)	1 (0-8)	2 (0-9)	0,024	1,247	1,009-1,541	0,041
Aşı öyküsü n (%)	68 (22,1)	47 (23,7)	21 (19,1)	0,349			
Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü kullanımı n (%)	59 (19,2)	41 (20,7)	18 (16,4)	0,353			
Sigara kullanımı n (%)	17 (5,5)	12 (6,1)	5 (4,5)	0,383			
Semptomların süresi (gün) ortanca (minimum-maksimum)	6 (1-30)	7 (1-14)	5 (1-30)	0,811			
Lenfosit/μL ortanca (minimum-maksimum)	790 (230-51000)	920 (260-6120)	625 (230-51000)	0,000			
C-reaktif-protein (mg/L) ortanca (minimum-maksimum)	75 (3,6-409)	62 (4-283)	111 (3,6-409)	0,005	1,006	1,001-1,011	0,019
Prokalsitonin (ng/mL) ortanca (minimum-maksimum)	0,12 (0,01-3,82)	0,1020 (0,01-3,82)	0,15 (0,03-3,62)	0,001			
D-dimer (ng/mL) ortanca (minimum-maksimum)	718 (136-9746)	680 (179-9626)	806,50 (136-9746)	0,163			
Ferritin (ng/mL) ortanca (minimum-maksimum)	527 (43-20598)	462 (43-20598)	648 (54-4698)	0,052			
Bilgisayarlı Tomografi skoru ortanca (minimum-maksimum)	24 (2-92)	22 (4-70)	32 (2-92)	0,007	1,037	1,014-1,060	0,001

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-18

TÜRKİYE'DEKİ COVID-19 DALGALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Okan Derin, Ceren Atasoy Tahtasakal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Bu çalışma, ülkemizde pandemi döneminde takip edilen COVID-19 hastalarının epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin yanı sıra, inaktif aşının yatarak tedavi gerektiren ve hastalık dalgaları arasındaki ölüm oranlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL-METOD

Çalışmamızda 11 Mart 2020 ile 1 Mayıs 2021 tarihleri arasında başvuran COVID-19 hastalarını, hastalık dalgalarının zaman dilimlerine göre retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuçlar:

Mart 2020 - Mayıs 2021 arasında doğrulanmış COVID-19 pnömonisi olan toplam 1891 hasta çalışmaya alındı. Birinci dalga sırasında 588 (n =% 31,09), ikinci dalga sırasında 685 (n =% 36,22) ve üçüncü dalga sırasında 618 (n =% 32,68) olmak üzere toplamda 1891 hasta dahil edilme kriterlerini karşıladı. Genel Covid-19 ölüm oranı % 15,49 (n = 293) olup, birinci ve üçüncü dalgayla (sırasıyla % 10,2 ve % 15) karşılaştırıldığında en yüksek oran ikinci dalgada (% 20,4; p=0,000) görüldü. Çok değişkenli analizde, ölümlerle bağımsız olarak ilişkili faktörler olarak, ≥ 50 yaşında olmak, ciddi klinik tablo, serebrovasküler hastalık, malignite, aşı öyküsü olmaması, diabetes mellitus ve kalp yetmezliği olarak tespit edildi.

Sonuç:

Sonuç olarak pandemi döneminde öncelikli olarak 50 yaş üzeri ve komorbiditesi yüksek olan hastaların birincil aşılama programına dahil edilmesi son derece önemlidir. Bunun yanı sıra endotel hasarlanması ve hiperkoagüleabliteye yatkın komorbiditesi olan hastalarda mortalite oranlarının arttığı gösterilmiştir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-19

HİPERHİDROZ NEDENLİ BOTOKS UYGULAMASI SONRASI İYATROJENİK BOTULİZM: ÜÇ OLGU

Eren Öztürk, Serpil Erol, Asuman İnan, Cansu Aşık

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji

AMAÇ

Botulizm, Clostridium cinsi bakteri toksinlerinin nöromusküler kavşakta asetilkolin salınımını bloke etmesiyle ortaya çıkan desendan flask paralizi ile seyreden bir hastalıktır. İyatrojenik botulizm ise, tedavi/kozmetik amaçlarla botulinum toksini (botoks) enjeksiyonu sonrasında gelişen nadir bir durumdur. Çeşitli terapötik uygulamalar sonrası botulizm literatürde zaman zaman bildirilmekle birlikte hiperhidroz nedenli uygulama sonrası görülen olgu bildiri az sayıdadır. Burada Mart 2023'den itibaren hastanemize başvuran ve hiperhidrozis nedenli botulinum toksini uygulaması sonrası gelişen 3 iyatrojenik botulizm olgusu sunulmaktadır.

OLGU 1

33 yaşında kadın hasta bir haftadır olan yaygın kas ağrısı, yorgunluk, yutkunma güçlüğü, konuşmada zorlanma, parmaklarda uyuşma ile başvurdu. 10 gün önce el ve ayak tabanlarına hiperhidrozis nedenli, göz çevresine ise estetik amaçlı ev ortamında Dysport marka botoks uygulandığı, 3 gün sonra parmaklarda uyuşma, düğme ilikleyememe, çatal tutamama gibi şikayetler geliştiği öğrenildi. Şikayetlerine yutkunma güçlüğü ve konuşmada zorlanma eklenmesi üzerine tarafımıza başvurdu. İyatrojenik botulizm ön tanısı ile hastaya 1 flakon(20 ml) Heptavalent Botulizm Antitoksin (HBAT, Cangene Corporation) uygulandı. Üç gün içinde şikayetler geriledi.

OLGU 2

29 yaşında erkek hasta yutma güçlüğü, boğaz ağrısı, ellerde güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. 15 gün önce aşırı terleme şikayeti nedeniyle avuç içi ve koltuk altına güzellik merkezinde botoks uygulaması yapılan hastanın ertesi gün ellerde güçsüzlük, daha sonra yutma güçlüğü gelişmiş. El falanklarında abduksiyon ve ekstansiyon kısıtlılığı vardı. Hastaya 1 flakon HBAT uygulandı. İki gün sonra hastanın yutkunma güçlüğü geriledi, kas güçsüzlüğü azaldı.

OLGU 3

23 yaşında kadın hasta bir haftadır yutma güçlüğü, öksürmede zorlanma, kollarda güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. 10 gün önce aşırı terleme nedenli güzellik merkezinde koltuk altından botoks uygulaması yaptırmış. Üst ekstremitelerde kas gücü 4/5, alt ekstremitelerde kas gücü 5/5'ti. Laboratuvarında anormal bulgu yoktu. Hastaya 1 flakon HBAT uygulandı. Şikayetleri gerileyen hasta 7. günde taburcu edildi.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SONUÇ

Üç olguda da tanı öykü ve klinik bulgular ile konulmuştur, EEG ve toksin çalışması yapılmamıştır. Evde ve özel merkezlerde işlem uygulanan hastaların sadece birinde kullanılan ürünün markası öğrenilebildi, diğer hastalarda marka ve doz öğrenilemedi. Hiperhidrozis nedenli Botulinum toksini sonrası görülen iyatrojenik botulizm olguları araştırıldığında 2012 yılında İran'da iki olgu, 2018'de Mısır'da bir olgu, 2023 yılında Türkiye'den bir olgu bildirilmiştir. Bildirilen hastaların hepsi antitoksin uygulaması sonrası iyileşmiştir. Uygunsuz hasta seçimi, aşırı doz ve uygun olmayan enjeksiyon nedeniyle terapötik nedenli botoks uygulaması sonrası görülen iyatrojenik botulizm olguları artabilir. Yutma güçlüğü, flask paralizi, pitozis vb. gibi semptomlar ile başvuran hastalarda yakın geçmişte botoks yaptırma öyküsü sorgulanmalıdır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-20

HACAMATA BAĞLI GELİŞEN DÖRT FARKLI ENFEKSİYON VAKASININ İRDELENMESİ

Kübra Kumluca, Sevgi Özsürünç, Kübra Bolat, Fatma Yılmaz Karadağ, Eyüp Arslan, Derya Öztürk Engin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

Giriş-Amaç: Son yıllarda tamamlayıcı tıp uygulamaları hastalar arasında yaygınlaşmaya başlamıştır. En önemli sebepleri arasında kronik hastalıklarda yeterli kür sağlanmaması, insanların kimyasal ilaç kullanma isteğinin azalmasıdır. Ülkemizde Ekim 2014 tarihinden itibaren kupa (hacamat) uygulaması geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulaması olarak resmiyet kazanmıştır. Yaş ve kuru olmak üzere iki farklı hacamat uygulama yöntemi vardır. Yaş hacamat uygulamasında uygulama yapılan bölgedeki deriden kan boşaltmak için cilde yüzeysel inzision yapılmaktadır. Uygulama esnasında kan yolu ile enfeksiyon bulaşma riskini azaltmak için gerekli asepsi şartlarına uyulması gerekmektedir. Hacamat uygulamasının en önemli yan etkileri cilt renginde kalıcı değişiklikler, yara izleri, yanıklar ve enfeksiyonlardır. Bu olgular, hacamat uygulama esnasında gerekli asepsi şartlarına uyulmazsa, enfeksiyon gelişebileceğini vurgulamak amacı ile sunulmuştur.

Yöntem: Bu çalışmaya Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniği tarafından 2022 Ağustos ve 2023 Ağustos tarihleri arasında takip edilen olgular dahil edilmiştir. Hacamat kullanımı sonrası enfeksiyon gelişen dört olgunun verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde hacamat kullanımı sonrası enfeksiyon gelişen dört olgu takip edilmiştir. Olguların 2 (%50)'si erkek olup, yaş ortalaması 44.75 ± 14.72 olarak değerlendirilmiştir. Olgulardan biri (%25) akut hepatit C, biri (%25) akut hepatit B, biri (%25) infektif endokardit, biri (%25) de yumuşak dokuda abse tanılarını almıştır. Olguların özellikleri Tablo1'de gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Hacamat uygulamaları esnasında asepsi kurallarına dikkat edilmediği durumlarda ciddi enfeksiyonlar meydana gelebilmektedir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama merkezlerinde sterilizasyon-dezenfeksiyon kurallarına dikkat edilmesi ve bu merkezlerin denetiminin sağlanması enfeksiyon gelişimini engelleyecektir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Hacamat uygulamasından sonra enfeksiyon gelişen hastaların özellikleri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4
Yaş	65	46	32	36
Cinsiyet	Kadın	Kadın	Erkek	Erkek
Altta yatan hastalık	Hipertansiyon Hiperlipidemi	Özellik yok	Özellik yok	Özellik yok
Hacamat Uygulama Tarihi	15.08.2022	05.06.2023	01.07.2023	04.08.2023
Hacamat Uygulama Sebebi	Bel ağrısı	Omuz ağrısı	Sırt ağrısı	Bacak ağrısı
Hastaneye Yatış Tarihi	24.11.2022	21.07.2023	04.07.2023	06.08.2023
Başvuru Şikayeti	Halsizlik İştahsızlık	İştahsızlık Midede şişkinlik	Ateş Baş ağrısı	Sağ bacakta ağrı ve şişlik Eklem ağrısı
		İdrarda renk değişikliği	Baş dönmesi İştahsızlık	
Yatış Fizik Muayene	Sklera subikterik	Sklera ikterik	Ateş: 40 0 C Genel durum orta Uykuya meyil	Sağ kruris bölgesinde kızarıklık, ısı artışı ve şişlik
Enfeksiyon Tanısı	Akut C Hepatit	Akut B Hepatit	İnfektif Endokardit	Yumuşak doku enfeksiyonu (Lokal abse)
Tanı Kriterleri	Anti HCV pozitif HCV RNA pozitif	HbsAg: pozitif Anti HBc IgM: pozitif Anti Hbc Ig G: pozitif	Kan kültür MSSA TEE'de trikuspit kapakta 2x1.5 cm vejetasyon	Yüzeyel USG'de abse Abse drenaj kültür MRSA
Taburculuk Durumu	Kronikleşme gözlenmedi	Poliklinik takip	Şifa	Poliklinik takip + Şifa

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-21

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDE EL HİJYENİ HAKKINDA BİLGİ VE DAVRANIŞ ANALİZİ

Ahmet Şahin

Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep

Giriş-Amaç: Bu çalışmada hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının el hijyeni bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve el hijyeni uyumunun değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde 2022 yılında enfeksiyon kontrol komitesi tarafından hastane çalışanlarına otomasyon sistemi üzerinden sorulan soruların sonuçları retrospektif olarak analiz edildi. Çalışanların yaş, cinsiyet, meslek, çalıştığı ünite, çalışma yılı ve 20 sorudan oluşan anket (bilgi veya tutumla ilgili cevabı evet/hayır olan) sonuçları incelendi. Çalışanlar el yıkama endikasyonları, el yıkama süresi ve uygulama şekilleri açısından bir ay boyunca habersiz gözlemlendi.

Bulgular: Çalışmaya 370' i (%58.9) kadın, 258' i (%41.1) erkek olmak üzere toplam 628 sağlık çalışanı dahil edildi. Katılımcıların %29.5'i hekim, %58.1' i hemşire ve %12.4'ü ise diğer sağlık çalışanı idi. %33.5' i servislerde, %26.1' i yoğun bakım ünitelerinde, %40.4' ü ise diğer birimlerde çalışmakta idi. Katılımcıların çoğunluğu 20-29 yaş grubunda ve çalışma süresi ≤ 4 yıl idi. Meslek gruplarından el hijyenine en yüksek uyumun %75 oranında hemşirelerde, en düşük uyumun ise %55.9 oranında hekimlerde olduğu görüldü (Tablo 1). Anket sorularına verilen yanıtlar içerisinde 'El hijyeni kişisel yaşamımda benim için bir alışkanlıktır' ifadesinde en yüksek oranda (%81.8) evet yanıtı verilirken, 'Ellerde gözle görünür kir varsa ilk işlem alkol bazlı dezenfektan kullanımı olmalıdır' ifadesine en yüksek oranda (%75) hayır yanıtı verilmiştir. (Tablo 2). El hijyenine en yüksek uyumun her üç meslek grubunda da vücut sıvıları ile temas sonrasında olduğu gözlemlendi. El hijyeni uygulamasına en düşük uyum hekimlerde hasta çevresi ile temastan sonra, hemşirelerde hastayla temastan önce ve diğer sağlık personelinde ise hastayla temastan sonra olduğu saptandı (Tablo 3).

Tartışma ve Sonuç: El hijyenine uyumu azaltan nedenlerin başlıca sebepleri; iş yoğunluğu, bağışıklık kazanmayı azalttığı düşüncesi, hasta ihtiyaçlarının öncelikli olduğu fikri, lavaboların kirli olması ve uygun bir temizlik ürünü yokluğunun olduğu görüldü. Tüm sağlık çalışanlarının kendi sağlık kuruluşlarında el hijyeni konusunda bilgi ve uygulama eksiklikleri belirlenmeli, hedefe yönelik etkin eğitim programlarıyla el hijyenine uyumun artırılması amaçlanmalıdır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 1. Katılımcıların özellikleri

Katılımcı	(%)
Toplam, n:628	
Kadın, n:370	58.9
Erkek, n:258	41.1
Yaş	
20-29	45.8
30-39	24.6
40-49	21.9
>= 50	7.7
Çalışılan ünite	
Servis	33.5
Yoğun bakım	26.1
Diğer	40.4
Meslek	
Hekim	29.5
Hemşire	58.1
Diğer	12.4
El hijyenine uyum	
Hekim	55.9
Hemşire	75
Diğer	59.8
Kurumda çalışılan süre	
<= 4 yıl	52.8
>4 yıl	47.2

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 2. Anket yanıtları

	Evet (%)	Hayır (%)
El hijyeni eğitimi müfredatın önemli bir parçasıdır	78.8	21.2
Diğer sağlık çalışanları için rol model olma sorumluluğum vardır	79.9	20.1
İşim yoğun olduğunda el hijyenine dikkat etmektense işimi tamamlamak daha önemlidir	34.5	65.5
El hijyenine dikkat etmek mortaliteye etki eder	79.9	20.1
El hijyenine dikkat etmek hastane enfeksiyonları ile ilgili maliyetini azaltır	81.1	18.9
Hastane enfeksiyonlarını önlemek sağlık çalışanlarının rollerinin önemli bir parçasıdır	81.5	18.5
Deneyimli sağlık çalışanlarının el hijyeni kurallarına uymasını örnek alırım	69.2	30.8
Hastaneden kapacağım enfeksiyon sağlığımı ve kariyerimi tehdit edebilir	80.5	19.5
Gerekli durumlarda el hijyenini sağlayamama ihmalkarlıktır	78.2	21.8
El hijyeni kişisel yaşamımda benim için bir alışkanlıktır	81.8	18.2
Bir sağlık çalışanını el hijyeni konusunda uyarmak beni rahatsız eder	52.2	47.8
El hijyenini sağlamak hastalıklara karşı bağışıklık yanıtını azaltır	37.9	62.1
Kirli lavabolar elleri yıkamamak için bir nedendir	62.3	37.7
Uygun bir temizlik ürünü eksikliği elleri temizlemem için sebep olabilir	66.1	33.9
Yara bakımı sonrasında el hijyenini sağlamak enfeksiyonlardan koruyabilir	79.8	20.2
Tuvaletten sonra elleri temizlemek enfeksiyon bulaş riskini azaltır	80.6	19.4
Eldiveni takmadan önce el hijyeni sağlanmalıdır	80.3	19.7
Eldiven üzerine el hijyeni sağlamak amacıyla el antiseptiği kullanılabilir	55.1	44.9
Ellerde gözle görünür kir varsa ilk işlem alkol bazlı dezenfektan kullanımı olmalıdır	25	75
Eldiven giyilerek yapılan bir işlemden önce ve sonra ellerimi yıkarım	70.9	29.1

Tablo 3. El hijyeni 5 (beş) endikasyon uyum oranları

İşlem	Hekim (%)	Hemşire (%)	Diğer (%)
Hastayla temastan önce	44.7	67.7	60.2
Aseptik işlemden önce	66.2	75.8	65.1
Vücut sıvıları ile temastan sonra	77.6	86.9	80.2
Hastayla temastan sonra	50.8	76.3	46.4
Hasta çevresi ile temastan sonra	40.2	68.4	47.3

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-22

COVID-19 PANDEMİSİNDE ALINAN EL HİJYENİ ÖNLEMLERİ HASTANE ENFEKSİYONLARINI ETKİLEDİ Mİ?

Mustafa Tanrıverdi

Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Gaziantep

GİRİŞ ve Amaç: Hastane enfeksiyonları hastaneye yatıştan 48-72 saat sonra veya taburcu olduktan 10 gün içerisinde gelişen enfeksiyonlar olarak kabul edilir. Hastane enfeksiyon hızları ülkelere, hastane ve hasta özelliklerine göre değişmekle birlikte ortalama %3-17'dir. El hijyeni hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en önemli uygulamalardan birisidir (1). Bu çalışmada, hastanemizde pandemi öncesi ve pandemi sonrası dönemlerde görülen hastane enfeksiyonları ile el hijyeni uyum oranlarını arasındaki ilişkiyi karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: SANKO Üniversitesi Hastanesi'nde Ocak 2019 - Aralık 2022 tarihleri arasında meydana gelen ve Sağlık Bakanlığı'na bildirilen hastane enfeksiyon hızları retrospektif olarak tarandı. Hastane enfeksiyonu tanısı, enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından surveyansı yapılan enfeksiyonların, enfeksiyon hastalıkları hekimi tarafından değerlendirildikten sonra konulmuştur. El hijyeni uyum oranları enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından sağlık bakanlığı el hijyeni uyum rehberi doğrultusunda gözlem yöntemiyle oluşturulmuştur. Elde edilen veriler yıllık olarak birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda, Sağlık Bakanlığı'na bildirilen el hijyeni uyum oranları 2019 yılında %71.84, 2020 yılında %92.08, 2021 yılında %88.3 ve 2022 yılında %84.36 olarak görüldü. Hastane enfeksiyon hızlarımız ise, 2019 yılında %1.49, 2020 yılında %1.39, 2021 yılında %1.89 ve 2022 yılında %1.94 tespit edildi.

TARTIŞMA ve Sonuç: Hastane enfeksiyonlarının gelişiminde etkili çok sayıda parametre (mekanik ventilasyon, kateter uygulamaları, akılcı olmayan antibiyotik kullanımı) bulunmaktadır. Bunların yanısıra el hijyeni de Hastane enfeksiyonu gelişimiyle yakından ilişkilidir. Çalışmamızda, Covid-19 pandemisiyle birlikte artan el hijyen uyum oranlarının hastane enfeksiyon hızlarını düşürdüğünü gördük.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-23

ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİO PANKREATİKOĞRAFI (ERCP) YAPILMASI PLANLANAN HASTALARDA HEPATİT SEROLOJİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Tuba Erürker Öztürk

Denipol Hastanesi, Gastroenteroloji, Denizli

Giriş: Girişimsel işlemler öncesi hepatit seroloji testlerinin değerlendirilmesi hepatit bulaşı için koruyucu bir yöntemdir. Sağlık çalışanları kadar işleme alınan hastalar için de farkındalığın olması tedavisi mümkün olan hepatitin tanısını kolaylaştırır. Endoskopik retrograd kolanjio pankreatikografi (ERCP) obstrüktif kolestazi olan olgularda sedo-aneljezi altında yapılan tedavi edici bir girişimsel yöntemdir. Çalışmamızda ERCP yapılan hastalarda HbsAg, Anti-HCV ve Anti-HIV seroprevalansının araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmamızda Denizli Devlet Hastanesi'nde 2019 ile 2023 yılları arasında ERCP endikasyonu nedeniyle ERCP yapılmış toplam 337 hastanın klinik ve laboratuvar parametreleri retrospektif olarak değerlendirildi (Tablo 1). Hastaların ERCP öncesi laboratuvar değerleri ile Hbs Ag, Anti-HCV ve Anti-HIV kayıt edildi. 337 hastanın 169'u (%50,1) kadın 168'i erkekti (%49,9). Hastaların 271'ine (%80,4) koledolithiazis 66'ına (%19,6) malign darlık nedeniyle ERCP planlandı. 1 hastada Hbs Ag pozitifliği ve 1 hastada anti-HIV pozitifliği saptandı. İleri incelemede HbsAg pozitif saptanan hastanın HBV DNA düzeyi 2000 IU/mL altındaydı. Anti-HIV pozitif olan hastanın doğrulama testi negatif sonuçlandı. Hasta grubumuzda Hbs Ag pozitifliği %0,2 olarak saptadık.

Tartışma: Kronik viral hepatitleri güncel tedaviler ile kontrol altında tutmak daha kolay olsa da kronik viral hepatitler hala global halk sağlığı sorunudur. Aşılama programlarının yaygınlaşması, hepatit C tedavileri ile kür sağlanması umut veren gelişmelerdir. Girişimsel işlemler öncesi hepatit serolojinin değerlendirilmesi genel bir yaklaşımdır. Ancak sonuçlarının takip edilmesi pozitif saptanan hastaların bilgilendirilerek ileri tetkik sonrası tedavilerinin düzenlenmesi çoğu zaman göz ardı edilmektedir.

Sonuç: ERCP gibi girişimsel işlemler planlanan hastalarda her ne kadar sterilizasyon ve kişisel koruyucu ekipman kullanılmasına dikkat edilse de viral serolojinin bakılmasını öneririz.

Hastaların demografik özellikleri

Demografik özellikler	Hastaların özellikleri
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	169 (% 50,1)
Erkek	168 (%49,9)
Yaş (yıl)	
Ortalama ± SD	65,8±17
Tanı dağılımı	• %80,4
• Koledokolithiazis	
• Malignite	• %19,6
Başvuru Lökosit sayısı	• 10183
Başvuru Hemoglobin	13
Başvuru T.bil	4.5
Başvuru CRP	60,6

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-24

TÜRKİYE VE DÜNYADA HEPATİT B ZAMANSAL TRENDLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Okan Derin

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Doktora Programı; İstanbul Şişli Hamidiye Etfal EAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Giriş: Hepatit B, küresel düzeyde önemli bir infeksiyon hastalığıdır. Yüksek prevalansı ve karaciğer sirozu, hepatosellüler kanser ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlarıyla, Hepatit B'nin kontrolü ve izlenmesi büyük önem taşır. Bu bağlamda, Global Yük Değerlendirmesi (GBD) çalışması hem yerel hem de küresel ölçekte hastalığın yaygınlığı, mortalite oranları ve bu parametrelerin zaman içindeki değişimlerini etkileyen faktörleri analiz etmek için önemli bir kaynaktır.

Bu çalışmada, Türkiye ve dünya genelindeki Hepatit B insidansı, prevalansı ve mortalite oranlarının 1990 ila 2019 yılları arasındaki evrimini ve yıllara göre bir yaş altı aşılama oranları analiz edilmiştir.

Yöntem: Global Yük Değerlendirmesi (GBD) veri seti, ve "Our World in Data" (ourworlddata.org) veri seti kullanılmıştır. Veriler yaşa standardize insidans hızları, mortalite hızları ve prevalans olarak yüzbinde olarak verilmiştir. Hepatit B insidans, prevalans ve mortalitesinin zaman içindeki (1990-2019) değişimlerini değerlendirmek için, Joinpoint regresyon analizi (JRA) kullanılmıştır.

Bulgular: Hepatit B Trendlerinin Türkiye, Global ve SDI Grubuna Göre Ülkelerdeki Durumu

Hepatit B'nin yaşa standardize insidans hızları ve prevalansları ile yaşa standardize edilmiş ölüm oranlarındaki 1990'dan 2019'a kadar olan eğilimler Şekil 1'de sunulmuştur:

Hepatit B Aşı Eğilimleri: Hepatit B zamansal trendleri Şekil 2'de sunulmuştur.

Joinpoint Regresyon Analizi

Dünyada ve Türkiye'de Kronik Hepatit B Prevalans, İnsidans ve Mortalite Eğilimleri: (Şekil 3).

Çalışma süresince her iki kohort da prevalans, için belirgin azalma eğilimleri göstermektedir

Her iki kohort için de 1990-2019 döneminde önemli azalma eğilimleri bulunmuştur (Şekil 4).

Global kohortta -2,07 (%95 GA: -2,20 ila -1,94) ve Türkiye kohortunda -3,19 (%95 GA: -3,58 ila -2,80) AAPC saptanmıştır.

Aşılama Joinpoint Regresyon Analizi

2000-2019 döneminde Türkiye ve Dünya kohortları arasında bir yaş altı aşılama oranlarında belirgin farklılıklar görülmüştür (Şekil 4).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tartışma

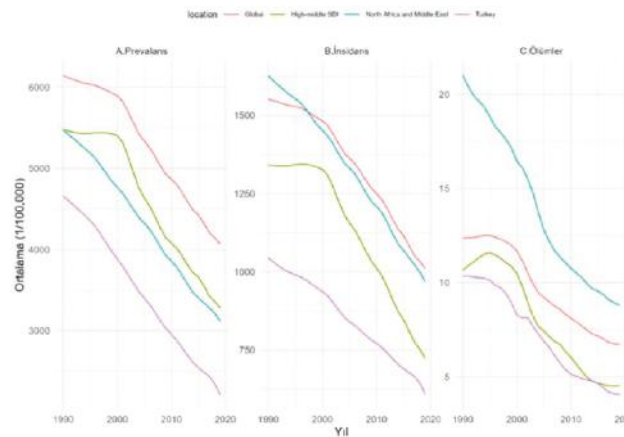
Hepatit B prevalansı, insidansı ve hepatit B nedeni ile gelişen mortalite oranları hem Türkiye’de tüm dünya genelinde düşme eğilimindedir. Prevalans azalması için insidans azalması ya da mortalite artışı veya her ikisi birden beklenir. Yaptığımız analiz sonucunda insidans azalmasına mortalite azalması da eşlik etmiştir. Bu durum %90 kronikleşmesi beklenen <1 yaş çocukların, %30-50 kronikleşmesi beklenen 1-5 yaş arası çocukların Türkiye’de yaygın aşılama ve yüksek insidans azalmasıyla açıklanabilir.

Değişik epidemiyolojik gruplardan örneklem olarak yapılan çalışmalarda Türkiye’de HBsAg pozitifliği %0,8 ila %5,7 olarak bildirilmiştir. Bu nedenle bu epidemiyolojik özellik arz eden grupların belirlenerek hedefe yönelik politikalar belirlemek faydalı olabilir.

Sonuç olarak bu çalışma, Türkiye'nin bu alandaki başarılarını vurgularken, gelecekteki stratejilerin belirlenmesinde de önemli perspektifler sunmaktadır.

Şekil 1

Şekil 1. Prevalans, İnsidans ve Mortalite Eğilimleri



Prevalans, İnsidans ve Mortalite Eğilimleri

Şekil 2

Şekil 2. Bir yaş altı aşılama oranları



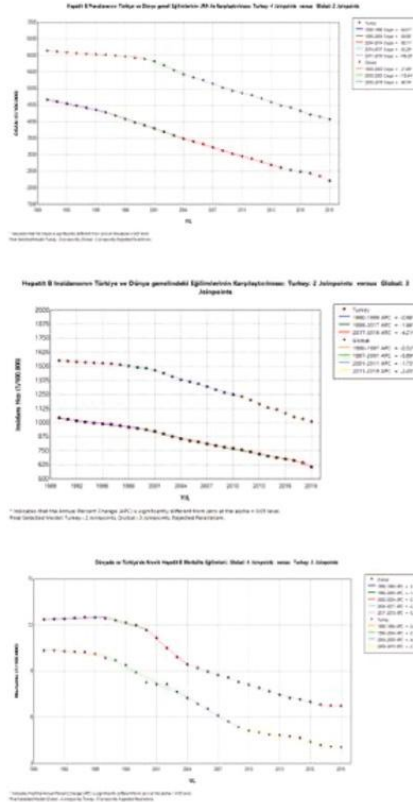
Bir yaş altı aşılama oranları

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR

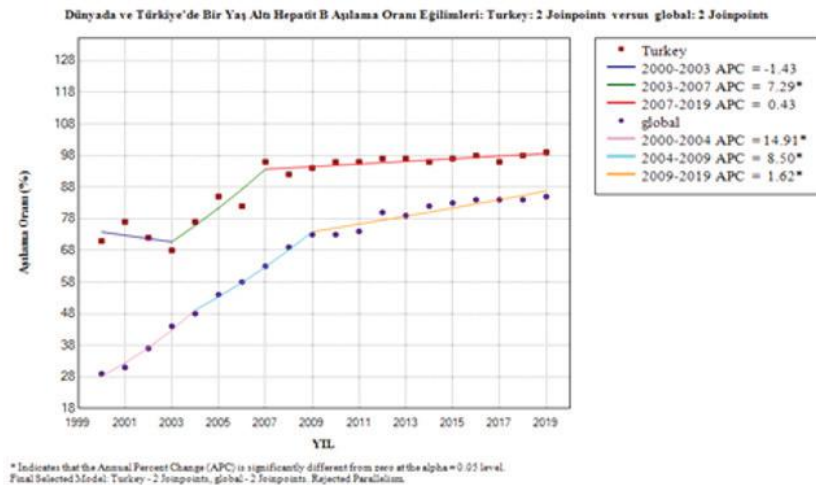


Şekil 3.



Prevalans, İnsidans ve Mortalite Oranlarının JoinPoint Regresyon analizi sonuçları

Şekil 4



Aşılama oranlarının JoinPoint Regresyon analizi sonuçları

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-25

HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE KO-İNFEKSİYONLAR: 304 VAKANIN İNCELENMESİ

Feyza İslamoğlu, Aziz A. Hamidi, Çiğdem Akalan, Semiha Çelik Ekinci, Ayşe Deniz Yüksel, Sibel Bolukçu, Ercan Yenilmez

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: DSÖ istatistiklerine göre, 2022 sonu itibariyle 39 milyon insanın insan immün yetmezlik virusu (HIV) ile yaşadığı düşünülmekte ve 1.3 milyon kişinin 2022 yılında HIV ile enfekte olduğu bilinmektedir. Yine 2022 yılında 630000 birey HIV ile ilişkili sebeplerden hayatını kaybetmiştir. HIV ile yaşayan bireylerde hepatit B virusu (HBV), hepatit C virusu (HCV) ve sifilis etkeni olan Treponema pallidum ile karşılaşma insidans ve prevalansı sağlıklı popülasyona göre yüksektir. Kan ve cinsel yolla bulaş, bu etkenlerin ortak özelliğidir. DSÖ'nün küresel hepatit stratejisi ise 2016-2030 yılları arasında yeni hepatit infeksiyonlarını %90, ölümleri ise %65 oranında azaltmayı hedeflemektedir. CD4 pozitif T lenfosit hücrelerini hedef alarak edinsel immün yetmezlik sendromuna neden olan HIV virusu, HBV, HCV ve sifilis seyrini olumsuz yönde etkiler. Riskli popülasyonu serolojik testlerle düzenli olarak tarayarak, bu infeksiyonların son evresinde karşılaşılabilecek hepatosellüler kanser, siroz, nörosifilis gibi klinik tablolardan korunmak mümkündür. Bu çalışmada, HIV ile yaşayan bireylerde, HBV, HCV ve sifilis ko-infeksiyonu varlığının araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Edinsel immün yetmezliği tanısıyla 01.01.2020-3.12.2022 tarihleri arasında kliniğimizde takip olan vakalar hastane kayıt sisteminden geriye dönük olarak incelendi. Toplamda 1044 poliklinik başvuru incelenerek 304 vaka çalışmaya alındı. Hastaların HbsAg, anti-HCV, VDRL ve TPHA sonuçları bir excel tablosuna kaydedildi. Anti-HCV pozitifliği olan vakaların HCV-RNA sonucuna ve hepatit C tedavi öyküsüne ulaşıldı. Veriler literatürdeki benzer epidemiyolojik çalışmalarla kıyaslandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 304 vakanın 95(%31)'inde ko-infeksiyon saptandı. Anti-HCV sonucu pozitif olan 4 vakada HCV-RNA negatif bulundu. Başlangıçta HbsAg sonucu pozitif olan iki vakada spontan S kaybının gerçekleştiği saptandı. Çalışma vakalarımızda HBV prevalansı %2,9 olarak saptanırken bu oran HCV %1,3 olarak hesaplandı. Sifilis için VDRL testi pozitiflik oranı %26.9 olarak saptandı. Veriler tablo'da gösterildi.

Sonuç ve Tartışma: Çalışmamızda HbsAg pozitifliği %2,9 iken Anti-HCV pozitifliği %1.3 olarak bulundu. Benzer şekilde İstanbul'da bir EAH'de HbsAg ve Anti-HCV seropozitifliklerinin araştırıldığı bir çalışmada bu oranlar sırasıyla %4,05 ve %0,66 olarak saptandı. İstanbul'da HIV enfekte hastalarda sifilis prevalansı üzerine yapılan bir çalışmada seropozitiflik tüm hastalar içinde %19.3, homoseksüel erkekler arasında %35.6 olarak izlenmiştir. Türkiye genelinde seropozitiflik oranlarına ilişkin net bir veri bulunmamasına rağmen HIV ile enfekte bireylerde seropozitiflik oranının yüksek olduğu tahmin edilmektedir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



HIV ile yaşayan bireylerin takibi sırasında serolojik testlerle kolaylıkla tanı konulabilen HBV, HCV ve sifilisin taranmasının önemli olduğunu vurgulamaktayız. Ayrıca bu çalışma ile HbsAg negatif hastaların aşılınması ve latent sifilis saptananların tedavi edilmesi gerektiğine dikkati çekmekteyiz.

TABLO HIV KOENFEKSİYON

Tablo. HIV ile yaşayan bireylerde ko-enfeksiyon

	HbsAg	Anti-HCV	VDRL	TPHA
Pozitif	9	4	82	68
Negatif	295	300	222	236
Prevalans	%2,9	%1,3	%26,9	%22,3

SS-26

KANDİDEMİ OLGULARINDA TÜR DAĞILIMI, RİSK FAKTÖRLERİ VE AMPİRİK ANTİFUNGAL TEDAVİNİN MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Elif Özge Damar Mıdık, Ayşe Batırel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş ve amaç

Kandidemi, hastanede yatan hastalarda kan dolaşımı enfeksiyonlarında en sık 4. sırada yer almaktadır. Yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle risk faktörlerini belirlemek ve uygun antifungal tedaviyi başlamak hayati önem arz etmektedir. Çalışmamızda hastanemizde yatan kandidemili hastalarda tür dağılımının, risk faktörlerinin, uygulanan ampirik tedavilerin mortaliteye etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem

Hastanemizde Ocak 2017-Temmuz 2023 tarihleri arasında kandidemi gelişen 18 yaş üstü hastalar geriye dönük incelendi. Hastaların demografik verileri, kandidemi için risk faktörleri, tedavileri ve takip bulguları kaydedildi ve istatistiksel olarak incelendi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 131 hastanın ortalama yaşı 67 (IQR: 55-77) idi ve hastaların 76 (%57,1)'si erkekti. En sık etkenler sırasıyla C. parapsilozis (%35), C. albicans (%29), ve C. glabrata (%18) idi (Resim1). Hastaların %66,4 (n=87)'ü yoğun bakım ünitesi (YBÜ)nde, %19 (n=25)'u dahili kliniklerde ve %15 (n=19)'i cerrahi kliniklerde tedavi almaktaydı. Hastaların komorbid durumları ve kandidemi için risk faktörleri tablo 1'de gösterilmiştir.

C.albicans ve non-albicans Candida (NAC) üreyenlerde demografik ve risk faktörleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2) Hastaların 7 ve 14 günlük mortalitesinde anlamlı farklılık saptanmazken; 30 günlük mortalite görülenlerin mekanik ventilasyon süresi ve santral venöz kateteri olma sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p < 0,01$).

YBÜ'de takip edilen hastaların exitus olma sıklığı, dahili ve cerrahi kliniklerde takip edilen hastalara göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p < 0,01$) (Tablo3).

En sık kullanılan ampirik tedaviler sırasıyla flukonazol (%48,85), anidulafungin (%23,66) ve kaspofungin (%14,5) idi. Üreyen Candida türlerinin antifungal duyarlılıkları tablo 4'de gösterilmiştir. Spesifik tedavide ise anidulafungin %39 (n=40), flukonazol %29 (n=38), kaspofungin %19 (n=25) sıklıkla tercih edildiği saptandı. Hastaların %69'unda ampirik antifungal tedavi, üreyen Candida türüne etkiliydi. Ampirik antifungal tedavinin uygunluğunun mortaliteye etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Etkenlerin antifungal duyarlılıkları ile hastaların 30 günlük mortalitesi karşılaştırıldığında; 7,14 ve 30 günlük mortalitede anlamlı fark saptanmadı (Resim2). NAC

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR

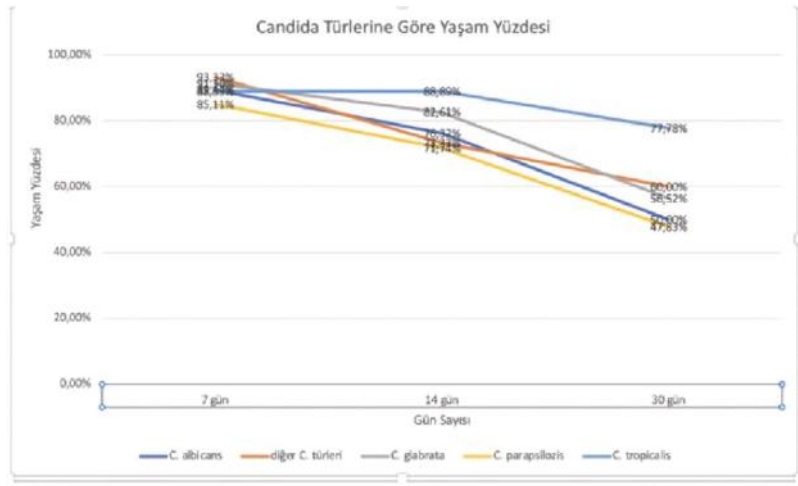


türlerinde flukonazol ve kaspofungin direnç oranları, C. albicans türüne göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p < 0,01$) (Resim 3). Saptanan kandida türlerinin mortalite yüzdesi grafiği ise Resim 4'de gösterilmiştir.

Sonuç

Yıllar içinde NAC türlerinde ve antifungal direnç oranlarında artış göze çarpmaktadır. Çalışmamızda da saptanan türlerin %71'i NAC olup, flukonazol ve kaspofungine direnç sorunu dikkat çekmektedir. Hastanemizde kandidemi ampirik tedavi seçeneklerinin bu bilgiler önderliğinde yeniden gözden geçirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Resim 4: Candida Türlerine Göre Yaşam Yüzdesi



Resim 3: C. albicans ve non-albicans candida (NAC) türleri üreyen hastaların antifungal duyarlılıklarının karşılaştırılması

		Etken		p
		C. albicans	NAC	
Flukonazol, N (%)	Duyarlı	32 (88,89)	35 (58,33)	^a 0,002
	Dirençli	4 (11,11)	25 (41,67)	
Vorikonazol, N (%)	Duyarlı	34 (94,44)	47 (81,03)	^b 0,122
	Dirençli	2 (5,56)	11 (18,97)	
Kaspofungin, N (%)	Duyarlı	34 (94,44)	58 (71,6)	^a 0,005
	Dirençli	2 (5,56)	23 (28,4)	
Amfoterisin B, N (%)	Duyarlı	32 (94,12)	79 (96,34)	^b 0,629
	Dirençli	2 (5,88)	3 (3,66)	
Mikafungin, N (%)	Duyarlı	35 (94,59)	73 (92,41)	^b 1,00
	Dirençli	2 (5,41)	6 (7,59)	

^aKi kare test

^bFisher's Exact test

Sütun yüzdesi verilmiştir

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR

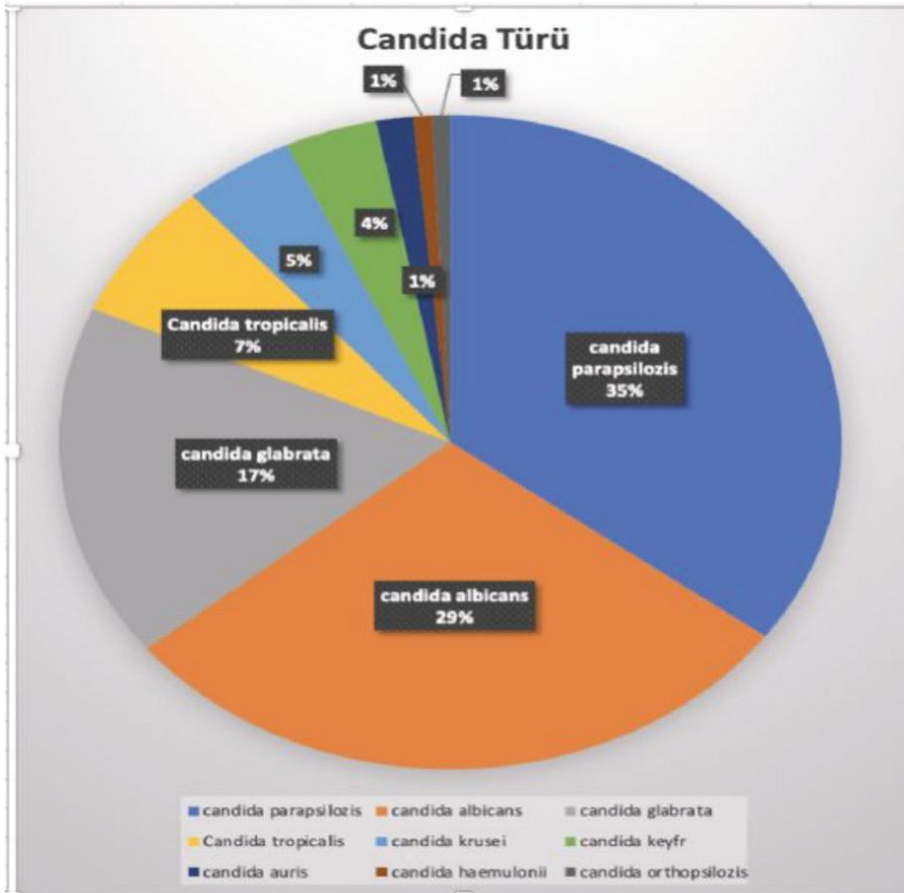


Tablo 4:C. albicans ve non-albicans candida (NAC) türleri üreyen hastaların antifungal duyarlılıklarının karşılaştırılması

		C.albicans	NAC	p
Flukonazol, N (%)	Duyarlı	32 (88,89)	35 (58,33)	a0,002
	Dirençli	4 (11,11)	25 (41,67)	
Vorikonazol, N (%)	Duyarlı	34 (94,44)	47 (81,03)	b0,122
	Dirençli	2 (5,56)	11 (18,97)	
Kaspofungin, N (%)	Duyarlı	34 (94,44)	58 (71,6)	a0,005
	Dirençli	2 (5,56)	23 (28,4)	
Amfoterisin B, N (%)	Duyarlı	32 (94,12)	79 (96,34)	b0,629
	Dirençli	2 (5,88)	3 (3,66)	
Mikafungin, N (%)	Duyarlı	35 (94,59)	73 (92,41)	b1,00
	Dirençli	2 (5,41)	6 (7,59)	

aKi kare test bFisher's Exact test Sütun yüzdesi verilmiştir

Resim1: kandida tür dağılımı



Resim 2: Hastaların antifungal duyarlılık durumlarıyla 30 günlük mortalite durumlarının karşılaştırılması

		30 günlük mortalite		
		Yaşıyor	Exitus	p
Flukonazol, N (%)	Duyarlı	40 (59,7)	27 (40,3)	*0,069
	Dirençli	11 (39,29)	17 (60,71)	
Vorikonazol, N (%)	Duyarlı	44 (54,32)	37 (45,68)	*0,413
	Dirençli	5 (41,67)	7 (58,33)	
Kaspofungin, N (%)	Duyarlı	47 (51,65)	44 (48,35)	*0,458
	Dirençli	15 (60)	10 (40)	
Amphoteresin B, N (%)	Duyarlı	58 (52,73)	52 (47,27)	*0,199
	Dirençli	1 (20)	4 (80)	
Mikafungin, N (%)	Duyarlı	56 (52,34)	51 (47,66)	*1,00
	Dirençli	4 (50)	4 (50)	

*Ki kare test

*Fisher's Exact test

Tablo 1: Hastaların komorbid durumları ve kandidemi için risk faktörleri değerlendirilmesi

	Yok	Var
DM, N (%)	90 (69,23)	40 (30,77)
Yanık, N (%)	123 (93,89)	8 (6,11)
Malignite, N (%)	74 (56,49)	57 (43,51)
Kortikosteroid öyküsü, N (%)	104 (80,62)	25 (19,38)
Batın ameliyatı, N (%)	92 (70,23)	39 (29,77)
Pankreatit, N (%)	127 (96,95)	4 (3,05)
TPN ile beslenme, N (%)	34 (25,95)	97 (74,05)
Santral venöz katater, N (%)	15 (11,45)	116 (88,55)
Antibiyotik kullanım öyküsü N (%)	0 (0)	131 (100)
Bakteriyemi varlığı N (%)	57 (43,51)	74 (56,49)

DM: Diabetes Mellitus, TPN: Total parenteral nutrisyon

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 2:C. albicans ve non-albicans candida türleri üreyen hastaların karşılaştırılması

		C.albicans	NAC*	p
Yaş (Ortanca (25. p.- 75.p.))		64 (54-75)	69 (56-77)	a0,381
Mekanik ventilasyon süresi (gün) (Ortanca (25. p.- 75.p.))		10 (1-29)	18 (1-50)	a0,219
Cinsiyet N (%)	Kadın Erkek	26 (34,21) 12 (21,82)	50 (65,79) 43 (78,18)	b0,123
Yattığı klinik N (%)	Dahili klinik Cerrahi klinik Ybü	8 (32) 6 (31,58) 24 (27,59)	17 (68) 13 (68,42) 63 (72,41)	b0,880
DM N (%)	Yok Var	27 (30) 11 (27,5)	63 (70) 29 (72,5)	b0,772
Yanık N (%)	Yok Var	36 (29,27) 2 (25)	87 (70,73) 6 (75)	c1,00
Malignite N (%)	Yok Var	20 (27,03) 18 (31,58)	54 (72,97) 39 (68,42)	b0,569
Kortikosteroid öyküsü N (%)	Yok Var	33 (31,73) 5 (20)	71 (68,27) 20 (80)	b0,248
Batın ameliyatı N (%)	Yok Var	24 (26,09) 14 (35,9)	68 (73,91) 25 (64,1)	b0,258
Pankreatit N (%)	Yok Var	37 (29,13) 1 (25)	90 (70,87) 3 (75)	c1,00
TPN ile beslenme N (%)	Yok Var	9 (26,47) 29 (29,9)	25 (73,53) 68 (70,1)	b0,705
Santral venöz katater N (%)	Yok Var	3 (20) 35 (30,17)	12 (80) 81 (69,83)	0,552
Bakteriyemi varlığı N (%)	Yok Var	16 (28,07) 22 (29,73)	41 (71,93) 52 (70,27)	b0,836
7 günlük mortalite N (%)	Yaşıyor Exitus	34 (29,31) 4 (26,67)	82 (70,69) 11 (73,33)	c1,00
14 günlük mortalite N (%)	Yaşıyor Exitus	29 (29,29) 9 (29,03)	70 (70,71) 22 (70,97)	b0,978
30 günlük mortalite N (%)	Yaşıyor Exitus	19 (27,54) 19 (31,15)	50 (72,46) 42 (68,85)	b0,651

aMann Whitney U test, bKi kare test, cFisher's Exact test, DM: Diabetes Mellitus, TPN: Total parenteral nutrisyon

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 3: Hastalarda bakılan kandidemi risk faktörlerinin mortalite ile ilişkisi

		Yaşıyor	Exitus	p
Yaş (Ort. ±Std. Sapma)		61,68±17,45	67,54±18,46	a0,065
Mekanik ventilasyon süresi (gün) (Ortanca (25. p.-75.p.)		1 (1-18)	29,5 (13,5-49)	b<0,001
Cinsiyet N (%)	Kadın Erkek	37 (48,68) 32 (59,26)	39 (51,32) 22 (40,74)	c0,234
Yattığı klinik N (%)	Dahili klinik Cerrahi klinik Ybü	19 (76) 16 (84,21) 34 (39,53)	6 (24) 3 (15,79) 52 (60,47)	c<0,001
Dm N (%)	Yok Var	48 (53,93) 21 (52,5)	41 (46,07) 19 (47,5)	c0,880
Yanık N (%)	Yok Var	64 (52,46) 5 (62,5)	58 (47,54) 3 (37,5)	c0,722
Malignite N (%)	Yok Var	40 (54,79) 29 (50,88)	33 (45,21) 28 (49,12)	c0,657
Kortikosteroid öyküsü N (%)	Yok Var	58 (55,77) 10 (41,67)	46 (44,23) 14 (58,33)	c0,212
Batın ameliyatı N (%)	Yok Var	44 (48,35) 25 (64,1)	47 (51,65) 14 (35,9)	c0,099
Pankreatit N (%)	Yok Var	67 (53,17) 2 (50)	59 (46,83) 2 (50)	c1,00
Tpn ile beslenme N (%)	Yok Var	22 (64,71) 47 (48,96)	12 (35,29) 49 (51,04)	c0,114
Santral venöz katater N (%)	Yok Var	14 (93,33) 55 (47,83)	1 (6,67) 60 (52,17)	c0,001
Bakteriyemi varlığı N (%)	Yok Var	33 (57,89) 36 (49,32)	24 (42,11) 37 (50,68)	c0,331

aMann Whitney U test, bKi kare test, cFisher's Exact test, DM: Diabetes Mellitus, TPN: Total parenteral

SS-27

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE PCP OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Murtaza Öz¹, Ertuğrul Keskin¹, Yasemin Çakır¹, Cihad Baysal¹, Suna Bozkurt¹,
Fatih Çubuk², Damla Bağdu Çimen³, Mürşit Hasbek³, Seyit Ali Büyüktuna¹, Nazif Elaldı¹**

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

²T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı, Ankara

³Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

Giriş ve Amaç

Pneumocystis pnömonisi (PCP) Pneumocystis jirovecii'ye bağlı gelişen ve özellikle HIV (İnsan immün yetmezlik virüsü) ile yaşayan bireyler başta olmak üzere immünsüpresif hastalarda görülen fırsatçı bir enfeksiyondur. Bu çalışmanın amacı hastanemizde tespit edilen PCP olgularının demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem

20.05.2022-16.09.2023 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na gelen 220 balgam örneğinde moleküler yöntem ile Pneumocystis jirovecii tespit edilen 6 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri hastane bilgi sisteminden retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular

Hastalarımızın 5'i erkek, 1'i kadın ve yaş ortalamaları $45,33 \pm 23,06$ idi. Hastaların 5'i pnömoni olarak değerlendirilirken 1 hasta kolonizasyon olarak değerlendirilmişti. Kolonizasyon olarak değerlendirilen hastanın immünsüpresif bir etiyolojisi olmamakla beraber multipleks PCR yöntemi ile bakılan solunum yolu örneğinde Influenza A pozitif tespit edilmişti. Pnömoni olgularının ikisi yeni tanı HIV pozitifliği iken diğer üç hastada malignite öyküsü mevcuttu. Malignite öyküsü olan bir hastada KLL (kronik lenfositik lösemi) diğer iki hastada ise akciğer ca öyküsü vardı. KLL tanılı hasta PCP tedavisinin 7. gününde ex olurken diğer 5 hastada PCP'ye bağlı mortalite gözlenmedi. Yeni tanı HIV olan iki hastanın da CD4 sayısı 200 hücre/mm³ altındaydı ve LDH düzeyleri yüksekti. Malignite tanılı hastaların ikisi immünsüpresif tedavi almaktaydı. PCP pnömonisi ile takip edilen beş hastanın hepsi trimetoprim sulfametoksazol 15-20 mg/kg 21 gün ve metilprednizolon (80 mg 5 gün, 40 mg 5 gün ve 20 mg 11 gün) tedavisi almıştı. Hastaların PCP açısından risk faktörleri, klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuç

PCP, başta HIV ile yaşayan bireyler olmak üzere immünsüpresif hastalarda ve kronik akciğer hastalığı olan kişilerde önemli bir fırsatçı enfeksiyondur. Çalışmamızda toplam 6 hasta irdelenmiş olup bir hasta PCP pozitifliği kolonizasyon olarak değerlendirilmiştir. 4 hasta etkin tedavi ile düzelen mortal seyreden olguda yaş ve komorbid durumların mortaliteye neden olduğu düşünülmüştür.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları

	Olgu-1	Olgu-2	Olgu-3	Olgu-4	Olgu-5	Olgu-6
Yaş	49	84	57	30	22	30
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek
Kronik akciğer hastalığı	Yok	Akc ca	Akc ca	Yok	Yok	Yok
Malignite	KLL	Akc ca	Akc ca	Yok	Yok	Yok
Otoimmün hastalık	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Organ/kök hücre nakli	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
HIV	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Var
Steroid tedavisi	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok
Anti-TNF	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Sigara	Yok	Var	Var	Var	Var	Yok
CD4 T lenfosit sayısı	340 (%13)	Yok	Yok	59 (%5)	Yok	153 (%12)
PCP profilaksisi	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Ateş	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Var
Öksürük	Yok	Var	Var	Var	Var	Var
Nefes darlığı	Var	Var	Var	Var	Var	Var
Hipoksi	Var	Var	Var	Var	Yok	Var
LDH yüksekliği	714	468	316	575	222	598
WBC	2.38	9.56	5.65	7.84	11.13	9.75
Nötrofil	1.96	8.64	5.05	5.41	6.79	7.53
LYMPH	0.39	0.66	0.27	1.19	2.84	1.28
CRP	154	5.6	82	54	74	77
Toraks BT	Pcp uyumlu	Pcp uyumlu	Pcp uyumlu	Pcp uyumlu	Pcp uyumlu değil	Pcp uyumlu
Tedavi	SXT+ metilprednizolon	SXT+ metilprednizolon	SXT+ metilprednizolon	SXT+ metilprednizolon	-	SXT+ metilprednizolon
30 gün içinde mortalite	Yok	7. gün	Yok	Yok	Yok	Yok

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-28

ALINAN KAN KÜLTÜRLERİ NE KADAR ANLAMLILI? ÜREYEN ETKEN Mİ? ÜREMEZSE İNFEKSİYON YOK MU? RETROPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Semiha Çelik Ekinci

SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Bakteriyemi tanısında, kan kültürü altın standarttır. Hastanın kanında olmayan ancak kan alınırken ya da laboratuvarda kan kültürüne bulaşan mikroorganizmaların izole edilmesine "kontaminasyon" denir. Kontaminasyon klinik yorumlamada hatalara, uygunsuz antibiyotik kullanımına, ek testlere ve maliyet artışına sebep olur. Kan kültürü almadan önce uygun cilt antiseptisi yapmak, kontaminasyon riskini azaltmaktadır (%70'lik alkol, sonra %10'luk povidon iyot ve en son yine alkol ile merkezden periferik dairesel hareket ile). Kan kültüründe etken izolasyonu için örnek, ateş ve titreme başlar başlamaz ve antimikrobiyal tedavi başlamadan önce; acil antibiyoterapi başlandıysa bir sonraki tedavi dozundan hemen önce alınmalıdır. Yoğun bakım üniteleri gibi, kan kültürünün daha sık kullanıldığı yerlerde, verilen tüm eğitimlere rağmen kontaminasyon oranlarını %2'nin altına düşürmek zordur. Bu çalışmada, hastanemizin kan kültür sonuçlarının doğruluk oranlarını vermeyi planladık.

Yöntem: 01.06.2023-31.08.2023 tarihleri arasında hastanemiz anestezi yoğun bakım ünitesinde alınan kan kültürleri retrospektif olarak değerlendirildi. Kan kültürlerindeki üremeler, kültür alındığı tarihte hastanın ateş yüksekliği ve inotrop ihtiyacı olup olmadığı, hemogram-CRP ve procalcitonin gibi parametreleri ile birlikte değerlendirildi. Klinik ve laboratuvar bulguları enfeksiyon ile uyumsuz olan üremeler kontaminasyon olarak kabul edildi.

Bulgular: 173 adet 2 set kan kültürüne ulaşıldı. Kültürlerin 85'inde üreme saptanırken, 88'inde üreme saptanmamıştır. Kültür sonuçlarının dağılımı Şekil'de gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Kan kültür sonuçlarının değerlendirildiği birçok çalışmada kontaminasyon oranları %29.6 ile %1.3 arasında değişmektedir. Çalışmamızda bu oran %19.1 olarak saptandı. Ancak izole edilen etkenin yanında ayrıca saptanan ve kontaminasyon olarak değerlendirilen üremeler de buna eklendiğinde oran %26'ya çıkmaktadır. Kan kültürlerinin %30'unda izole edilen mikroorganizma etken kabul edildi. Kan kültürlerimizin 88'inde (%50.9) bakteri üremedi. Ancak klinik ile birlikte değerlendirildiğinde bu kültürlerin 50 tanesi, infekte hastadan alınmış ve etken izole edilememiştir. Çalışmamızın sonuçlarında hastanemizin kontaminasyon oranları yüksek saptanmış olup, bakteriyemi kliniğindeki hastaların bir çoğundan ise etken izole edilemediği saptanmıştır.

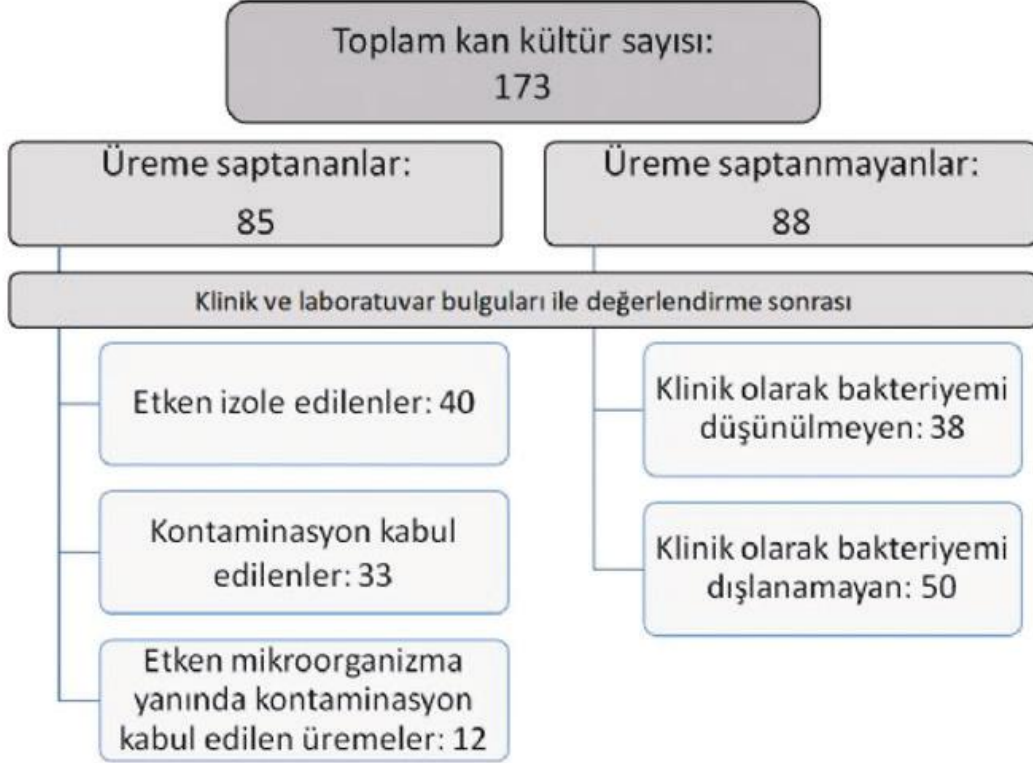
Kan kültür pozitifliği, her zaman etkeni göstermemekte, bakteriyemi kliniğindeki hastalarda ise her zaman kültür pozitifliği saptanamamaktadır. Kan kültürleri doğru yöntemlerle alındığında, hastanın takip ve tedavisi için daha iyi bir rehber olacaktır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Şekil. Kültür sonuçlarının dağılımı



Şekil. Kültür sonuçlarının dağılımı

Şekil. Kültür sonuçlarının dağılımı

SS-29

DISTRIBUTION OF THE INTESTINAL PARASITES ACCORDING TO SPECIES AND GENDER IN PATIENTS PRESENTED TO THE MICROBIOLOGY LABORATORY IN A TERTIARY HOSPITAL, IN SOMALIA BETWEEN JANUARY 2018 AND OCTOBER 2022

Ahmed Mohamed Ali Orey¹, Serpil Doğan², Said Mohamed Mohamud³,
Rahma Yusuf Yusuf Haji Mohamud⁴, Zerife Orhan⁵

¹Serpil Doğan

²Said Mohamed Mohamud

³Rahma Yusuf Haji Mohamud

⁴Ahmed Mohamed Ali Orey

⁵Zerife Orhan

Purpose: In this study, it was aimed to determine the 5-year prevalence of intestinal parasites in patients admitted to the Microbiology laboratory of a tertiary hospital in Somalia. Intestinal parasites; Types of patients, age and sex of the patients, and the distribution by years were examined.

Patients and Methods: Stool samples were examined using wet preparation, native lugol and trichrome staining methods. Statistical analysis was performed using IBM SPSS V23 software and a P value of <0.05 was considered statistically significant. Tables and figures were used to show the results.

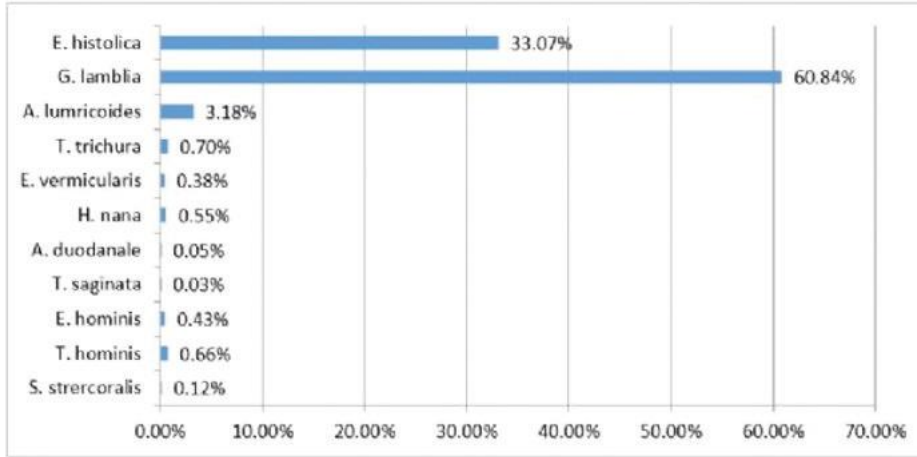
Results: One or more parasites were detected in 6766 of 56824 stool samples examined. It was observed that Giardia lamblia had a higher prevalence than other parasites (60.84%) in a five-year period. Entamoeba histolytica (33.07%) and Ascaris lumbricoides (3.18%) rank second and third according to their prevalence. When the distribution of the parasite population by gender is evaluated; no statistically significant difference was found ($p=0.235$). When the frequency of parasites was evaluated according to age groups, it was seen that the prevalence of parasites between the ages of 0-15 was higher (45.5%) compared to other age groups. A statistically significant difference was found between the distribution of parasite groups according to age groups ($p<0.001$).

Conclusion: Considering the effects of intestinal parasites on public health, it is still considered to be an important health problem for developing countries. It is thought that the frequency of parasitic diseases in society will decrease with the education of individuals, effective diagnosis, treatment, and implementation of preventive measures.

Keywords: Intestinal Parasite, Prevalence, Somalia.

Figure 1 Bar graph of parasite species

Figure 1 Bar graph of parasite species



It was observed that *G. lamblia* had a higher prevalence than other parasites (60.84%) in a five-year period. *E. histolytica* (33.07%) and *A. lumbricoides* (3.18%) rank second and third according to their prevalence (Fig. 1).

Table 1 Comparison of parasite groups by age and sex

Table 1 Comparison of parasite groups by age and sex

Demographic Data	Parasite Groups ¹		Total	Test ist.	p ^d
	Singleparasit	Polyparasit (double+ triple)			
Age					
0-15	3003 (97,6)a	73 (2,4)a	3076 (45,5)	91,925	<0,001
16-30	1465 (96)b	61 (4)b	1526 (22,6)		
31-45	931 (96,7)ab	32 (3,3)ab	963 (14,2)		
46-60	675 (96,4)ab	25 (3,6)ab	700 (10,3)		
>60	461 (91,8)c	41 (8,2)c	502 (7,4)		
Gender					
Female	3399 (96,3)	130 (3,7)	3529 (52,2)	2,894	0,235
Male	3135 (96,8)	102 (3,2)	3237 (47,8)		

A total of 56824 stool samples sent to the laboratory were included in our study. Of these samples, 50.4% (31891) were taken from female patients and 49.5% (24933) from male patients. While the presence of parasites was detected in 11.9% (6766) of the samples, the presence of parasites was not detected in 88% (50058). Singleparasitism was found in 96.6%(6535) of parasite positive patients and polyparasitism was found in 3.4%(232) (Table 1).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Table 2 Descriptive statistics of parasite species by year

Species ¹	2018	2019	2020	2021	2022	Total
<i>Entamoeba histolytica</i>	178 (46,97)	175 (31,7)	322 (31,88)	987 (31,55)	499 (34,06)	2161 (33,07)
<i>Giardia lamblia</i>	180 (47,49)	301 (54,53)	647 (64,06)	1947 (62,24)	900 (61,43)	3975 (60,84)
<i>Ascaris lumbricoides</i>	1 (0,26)	13 (2,36)	22 (2,18)	132 (4,22)	40 (2,73)	208 (3,18)
<i>Trichuris trichiura</i>	0 (0)	8 (1,45)	5 (0,5)	21 (0,67)	12 (0,82)	46 (0,7)
<i>Enterobius vermicularis</i>	1 (0,26)	6 (1,09)	2 (0,2)	9 (0,29)	7 (0,48)	25 (0,38)
<i>Hymenolepis nana</i>	1 (0,26)	11 (1,99)	5 (0,5)	16 (0,51)	3 (0,2)	36 (0,55)
<i>Ancylostoma duodenale</i>	0 (0)	1 (0,18)	0 (0)	0 (0)	2 (0,14)	3 (0,05)
<i>Taenia saginata</i>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,06)	0 (0)	2 (0,03)
<i>Enteromonas hominis</i>	16 (4,22)	7 (1,27)	4 (0,4)	1 (0,03)	0 (0)	28 (0,43)
<i>Trichomonas hominis</i>	2 (0,53)	27 (4,89)	4 (0,4)	9 (0,29)	1 (0,07)	43 (0,66)
<i>Strongyloides stercoralis</i>	0 (0)	3 (0,54)	0 (0)	4 (0,13)	1 (0,07)	8 (0,12)
Total	379 (100)	552 (100)	1010 (100)	3128 (100)	1465 (100)	6534 (100)

The rate of *E.histolytica* type was 47% in 2018, 31.7% in 2019, 31.9% in 2020, 31.6% in 2021 and 34.1% in 2022. The rate of *G.lamblia* species was 47.5% in 2018, 54.5% in 2019, 64.1% in 2020, 62.2% in 2021 and 61.4% in 2022. The rate of *A.lumbricoides* species was 0.3% in 2018, 2.4% in 2019, 2.2% in 2020, 4.2% in 2021 and 2.7% in 2022 (Table 2). Descriptive statistics are presented in Table 2.

SS-30

BRUSELLOZLU HASTALARDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ, NÖTROFİL/LENFOSİT VE PLATELET/LENFOSİT ORANLARININ HASTALIK İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Yeşim Çağlar, Gülce Eylül Aldemir

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Balıkesir

Giriş: Bruselloz seyrinde akut faz reaktanlarında artışa neden olan bir inflamasyon meydana gelir. Kandaki trombosit miktarı inflamasyon süresince akut faz reaksiyonuna cevaben değişebilen doğal immün sistemin bir parçası olarak rol oynar. Tam kan parametreleri içinde yer alan MPV trombosit aktivasyon ve fonksiyonuyla ilişkili olup son zamanlarda bazı hastalıklarda inflamatuvar belirteç olarak gösterilmiştir. Homeostazdaki rollerinin yanı sıra, trombositler de yani antimikrobiyal konak savunmasında inflamasyon ve doku onarımı aktif rol oynar. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, dolaşımdaki nötrofil, lenfosit değişiklikleri ve lökosit sayımı, trombosit sayımı, MPV, nötrofil /lenfosit oranı (NLR) ve trombosit /lenfosit oranı (PLR)larının inflamatuvar hastalıklar ve enfeksiyonlarla ilişkileri bildirmiştir. Bu çalışmada; brusellozlu hastalarda bu parametrelerin araştırılması planlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde Bruselloz tanısı ile takip edilen 50 hasta ve kontrol grubu olarak 50 sağlıklı erişkin dahil edilmiştir. Bilgiler retrospektif olarak taranmıştır. Çalışma gruplarının demografik verileri, inflamatuvar belirteçleri ve araştırılan kan değerleri kaydedilerek, istatistiksel analizleri jamovi versiyon 2.4.8 ile yapılmıştır. Etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan katılımcılardan bruselloz olan grupta yaş ortalaması 51yaş (22-80), 23 (%46) kadın 27 (%54), erkek, sağlıklı grupta 48 yaş (25-80), 27 (%54) kadın 23 (%46) erkek cinsiyet idi. Hasta grupta CRP ve ESR anlamlı yüksek saptanırken WBC farklı bulunmamıştır. PLR her iki grupta anlamlı farklı saptanmazken; PLT, MPV ve NLR oranları ise anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0,002$, $p<0,002$, $p<0,013$)

Sonuç: Brusellozda trombosit parametrelerinde meydana gelen değişimlerin patolojisi tam olarak anlaşılmasına rağmen çeşitli hematolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu çalışmada trombosit indeksi olarak majör fonksiyonel göstergesi MPV seçilmiştir ve anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Platelet/MPV, nötrofil, lenfosit testleri rutin bir şekilde tanı aracı olarak çalışılan tam kan parametreleri içinde yer almaktadır ve kolayca hesaplanabilir ve maliyet etkin ölçütler olup, inflamatuvar cevabi değerlendirme ve takipte kullanılabilir.

SS-31

COVID-19 DIŞI VİRAL SOLUNUM YOLU PATOJENLERİ; PANDEMİ ÇOCUK HASTALARDA NELERİ DEĞİŐTİRDİ?

Muhammed Üdürgücü¹, Nazik Yener¹, Hatice Üdürgücü²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

²Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Samsun

Giriş: Sars-cov-2 salgınıyla birlikte Nisan 2020'den itibaren okullar kapandı, toplu etkinlikler yasaklandı. Maske, mesafe kuralları ve seyahat kısıtlamaları uygulandı. Tıbbi maskelerin ve artırılmış kişisel mesafenin damlacıkla bulaşan etkenlere karşı koruyuculuğu bilinmektedir. Bu çalışmada, uygulanan bu kuralların diğer solunum yolu viral patojenlerine (SYVP) etkisinin incelenmesi için yatan çocuk hastalarda SYVP tetkiklerinin ve patojenlerin değişimi araştırıldı.

Metod: 31 mart 2019-31 mart 2020 arası pandemi öncesi, 31 mart 2020-31 mart 2021 arası ise pandemi dönemi olarak tanımlandı. SYVP tetkiki yapılan hastalar tarandı. İki dönem boyunca çocuk servislerine yatırılan hastaların sayıları, istenen SYVP tetkiki sayısı, pozitif sonuç sayısı ve gösterilen etkenler araştırıldı.

Sonuçlar: Çalışma süresince 450 hastadan toplam 482 test istendi. İkinci yılda çocuk servislerine kabul edilen hasta sayısı bir önceki yıla göre %37, çocuk yoğun bakım ünitesine (ÇYBÜ) yatış sayısı %38 oranında azaldı. İlk dönemde yatan hastaların %5.6'sından, ikinci dönemde ise %6.5'inden SYVP testi yapılmıştı, test istenme sıklıklarında anlamlı farklılık yoktu ($p:0.118$). Testlerdeki pozitiflik oranı ise %67'den %19,3'e düşmüŐtü ($p<0.05$). Pandemi döneminde çocuk servisine 204, ÇYBÜ'ne ise 12 hasta Covid-19 enfeksiyonu ile yatırılmıŐtı. Covid-19 ve diğer SYVP etkenleri ile koenfeksiyon görülmedi. Dönemler arasında servislerde yatan hasta sayıları, pozitif test sayısı ve etkenlerin dağılımı tablo1'de görülmektedir.

Tartışma: Pandeminin ilk yılında çocuklarda hastaneye yatış sıklığı %38 azaldı. Almanya'da 18 üniversite hastanesi kapsamında yapılan bir çalışmada da pandemi sürecinde bir önceki yıla göre hastaneye yatışlarda %30,3-35 oranında azalma olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda SYVP testi istenme sıklığı değişmezken, pozitif test oranları anlamlı olarak azaldı. Yatışların azalmasının başka nedenleri (elektif girişimlerin ertelenmesi, hasta olma endişesi vb.) olabilmekle birlikte en önemli nedenin viral ÜSYE-ASYE etkenlerinin daha az rastlanması olduğunu düşünmekteyiz. Adenovirüsler ve rinovirüsler, influenzavirüs ve RSV virüslerine göre daha düşük miktarda etken maruziyeti ile hastalık oluşturabilmektedir. Buna ek olarak influenzavirüs ve parainfluenzavirüsler solunum ve damlacık yoluyla bulaşırken, rinovirüs ve adenovirüslerin temas ile bulaşları da mümkündür. Hem temas yoluyla da bulaşabilmeleri, hem de daha düşük viral yük ile hastalığa neden olabilmeleri rinovirüs ve adenovirüslerin sıklığının pandemi döneminde daha az azalmasının nedeni olabilir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Sonuç: Covid dışı SYVP'nin pandemi sürecinde önceki yıla göre azaldığını tespit ettik. Etkenler arasındaki farkların bulaş özelliklerinin farklılıklarından kaynaklandığını düşündük. Alınan önlemlerin genel olarak incelediğimiz etkenler üzerinde de etkili olduğunu gösterdik.

Tablo-1

	Toplam	Pandemi Öncesi	Pandemi	p
Yatan hasta sayısı	7582	4644	2938	
Servis n (%)	6708 (%88.5)	4106 (%88.5)	2602 (%88.6)	
Yoğun bakım n (%)	874 (%11.5)	538 (%11.5)	336 (%11.4)	
İstenen test sayısı n (%)	482 (%6.3)	281 (%6)	201 (%6.8)	0.169
Pozitif test/test sayısı	210/482 (%43.5)	173/281 (%61.6)	37/201 (%18.4)	<.05
Pozitif test/hasta sayısı	210/7582 (%2.7)	173/4644 (%3.7)	37/2938 (%1.2)	<.05
Patojenler				
Rinovirus, n (%)	74 (%15.3)	46 (%16.3)	28 (%13.9)	0.463
İnfluenzavirus A, n (%)	37 (%7.6)	37 (%13.1)	0	
Influenzavirus B, n (%)	33 (%6.8)	33 (%11.7)	0	
RSV A, n (%)	36 (%7.5)	30 (%10.6)	6 (%3)	<.05
RSV B, n (%)	15 (%3.1)	13 (%4.6)	2 (%1)	<.05
Parainfluenza, n (%)	11 (%2.2)	11 (%3.9)	0	
Adenovirus, n (%)	8 (%1.6)	6 (%2.1)	2 (%1)	0.333
HMPV, n (%)	7 (%1.4)	5 (%1.8)	2 (%1)	0.252
Toplam pozitif	221 (%45.8)	181 (64.4)	40 (%19.9)	<.05
Koenfeksiyon	11	8	3	0.369

SS-32

HERPES ENSEFALİTİ: 7 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Murtaza Öz¹, Tuğçe Kılıçdağı¹, Fatih Çubuk², Ertuğrul Keskin¹, Caner Öksüz³,
Mürşit Hasbek⁴, Seyit Ali Büyüktuna¹**

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

²T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı, Ankara

³Sivas Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Sivas

⁴Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

AMAÇ

Herpes ensefaliti, anatomik olarak sıklıkla beyin temporal ve frontal loblarında ortaya çıkan sporadik ölümcül ensefalitin en yaygın nedenidir. Herpes ensefalitinden çoğunlukla Herpes simpleks virüs tip1 (HSV-1) sorumludur. Tanıda altın standart beyin biyopsisidir. İşlemin güçlüğü ve olası komplikasyonlar nedeniyle bunun yerine beyin omurilik sıvısında (BOS) moleküler yöntemler tercih edilmektedir. BOS incelemesinde polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yöntemi ile HSV-DNA saptanmasının duyarlılık ve özgüllüğü %95'in üzerindedir. Nadiren PCR negatif olgular da bildirilmektedir. Bu çalışmada, hastanemiz veri tabanından 01.01.2018 ile 01.08.2023 tarihleri arasında, merkezimizde takip edilen BOS'da PCR ile HSV-DNA pozitifliği saptanan ve radyolojik görüntüleme bulguları ile herpes ensefaliti tanısını destekleyen yedi olgu değerlendirilmiştir.

OLGULAR

Hastaların 4'ü kadın 3'ü erkek, yaş ortalamaları $63,5 \pm 26,6$ idi. Toplam 4 hastanın komorbid hastalıkları bulunurken 3 hastanın ise herhangi bir ek hastalığı yoktu. Tüm hastalarda HSV-1 DNA pozitif olarak saptandı. İki hastanın BOS incelemesinde pleositoz bulgusu mevcut değildi. Ayrıca pleositoz olmayan bir hastanın BOS incelemesinde protein yüksekliği saptanmadı. Tüm hastaların BOS laktat dehidrogenaz düzeyleri artmış olarak değerlendirildi ve BOS glukozları eşlik kan glukozunun 2/3'ü kadardı. Toplam 7 hastanın 6'sında MR görüntülemelerinde temporal bölgede kısıtlanmış diffüzyon alanları mevcut idi. Bir hastada ise leptomeningeal tutulum ile uyumlu olabilecek kalınlaşma ve sinyal artışları saptandı. Elektroensefalografi (EEG) 4 hastaya çekilebilmiş ve bu hastaların EEG'lerinde zemin aktivitesinde diffüz yavaşlamalar görüldü. Üç hasta tedaviye rağmen mortal seyretti. Hastaların ayrıntılı belirti ve bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir.

SONUÇ

HSV ensefaliti tedavisiz kalan hastalarda yaklaşık %70, etkin tedaviye rağmen ise %20 civarında mortal seyredebilmektedir. Bazen tedavi ile mortal olmayan olgularda sekel kalabilmektedir. Hastaların yaklaşık %10'u hastalık öncesi nörolojik fonksiyonlarına dönebilmektedir. Hastanın yaşı, başvuru esnasındaki nörolojik durumu ve asiklovir tedavisine başlanmadan önceki semptomların süresi klinik sonuç için belirleyici faktördür.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Herpes ensefalitinde erken tanı hayat kurtarır. Tanı için, BOS'ta PCR ile HSV-DNA saptanmasının duyarlılık ve özgüllüğü %95'ten fazladır. Kliniğin ilk iki haftasında BOS'ta PCR ile nükleik asidin, geç dönemde (10. günden sonra) ise antikorların saptanması önerilir. Ancak enfeksiyonun ilk 2 gününde ya da geç dönemlerinde (10-14 gün) ve/veya antiviral tedaviden 1 hafta sonra yanlış negatif sonuçlar saptanabilir.

Sonuç olarak, HSV ensefaliti düşünülen hastalara ampirik olarak asiklovir tedavisi mutlaka başlanmalıdır. Ayrıca BOS analiz sonuçlarının normal olabileceği akılda tutulmalıdır. Klinik şüphe devam ediyorsa, ilk örnekte negatif PCR sonucu saptanan olgularda lomber ponksiyon yapılarak ikinci örneklerde test tekrarı önerilir.

TABLO 1

	OLGU-1	OLGU-2	OLGU-3	OLGU-4	OLGU-5	OLGU-6	OLGU-7
YAŞ	18	64	72	66	102	79	44
KOMORBİD DURUMU	YOK	YOK	PARKİNSON, DM, HİPERLİPİDE	MAJOR DEPRESYON, KAH	LENFOMA, BPH	YOK	YOK
			Mİ, SVH, ALZHEİMER				
BOS DİREK BAKISI (mm ³ hücre sayısı) (HÜCRE CİNSİ)	2400 Eritrosit, 3 Lökosit (%100 MNL)	8590 Eritrosit, 210 Lökosit (%90 MNL)	80 Eritrosit, 10 Lökosit (%100 MNL)	3 Lökosit (%100 MNL)	70 Lökosit (%90 MNL)	240 Eritrosit, 10 Lökosit (%80 MNL)	30 Lökosit (%100 MNL)
BOS PROTEİN DÜZEYİ (15-45 mg/dl)	66	113	582	37	49	70	84
BOS / KAN GLUKOZ DÜZEYİ mg/dl	67/95	52/94	VY	68/108	104/189	64/111	51/81
BEYAZ KÜRE SAYISI 10 ⁹ /L	9.16	10.47	8.6	13.48	19.58	10.05	8.34
NÖTROPİL YÜZDESİ (% 42-73)	% 74	% 84	% 78	% 70	% 94	% 78	% 63
LENFOSİT YÜZDESİ (% 18-47)	% 12.4	% 9.1	% 12.7	% 14.8	% 3.9	% 13.6	% 30.3
C-REAKTİF PROTEİN mg/L (0-5)	29	8	12	4	96	3	8
NÖBET ÖYKÜSÜ	VAR	YOK	VAR	YOK	VAR	YOK	YOK
SEMPTOM BAŞLANGICIN DAN TEDAVİYE KADAR GEÇEN SÜRE (GÜN)	5	14	1	3	13	5	7
SAĞKALIM	SAĞ	SAĞ	EKSİTUS	SAĞ	EKSİTUS	EKSİTUS	SAĞ

Hastaların ayrıntılı belirtisi ve bulguları

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-33

HERPES ENSEFALİTİ: 7 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Murtaza Öz¹, Tuğçe Kılıçdağı¹, Fatih Çubuk², Ertuğrul Keskin¹, Caner Öksüz³,
Mürşit Hasbek⁴, Seyit Ali Büyüktuna¹**

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

²T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı, Ankara

³Sivas Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Sivas

⁴Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-34

İSTANBUL ŞİŞLİ İLÇESİNDE BULUNAN ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR ŞEHİR HASTANESİNDE TAKİP EDİLEN ERİŞKİN KIZAMIK VAKALARININ İNCELENMESİ

Rıdvan Dumlu

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul

Giriş-Amaç: Kızamık; oldukça bulaşıcı ve bağışıklama programlarıyla kontrol altına alınabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Aşı reddi ve kontrolsüz göçün artışı gibi nedenler sonrası bağışıklama programlarında aksama ve duyarlı kişi sayısının artışı sonrası görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ülkemizden bildirilen vaka sayısı ve insidansının yıllar içinde yükselme paterninde olduğu görülmektedir. Bu bildiride 3. basamak bir şehir hastanesi olan merkezimizde takip edilen erişkin kızamık vakalarının klinik ve laboratuvar özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2023 Şubat-Ağustos döneminde servisimizde yatırılarak takip edilen 21 kızamık vakasının epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özellikleri retrospektif olarak incelenerek sonuçlar elde edilmiştir.

Bulgular: Kesin kızamık tanısı alan 21 vakanın 11'i (%52) kadın, 10'u (%48) erkekti. Yaş ortalaması 27±8'di. İkamet adreslerine göre; Şişli'den 7, Kağıthane'den 5, Fatih'ten 4, Beyoğlu'ndan 2, Sarıyer, Bahçelievler ve Gaziosmanpaşa ilçelerindense birer vaka takip edilmişti. Vakaların %15'i (n:3) göçmen, %85'i (n:18) Türkiye doğumluydu. %62'si (n:13) aşısız olduğunu, %38'i (n:8) çocukluk aşılarını yaptırdığını belirtti. Eşlik eden hastalık olarak; ikisinde epilepsi, birinde serebral palsy, birinde astım, birinde tip 2 DM tanıları mevcuttu. İki vakada gebelik durumu kızamık risk faktörü olarak eşlik etmekteydi. Vakaların dördü bilinen veya şüpheli bir vakayla temas öyküsüne sahipti. Vakaların hepsinin ateş, tipik deri döküntüsü ve öksürük şikayeti mevcut olup; ek olarak 7'sinde konjonktivit, 3'ünde enanem (koplik) saptanmıştı. Bildirilen laboratuvar anomalilerinden lökopeni 11, trombositopeni 6, karaciğer fonksiyon testlerinin yüksekliği 15, CK yüksekliği 11, LDH yüksekliği 19 ve CRP yüksekliği 21 vakada saptanmıştı. Vakaların hepsinde Anti-Rubeola IgM, 10 vakada IgG pozitif olarak saptanmıştı. Tüm vakaların idrar örneğinde, 11 vakanın boğaz sürüntü örneğinde virüs nükleik asit yapıları PCR yöntemiyle saptanmıştı. Takipleri sırasında 5'i ishal 7'si pnömoni olmak üzere toplam 12 vakada (%57) komplikasyon gelişmiş olup; pnömoni gelişen vakaların dördünde mekanik ventilasyon ihtiyacı oluşturan solunum yetmezliği gelişti. Vakalarımızın hiçbirinde mortalite gelişmemiş olup tüm vakalar şifa ile taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: İstanbul Şişli bölgesinde bulunan hastanemizde takip edilen erişkin kızamık vakalarının incelendiği çalışmamızda aşısız hastalar ve ailelerinin aşı reddi tutumu içinde olduğu, komplikasyon gelişen tüm hastaların aşısız grupta olduğu görülmüştür. Aşısız kişilerde kızamığın, mortal solunumsal ve nörolojik komplikasyonlarla seyredebileceğini, bu vakaların komplikasyonlar açısından yakın takip edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Sonuç olarak, vaka sayılarının arttığı bu dönemde hastalığın tanı, tedavi, bağışıklama ve profilaksi uygulamalarının yönetilmesiyle ilgili alanımız hekimlerine önemli sorumluluklar düştüğünü söyleyebiliriz.

SS-35

BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE GALAKTOMANNAN ANTİJEN TESTLERİNİN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Rabiye Altınbaş

Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikoloji

Amaç

Günümüzde, immün sistemi baskılanmış ve nötropenik hastaların artması ile ilişkili olarak Aspergillus türleri ile oluşan enfeksiyonların görülme sıklığı da artmıştır. Bunlardan invazif aspergillozis (IA) dünya çapında yılda 300.000'den fazla teşhis edilen enfeksiyona neden olmakta ve mortalite oranı %30 ile %80 arasında değişmektedir. Bu hastalarda erken tanı ve doğru tedavi hayat kurtarıcıdır. Erken tanı ve etkili antifungal tedavi için direkt/boyalı mikroskopi, kültür, seroloji (galaktomannan, glukon) ve gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (RtPCR) gibi testler tek başına ya da kombine olarak kullanılmaktadır. Serolojik testlerden Galactomannan (GM) antijen testi hızlı sonuç vermesi ve klinisyenin hastayı değerlendirmesine yüksek katkı sağlaması sebebi ile hastanemizde dış laboratuardan destek alınarak uygulanmaktadır. Çalışmamızda GM antijen test sonuçlarını geriye doğru inceleyerek IA tanısına katkısını değerlendirilmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem

Tek merkezli ve retrospektif olarak yürütülen çalışmaya, 01 Ocak 2020—30 Eylül 2022 tarihleri arasında GM antijen test istemi olan hastaların tamamı dahil edildi. Dahil edilen klinik materyallerin hepsi "serum" örnekleriydi. Örnekler "IMMY sona Aspergillus Galactomannan Lateral Akış test yöntemi (AGM LFA)" kullanılarak test edildi. GM immünokromatografik olarak ölçüldü. Sonuçlar kantitatif olarak ve cut-off OD indeksi (ODI) ≥ 0.50 olanlar POZİTİF alınarak değerlendirildi.

Numune Hazırlama

1. Vidalı kapaklı, ısıya dayanıklı santrifüj tüpüne 300 μ L taze serum konuldu,
2. Aynı tüpe 100 μ L Numune Ön İşlem Tamponu eklendi,
3. Kapağı sıkıca vidalanıp, numune vortekslendi,
4. Tüp 120 OC'de (± 3 OC) 6-8 dakika bir ısı bloğuna yerleştirildi,
5. Numuneyi 5 dakika boyunca oda sıcaklığında 10.000-14.000 x g'de döndürüldü.
6. Testi tamamladıktan, sonraki 10 dakika içinde sonuçları okundu.

Bulgular

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Çalışmaya dahil edilen 26 hastanın, 19 (%73)'ü erkek, yaş ortalamaları 50 ± 19 yıl olarak bulundu. GM testi istemi yapılan hastaların 14'u (%53.8) Göğüs Hastalıkları Servisi, 6'sı (%23.1) Yoğun Bakım Servisi, 2'si (%7.7) Hematoloji Servisi ve 4'ü (%15.4) Poliklinik hastasıydı. İki hastanın GM indeksi pozitif olarak bulundu (2/26; %7.7). Bu değer ilk hasta için 0.57 ve ikinci hasta için 0.59 indeksti. Her iki hasta klinik olarak İnvaziv Pulmoner Aspergillozis ön tanısı almıştı ve GM antijen testleri de pozitif olarak bulunmuştur. GM indeksi pozitif bulunan hastalardan ilkinde aynı zamanda kan kültüründe *Candida albicans* üremesi olmuştu ve bu hasta aynı zamanda Kronik Hepatit C hastasıydı. Diğer hastada altta yatan herhangi bir hastalık yoktu.

Tartışma ve Sonuç

IA'ya neden olan *Aspergillus* türü mantarlar çevrede yaygın olarak bulunur. Solid organ ve/veya hematopoietik kök hücre nakli alıcıları, kanser kemoterapisi alan hastalar, immünsüpresyona yol açan altta yatan hastalığı olanlar bu mikroorganizmalarla enfeksiyona sıklıkla maruz kalır. İnvazif Aspergillozisin klinik belirtileri özgül olmayıp farklılıklar göstermektedir. Bu özelliği ile kolayca atlanabilir, birçok olguya geç tanı konulabilir. Bu da artan mortalite oranlarına neden olur.

Aspergillus türü hyalen yapıda septalı hifleri olan küflerin, hücre duvarının bir bileşeni olan GM; bir çekirdek ve bir yan zincirden oluşan polisakkarit yapıda bileşiktir. GM, üç farklı formda bulunabilir; (i) bir glikosilfosfatidilinositol (GPI)- ile bağlanan form, (ii) hücre duvarındaki β -1,3-glukanlara kovalent olarak bağlanan form ve (iii) Ortama salınan serbest polimerik form (Ekzoantijen). Ekzoantijen olarak ortama salınan bu form aspergilloz tanısı için biyobelirteç olarak başarıyla kullanılmaktadır.

Klinik değerlendirme, kültür, radyolojik görüntüleme yöntemleri ve serolojinin birlikte kullanılması İnvazif aspergillozisin tanısında performansı arttıracak ve daha erken tedaviye başlanmasında yüksek katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Aspergillus* spp., Galactomannan, Lateral Akış , İnvaziv Aspergillozis

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-36

TEK HÜCRE RNA SEKANSLAMA (SCRNA-SEQ) VERİ ANALİZİ YOLUYLA DİRENÇLİ HIV ENFEKSİYONU DİNAMİKLERİNİN KEŞFİ: HÜCRESEL MANZARAYI ORTAYA ÇIKARMAK

Asghar Khalilnezhad^{1*}, Elham Shahriyari¹, Aslı Tetik-Vardarlı¹, Çığır Biray-Avcı¹,
Cumhur Gündüz¹, Şükran Köse²

¹Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ ve AMAÇ: HIV enfeksiyonu, anti-retroviral (ART) ilaçlarla tedavi edilir. Kesin bir tedavi yöntemi henüz bulunmasa da, tedaviye direnç gelişimini ve virüsün yeniden üremesini engellemek amaçlanır. Ancak, WHO'ya sunulan raporların çoğu, ART rejimine maruz kalan popülasyonda ilaca karşı direncin yüksek olduğunu ve tedavi sürecinde arttığını göstermektedir. Bununla birlikte, ilaca dirençli HIV enfeksiyonu bireysel hücre düzeyindeki hücresel dinamikler açısından henüz yeterince incelenmemiştir. Son yıllarda tek hücre RNA sekanslama (scRNA-seq) teknolojisi, bireysel hücrelerin transkriptom profillerini keşfetme olanağı sunarak hücresel dinamiklerin derinlemesine incelenmesine devrim niteliğinde bir fırsat sunmuştur. Çalışmamızda ilaca dirençli HIV, naif ve sağlıklı bireylerin periferik kanlarından tüm transkriptom analizinin gerçekleştirilmesi ve ardından elde edilecek ham verilerin scRNA-seq veri analizi protokolüne tabi tutularak HIV ve ilaç direnci ile ilgili hücresel düzeydeki gen ifade profillerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Buna ek olarak, elde edilen bulgular, halka açık scRNA-seq verileri kullanarak gerçekleştirdiğimiz ön çalışmalarda belirtilen analizlerle de değerlendirilecektir.

YÖNTEM: scRNA-seq veri analizi için, 14 HIV+ART, 5 sağlıklı ve 1 HIV-naif bireyin periferik kan mononükleer hücreleri (PBMC) örneklerinin scRNA-seq veri setleri, Gene Expression Omnibus (GEO) veri tabanından elde edildi. Bu veri setleri, aşağıda belirtilen temel analiz aşamalarını içeren genel bir yaklaşım kullanılarak işlendi: ön işleme ve kalite kontrolü, normalleştirme ve toplu etki düzeltilmesi, boyutsal azaltma analizi, kümeleme, farklı gen ekspresyon analizi ile hücre tiplerinin belirlenmesi (toplamda 67,532 hücre). Bu genel analizler sonucunda elde edilen veri seti, daha ileri özelleştirilmiş analizler için kullanıldı. Bu bağlamda, gruplar arasındaki hücresel dinamikleri incelemek amacıyla hücreler ve gruplar arasında farklı olarak ifade edilen genler (DEGs) analizi, hücreler arası iletişim ağı analizi ve hücreler arası iletişime katkıda bulunan yolak (ligand-reseptör) analizi gerçekleştirildi.

BULGULAR: analizler, ilaca dirençli HIV grubuna ait immün hücre-hücre etkileşiminin hala anormal olduğunu ve özellikle CD4+ T ve CD8+ T hücrelerinin rolünü belirlemede önemli bulgular sunmaktadır. Ayrıca, gruplar arasındaki hücresel etkileşim sürecinde farklı yolların zenginleştiği bilgiler elde edilmiştir. Özetle, bulgularımız hücresel etkileşimin hem niceliksel hem de niteliksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiğini göstermektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ: HIV enfeksiyonu hakkında yapılan çeşitli araştırmalara rağmen, sitotoksik CD4+ T hücrelerinin HIV enfeksiyondaki rolü hala belirsizliğini korumaktadır. Sonuç olarak, çalışmamızın bu amaç için önemli bir adım olabileceğine inanmaktayız.

Anahtar kelimeler: HIV, ilaç direnci, tek hücre RNA sekanslama (scRNA-seq)

SS-37

KATETER ENFEKSİYONLARINA ALTERNATİF ÇÖZÜM: ANTİBİYOTİK KİLİT TEDAVİSİ

Yeliz Çiçek¹

¹Bingöl Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, BİNGÖL

Amaç: Uzun süreli kalıcı kateter kullanımı; hemodiyaliz ihtiyacı olan, sürekli intravenöz tedavi alan ve hayatını paranteral nütrisyon ile idame ettiren hastalar için gerekli girişimsel bir işlemdir. Kalıcı kateter kullanımının en önemli komplikasyonu, morbidite ve mortalite nedeni olan kateter enfeksiyonlarıdır. Literatürde seçilmiş hastalarda, kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarında, santral venöz kateteri kurtarmak için antibiyotik kilit tedavisi uygulanması denenmiştir. Kateterin korunduğu başarılı olan tedavilerde kullanılan yaklaşım; seçilen antibiyotik ile birlikte günde 8-12 saat süren kilit tedavisi ve sistemik tedaviden oluşmaktadır. Kateter çıkarılmadan antibiyotik kilit tedavisi kullanılarak kateterin kurtarıldığı 5 olgumuzu alternatif tedavi seçeneği olarak kateter kilit tedavisinin seçili hastalarda kullanılabileceğine vurgu yapmak amacıyla sunduk. 1 hastamızda görülen tedavi başarısızlığı nedeniyle bu hasta grubunun klinik bulguları ve kültür sonuçları ile dikkatle izlenmesinin önemine vurgu yapmak amacıyla sunduk.

Olgular: Ciddi sepsis, hemodinamik düzensizlik, endokardit veya metastatik enfeksiyon düşünülmeyen 6 olgumuza kültür antibiyogram sonucu göz önünde bulundurularak vankomisin 5mg/ml ve 5000 U/mL heparin tedavisi 12-24 saat kateter lümenini tamamen dolduracak şekilde kateter kilit tedavisi uygulandı. 6 hastamızın tamamına eş zamanlı sistemik vankomisin tedavisi de verildi. 5 hastada tedavi ile şifa sağlanırken; 1 hastada tedavi sonrası 3. günde kültürdeki üremenin devam etmesi ve klinik yanıt elde edilememesi nedeniyle kateter çekilmek zorunda kaldı.

Tablo 1. Antibiyotik kilit tedavisi verilen hasta özellikleri

Yaş	Cinsiyet	Etken Bakteri	Etkenin Üreme Zamanı(saat)	Kateter Kilit Tedavi Süresi	Sistemik Tedavi Süresi	Klinik sonuç
51	Erkek	MRSA	6.	14	14	Şifa
62	Kadın	MRSA	18.	14	14	Şifa
38	Erkek	MRKNS	26.	14	21	Şifa
81	Erkek	MRSA	4.	14	21	Tedavi yanıtı
36	Erkek	MRKNS	32.	14	21	Şifa
51	Kadın	MRSA	12.	14	14	Şifa

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Sonuç: Yapılan çalışmalar kateter enfeksiyonlarının tek başına sistemik antibiyoterapi ile tedavi edilmesi ile sağlanan klinik başarı, kilit tedavisi ve sistemik tedavinin birlikte kullanılması ile anlamlı ölçüde artırılmıştır. Antibiyotik kilit tedavisi kateterin lümenine daha yüksek konsantrasyonda ilaç verilebilmesi, kateter değişim komplikasyonlarını ve maliyetlerini azaltma gibi avantajları da beraberinde getirmiştir. Infectious Diseases Society of America (IDSA) koagülaz negatif stafilokok, S.aureus ve gram (-) ilişkili kateter enfeksiyonlarında kateter değişimi mümkün değilse sistemik tedavi ve kateter kilit tedavisinin birlikte verilmesini; fungal enfeksiyonlarda ise kateterin değişimini önermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kateter Kilit Tedavisi, MRSA, MRKNS

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-38

SALGIN HASTALIKLARA KARŞI MÜCADELEDE TARİHİ BİR ÖRNEK: KLAZOMEN TAHAFFUZHANESİ¹

Muhammed Dağ², Şükran Köse³

¹Bu tebliğ TUBİTAK-2218 Yurt İçi Doktora Sonrası Araştırma Burs Programından (Proje No:122C201) yararlanılarak oluşturulmuştur. Ancak tebliğ ile ilgili tüm sorumluluk tebliğin sahibine aittir. TUBİTAK'tan alınan maddi destek, tebliğin içeriğinin bilimsel anlamda TUBİTAK' tarafından onaylandığı anlamına gelmez.

²Dr., Kurum Yok, İzmir.

³Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir.

Giriş-Amaç: Salgın hastalıklar kentleri, zaman zaman ülkeleri, kıtaları aşarak insanların ve toplumların sadece sağlığını değil, ekonomik, sosyal, psikolojik, kültürel yaşamlarını da tehdit etmiştir. Bu hastalıkları engellemek için tarih boyunca çeşitli tedavi yöntemleri, mücadele araçları geliştirilmiştir. Dünyanın çok farklı ülkelerinde veba, kolera, çiçek, frengi, sıtma gibi salgın hastalıklara karşı büyü, tılsım, dua, bitkisel ilaçlar, aşılama, dezenfeksiyon, kordon yöntemleri haricinde aynı zamanda karantina uygulamaları da tatbik edilmiştir. Bu çalışmada Osmanlı Devleti'nin bir liman kenti olan İzmir'de 1860'ların sonlarında kurulan ve bir karantina mekânı olan Klazomen Tahaffuzhanesi'nin tarihsel seyrini ve önemini ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda öncelikle Osmanlı ve Cumhuriyet dönemi salgın hastalıklar, özelde karantina süreciyle ilgili arşiv belgeleri ele alınmıştır. Kütüphane araştırmalarında literatür analizi yapılarak dünyada ve Osmanlı'da salgın hastalıklar sonucunda başvurulan yöntemlere değinen araştırmalar, sayılı da olsa Urla karantina adasındaki karantina sürecine odaklanan eserler de incelenmiştir. Ayrıca Urla Karantina adasında saha araştırmasında bulunarak karantina adasıyla ilgili görsel veri temin edilmiştir.

Bulgular: Bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunma ile ilgili mücadele modern dönemlerden önce de görülmüştür. Genel olarak 14.yüzyılda Dubrovnik ve İtalya'da ilk örnekleri görülen karantina uygulamasının esasen Osmanlılar tarafından da bilinmesine rağmen, resmi olarak Osmanlı'da ancak 19. yüzyılın başlarında uygulandığı anlaşılmaktadır. 1838'de İstanbul'da karantina teşkilatının kurulmasından kısa bir zaman sonra İzmir'de karantina istasyonunun meydana getirilmesi, her şeyden önce stratejik bir önem arz etmiştir. Çünkü İzmir, bir yandan İstanbul, diğer yandan Doğu Akdeniz, Avrupa, hatta 19. yüzyıl sonlarından sonra Amerika ile yapılan ticarete önemli bir uluslararası liman kentidir. Osmanlı döneminde Klazomen Tahaffuzhanesi'nin salgın hastalıklara karşı etkin bir şekilde kullanıldığı, Cumhuriyet döneminde Türk-Yunan Mübadele Antlaşması'ndan sonra başta Giritli mübadiller, daha sonra Kore gazilerinin belirli sürelerde karantinaya tabi tutuldukları saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi Anadolu'da da genelde Osmanlı İmparatorluğu'nda da salgın hastalıklar meydana gelmiş, Osmanlı halkı bu hastalıklara karşı bazen kaderine teslim olup herhangi bir eylemde bulunmamış, zaman zaman yüzlerce yıldır atalarından bildiği dinsel ve geleneksel (dua, büyü, şifalı otlar, tütsü, çeşitli bitkiler vb) yöntemlere başvurmuştur. Ancak Avrupa'da 14. yüzyıldan itibaren vebanın, daha sonra 19. yüzyılda büyük ölçüde vebanın yerini alacak olan koleranın milyonlarca insanın ölümüne neden olması, bu salgınlara karşı daha bilimsel yöntemlerin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Dezenfeksiyon, ilaç, aşılama, kordon, beledi hizmetlerin (kanalizasyon, su sağlama hizmetleri gibi) geliştirilmesi gibi araçların yanı sıra karantina uygulamasına da başvurulmuştur. Salgın hastalıklara karşı tüm bu araçların kullanılması Batı dünyasında önemli ölçüde başarılar neden olmuştur. Modern merkezi bir devlet olmaya çalışan Osmanlı İmparatorluğu pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanında da Avrupa'daki gelişmeleri takip etmiştir. Zira İmparatorluk, kıtaların kavşak noktasında bulunduğu, uluslararası ticaret yollarının merkezinde ve geniş bir coğrafyada topraklara sahip olduğundan salgın hastalıkların da çekim merkezi olmuştur. Nihayetinde Osmanlı idaresi, sadece başkent İstanbul için değil aynı zamanda İzmir dahil taşra kentlerinde de karantina yönteminin uygulanması için çalışmalarda bulunmuş, bu doğrultuda yurdun pek çok yerinde karantinanın uygulandığı mekanlar olan tahaffuzhaneler açılmıştır. 17. yüzyıldan beri ticaret, ekonomik ve demografik alanlarda sürekli gelişen İzmir, sahip olduğu liman ile Osmanlı İmparatorluğunda ve uluslararası alanda da çekim merkezi olmaktadır. Bununla beraber kentte ekonomik gelişme ve ardından nüfus artarken aynı zamanda salgın hastalık riskleri de artıyordu. İzmir veba, kolera, tifüs, sıtma, frengi, verem, çiçek gibi bulaşıcı ve salgın hastalıklara maruz kalmış ve bunun sonucunda pek çok mücadele aracı geliştirmiştir. İzmir'in bu hastalıklarla karşılaşmasında genelde nüfus artışı ve göç gibi demografik, dinsel, kültürel, sosyal, ticari, ekonomik, özelde altyapı sistemlerinin eksikliği, hastaneler gibi sağlık kurumlarının yeterince olmayışı, belediye hizmetlerin yetersizliği, kanalizasyon sisteminin işleyişinin kötü olması, bataklıkların çok olması ve kurutulmaması gibi pek çok neden bulunmaktadır. Tüm bu salgınlarla mücadele etmek için yüzyıllar boyunca çok çeşitli araçlara başvuran İzmir, 19. yüzyılın ortalarından itibaren karantina sistemini de kullanmış, ardından tahaffuzhane yapılarını oluşturmuştur. Karantina teşkilatı İzmir'de 1840'larda ilk girişimlerden sonra 1860'ların sonlarında Urla'daki Klazomen Adası'nda hizmet vermeye başlamıştır. Klazomen Tahaffuzhanesi zamanın modern araçlarıyla donatılmaya çalışılmış, bu yönde dezenfeksiyon amacıyla etüv makineleri alınmıştır. 1950'lere kadar aktif olan bu karantina mekânında başta hacılar, gemi yolcuları olmak üzere tüccarlar, askerler, muhacirlerin yanı sıra zaman zaman devlet adamlarının da karantinaya tabi tutulmuşlardır. Kısacası tahaffuzhane kendi içinde, mekânda çalışan personeli, karantinaya tabi tutulan insanlarla neredeyse bir asır boyunca bir mikro dünya olmuştur. Gerçekten de yüzlerce arşiv belgeleri, Klazomen Tahaffuzhane'sinde demografik çeşitliliğin olduğu, kişilerarası iletişim çatışmalarının yaşandığı, çeşitli gruplar arasında kavgalar çıktığı, hastaların sağlığıyla yakından ilgilenilmeye çalışıldığı, adaya farklı ülkelerden gelip karantinada bulunanlardan dolayı uluslararası ilişkilerin bazı yansımalarının olduğu, basınla iletişime önem verildiği vb. durumları göstermektedir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SS-39

DEHİDRATASYONU OLAN PEDIATRİK HASTALARDA KANDAKİ ÜRİK ASİT MİKTARININ DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ

Nazike Özbay¹, Ali Mert Özgönül², Murat Anıl³, Ali Yurtseven⁴

¹İzmir İl Ambulans Servisi Başhekimliği Eğitim Birimi Narlıdere/İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı Bornova /İzmir

³İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bornova /İzmir

GİRİŞ ve AMAÇ

Gastroenteritler, dünya genelinde, çocuklarda morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindedir. Akut gastroenteritte en önemli ölüm sebebi su ve elektrolit kayıplarına bağlı gelişen dehidratasyondur. Çalışmanın amacı çocuklarda normal ürik asit düzeyini saptamak, diğer laboratuvar bulguları ile birlikte ürik asit değişiminin orta ve ağır dehidratasyonu saptamadaki etkinliğini belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

01 Şubat -31 Ekim 2022 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Çocuk Acil Kliniği ile Tepecik Eğitim V-ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniğine akut gastroenterit nedeniyle başvuran, 12-72 aylık hastalar dahil edildi. Klinik bulgularına göre hafif, orta ve ağır olmak üzere dehidratasyonun klinik derecelendirilmesi yapıldı. Laboratuvar bulguları değerlendirildi. Elde edilen verilerin istatistiki değerlendirmesi için SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Biyokimyasal parametrelerin orta -ağır dehidratasyonu öngörü gücünü saptamak için Receiver Operating Characteristic (ROC) analizi yapıldı. Her bir parametrenin duyarlılığı ve özgüllüğü hesaplandı. ROC eğri altında kalan (AUC) saptandı. Çalışmada anlamlılık seviyesi $p \leq 0.05$ kabul edildi.

BULGULAR

Dehidratasyonu olan ve olmayan gruplar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,472$). Her iki grubun da yaş ortalaması 2(1-4) yıl bulundu. Hasta başvuru şikayet ve bulguları değerlendirildiğinde; hastaların 95 (%91,3)'inde ishal, 96 (%92,3)'sında kusma, 56 (%53,8)'sında yüksek ateş, 3(%2,9)'ünde bilinç değişikliği, 14(%13,5)'ünde takipne, 18(%17,3)'inde kapiller dolum zamanı (KDZ)>3sn üzerinde tespit edildi. Ürik Asit dehidratasyonu olan hastaların 102 (%98,1)'sinde dehidratasyonu olmayan hastaların 7 (%6,2)'sinde yüksek saptandı ($p<0,001$). Ürik asit ortanca değeri dehidratasyonu olmayan hastalarda 3 (2,6-3,6) mg/dL orta dehidratasyonu olanlarda 7,2 (6,3-8,1) mg/dL, ağır dehidratasyonu olanlarda 7,8 (7,2-12,0) mg/dL tespit edildi ($p<0,001$). ROC analizine göre orta-ağır dehidratasyonu tespit etmede ürik asidin AUC değeri (kesim noktası >4,8 mg/dl; duyarlılık: %99; özgüllük %93,8; AUC:0,975), üre (AUC: 0,746), kreatinin (AUC: 0,734), sodyum (AUC: 0,730), potasyumdan (AUC: 0,616) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SONUÇ

Orta ve ağır dehidratasyonu tespit etmede biyokimyasal parametrelerden ürik asitin, üre, kreatinin, sodyum ve potasyum değerlerine göre daha güçlü olduğu bulundu ve dehidratasyonu olan hastaları tanımlamada ürik asitin belirteç olarak kullanılabilceğı düşünöldü.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-01

SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA İĞNE BATMASI VE KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARININ YAYGINLIĞI: ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDE ALTI YILLIK RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Rahma Yusuf Haji Mohamud¹, Nur Adam Mohamed², Ahmet Doğan³,
Fartun Mohamed Hilowle¹, İfrah Adan Hilowle¹, Suad Abdikarim İsse⁴,
Mohamed Yaqub Hassan⁵

¹Araştırma ve Eğitim Bölümü, Mogadişu Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Mogadişu, Somali.

²Psikiyatri ve Davranış Bilimleri Bölümü, Mogadişu Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mogadişu, Somali

³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye.

⁴Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemşireliği, Mogadişu Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mogadişu, Somali.

⁵Pediyatri Bölümü, Mogadişu Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mogadişu, Somali

GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık çalışanları, hepatit B, hepatit C ve HIV gibi kan yoluyla bulaşan hastalıklara maruz kalmalarına neden olabilecek iğne batması ve kesici delici alet yaralanmaları açısından halen risk altındadır. Somali'de üçüncü basamak bir hastanede sağlık çalışanları arasında iğne batması ve kesici delici alet yaralanmalarının oranını araştırmayı ve ilişkili risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

Bu retrospektif çalışma Mogadişu Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Veriler, 2016 ile 2022 yılları arasındaki altı yıllık dönemde enfeksiyon önleme ve kontrol departmanının hastane kayıtlarından elde edilmiştir.

BULGULAR

Toplam 233 iğne batması ve kesici delici alet yaralanması vakası meydana gelmiştir. Altı yıllık dönemde en fazla iğne batması ve kesici alet yaralanması vakası hemşirelerde (%52,4) görülürken, bunu temizlik görevlileri (%22,3), doktorlar (%18,5) ve teknisyenler (%6,9) takip etmiştir. Yaralanmaların en sık görüldüğü yer ameliyathaneler (%21,9) olurken, bunu yatan hasta bakımı (%17,6) ve acil servisler (%16,7) takip etmiştir. Yaralanmalara yol açtığı en sık bildirilen alet hipodermik iğneydi (%81,1). İğne batması ve kesici alet yaralanmalarına neden olan iğne veya kesici aletlerin %24,9'u hepatit B ile kontamine idi. İğne batması ve kesici alet yaralanmalarında cinsiyet ve yaralanma yeri arasında anlamlı bir fark vardır (p<0,001).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR

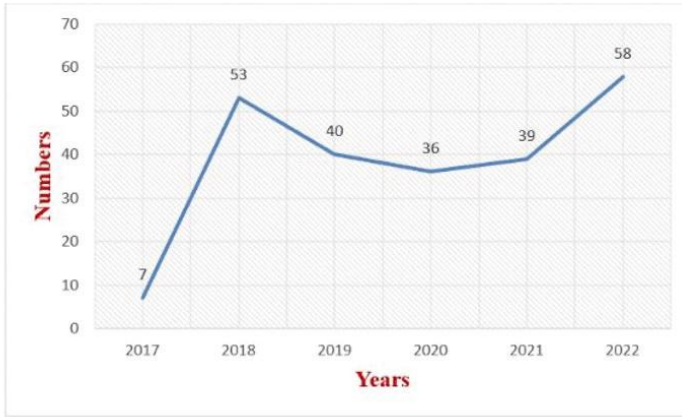


TARTIŞMA ve SONUÇ

Dünya genelinde sağlık çalışanları iğne batması ve kesici delici alet yaralanmaları nedeniyle önemli sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaya devam etmektedir. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının %8,6'sının son bir yıl içinde iğne batması ve kesici alet yaralanması vakası geçirdiği tespit edilmiştir. Bulgularımıza göre, sağlık kurumlarının sağlık çalışanlarına, özellikle de hemşirelere ve temizlik görevlilerine iğne batması ve kesici alet yaralanmalarının önemi hakkında düzenli olarak eğitim vermesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: iğne batması, kesici delici alet yaralanmaları, mesleki tehlikeler, sağlık çalışanları, somali

Figür 1. Yıllara Göre Yaralanma Sayısı



Tablo 1. Demografik Parametreler

Parametreler		N	%
Cinsiyet	Kadın	126	54.1
	Erkek	107	45.9
Yaş grubu	18-25	77	33
	26-40	141	60.5
	41-50	13	5.6
	>50	2	0.9
Meslek	Hemşire	122	52.4
	Temizlikçi	52	22.3
	Doktor	43	18.5
	Tekniker	16	6.9
Yaralanma nedeni	Enjektör iğnesi	189	81.1
	Cerrahi bıçak	13	5.6
	Kateter	2	0.9
	Kırık cam şişe/şişe	1	0.4
	Kan	23	9.9
	Diğerleri	3	1.3
	Dikiş iğnesi	2	0.9
Yaralanma bölgesi	Sol el	98	42.1
	Sağ el	96	41.2
	Alt ekstremitte	15	6.4
	Göğüs ve karın bölgesi	2	0.9
	Baş ve boyun	15	6.4
	Göz	2	0.9
	Yüz	5	2.1
Yaralanma ciddiyeti	Yüzeysel	48	20.6
	Derin	134	57.5
	Mukoz	32	13.7
	Hayır	19	8.2
Kan ile bulaş	HBV	58	24.9
	HCV	30	12.9
	HIV	11	4.7
	HBV+HCV	2	0.9
	HBV+HCV+HIV	1	0.4
	Hayır	131	56.2

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 2. Vakaların Kontamine Madde Teması ve Koruyucu Ekipman Kullanma Durumu

Ekipman		N	%
Kontamine materyal	Evet	222	95.3
	Hayır	11	4.7
KKE kullanma	Evet	197	84.5
	Hayır	36	15.5
KKE tipi	Tek Katmanlı eldivenler	146	62.7
	Çift katmanlı eldivenler	42	18
	Önlük+Tek Katmanlı eldiven+Maske	5	2.1
	Elbise	3	1.3
	Gelinlik+Gözlük	1	0.4
	Elbise+Tek Kat Eldiven	1	0.4
	Önlük+Çift katmanlı eldiven+Maske	1	0.4
	Gözlükler	2	0.9
	Gözlük+Çift katmanlı eldiven+Maske	1	0.4
	Tek Katmanlı eldiven+Maske	1	0.4
	Çift katmanlı eldiven+Maske	2	0.9
	Maske	2	0.9
	Hayır	26	11.2

KKE: Kişisel Koruyucu Ekipman.

Tablo 3. Hastanede Yaralanma Alanları

Yaralanma alanı	N	%
Operasyon odası	51	21.9
Yoğun bakım üniteleri	26	11.2
Acil Durum	39	16.7
Yataklı servis	41	17.6
Tıbbi atık toplama	26	11.2
Kan alma süresi	15	6.4
Laboratuvar	10	4.3
Endoskopi odası	7	3
Radyoloji	7	3
Diş bölümü	3	1.3
Poliklinikler	3	1.3
Diyaliz ünitesi	3	1.3
Sterilizasyon ünitesi	1	0.4
Kan transfüzyon seti	1	0.4

Yaş grubuna Göre Diğer Parametrelerin Karşılaştırılması

Parametreler	Yaş Grubu (p-değeri)
Cinsiyet	.003
Meslek	.001
Yaralanma yeri	.051
Yaralanmaya neden olmak	.975
Yaralanma bölgesi	.309
Kirlenmiş malzeme	.202
Kanla bulaşan hastalık	.525
KKE Kullanımı	.004
KKE Türü	.626
Yaralanmanın ciddiyeti	.099
Yıllık	.109

KKE: Kişisel Koruyucu Ekipman

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-02

ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS VE HPV AŞISINA İLİŞKİN BİLGİ VE TUTUMLARI

Ahmet Doğan, Tayibe Bal, Hasan Tahsin Gözdaş, Meryem Sena Toker

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Human papillomavirüsden aşı ile korunma mümkündür. Betimleyici, kesitsel, anket yöntemi ile Türk erkek sağlık çalışanlarında Human papillomavirüs, ilişkili hastalıklar ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeyi, aşılama durumu ve aşıya karşı tutumu değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışma 1-30 Haziran 2023 tarihlerinde Erkek sağlık çalışanlarına Google anket yöntemi ile 30 soru hazırlanarak, WhatsApp uygulaması üzerinden uygulandı. Gönüllülük esasına dayalı, kesitsel bu çalışmada katılımcılara sosyodemografik yapı, HPV ve aşı hakkında bilgi ölçümü ve aşıya karşı tutumun değerlendirilmesi amacıyla benzer çalışmalardan faydalanılarak anket geliştirildi. Tetanoz aşısı hakkında yapılan bir çalışma pilot çalışma kabul edilerek, Raosoft Calculator ile örneklem büyüklüğü hesaplandı. Çalışmaya sadece 18 yaş ve üstü, Türk, erkek, sağlık çalışanları dahil edildi. Katılımcıların HPV (8 puan), aşı (8 puan) ve genel HPV hastalığı hakkında (16 puan) bilgi puanları oluşturuldu.

Bulgular: Toplam 322 gönüllü anketi doldurdu. Katılımcıların %59,9'u 27-40 yaş aralığında idi. En fazla katılımı (%57,5) uzman hekimler sağladı. Gönüllülerin %28'i daha önce cinsel partnerinin olmadığını bildirmiştir. Aşılama katılımcıların genel HPV bilgi puanı aşılama katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek idi ($p < 0.001$). Buna ek olarak, aşı olmaya istekli olduğunu bildiren yanıtlayıcıların genel HPV bilgi puanı, aşı olmaya isteksiz olduğunu bildirenlerle kıyasla daha yüksek idi ($p < 0,001$). HPV aşısı bilgi düzeyi ile isteklilik durumu arasında anlamlı ve orta güçte bir ilişki ($\Phi = 0.26$, $p = 2.94e-06$) vardı. Human papillomavirüs aşısı bilgi düzeyi ile aşılama durumu arasında ise anlamlı ancak düşük güçte bir ilişki ($\Phi = 0.17$, $p = 1.86e-03$) bulunmuştur. Meslek, yaş, alkol kullanımı ve düzenli fiziksel aktivitenin katılımcıların HPV için zayıf bilgi düzeyine sahip olma olasılığı değerlendirildiğinde; yardımcı sağlık çalışanlarının HPV bilgi düzeyinin düşük olma olasılığı, uzmanlara ve diğer doktorlara kıyasla 20,15 kat daha fazla idi. 27-40 yaş grubundaki katılımcıların zayıf bilgi düzeyine sahip olma olasılığı ($OR = 0.56$, $\%95CI = 0.33-0.96$) bu yaş grubunda olmayanlara kıyasla daha düşüktü. Ardından, yaş, alkol kullanımı, düzenli fiziksel aktivite, meslek, cinsel partner sayısı ve HPV aşısı bilgi puanının katılımcıların HPV için istekli olma olasılığı üzerindeki etkilerini tespit etmek için başka bir lojistik regresyonda HPV aşısı bilgi skorundaki bir birimlik artış, aşı olmaya isteksiz olma riskinde %66,9'luk bir azalmayla ilişkili idi. Üç veya üzeri partneri olan katılımcıların aşı olmak istememe olasılığı, daha az partner bildirenlerle kıyasla yaklaşık 0,31 kat daha düşüktü. 27-40 yaş grubunun aşı olmak istememe olasılığı, bu yaş grubunda olmayanlara kıyasla yaklaşık 2,09 kat daha yüksekti.

11. BUHASDER KONGRESİ

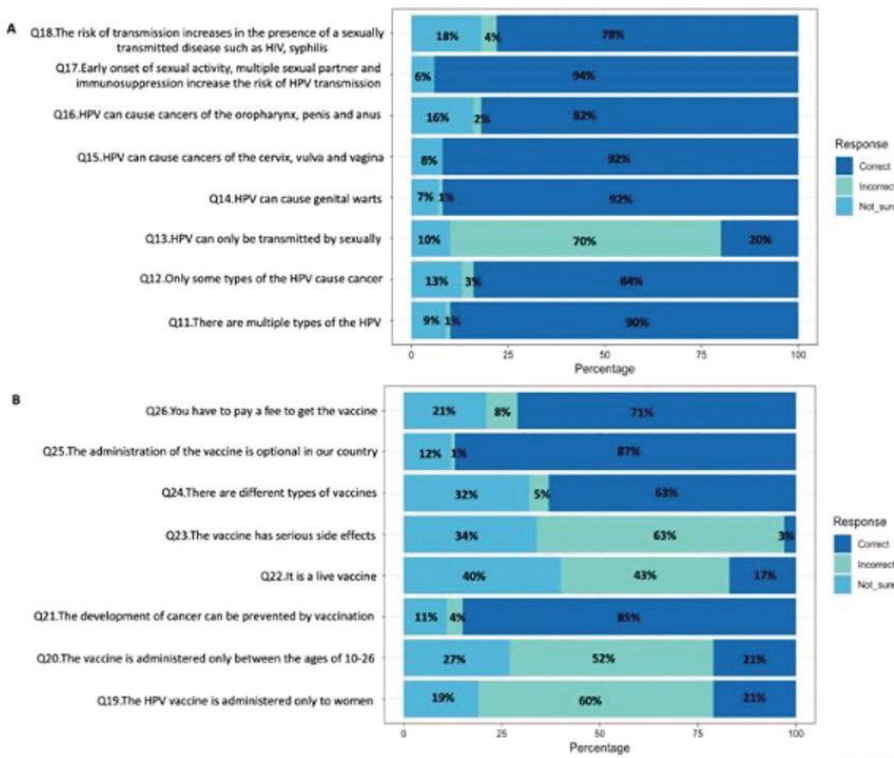
29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



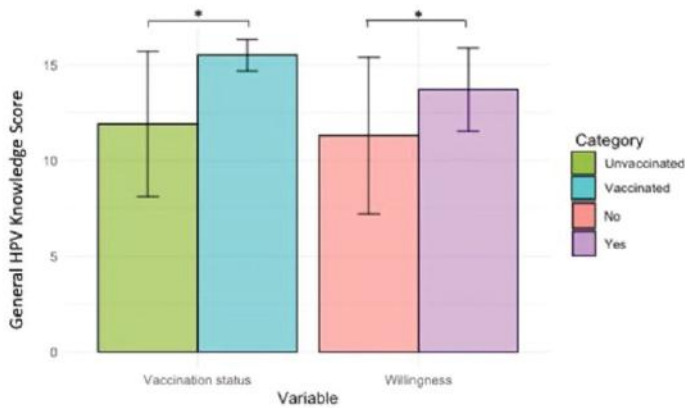
Tartışma ve Sonuç: Sonuç olarak, erkek sağlık çalışanlarının HPV hakkında bilgisi arttıkça aşılanma oranı ve aşıya karşı istek artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: anket çalışması, aşı, erkek sağlık çalışanları, human papillomavirüs

Şekil 1. (A) Erkek sağlık çalışanları tarafından HPV hakkındaki bilgi sorularına verilen yanıtlar, (B) Erkek sağlık çalışanları tarafından HPV aşısı hakkındaki bilgi sorularına verilen yanıtlar (n=322).



Şekil 2. Aşılanma bilgisine göre genel HPV bilgi puanları. *p<0.001

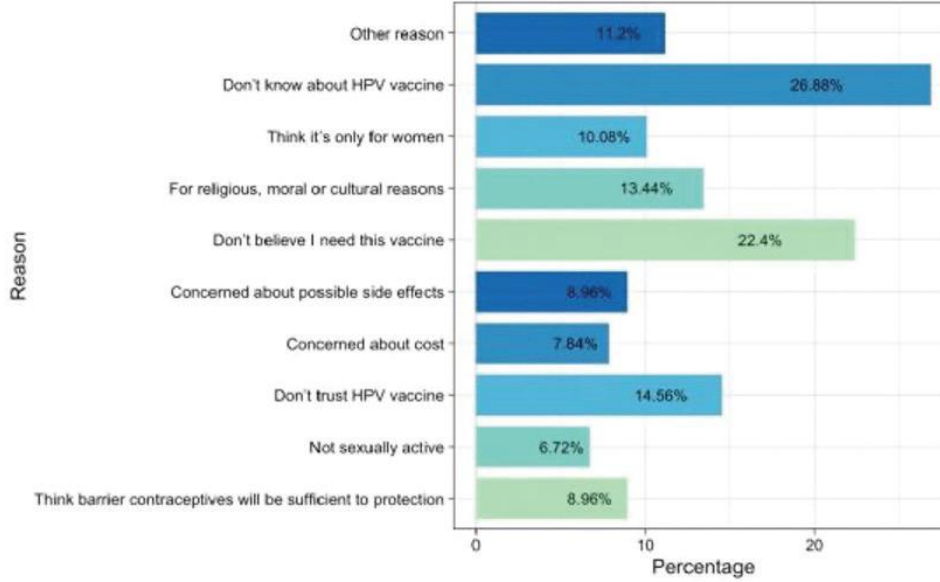


11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Şekil 4. HPV aşısı yaptırmak istememe nedenleri (n =117).



Tablo 1. Gönüllülerin Karakteristik Özellikleri (n=322)

Değişkenler	Kategoriler	Cevap Sayıları (%)
Yaş grubu	18-26 yaş	91 (28.3)
	27-40 yaş	193 (59.9)
	41 yaş ve üzeri	38 (11.8)
İkametgah	Şehir merkezi	297 (92.2)
	Kırsal	25 (7.8)
Medeni durum	Evli	163 (50.6)
	Bekar	149 (46.3)
	Boşanmış	10 (3.1)
Seksüel partner sayısı	Yok	90 (28.0)
	Bir veya iki	197 (61.2)
	Üç veya üstü	35 (10.9)
Meslek	Uzman	185 (57.5)
	Pratisyen	100 (31.3)
	Yardımcı sağlık personeli	37 (11.5)
Sigara	Evet	125 (38.8)
	Hayır	197 (61.2)
Alkol	Evet	122 (37.9)
	Hayır	200 (62.1)
Düzenli Fiziksel Aktivite	Evet	131 (40.7)
	Hayır	191 (59.3)
Özgeçmiş/Soygeçmişte Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	102 (31.7)
	Hayır	220 (68.3)
Özgeçmiş/Soygeçmişte Kanser Öyküsü	Evet	62 (19.3)

*Veriler sayı (%) olarak verilmiştir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 2. Toplam bilgi düzeyinin Toplam bilgi düzeyinin yordayıcılarına ilişkin lojistik regresyon analizi

Değişkenler	Toplam HPV Bilgi Puanı		Univariate OD and 95% CI	Multivariate OD and 95% CI
	İyi (n=100)	Kötü (n=222)		
27-40 yaş				
Evet	52	141	0.62 (0.38-1.00)	0.56 (0.33-0.96)*
Hayır	48	81	1	1
Alkol kullanımı				
Evet	32	90	1.45 (0.88-2.38)	0.72 (0.41-1.27)
Hayır	68	132	1	1
Düzenli Fiziksel Aktivite				
Evet	47	84	1.46 (0.90-2.35)	1.25 (0.72-2.17)
Hayır	53	138	1	1
Meslek, Yardımcı Sağlık Personeli				
Evet	32	5	20.40 (7.66-54.5)	20.15(7.44-54.56)*
Hayır	68	217	1	1

Veriler n (%) olarak sunulmuştur. HPV: insan papilloma virüsü, OD: odds oranı, CI: güven aralığı. *p < 0.05

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Tablo 3. HPV aşısı yaptırma isteğini belirleyen faktörlerin lojistik regresyon analizi.

Değişken	İsteklilik		Univariate OD and 95% CI	Multivariate OD and 95% CI
	Evet (n=96)	Hayır (n=226)		
27-40 yaş				
Evet	50	143	1.59 (0.97- 2.57)	2.09 (1.13- 3.84)*
Hayır	46	83	1	1
Alkol Kullanımı				
Evet	53	69	2.80 (1.71- 4.59)*	0.54 (0.28- 1.02)
Hayır	43	157	1	1
≥Üç Seksüel Partner				
Evet	20	15	0.27 (0.13- 0.55)*	0.31 (0.11- 0.85)*
Hayır	76	211	1	1
Düzenli Fiziksel Aktivite				
Evet	45	86	0.69 (0.43- 1.13)	0.54 (0.28- 1.03)
Hayır	51	140	1	1
Meslek, Yardımcı Sağlık Personeli				
Evet	4	33	3.93 (1.35- 11.4)*	0.37 (0.07- 1.75)
Hayır	92	193	1	1
Özgeçmiş/Soygeçmişte Kronik Hastalık Öyküsü				
Evet	35	67	1.36 (0.82- 2.25)	0.52 (0.27- 1.00)
Hayır	61	159	1	1
Aşı Bilgi Skoru	21.3 ± 3.40	15.9 ± 5.39	5.44 (4.27- 6.61)*	0.66 (0.59- 0.74)*

Veriler n (%) veya ortalama ± SD olarak sunulmuştur. HPV: insan papilloma virüsü, OD: odds oranı, CI: güven aralığı, *p < 0,05.

PS-03

ANAFİLAKSİ TABLOSUNDA BAŞVURAN HASTADA SPONTAN İNTRABİLİYER KİST HİDATİK RÜPTÜRÜ VE COVID-19

Zekiye Hakseven Karaduman¹, İbrahim Keskin², Fatih Dilce², İrfan Binici², Şaban İncecik²

¹Van Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Hidatik kist hastalığı olarak da bilinen bu hastalığın etkeni Echinococcus Granulosus adlı bir yassı solucan türüdür. Bu parazit çok geniş bir coğrafi dağılım gösterir, koyun yetiştiriciliğinin yaygın olduğu bölgelerde daha yoğundur. En sık karaciğer ve akciğer olmak üzere tüm organlarda görülebilen paraziter bir hastalıktır. Karaciğer kist hidatik vakalarının yaklaşık dörtte birinde, E. granulosus kistleri biliyer kolik, tıkanma sarılığı, kolanjit ve/veya pankreatite yol açarak safra ağacına rüptüre olur. Daha az olarak, kistler anafilaksi ve çoklu organ yetmezliği potansiyeli ile periton boşluğuna veya diğer organlara rüptüre olur. Bu sunuda karaciğerde intrabilier kist hidatik rüptürü ve eşzamanlı COVID-19 olan bir olgu anlatılmıştır.

Elliyedi yaşında kadın nefes darlığı, öksürük, ateş, kaşıntı, karın ağrısı ve döküntü şikayetleri ile acile başvurdu. Hastanın başvuru sırasında yapılan fizik muayenesinde genel durumu orta-kötü, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Ateşi 39 C,TA:110/72 mmHg,nabız:121 /dk olarak bulundu. Karında basmakla solan döküntüler ve solunum seslerinde azalma dışında sistem bulguları olağandı. Laboratuvar incelemelerinde serum alanin aminotransferaz (ALT) değeri 14 IU/L, serum aspartat aminotransferaz (AST) değeri 18 IU/L, lökosit sayısı 9130 (%86 PNL) u/L, lenfosit sayısı 530 u/L, eozinofil sayısı 270 u/L, trombosit sayısı 535.000 u/L, INR: 1.2, total bilirubin 0.6 mg/dl, direkt bilirubin 0.3 mg/dl, CRP 323 mg/L olarak saptandı. Çekilen akciğer grafisinde bilateral opasite artışı, batın ultrasonunda karaciğer segment 7-8 de 12x11 cmlik kist hidatik tip1 saptandı. Hasta mevcut kliniği nedeniyle kist hidatik rüptürü ön tanısı ile interne edildi. Bilinen diyabetes mellitus ve hipotiroidi komorbidleri olan hastanın karın ağrısının 2 gün önce olduğu, diğer şikayetlerinin sonradan eklendiği öğrenildi. Hastanın çekilen beyin ve akciğer görüntülemelerinde kist hidatik lehine bulgu saptanmadı. Batın görüntülemelerinde rüptür lehine bulgu yok diye raporlandı. Hastaya cerrahi kararı verildi. Operasyonda intrabilier sızıntı olduğu görüldü. İşlem esnasında rüptür gelişip anafilaktik şoka giren hastaya gerekli müdahaleler yapıldıktan sonra entübe şekilde yoğunbakıma devredildi. Akciğerde kist hidatik olmamasına rağmen solunum bulgularının kötüleşmesi üzerine COVID-19 için PCR alındı. Pozitif saptanan hastaya mevcut imipenem, vankomisin, andazol tedavisine molnupravir eklendi. Takiplerde 9.gün ekstübe olan hastanın molnupravir tedavisi 5.gün stoplandı. İki tane PCR negatifliği görüldükten sonra servis devri planlandı.

Hepatik kist hidatik genelde asemptomatik seyreder. Travma olmaksızın kist rüptürü nadir görülen bir durumdur. Ürtiker, anjiyonörotik ödem,astım, anafilaksi gibi allerjik reaksiyonlara yol açabilir. Tanı gecikir ve cerrahi tedavi yapılamazsa ölüme varan çok ağır tablolar gelişebilir. Bunun yanı sıra son zamanlarda COVID vakaları azalmış olsa da solunumsal bulguları olan hastalarda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, kist hidatik, rüptür

PS-04

EŞ ZAMANLI AKUT APANDİSİT VE MENENJİT TANISI ALAN OLGU SUNUMU

Zekiye Hakseven Karaduman¹, İbrahim Keskin², Fatih Dilce², İrfan Binici², Şaban İncecik², Mahmut Sünnetçioğlu²

¹Van Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Streptococcus pneumoniae toplum kökenli menenjitlerde dünya genelinde önde gelen etkindir. Antibiyotik öncesi dönemde mortalitesi %100 iken antibiyotikler, steroid ve aşılar sayesinde mortalitesi giderek azalmaktadır. Risk faktörleri olarak omurilik, beyin veya iç kulaktaki anatomik kusurları, baziler kafatası kırıkları veya cerrahiye bağlı edinilmiş kusurları veya immün yetmezliği sayılabilir. Bu sunuda geçirilmiş kafa travması ve kafatası kırığı olan bir olgunun akut apandisit tanısı ile cerrahi sırası beklerken menenjit tanısı alması, medikal ve cerrahi tedavisi anlatılmıştır.

Olgu: Otuz yaşında erkek hasta 3 gün önce yemek sonrası başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma, halsizlik, baş ağrısı ve ateş şikayetleri ile dış merkeze başvurdu. Hastanın başvuru sırasında yapılan fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, koopere ve oryante olup ateşi 38 C, TA:110/72 mmHg, nabız:121 /dk satürasyon % 95 olarak bulunmuş. Batın muayenesinde defans ve rebound pozitif olması, laboratuvar incelemelerinde beyaz küre 12000 mm³, C reaktif protein (CRP) 90 mg/L olması dışında özellik görülmemiş. Çekilen abdomen ultrasonunda akut apandisit bulguları olan hasta operasyon planlanarak genel cerrahi servisine interne edilmiş. Seftriakson ve metronidazol başlanmış. Hasta operasyonu beklerken nöbet geçirmiş bakılan muayenede ense sertliği pozitif olunca lomber ponksiyon(LP) yapılmış. Yapılan ponksiyonda 330 hücre, %60 lenfosit, glikoz <10 mg/dl, protein 125 mg/dl görülmüş, kültür istenmiş. Çekilen beyin MR ve BT'leri ile beyin cerrahiye danışılmış, cerrahi patoloji düşünülmemiş. Tarafımıza menenjit ön tanısıyla sevk edildi. Hastanın 5 yıl önce trafik kazasında oluşan kafatası kırığı, hematoma ve sonrasında gelişen beyin omurilik sıvısı(BOS) fistülü nedeniyle iki kez operasyon öyküsü mevcuttu. Hastanın tedavisine mannitol, prednol ve vankomisin eklendi. Akut apandisit açısından genel cerrahi önerisiyle günlük muayene ve medikal tedaviye devam edildi. Takibin 3.gününde kontrol LP yapıldı, regresyon olduğu görüldü. BOS'tan gönderilen ARB, gram boyama, mikobakteri kültürü ve HSV PCR negatif çıktı. Takibinin 4.gününde BOS kültüründe (ilk alınan) Streptococcus pneumoniae üremesi olan hastanın kliniğinde düzelleme görüldü. Takiplerde 7.gün rinore, bilinç değişikliği ve genel durumda kötüleşme olan hastanın beyin görüntülemeleri yapıldı, beyin cerrahiye danışıldı. Pnömoşefali nedeniyle acil operasyon planlandı. Hasta 10.gününde servisimize geri alındı. Kliniği düzelen hastanın tedavisi Metronidazol 7, vankomisin 14, seftriakson 21, prednol 4 gün olunca stoplandı. Hasta pnömokok aşı ve poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Operasyon planlanan hastalarda anamnez ve diğer sistem muayenelerinin de yapılarak hastanın bütün olarak değerlendirilmesi menenjit gibi enfeksiyon acillerinin saptanmasında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: apandisit, menenjit, pnömoşefali

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-05

SPİNAL VE VERTEBRAL KİST HİDATİK OLGUSU

Hakan Güzem, İrfan Binici, Nur Bahar Oğuz

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Van

Kist hidatik hastalığı gelişmekte olan ülkelerde hala sıklıkla gözlenen ve bir sestod olan Echinococcus spp. 'nin neden olduğu bir paraziter enfeksiyondur. Echinococcus'un dört türü insanlarda enfeksiyon oluşturur; E.granulosus ve E.multilocularis sırasıyla kistik ekinokokkoza ve alveolar ekinokokkoza neden olan en yaygın türlerdir. Diğer iki tür, E. vogeli ve E. oligarthrus, nadiren insan enfeksiyonu ile ilişkilendirilmiştir. Hastalıkta ana bulaş yolu enfekte köpek dışkıyla atılan yumurtaların, insanlar tarafından kirli eller, su ve yiyecekler yoluyla alınması ile olmaktadır. Kist hidatik, başlıca karaciğer ve akciğer olmak üzere tüm organ ve dokularda görülebilir. Spinal tutulum nadir görülmekle beraber genellikle pulmoner, abdominal veya pelvik tutulumun yayılması ile torakal bölgede görülür. Primer kemik tutulumu, hastalığın özellikle endemik olduğu bölgelerde görülebilmektedir. Bu olguda spinal ve vertebral tutulumu olan bir kist hidatik vakasının sunulması amaçlanmaktadır.

34 yaşında erkek hasta 2011 yılından beri bilinen kist tanılı olup daha 4 defa karaciğer ve akciğer kist hidatik nedeniyle opere edilmiş. Hastanemize karaciğer kist hidatik kistektomi yapılması amacıyla interne edilmiş. Operasyon sonrası özellikle sol bacakta daha çok olmak üzere her iki bacakta güç kaybı ve yürümede güçlük şikayetleri tarifleyen hasta ilgili bölümlere danışıldı. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oryanteydi. Vitalleri stabildi. Sistem muayene bulguları doğaldı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısı:11.380 /mm³, hemogloblin:17.2 g/dL, hematokrit:51 g/dL, trombosit:491.000 U/L, C-reaktif protein:16 mg/L, ALT:76 U/L, AST:47 U/L, gama glutamil transferaz (GGT) 53 U/L, glukoz:81 mg/dl, idi. Yapılan görüntülemelerde, vertebral manyetik rezonansı (MR), T9-T10 seviyesinde solda paraaortik-sol akciğer alt lob seviyesinden başlayıp solda T9 vertebra komşuluğunda seyredip spinal kanala uzanan ve spinal kanala soldan bası yapan 67x53 mm ebatlarında kistik lezyon dikkat çekmektedir. Ayrıca bu düzeyde santral spinal kord sağ yarımında benzer natürlü yaklaşık 13x9 mm ebatlarında kistik lezyon görünümü izlenmektedir.T9 vertebra korpusunda hipointens görünüm dikkat çekmektedir. Beyin cerrahi tarafından operasyon kararı alınan hastada göğüs cerrahi bölümünün de yardımı ile akciğer kistleri ve dural bası yapan kistler eksize edildi, lamina ve korpusta düstrüksiyon olması nedeniyle bu bölgeler eksize edildi, pedinküler vidalar takılıp vertebral stabilizasyon sağlandı. Operasyon sonrası komplikasyon gelişmeyen ve şikayetleri düzelen hasta albendazol tedavisi ile taburcu edildi.

Ülkemizde özellikle tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde tespit edilen kistik lezyonlarda, kist hidatik mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır. Kist hidatik olgularının sadece karaciğer ve akciğerde klinik oluşturan bir hastalık olmadığının farkında olunup nadir görülen klinik formlar konusunda uyanık olunması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Kist Hidatik, Medulla spinalis, Vertebra

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Kist Hidatik MR Görüntülemesi



PS-06

BİR ANTI-NMDA RESEPTÖR ENSEFALİTİ OLGUSU

Hülya Arık¹, Nigar Hajıyeva²

¹Yakındođu Ünv. Hastanesi Lefkoşa-Kıbrıs

²Özel Akdeniz Hastanesi-Manavgat-Antalya

Bir Anti-NMDA Reseptör Ensefaliti Olgusu

Giriş: Anti-N-metil-D-aspartat reseptör ensefaliti, nöral antijenlerine karşı gelişen immün reaksiyon sonucu ortaya çıkan klinik bir tablodur. otoimmün ensefalitler arasında en sık karşılaşılan ensefalit türüdür. Uygun tedavi ile iyileşme oranları %75' civarında iken, tedavide gecikme prognozu olumsuz etkileyerek fatal seyredebilmektedir.] Bu nedenle anti-NMDA reseptör ensefalitinin akla getirilmesi tanı ve tedavi aşamasında çok önemlidir.

Amaç: Enfeksiyon hastalıkları pratiğinde, ensefalit vakaları ile sık karşılaşılmakla birlikte, ayırıcı tanıda otoimmün ensefalitleri de akla getirmenin hayat kurtarıcı olacağını hatırlatmak amacıyla sunulmuştur

Olgu: 24 yaşında kadın hasta yüksek ateş, başdönmesi, bulantı-kusma, ve karın ağrısı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Akut apandisit tanısı ile opere edildi. Post op 3. gün, akut psikoz gelişen hastaya, konsey toplanarak, ensefalit ve akut psikoz etiyolojisi nin araştırılmasına karar verilerek, kontrastlı beyin mr, lp yapılarak bos biyokimyası, kültür,aarb, hsv pcr, tbc pcr, borelia ıgm ıgg, limbik ve otoimmün ensefalit paneli gönderildi. Ampirik olarak.Asiklovir 3x750 mg iv+ seftriakson 2x2 gr iv+ doksisisiklin 2x100mg po+prednol 40mg 2x1 iv başlandı. tedavinin 2 gününde kliniğn kötüleşmesi, kas rijiditesinin de tabloya eklenmesi üzerine otoimmün ensefalit ön tanısı ile IVIC temin edilene kadar 1000mg/gün prednol infüzyonu başlandı. BOS otoimmün ensefalit panelinde anti-NMDA reseptör antikoru pozitif saptandı.

Tartışma ve Sonuç: davranış değişikliği,akut psikoz ve nöbet varlığında, aydınlatılmayan etyoloji,belirtilerin hızlı gelişmesi (birkaç gün veya hafta) ve kranial görüntüleme ensefaliti destekleyen bulguların olmaması Otoimmün ensefaliti ayırıcı tanıda düşündürmelidir. !

Anahtar Kelimeler: Anti-NMDA reseptör ensefalit, akut psikoz, ensefalit, otoimmün ensefalit

PS-07

SECONDER SİFİLİZ KLİNİĞİ İLE TANI KONULAN HIV(+) BİREYDE İŞİTME KAYBI İLE PREZENTE OLAN NÖROSİFİLİZ OLGUSU

Elif Çıtak, Esra Kızılcan, Habibe Tülin Mert, Hüsniye Figen Kuloğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

Amaç: Sifiliz - Hiv koenfeksiyonlu hastamızda nörosifilize dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: 60 yaş erkek, bilinen Tip-II Diyabetes Mellitus tanısı ve son bir yıldır birden fazla korunmasız cinsel temas öyküsü bulunuyor. Bir ay önce batında başlayan makülopapüler tarzda döküntü, iki hafta kadar önce başlayan el tabanlarında döküntü şikayeti ile hastanemiz Dermatoloji Polikliniğine ve yine iki hafta kadar önce başlayan ani işitme kaybı şikayeti ile hastanemiz Kulak Burun Boğaz Polikliniğine başvurdu. Dermatoloji hekimi tarafından istenen Treponema Pallidum Hemaglutinasyon Antijen (TPHA) testi 1/1280 titrede pozitif, Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) testi 1/64 titrede pozitif ve Anti HIV testi pozitif saptandı. Tarafımıza yönlendirilen hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı interne edildi. Anti HIV pozitifliği saptanması üzerine gönderilen Western-Blot Doğrulama testi pozitif, HIV PCR: 595.000 kopya/ml, CD4 sayısı: 247 hücre/mm³, CD8 sayısı: 2157 hücre/mm³ olarak sonuçlandı. Antiretroviral Lamivudin ve Dolutegravir tedavilerine başlandı. Lomber ponksiyon yapıldı. BOS kültürü direkt bakısı 1 hücre/mm³, BOS proteini 59 mg/dL (Referans aralık: 15 - 45 mg/dL), BOS şekeri 189 mg/dl (Referans aralık: 40 - 70 mg/dL) (eş zamanlı parmak ucu kan şekeri 347 mg/dL) olan ve sonuçlarla değerlendirilen hastaya nörosifiliz öntanısı ile 6x4.000.000 IU intravenöz kristalize penisilin tedavisi başlandı.

Eş zamanlı gönderilen BOS'da Adenozin-Deaminaz, CRYPTOCOC Antijen Testi, VDRL negatif saptanırken, Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Immunglobulin (FTA-ABS-IG) pozitif saptandı. Ani işitme kaybını açıklayabilecek etyolojiye yönelik kontrastlı görüntüleme yapıldı. Patoloji saptanmadı. 14 günlük 6x4.000.000 IU intravenöz kristalize penisilin tedavisinin sonunda işitme kaybı geriledi. Bir hafta arayla üç doz intramusküler 2.400.000 IU Benzatin Penisilin G tedavisi ile Sifilize yönelik tedavisi tamamlandı.

Birinci ay kontrolünde VDRL 1/16 titrede pozitif, üçüncü ay kontrolünde VDRL 1/4 titrede pozitif sonuçlandı.

Sonuç: Nörosifiliz kliniğinin herhangi bir sifiliz evresine eşlik edebileceği unutulmamalı, klinik şüphe halinde dışlamak mümkün olmuyorsa tedavi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hiv, Nörosifiliz, Sifiliz

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



BOS'TA FTA-ABS-IG

Dış Laboratuvar	Tetkik İstem Zamanı: 17.03.2023	Namune Kabul Zamanı: 18.03.2023 09:15		
TIBBİ MİKROBİYOLOJİ NUMUNE TURU: BOS		Uzman Onay Zamanı: 24.03.2023 15:37		
TETKİK ADI	SONUC	BİRİM	REFERANS ARALIK	ÖNCEKİ SONUC
FTA-Abs IgG, BOS	POZİTİF	Titre	NEGATİF	
<i>BOS örneğinde FTA-ABS testinde pozitif bir sonucun önemi bilinmemektedir. Sifilizin ikincil veya latent evresinde tedavi edilen ve nörosiflik belirtileri olmayan kişilerden alınan BOS örnekleri de pozitif olabilir.</i>				
Tarama titres: 1/10				

Tedavi öncesi palmar döküntü



Tedavi sonrası gerileyen palmar döküntü



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-08

DERİ ŞARBONU: OLGU SUNUMU

Elif Yılmaz, Recep Tekin

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Şarbon, Bacillus Anthracis bakterisinin sebep olduğu ve insanlara enfekte dokuların direkt veya indirekt yolla bulaşabildiği zoonotik bir hastalıktır. Deri şarbonu, akciğer şarbonu, gastrointestinal şarbon ve enjeksiyon şarbonu olmak üzere 4 farklı klinik form ile karşımıza çıkmaktadır. Bütün dünyada görülen insan şarbonunun %95'ini deri şarbonu oluşturmaktadır. Bu çalışmamızda, alın bölgesinde şarbon lezyonu tespit edilen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta, yaklaşık 4 gün önce alın bölgesinde başlayan ağrısız lezyon, üşüme ve titreme sebebiyle polikliniğimize başvurdu. Lezyon başlangıcından 2 gün sonra, sol gözde şişlik şikayetinin eklendiği öğrenildi. Özgeçmişinde hastanın kasap olarak çalıştığı ve son 2 haftada çoklu sayıda hayvan kesimini yaptığı öğrenildi. Başvuru esnasında genel durum orta, bilinç açık, koopere, oryante idi. Vital bulgularında vücut ısısı 36.5°C, nabız 88 atım/dk, TA 110/60 mm/Hg, solunum sayısı 18/dk olarak saptandı. Fizik muayenede, alın bölgesinde yaklaşık 2x2 cm çapında, çevresi ödemli, krutlu, nekroze lezyon ve sol periorbital ödem mevcuttu (Resim 1). Laboratuvar tetkiklerinde WBC:11.370 uL, CRP: 5.8 mg/dL saptandı. Hasta deri şarbonu ön tanısıyla yatırılarak, ampisilin-sulbaktam 4x2 gr i.v. başlandı. Mevcut tedavi altında klinik ve laboratuvar iyileşme gözlenen hasta, tedavisinin 4. gününde amoksisilin-klavunat 1000 mg günde iki kez, tedavi önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Şarbon önemli morbidite ve mortaliteye sebep verebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Özellikle deri şarbonu; orf, karbonkül, mukormikozis ve nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları gibi pek çok hastalıkla karışabilmektedir. Nekrotik deri bulgularıyla başvuran hastalarda, ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneyle, labotatuvar tetkikleriyle desteklenerek hastalığın erken tanı ve tedavisi büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: şarbon, zoonoz, zoonotik hastalık

Resim 1



Alın çevresinde 2x2 cm çapında nekrotik, krutlu lezyon

PS-09

KRONİK HEPATİT B VE D KOENFEKSİYONU OLAN GEBE BİR HASTADA TENOFOVİR ALAFENAMİT FUMARAT TEDAVİ DENEYİMİ

Melda Türken, Bengü Tatar, Pelin Adar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Gebelerde hepatit B virüs (HBV) enfeksiyonu; hem anneden bebeğe vertikal yolla bulaşma riski, hem de tedavide kullanılan ilaçların, anneye ve fetusa yönelik olası zararları nedeniyle önemli bir sorundur. Biz bu olgu sunumunda iki yıl arayla her iki gebelik sürecinde de tenofovir alefenamit fumarate (TAF) tedavisi verdiğimiz kronik hepatit B (KHB) ve D ko-enfeksiyonu olan bir hastamızı değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu: KHB ve D koenfeksiyonu tanısıyla takip ve tedavi altında olan 38 yaşında, kadın hasta, dört yıl önce gebelik planı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde çocukken (1991) sol böbrek nefrektomiydi; 19 yıl önce (2004) KHB ve D koenfeksiyonu tanısı konulmuştu (KCFT yüksek, HBsAg pozitif; HBeAg negatif; antiHBe pozitif; HBVDNA:3.88X10⁴ kopya/mL; karaciğer biyopsisi Histolojik aktivite indeksi (HAİ):5/18, fibrozis:1/6). 2004-2009 arasında lamivudin; 2009 yılında ise HDV RNA pozitifliği, karaciğer biyopside HAİ:6 Fibrozis: 2 saptanması üzerine bir yıl süreyle peg-IFN tedavisi kullanmıştı. Ancak HDV RNA negatifliği sağlanamadı ve KHB tedavisine entekavir 1 mg olarak devam edildi. 2013'de KCFT yüksekliği, HBV DNA negatifliği devam ederken, yüksek HDV RNA düzeyi nedeniyle yapılan biyopside HAİ: 7 Fibrozis:4 saptanınca tekrar peg IFN alfa 2-a tedavisi uygulandı; ancak altıncı ayda HDV RNA negatifliği sağlanamadı; tedavisine entekavir ile devam edildi. 2013-2019 arası izlemde KCFT normalizasyonu sağlandı; 2015'de yapılan karaciğer biyopsisinde HAİ:9 Fibrozis:4 olarak saptandı. 2019'da hastanın gebelik planı nedeniyle entekavir tedavisi kesildi. Tam idrar tahlilinde proteinüri olması ve tek böbrek renal fonksiyonları korumak amacıyla onamı alınarak tenofovir alefenamid fumarat (TAF) tedavisi verildi. Gebelik ve doğum sonrası takiplerinde anne ve bebekte herhangi bir komplikasyon gelişmedi. TAF tedavisi altında, KCFT normal, HBV DNA negatif, karaciğer görüntüleme olağan seyretti. 2021 yılında ikinci kez gebe olan hastanın TAF tedavisine devam edildi; HDV RNA pozitifliği haricinde diğer biyokimyasal, virolojik ve radyolojik takipleri olağan seyretti; ikinci bebekte de herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Her iki bebeğe de doğum sonrası HBV immunoproflaksisi uygulandı. Bebeklerin birinci yıl kontrollerinde HBsAg negatif ve anti HBs pozitif. Hastamız TAF tedavisi altında 2023 yılı son kontrollerinde HBV DNA negatif, KCFT normal, spot idrar protein/kreatin oranı 0,15 normal, HDV RNA: 93 IU/mL, karaciğer transient elastografi (Fibroscan) fibrozis skoru 1 (median:6,7) olarak değerlendirildi.

Sonuç: Kronik hepatit B enfeksiyonu olan yüksek derecede viremik annelerde tenofovir disoproksil fumarat anneden bebeğe maternal bulaşmayı önlemede etkin ve güvenli bir tedavi olarak kullanılırken; güncel veriler ortaya çıktıkça, çalışmalar TAF tedavisinin de iyi bir seçenek haline gelebileceğini desteklemektedir. Bizim sunduğumuz gebelikte TAF alan bu olguda anne (96. haftada) ve bebeklerde (48. ve 96. haftada) komplikasyon saptamadık.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, kronik hepatit B, kronik hepatit D, tenofovir alefenamit fumarat

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-10

YETİŞKİN KOMORBİDİTESİ BULUNMAYAN HASTADA HHV6 ENSEFALİT OLGUSU

Refika Nur Kahraman, Cemal Bulut

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: İnsan herpes virüsü 6 (HHV-6), genellikle 3 yaşından küçük çocukları sıklıkla etkileyebilmekte nörolojik bulgular nöbet, ensefalit gibi bulgulara neden olabilmektedir. Yetişkinlerde bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlarda reaktivasyon görülebilmektedir. Literatürde bağışıklık sistemi baskılanmamış bireylerde HHV-6 ensefaliti vakaları rapor edilse de görülme sıklığı oldukça azdır. Bu olguda kişilik değişikliği ve nöbet ile başvuran hastada HHV-6 ensefaliti irdelenmiştir

Olgu: 36 yaş bilinen hastalığı olmayan erkek hasta ani başlayan şuur bulanıklığı kasılmalarla dış merkeze başvurmuştu. Dış merkezde nonkonvulziv status olarak değerlendirilen hastaya antiepileptik tedavi başlanmıştı. Hastanemiz yoğun bakımına nakil alınan hastada ajitasyon, bilinç bulanıklığı, ekstremitelerde kısıtlama olması, muayene bulgularında ense sertliği ve ateşi olmamasına rağmen verbal çıkış kısıtlı olması üzerine tarafımızca lomber ponksiyon yapıldı. BOS hafif bulanık, BOS basıncı hafif artmıştı, BOS hücre sayımında 5 lökosit bol eritrosit görüldü, protein 77,2 mg/dl, glukoz 69 mg/dl olarak değerlendirildi. Ampirik başlanan Seftriakson, Vankomisin Asiklovir tedavisi stoplandı. Levetirasetam idamesine devam edildi. 2 günlük yoğun bakım takibi sonrası hasta servisimize nakil alındı. Hastanın alınan anamnezinde son 1 haftadır üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları olduğu öğrenildi. Hastanın BOS PCR panelinde HHV-6 pozitif sonuçlandı. Nöroloji önerisiyle yapılan EEG değerlendirilmesinde uyanıklık EEG sinde trase süresince zaman zaman ortaya çıkan bazen sağ bazen sol temporal alanda belirginleşen yavaş(teta) dalga paroksizmleri tarzında anomali izlendi. Beyin MRG incelemesinde patoloji izlenmedi.

Hastanın takibi sırasında bilinci açık koopere oryanteydi, serviste takibi sırasında meningeal irritasyon bulgusu ve ateşi olmayan hasta 1 haftalık klinik takibi sonrasında taburcu edildi.

Sonuç: Erişkinlerde ensefalit bulgusu olan hastalarda immunsupresyon olmasa bile HHV-6 reaktivasyonu görülebileceği ve bunun ensefalit ile seyredebileceği akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: HHV6, ENSEFALİT, NÖBET

PS-11

SARILIK İLE BAŞVURAN POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİ İLE SEPTİK EMBOLİLERİ TANIMLANAN BİR İNFEKTİF ENDOKARDİT OLGUSU

Refika Nur Kahraman, Cemal Bulut

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hiperbilirubinemi, karaciğer ve böbrek fonksiyon bozukluğu ile takip edilen, takipleri sırasında ateşi ve septik embolileri olan, kan kültürlerinde üreme saptanmayan bir infektif endokardit olgusunu irdeledik

Olgu: 40 yaş bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta son 2 haftadır olan halsizlik, eklem ağrısı ve sarılık şikayetleriyle acil servise başvurmuştu. Başvurusu sırasında yapılan tetkiklerinde hastada hiperbilirubinemi, karaciğer ve böbrek fonksiyon bozukluğu görülerek leptospira ön tanısıyla yoğun bakım yatışı yapılmıştı. Kreatinin değeri 4,1 mg/dl olan hastaya yavaş sürekli renal replasman tedavisi uygulandı, takiplerinde ateşi olan hastadan kan kültürleri alındı. Akut faz reaktan yüksekliği olan hastaya ampirik olarak Piperasilin Tazobaktam ve Doksisisiklin başlandı, tedavisi Meropenem ve Doksisisiklin olarak devam etti. Halk sağlığı laboratuvarına gönderilen Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve Leptospira örnekleri negatif sonuçlandı. Hastanın karaciğer ve böbrek fonksiyon bozukluğu geriledi ancak ateşleri olmaya devam etti. Alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Hasta yoğun bakımdan Enfeksiyon Hastalıkları servisine nakil alındı. Hastanın servisteki takipleri sırasında ateşi devam etti. Ateş etyoloji açısından gerekli tetkikler yapıldı. Yapılan transtorasik ekokardiyografide perikardiyal efüzyon dışında patoloji saptanmadı. Parmak uçlarında Janeway lezyonu benzeri lezyonları ve sağ gözde bulanık görme şikayeti olan hastaya transözofageal ekokardiyografi yapıldı. Transözofageal Ekokardiyografide aortik kapakta 8 mm genişlikte kitlesel vejetasyon görüldü, 15 mm perikardiyal efüzyon izlendi. Göz hastalıklarına konsülte edilen hastada göz dibinde Roth lekesi açısından şüpheli lezyon tanımlandı. Ateş etyolojisiye yönelik yapılan tetkikler sırasında yapılan pozitron emisyon tomografisi görüntülemesinde beyinde sol frontal lobda ve her iki akciğerde izlenen hipermetabolik odakların öncelikle septik emboli yönünden değerlendirilmesi önerildi. Aortik kapak replasmanı planlanan hasta Koroner Yoğun Bakıma nakil edildi.

Sonuç: Ateşi olan hastada alınan kan kültürlerinde üreme olmaması, transtorasik ekokardiyografide kitle vejetasyon görülmemesi durumunda da infektif endokardit akılda bulunmalı, klinik açısından şüpheli durumlarda transözofageal ekokardiyografi, pozitron emisyon tomografisi gibi ileri inceleme yöntemlerine başvurulmalıdır

İnfektif endokardit özellikle septik embolilerle seyrettiğinde farklı klinik tablolarla karşımıza gelebilir, ateşi devam eden hastalarda transtorasik ekokardiyografi normal olsa bile pozitron emisyon tomografisi septik embolilerin saptanmasında yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: İnfektif endokardit, nedeni bilinmeyen ateş, septik emboli

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Janeway lezyonları



Septik embolilerle seyreden infektif endokardit olgusunda el ve ayaklarda Janeway lezyonları



Septik embolilerle seyreden infektif endokardit olgusunda el ve ayakta Janeway lezyonları

PS-12

LEISHMANİASİS TANISI ALAN LENFOMA OLGUSU

Nur Bahar Oğuz, Elif Yılmaz, Tajdin İrdem, Kübra Etgül, Saim Dayan

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Leishmaniasis, tatarcık Phlebotomus'un ısırığı yoluyla insanlara bulaşan, Leishmania spp.'nin neden olduğu vektör kaynaklı bir paraziter hastalıktır. Kutanoz, mukokutanöz ve visseral tutulum gibi farklı klinik tablolara neden olabilir. Bu olguda Leishmaniasis tanısı alıp tedavi edilen ancak biyopsi sonucunda Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma olduğu saptanan bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 23 yaşında bilinen bir hastalığı ve kullandığı ilaç öyküsü olmayan kadın hasta yaklaşık 2 ay önce sağ paraumbilical bölgede küçük bir lezyon olarak başlayan ardından 3 ay içinde yaklaşık 10x8 cm' lik boyuta ilerleyen etrafı nekrotik ortası ülser akıntılı yara nedeniyle polikliniğimize başvurmuş. Dış merkezde Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaya biyopsi yapılmış, biyopsi sonucu Leishmania spp. olarak raporlanmış. Hastaya 6 hafta boyunca Antimon bileşiği tedavisi verilmiş. Hastanın lezyonlarında gerileme olmaması ve akıntısının devam etmesi üzerine Enfeksiyon Hastalıkları servisine yatırıldı ve hastaya süper enfeksiyon nedeniyle Piperasilin/tazobaktam ve Daptomisin tedavileri başlandı. Hasta köyde yaşıyor, hayvancılık öyküsü var. Son üç ayda yaklaşık on kilo kaybı ve gece terlemesi mevcut. Hastanın takiplerde ateşi yoktu, vitaller stabildi. Laboratuvar olarak anormal bulgu saptanmadı. Çekilen Batın MR'da umbilicus düzeyinde sağda karın duvarında cilt ve cilt altı dokuda yer yer ciltten kabarık yaklaşık 7 cm çapında en kalın yerinde 22 mm ölçülen düzensiz yüzeysel yer yer nodüler plak tarzında kitlesel lezyon izlenmektedir. Kas uzanımı ve batın içi uzanımı izlenmemiştir şeklinde raporlanan hastaya Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi tarafından opere edildi. Hastanın lezyonu tamamen eksize edildi ve tarafımızca poliklinik kontrolü ile eksterne edildi. Poliklinik kontrolüne gelen hastanın operasyon esnasında alınan örneğinin patoloji sonucu CD30 pozitif Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma olarak raporlandığından Hematoloji bölümüne danışıldı. Hastaya kemik iliği biyopsisi ve PET CT planlandı, poliklinik kontrolüne çağrıldı.

Sonuç: Leishmaniasis, yanlış tedavilere ve cerrahi müdahalelere neden olabilecek, geniş klinik semptomlara yol açabilecek bir hastalıktır. Bu parazitoz nadir de olsa malign hastalıklarla birlikte görülebilmekte ve hastalığın ortaya çıkışını, klinik seyri ve tanısının konmasını geciktirebilmektedir. Hastalığın endemik olduğu bölgelerde bu iki durumun birlikte görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Leishmaniasis, Lenfoma, Nekrotik yara

Nekrotik Yara Görüntüsü



Resim

PS-13

KATETER İLİŞKİLİ ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARININ ALTI YILLIK DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu Mert¹, Zuhale Avşar², Elif Özgür Orman², Bilge Cidir², Gülşen İskender¹, Semra Tunçbilek¹, Mustafa Ertek¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hemşiresi, Ankara

Giriş ve Amaç: Üriner kateter hastanede yatan hastalarda en sık kullanılan invaziv tıbbi araçtır. Uzun süreli kullanımı idrar yolu enfeksiyonu riskini artırır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda genellikle geniş spektrumlu antibiyotik tedavileri kullanılır. Bu nedenle kateterle ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE)'de izole edilen etkenler daha dirençli ve agresif bakterilerdir. Bu çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde (anestezi, dahiliye ve cerrahi) Kİ-ÜSE'e neden olan etkenler ve yıllara göre enfeksiyon hızlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1 Ocak 2018-30 Haziran 2023 tarihleri arasında yoğun bakım ünitelerinde yapılan invaziv araç ilişkili enfeksiyon surveians sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Kİ-ÜSE, ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri kriterlerine göre laboratuvar ve kliniğe dayalı aktif surveians sistemiyle saptandı. Kateterden alınan idrar kültürlerinden izole edilen etkenler kaydedildi. Kİ-ÜSE tanısı için Infectious Diseases Society of America (IDSA) kılavuzundaki tanımlar kullanıldı.

Bulgular: 1 Ocak 2018- 30 Haziran 2023 tarihleri arasında 70 hastada 71 Kİ-ÜSE gelişmiştir. 70 hastanın 6 (%8,6)'ı hematolojik maligniteli, 25 (%35,7)'i solid organ tümörlü ve 39 (%55,7)'u malignitesi olmayan hastalar oluşturuyordu (Tablo 1). En sık saptanan etkenler sırasıyla Klebsiella pneumoniae (%29,6), Escherichia coli (%22,5), Acinetobacter baumannii (%11,3), ve Pseudomonas aeruginosa (%11,3) olarak belirlendi (Tablo 2). Kİ-ÜSE enfeksiyon hızı ortalama 2,5 olarak saptandı. Yıllara göre enfeksiyon hızları tablo 3'de gösterildi.

TARTIŞMA ve Sonuç: Hastaneye yatan hastaların %12-25'ine üriner kateter takılmaktadır. Kateter kullanım süresinin uzaması Kİ-ÜSE için önemli bir risk faktörüdür. Kİ-ÜSE; el hijyenine uyumun olmadığı, üriner kateterin uzun süre tutulduğu ve idrar torbalarının pozisyonuna dikkat edilmediğinde daha sık görülmektedir. Etken olarak Escherichia coli ve diğer Enterobacteriaceae yaygındır ancak Pseudomonas aeruginosa, enterokoklar, stafilokoklar ve mantarlar da önemli nedenlerdir. 2011 ile 2014 yılları arasında ABD Ulusal Sağlık Güvenliği Ağı'na bildirilen 154.000 Kİ-ÜSE'da tanımlanan en yaygın patojenler: E. coli %24, Candida türleri %24, Enterococcus spp. %14, P. aeruginosa %10, Klebsiella spp. %10 oranında saptanmıştır. Çalışmamızda Klebsiella pneumoniae en sık görülen etken olarak izole edilmiştir. Etken olarak kandida türleri hiç görülmemiştir. Uzun süreli kateterizasyon polimikrobiyal bakteriüri veya değişen idrar florasıyla ilişkilidir. El hijyeni ve önlem paketlerinin uygulanması Kİ-ÜSE'ü önlemede etkin bulunmuştur.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Sonuç olarak çalışmalarda önlem paketlerinin KI-ÜSE'ü önlediği veya azalttığı gösterilmiştir. Etken olarak dirençli Gram-negatif bakteri sıklığının artması bu enfeksiyonların tedavisinin güç olması nedeniyle el hijyeni ve önlem paketlerine uyulması, gereksiz antibiyotik kullanımı ve uzun süreli kateterizyon uygulanmaması gerektiğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Gram-negatif bakteri, kateter, KI-ÜSE

Tablo 1. Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu olan hastaların yıllara göre dağılımı

Yıl	Hematolojik maligniteli hasta sayısı	Solid organ malignitesi olan hasta sayısı	Malignitesi olmayan hasta sayısı	Toplam
2018	3	7	7	17
2019	1	7	6	14
2020	1	1	5	7
2021	1	6	10	17
2022	0	1	7	8
2023	0	3	4	7
Toplam	6	25	39	70

Tablo 2. Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu etkenleri ve sayıları

Üreyen Etken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gram-negatif bakteriler		
Klebsiella pneumoniae	21	29,6
Escherichia coli	16	22,5
Acinetobacter baumannii	8	11,3
Pseudomonas aeruginosa	8	11,3
Proteus mirabilis	7	9,8
Enterobacter cloacae	3	4,2
Serratia marcescens	1	1,4
Stenotrophomonas maltophilia	1	1,4
Gram-pozitif bakteri		
Enterococcus faecalis/faecium	6	8,4

Tablo 3. 2018-2023 yılları arasında kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyon hızları

Yıl	Enfeksiyon hızı
2018	3,34
2019	2,45
2020	1,68
2021	3,72
2022	1,46
2023	2,36

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-14

İMMÜNKOMPETAN HASTADA GELİŞEN KRİPTOKOKAL LENFADENİT OLGUSU

Hüsameddin Atay, Mahmut Sünnetçioğlu, İrfan Binici, Gökhan Yüksek, Fatih Dilce, Abdulkadir Şipal

Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Giriş: Cryptococcus neoformans dünyanın her yerinde bulunabilen kapsüllü bir maya mantarıdır. Solunum yoluyla ilk olarak akciğere yerleşir, daha sonra kan yoluyla tüm vücuda yayılır. Kriptokok enfeksiyonları daha çok bağışıklığı baskılanmış konakta sistemik mantar enfeksiyonu olarak görülür. Bağışık engelli hastalarda enfeksiyon hızla ilerleyicidir. İleri derecede bağışık engelli hastalarda birincil kompleks veya ikincil olarak difüz kriptokok pnömonisi ve lenfadeniti olabilir. Biz de immünkompetan hastamızda, izole lenfadenit olarak takip edip klinik yanıt aldığımız kriptokok lenfadenit olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik böbrek hastalığı tanısı nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören ve diabetes mellitus komorbidi olan 67 yaşında kadın hasta; ateş, gece terlemeleri şikayetleri ve sağ submandibuler bölgede refrakter lenfadenopatisi mevcuttu. Çekilen Bilgisayarlı Tomografi sonucu 'Bilateral submandibuler alanda sağda level 5 düzeyinde sağ arka servikal kesimde lobule konturlu yer yer konglomere en boy oranı bozulmuş bazılarının santrali nekrotik büyüğü 16x16mm ebatlı multipl LAP formasyonları izlenmektedir. Bu düzey komşuluğunda cilt cilt altı yumuşak dokular heterojendir' şeklinde raporlandı. Hastaya dış merkezde eksizyonel biopsi yapılmıştı ve sonucu; 'kazeifikasyon benzeri nekroz içeren granülom yapıları izlendi, EZN ile boyanan mikroorganizma izlenmezken PAS VE GMS ile boyanma gösteren maya formunda fungal yapılar saptandı. Olgunun Kriptokokus neoformans enfeksiyonu başta olmak üzere dimorfik fungal enfeksiyonlar yönünden klinik ve mikrobiyolojik korelasyonu önerilir' olarak raporlandı. Hasta servisimize interne edildi. Yapılan Lomber fonksiyon işleminde hücre izlenmedi, çini mürekkebi ile boyamada anormal patoloji izlenmedi. Bos protein:24 mg/dl, bos glukoz: 77 mg/dl bos klorür:124 mmol/l ölçüldü. Wbc:7290 / mm³ CRP:22 mg/L, sedim:124mm/saat ast:12, alt:11 kre:8.78 mg/dl izlendi. Hastaya kriptokok lenfadenit tanısıyla iv flukanazol tedavisi başlandı. ppd 16 mm olarak ölçüldü. 2 hafta iv tedaviden sonra oral flukanazol ile hasta taburcu edildi. Tedavinin ikinci ayında çekilen kontrol mr da: Servikal musküler yapılara ait patoloji servikal kitle ve patolojik boyutlarda LAP saptanmadı olarak raporlandı ve böylece tedavi iki aya tamamlandı.

Sonuç: Kriptokokal enfeksiyon birden fazla organı tutsa da, yalnızca lenfadenit olarak ortaya çıkan kriptokokoz çok nadirdir. Sadece birkaç vaka bildirilmiştir ve bu hastaların çoğu insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte olmuştur veya immün yetmezlik durumu vardır. Periton dializi kriptokok enfeksiyonu için yüksek risk oluşturmaktadır, ancak hemodiyaliz için böyle bir risk tanımlanmamıştır. İmmünkompetan olgumuzda flukanazol ile başarılı klinik yanıt alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: kriptokok, lenfadenit, flukanazol

PS-15

KATETER İLİŞKİLİ KAN DOLAŞIMI ENFEKSİYONU, FUNGAL ENDOKARDİT

Bengü Tatar, Melda Türken, Pelin Adar

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

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle hemodiyaliz programında olan, 55 yaşında kadın hasta, son iki haftadır diyaliz sırasında gelişen ateş yüksekliği, üşüme, titreme nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde sağ juguler kalıcı diyaliz kateter (KJK) çıkış yerinde deride kızarıklık, ısı artışı, ağrı, hassasiyet, pürülan akıntı mevcuttu. Laboratuvar testlerinde lökositoz, CRP ve prokalsitonin yüksekliği saptananan olgu kateter enfeksiyonu ön tanısı ile yatırıldı. Kan ve kateter kültürleri alınarak renal dozdan vankomisin ve piperasilin tazobactam başlandı. Eş zamanlı alınan kan ve kateter kültürlerinde *Candida albicans* üredi. Anidulafungin 200 mg iv yükleme sonrası, 100mg/gün idame tedavisi başlandı ve eş zamanlı KJK'ı çekildi. Transtorasik ekokardiyografide (TTE) triküspit kapak atriyal yüzüne tutunmuş, hareketli, düzensiz kenarlı, 2.2x2.2cm boyutlarında vejetasyon ile uyumlu kitle izlendi. Fungal endokardit cerrahi gerekliliği açısından kalp damar cerrahisine danışıldı, yüksek kardiyovasküler risk nedeniyle operasyon düşünülmedi. Kontrol TTE vejetasyon 1.0x0.8 cm geriledi, ateş yanıtı alındı. İzleminde genel durumu kötüleşen ve solunum yetmezliği gelişen hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğerde pnomonik infiltrasyon ve septik emboli saptanması üzerine yoğun bakıma devredildi. Yoğun bakım yatışının 48. saatinde kardiopulmoner arrest olan hasta exitus olarak kabul edildi.

İnfektif endokarditte hastaların %20-50'sinde vejetasyonun boyutu ve hareketliliği ile artan embolik komplikasyonlar görülür. Embolizm riski özellikle antimikrobik tedavinin ilk haftalarında daha fazla olup vejetasyon boyutunda artma ile risk artar ve enfeksiyonun kontrol edilemediğini gösterir. Kontrol edilemeyen enfeksiyon varlığında veya kalp yetmezliği ya da embolizasyonu önlemek amacı ile erken cerrahi düşünülebilir.

Sonuç olarak infektif endokarditte tedaviye rağmen ateş veya kültür pozitifliğinin devam etmesi halinde komplikasyon gelişimi akılda tutulmalı, farklı odak araştırılmalı ve damar içi kateterler değiştirilmeli, ekokardiyografi kontrolü yapılarak acil cerrahi gerekliliği değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, fungal endokardit, emboli

PS-16

COVID-19 ENFEKSİYONUNA SEKONDER N. ABDUCENS PARALİZİSİ

Kübra Dede, Aysun Yalçı, Merve Bozdağ, Sena Şakir, Sibel Koluş, Refika Nur Kahraman, Cemal Bulut

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

AMAÇ: Covid-19 pandemisi son yıllarda tüm Dünya'yı etkisi altına almıştır. Covid-19 enfeksiyonuna sekonder gelişen inflamatuvar süreçte bizi hangi durumların etkileyebileceği tam olarak netlik kazanmış değildir. Bu yazıda Covid enfeksiyonuna sekonder N. abducens felci geçiren bir hasta incelenmiştir.

OLGU: Bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon, kalp ritim bozukluğu ve polikistik böbrek hastalığı olan 72 y erkek hasta sabah uandıktan sonra yüzünü yıkarken aniden kaslarda güçsüzlük, bacaklarda kuvvetsizlik ve tutunarak yere yığılma şikayeti ile acil servise başvurmuştu. 38 derece ateşi ve akut faz reaktanları yüksek olan hasta Covid-19 ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları kliniğimize yatırıldı. Hastanın nörolojik muayenesinde bilinci açık, oryante ve koopere, direkt ve indirekt ışık refleksleri pozitif, pupiller izokorik, sola bakışta 3 sn süren yorulan nistagmus mevcut ve konuşma hipofonik idi. Lateralize motor ve duyu defisiti ile ense sertliği yoktu. Hastanın yatışında yapılan laboratuvar tetkiklerinde, CRP:104 mg/L, beyaz küre:8700(%63 neu), ESR:83 mm/saat, kreatinin kinaz:1122 mg/dl idi. Hastanın yatışında alınan COVID-PCR testi pozitif sonuçlandı. Hastada diplopi şikayeti olması üzerine yapılan nöroloji ve göz hastalıkları konsültasyonları sonucunda akut sağ kraniyal sinir felci düşünüldü. Yapılan beyin BT görüntülemesinde "serebral beyaz cevherde ve periventriküler alanda yamasal hipodens görünüm kronik iskemik-gliotik değişiklikler" ve kontrastlı beyin MR' da "sol ICA ve anterior clinoid process komşuluğunda nervus abducens kılıfında kalınlaşma ve kontras sonrası incelemede kontraslanma" saptandı. Hastaya nöroloji önerisi ile 1 mg/kg/gün iv prednizolon tedavisi 5 gün verildi. N. abducens tutulumunun inflamasyona bağlı olabileceği düşünüldü. Daha sonra şikayetleri gerileyen hasta enfeksiyon hastalıkları, nöroloji ve göz hastalıkları poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

SONUÇ: Covid-19 enfeksiyonu sırasında hiperinflamasyona bağlı olarak göz sinirlerinde tutulum nadiren bildirilmektedir. En sık tek taraflı akut altıncı sinir paralizi görülürken daha az oranlarda üç ve dördüncü sinirlerde etkilenebilmektedir. Sıklıkla erkeklerde görülmektedir. Genellikle tam düzelen bu klinik durum için destek tedavisi yeterli görülmektedir. Bu nedenle SARS CoV-2 nin neden olduğu inflamatuvar sürecin merkezi sinir sistemini etkileyebileceği ve sinir paralizilerine sebep olabileceğini akılda bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, N. abducens, Hiperinflamasyon, Paralizi

PS-17

DALAK ENFAKTI İLE TANI ALAN BİR İNFEKTİF ENDOKARDİT OLGUSU

Sena Şakir¹, Kübra Dede², Sibel Koluş³, Refika Nur Kahraman⁴, Cemal Bulut⁵

¹Sena Şakir

²Kübra Dede

³Sibel Koluş

⁴Refika Nur Kahraman

⁵Cemal Bulut

Amaç: İnfektif endokardit son yıllarda değişen epidemiyolojisi ve hastalarının klinik prezantasyonlarının çok farklı şekilde olabilmesi nedeniyle tanısı gecikebilir bir hastalık haline gelmiştir. Bu olguda pyelonefrit ön tanısı ile takip edilirken dalak enfarktı saptanması üzerine endokardit tanısı alan bir olguyu irdeledik.

Olgu: 50 yaş erkek hasta; hastanemiz acil servisine başvurusundan 15 gün öncesinde başlayan bulantı, kusma, oral alım azlığı, halsizlik ve ateş şikayeti ile dış merkeze başvurmuştu. Yapılan tetkikler sonucu hastaya üriner sistem enfeksiyonu ön tanısı ile siprofloksasin ve metronidazol tedavileri reçete edilmişti. Hastanın 10 günlük antibiyotik kullanımına rağmen aralıklı ateş, bulantı, kusma şikayetleri devam etmekteydi. Hasta acil serviste değerlendirildiğinde ateş ve dizüri şikayeti mevcuttu. Fizik muayenesinde batında bilateral alt kadrantlarda hassasiyet ve sol kostovertebral açığı hassasiyeti bulunan hastanın laboratuvar incelemesinde CRP:350 WBC:18 000 idi ve idrarı piyürik idi. Yapılan batın ultrason incelemesinde "Sol böbrek orta kesim konturu belirgin lobüle görünümde olup bu alanda minimal heterojen hiperekojen görünüm" saptanmıştı. Pyelonefrit ön tanısı ile yatırılarak piperasilin tazobaktam tedavisi başlandı. Klinik takipleri sırasında respiratuar alkaloz nedenli yoğun bakıma nakledilen hastanın EKO'sunda perikardiyal efüzyon saptanırken vejetasyon izlenmedi. Ateşleri devam eden hastada batın içi apse ön tanısı ile yapılan BT incelemesinde dalak enfarktı tespit edildi. Hasta genel durum iyilik hali olması üzerine yeniden nakil alınan hasta arteriyel emboli odağı açısından değerlendirildiğinde çekilen kontrol EKO'da efüzyona ek olarak Evre 3 Aort yetmezliği ile Aort kapağı üzerinde 11x20 mm vejetasyon izlendi. Tedavisi Meropenem ve Vankomisin olarak revize edildi. Eş zamanlı ateşli dönemde alınan kan kültürlerinden tek şişeden *S.agalactiae* izole edildi. Hastanemiz Kalp Damar Cerrahisi Kliniğine nakledilen hasta opere edildi.

Sonuç: İnfektif endokardit hastaları son dönemde farklı klinik prezantasyonlar ile tanı alabilmektedir. Uzamış ateş varlığında, yapılan EKO incelemesinin normal olması veya hastaların başka bir klinik tanısı olması durumunda bile İnfektif Endokardit akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Dalak Enfarktı, İnfektif endokardit

PS-18

GÖZDEN KAÇAN PİYOJENİK KARACİĞER APSESİ OLGUSU

Arzu Tarakçı¹, Fatma Çölkesen², Yakup Gezer¹, Muhammet Rıdvan Tayşi¹

¹Konya Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Konya Numune Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Giriş: Piyojenik karaciğer absesi (PKA); nadir görülen, radyolojik görüntüleme ile tanı konulan, drenaj ve etkin antibiyotik tedavisiyle mortalitesi azalan bir hastalıktır. İnsidansı 100.000 de 5-13 olarak bildirilmektedir. Genellikle tektir ve karaciğer sağ lobuna yerleşmektedir. Aşağıda PKA ile takipli bir olgumuzu sunduk.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 40 yaşında erkek hasta üşüme, titreme, ateş, bulantı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hasta dış merkezden reçete edilen amoksisilin/klavulanat tedavilerinin 3. günündeydi. Muayenede ateş odağı saptanamayan hastanın karaciğer fonksiyon testi yüksekliği mevcuttu, Batın ultrason istemi yapıldı, patolojik bulgu saptanmadı. Oral antibiyoterapi ile kliniği düzelme eğiliminde olan hastanın kontrol inflamatuvar parametreleri dış merkezde tedavi öncesinde tespit edilen değerlere göre daha düşük (Prokalsitonin (PCT):0,8->0.1 µg/L; C-Reaktif Protein (CRP): 119->59 mg/L) tespit edildi. Antibiyoterapinin 10. gününde polikliniğimizden kontrol edilen hastanın kliniği düzelmişti, CRP değeri 9 mg/L olarak saptandı ve tedavi 14 güne tamamlanarak kesildi. Hasta 1 hafta sonra yine aynı şikayetlerle başvurdu ve ileri araştırma için kliniğimize yatırıldı. Hastanın kültürleri alındı, muayenede batın sağ üst kadranda hassasiyeti olan hastaya kontrastlı batın tomografisi (BT) planlandı. Günde 4 kez ateş atağı olan, ataklar esnasında kliniği bozulan ve 24 saatlik izlemde PCT artışı (1,2->65 µg/L) olan hastaya ampirik olarak sefaperazon/sulbaktam 2x2 gr başlandı. Aynı gün hastanın kan kültürü sinyal verdi, Gram boyamasında Gram negatif basil saptandı. Tedavi altında ateş atakları devam eden, inflamatuvar parametrelerinde artış olan (PCT:65->69 µg/L) hastanın batın BT sonucunda karaciğer sağ lob segment 6 posteriorunda subkapsüler alanda yaklaşık 46x27 mm boyutunda apse saptandı (Resim 1). Girişimsel radyoloji tarafından drene edilen apse kültüründe ve kan kültüründe E. coli (amoksisilin/klavulanat, piperasilin/tazobactam duyarlı) üredi. Drenaj sonrası takipte parenteral antibiyoterapisi iki hafta devam eden hastada belirgin klinik düzelme gözlemlendi. CRP seviyesi 5,8 mg/L'ye ve PCT değeri 0,2 µg/L'ye gerileyen hasta amoksisilin/klavulanat 3x1 gr reçete edilerek taburcu edildi. Poliklinikten takiplerinde tedavi süreci olumlu seyreden hastanın toplam tedavisi 4 haftaya tamamlanarak kesildi.

Sonuç: PKA ender görülmesine rağmen etkin tedavi uygulanmadığında mortalitesi yüksektir. Klinik bulguları ateş, bulantı ve sağ hipokondriyal bölgede ağrıdır. En sık saptanan etkenler, E.coli ve K.pneumoniae'dir. Kontrastlı batın BT, tanıda kullanılan altın standart yöntemdir. Ultrason kolay olması nedeni ile ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Olgumuzda poliklinik kontrolünde ultrason istenmiş ancak apse saptanamamıştır. Ayrıca etkin antibiyotik tedavisine rağmen hastanın septik durumu kontrol altına alınamamış, ancak drenaj ile kaynak temizliği sonrasında antibiyoterapiden cevap alınabilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Antibiyoterapi, drenaj, piyojenik karaciğer absesi

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Resim 1. Batın BT'de Karaciğer Apsesinin Görünümü



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-19

İMMÜNSÜPRESYON OLMADAN HEPATİT B REAKTİVASYONU GELİŞEBİLİR Mİ?

Hatun Öztürk Çerik¹, Özlem Aldemir²

¹Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ordu

²Sivas Numune Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Sivas

Amaç: Dünyada yaklaşık iki milyar kişi hepatit B virüsü (HBV) ile karşılaşmıştır. HBV enfeksiyonu sonrasında anti-HBs yanıtı oluşturan hastaların HBV'ye karşı koruyucu bağışıklık kazandığı bilinmektedir. HBV reaktivasyonu, çoğunlukla malign, inflamatuvar veya otoimmün hastalıklar sırasında ya da bu hastalıkların tedavisinde kullanılan immüsupresif, immunmodülatör ilaçlar veya kemoterapilere bağlı olarak ortaya çıkabilir. İmmüsupresyon olmadan hepatit B'nin spontan reaktivasyonu çok nadirdir. Bu bildiride, immünsistemi baskıladığı bilinen bir hastalığı olmayan ve immüsupresif herhangi bir tedavi almamış olan, anti-HBs pozitif bir hastada akut intrakranial kanama sonrası saptadığımız spontan HBV reaktivasyonu olgusunu ve bu konu ile ilgili literatür taramasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 81 yaşında kadın hasta, sol kol ve bacakta güçsüzlük şikayeti nedeniyle acile başvuruyor. Hastanın beyin tomografisinde intraventriküler bölgede kanama ve sağ talamik bölgede hematoma saptanması üzerine hasta genel anestezi altında acil operasyona alınarak ekstrenal ventriküler drenaj katateri takılarak yoğun bakım ünitesinde takibe alınıyor. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus ve KOAH tanıları mevcuttu. Hastanın yatışında bakılan tetkiklerde HBsAg negatif, Anti-HBs:77.5 IU/L, AST:29 U/L ALT:17 U/L idi. Albumin, bilirubin, platelet ve INR değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Hasta yoğun bakıma yatışının 20. gününde palyatif servisine devredildi. Servis takibinin 4. gününde AST:56 U/L ALT:61 U/L saptandı. Hepatit etiyolojisine yönelik bakılan tetkiklerde HBsAg pozitif, Anti-HBs:67 IU/L geldi. Anti-HBcIgM ve Anti-HBcIgG negatif, HBeAg pozitif, Anti-HBe negatif geldi. Diğer viral hepatit markerları negatifti. HBV-DNA 2513 IU/ML olarak saptandı. Hastanın geçmiş tetkikleri tarandığında 2011 yılından beri HBsAg'nin negatif Anti-HBs'nin >10 IU/L olduğu, Anti-HBcIgG ve HBV DNA'nın daha önce bakılmadığı görüldü. Mevcut sonuçlarla spontan HBV reaktivasyonu düşünülerek hastaya entekavir 0,5 mg başlandı. Tedavinin 6. ayında HBV-DNA negatif olarak saptandı.

Sonuç: Geçirilmiş HBV enfeksiyonunda tetikleyici bir faktör olmadan reaktivasyon görülmesi çok nadirdir. Literatürde bu şekilde HbsAg negatif/Anti-Hbs pozitif bireyde immünsüpresyon olmadan spontan HBV reaktivasyonu sadece 2 vakada bildirilmiştir. Bizim vakamız bu zamana kadar bildirilen 3. vaka olacaktır. Daha önceki bildirilen olgularda kardiyovasküler cerrahi ve vertebroplasti cerrahisi geçirme öyküleri mevcuttu ve her iki vaka da yaşlı hastalardı. Bu vaka; yaşlılık, geçirilmiş cerrahiler veya yoğun bakım yatışları gibi vücuda stres oluşturabilecek durumlar sonrasında da HBV reaktivasyonu olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: HBV, Hepatit B, Reaktivasyon

PS-20

GEÇ TANI ALMASINA BAĞLI KOMPLİKASYONLAR İLE SEYREDEN BİR BRUSELLOZ OLGUSU

Zehra İzel Kınalı¹, Elif Doğan², Cemal Bulut²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Bruselloz; ülkemizde endemik görülen, zoonotik bir hastalıktır. İnsanlara enfekte otçul hayvanlardan doğrudan temas, bu hayvanların çiğ süt/süt ürünlerinin tüketilmesi veya enfekte damlacıklarının solunması yoluyla bulaşır. Heterojen klinik spektruma sahip olup pek çok organ veya sistemi tutabilir. Geç tanı veya tedavi halinde en sık osteoartiküler komplikasyonlar (sakroileit, periferik artrit, spondilit) görülmekte olup hastalığın en sık saptanan genitoüriner sistem komplikasyonu epididimoorsitlerdir. Biz bu yazıda orşit ve spondilodiskit bulgularıyla gelen olgumuzu sunarak brusellozda erken tanının önemini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Otuz dört yaşında erkek hastaya dört ay önce başlayan, geceleri artan ateşli titreme atakları sonrasında kilo kaybı, bel ağrısı şikayetleri ile başvurduğu farklı merkezlerde beta laktam grubu antibiyotikler ve çeşitli analjezik tedaviler verilmiş; ancak hastada klinik yanıt alınamamıştı. Ardından testiste şişlik ve ağrı şikayetleri başlayan hasta tarafımıza sevk edildi. Hastanın mesleğinin küçükbaş hayvancılık olduğu ve hayvanlarında yavru atma öyküsü bulunduğu öğrenildi. Hasta brusella orşiti ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde sağ testiste kızarıklık, şişlik, ısı artışı görülen hastanın yürüme bozukluğu olup lomber lordozda düzleşme saptandı. Yapılan kan tetkiklerinde lökosit sayısı 9.400 cell/uL, eritrosit sedimentasyon hızı 60 mm/h, C-reaktif protein 9,6 mg/L idi. Hastada Rose Bengal testi pozitif, Brucella IgM 4,487 pozitif, Brucella IgG 7,35 pozitif olarak saptandı. Hastaya yapılan tüm abdomen ultrasonunda hafif splenomegali (135 mm) tespit edildi. Dış merkezde yapılan lomber vertebra manyetik rezonans görüntülenmesinde (MRG) L1-L5 sinir basıları ve sol foraminal protrüzyon raporlanmıştı. Yapılan değerlendirmede bel ağrısı mekanik vasıflıydı, nörolojik muayenesi doğal olup pelvik ağrı provakasyon testi (PVAS)+/+ saptanmıştı. Hasta romatoloji ve beyin sinir cerrahisine danışıldı. Sakroiliak eklem MRG ve HLA B27 istendi. Wright aglütinasyon testi 1/320 pozitif sonuçlandı. Yapılan kemik sintigrafisinde L5-S1 spondilodiskit izlendi. Hastaya bu klinik ve laboratuvar bulguları sonucunda doksisisiklin ve rifampisin tedavileri başlandı. Hastanın takiplerinde ateş saptanmadı. Antimikrobiyal tedavi birinci hafta sonunda hastanın bel ağrısı şikayetinde azalma ve orşit bulgularında gerileme görüldü. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Bruselloz ülkemizde sıklığı azalmasına karşın halen önemini koruyan bir halk sağlığı sorunudur. Önlenilebilir bir hastalık olmasına karşın tanıda yaşanan gecikmeler ciddi komplikasyonlar ve artmış morbidite sıklığı ile sonuçlanabilmektedir. Bu sebeple hastalığın önlenmesi; bulaş yolları hakkında toplum eğitiminin dışında erken tanı ve doğru tedavi açısından hekimlerin bilinçlendirilmesi ile mümkündür. Komplikasyonlarla giden ve geç tanı alan olgumuzun, farkındalık oluşturmaya açısından literatüre katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: bruselloz, orşit, spondilodiskit

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-21

YENİDOĞAN HASTADA GELİŞEN BOĞMACA SONRASINDA HANE İÇİNDE SAPTANAN BEŞ BOĞMACA OLGUSU

Fatma Beşiroğlu Çetin¹, Sinan Çetin²

¹Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Giresun

²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Giresun

Amaç: Boğmaca, Bordetella pertussis'in neden olduğu, özellikle bebeklerde ciddi komplikasyonlara ve ölüme sebep olabilen bir bakteriyel enfeksiyondur. Boğmaca hastalığının tespit edildiği hasta sayısı, uzun yıllardır süren yüksek aşılama programlarına rağmen artış göstermektedir. Bu olgu sunumunda paroksizmal öksürük şikayeti ile başvurup yenidoğan yoğun bakımda tedavi altına alınması sonrası, solunum yolu panelinde boğmaca tespit edilen 28 günlük kız hasta ve filyasyon sonrası aynı evde saptanan toplam beş olgu sunulmuştur.

Olgu: Yirmi sekiz günlük kız hasta iki gündür aralıklı öksürük, öksürürken nefes alamama, morarma şikayetleriyle acil servise getirildi. Hastanın bu şikayetinin beslenmeyle ilişkisi yoktu, ateşi olmamıştı, öksürük ataklarının arasında solunumu normaldi ve emmesi iyiydi. Sezeryan ile doğan term bebeğin doğum sonrası solunum sıkıntısı olmamıştı ve anne yanına verilmişti. Gebeliği takipli olan annenin kronik hastalığı ve ateşli enfeksiyon öyküsü yoktu, fakat iki aydır öksürük şikayeti mevcuttu. Hastanın muayenesinde genel durum iyi, bilinç açık, ön fontanel normal bombelikte, solunum sesleri bilateral eşit ve doğaldı. Diğer sistem muayeneleri de normal olan hastanın öksürüğünün paroksizmal ve boğulur tarzda olduğu, bu esnada yüzünün kızardığı sonra morardığı gözlemlendi. Tetkiklerinde beyaz küre 23000 (%60 lenfosit, %29 nötrofil) idi, CRP ve prokalsitonin normal sınırdıydı. Biyokimyasal parametrelerinde ve kan gazında bozukluk saptanmayan, akciğer filminde infiltrasyon saptanmaya hasta, boğmaca ön tanısı düşünülerek yenidoğan yoğun bakım servisinde izleme alındı. Solunum yolu panel testinde SARS CoV-2 ve B.pertussis saptanması üzerine hastaya klaritromisin başlandı. Öksürük atakları esnasında maske ile oksijen desteği verilen hastanın atakları arasında oksijen ihtiyacı olmadı. Beş günlük tedavinin ardından şikayetlerinde azalma olan hasta taburcu edildi. Hastanın annesinden alınan solunum yolu panel testinde de B.pertussis saptanması üzerine evde yaşayan diğer kişilere de tarama yapıldı. Yakın temasta bulunan ve on beş günden uzun zamandır öksürük şikayetleri olan üç kişiden daha alınan tetkiklerde boğmaca saptandı ve bu kişilere de tedavi başlandı.

Sonuç: Boğmaca, aşı öncesi dönemde bebek morbidite ve mortalitesinin önemli bir nedeniydi. Erken bebeklik çağında hastalığa kaynak, genellikle bizim olgumuzda da olduğu gibi annelerdir. Yenidoğanları korumak için gebelere son üç ayda Tdap aşısı uygulanması önerilmektedir. Çocukluk çağı aşılama programlarının yanısıra gebeliğin son üç ayında uygulanması önerilen Tdap aşısına karşı tereddüt olması veya aşının temin edilememesi, bebeklerin ilk üç ayında boğmacaya yakalanma riskini artırır. Boğmacadan korunmak için, aşılama programlarına uyulması, enfekte olma ihtimali olan bireylerden uzak durulması, tek bir vakanın bile derhal bildirilip bulaşmayı önleyici kontrol önlemlerinin alınması (bilgilendirme, vakaların tedavisi ve temaslıların taranması vb.) gerekir.

Anahtar Kelimeler: Boğmaca, Bordetella, pertussis

PS-22

TESTICULAR TUBERCULOSİS: TWO RARE CASE REPORT

Ahmed Mohamed Ali Orey¹, Ahmet Doğan², Mukhtar Abdullahi Ali³, Battal Selçuk Çakmak⁴

¹Ahmed Mohamed Ali Orey

²Ahmet Doğan

³Mukhtar Abdullahi Ali

⁴Battal Selçuk Çakmak

Tuberculosis is especially common in African countries where HIV is common. Although pulmonary tuberculosis is generally seen, testicular tuberculosis can rarely be seen in young men. Especially in African countries, it is not possible to study acidresistant bacilli, polymerase-chain reaction and culture due to financial impossibility. For this reason, history, physical examination, scrotal ultrasonography and fine needle biopsy help in diagnosis in suspected cases of testicular tuberculosis. Cure is possible with six months of treatment.

Case presentations:Case 1:

In September 10, 2022, an 18-year-old male patient presented with right testicular swelling associated with ulcer, fever, and night sweats. There was no weight loss. There was no history of TB or any other chronic disease. On physical examination, he was conscious and his general condition was good. Vital signs: heart rate: 110 bpm, respiratory rate: 23/ mn, blood pressure: 130/80 mmHg and SPO2: 98. In the genital examination, unilateral right testicular swelling, round erythematous, mobile, no discharge, painless scrotal ulcer was present. There was no pathological feature in the other system examination. Examining laboratory tests: Hemogram sedimentation and biochemistry values were normal. Hepatitis serology (HBs Ag, Anti HBs, Anti HCV), syphilis (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay) and HIV (Anti HIV test) Eliza were negative. There was no pathology in the posteroanterior chest radiograph. The biopsy specimen was stained with hematoxylin eosin and examined by direct microscopy. Areas of caseification leading to necrosis were seen (Figure 1). The patient was diagnosed with a definitive diagnosis according to the biopsy result, and four anti-TB treatments were planned (rifampicin 1x600 mg, isoniazid 1x300mg, pyrazinamide 1x1500 mg and ethambutol 1x1000 mg). The patient was followed up.

Discussion: Tuberculosis can affect many organs in the genitourinary region. It affects the testicles at a rate of 0.5% among the genitourinary organs. It is one of the rare forms of extra-pulmonary involvement. Testicular biopsy is one of the important methods in the diagnosis. FNAB and cytology can show epithelioid granulomas, and bacilli can be detected by acid-fast staining (ARB). However, ARB positivity is not always. Positivity can be detected in about 60% of tuberculosis cases.¹³ In addition, testicular USG makes a significant contribution in the diagnosis of TB orchitis. Diffuse, homogeneous / heterogeneous, hypoechoic lesions and nodular enlargements on USG are the features supporting TB.

Conclusion: Testicular TB should definitely be considered in the presence of unilateral heterogeneous mass, especially in young men with a history of living or traveling in a TB endemic region.

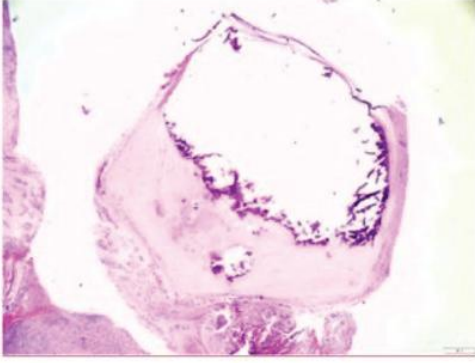
Anahtar Kelimeler: Testicular tuberculosis, rare case, caseifying necrotizing granuloma

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Figure 1 Caseified necrotison granüloma (Hematoxcillin&Eosin stain).



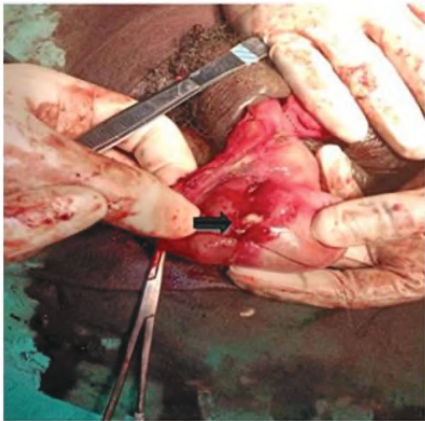
The biopsy specimen was stained with hematoxylin eosin and examined by direct microscopy. Areas of caseification leading to necrosis were seen (Figure 1).

Figure 2 Unilateral ulcerated nodule in testis



The patient's testicular examination revealed a unilateral palpable nodular mass (Figure 2).

Figure 4 Caseified necrosis in testis.



FNAB was recommended. So we diagnosed caseating granulomatous inflammation and histopathological findings were compatible with TB (Figures 3 and 4)

PS-23

LUPUS ERYTHEMATOUS PANNICULİTİS: A RARE CASE REPORT

**Ahmed Mohamed Ali Orey¹, Ahmet Doğan², Mukhtar Abdullahi Ali³,
Abdisalam Ibrahim Aden⁴**

¹Ahmed Mohamed Ali Orey

²Ahmet Doğan

³Mukhtar Abdullahi Ali

⁴Abdisalam Ibrahim Aden

An uncommon variation of lupus erythematosus is lupus panniculitis. It can exist on its own or in conjunction with discoid or systemic lupus erythematosus. Persistent, sensitive, and hard nodules that are localized on the face, arms, shoulders, breast, and buttocks are its defining features. Scarring, lipoatrophy, and ulceration are occasionally associated with the healing of lesions.

Case presentation: A 60-year-old male patient with a left upper ulcerated lesion and an upper back nodule who had been ill for four months came to our polyclinic. He had a history of persistent itching that dated back at least ten years. The patient began to notice two large nodules, one on the left upper chest which was tender and ulcerated, and the other on the upper back, which was not uncomfortable.

The two lesions started to grow gradually and in 4 months' period become two huge deep-seated nodules. The one on left upper chest become infected, inflamed, swelled and become ulcerated (Figure 1) and also had another infected ulcer on upper back (Figure 2). He had no similar family history and no chronic illnesses like diabetic, hypertension and hypercholesterolemia. At the time of left upper chest nodule become infected he had high grade fever, chills and wound discharge. He has marked deep-seated circle massive nodules on left upper chest and upper back which are scarred and blackish on skin surface of nodule as well as he has irregular margins on both nodules. He also has left cervical lymph node enlargement which was non tender firm and slightly mobile.

This was the first case of lupus panniculitis report from Somalia. We reached diagnosis by histopathology and biopsy which were revealed lupus panniculitis. Our patient started anti-malarial therapy chloroquine 250mg twice a day, oral antibiotics and prednisolone 250mg once a daily. After four weeks of treatment the patient becomes improved and nodules started to recessed and no systemic symptoms.

Discussion

We presented the 63-year-old male patient with two sizable disfiguring nodules as the first instance of lupus panniculitis from Somalia. The gold standard for diagnosis is the histological analysis of a lesional skin specimen. We diagnosed the LEP by confirming clinicopathologic and biopsy. Most LEP patients have a favorable prognosis. As many as 2% to 40.9% of SLE patients manifesting LEP lesions, but LEP is considered to be a marker of a less severe

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



form of SLE. Oral antibiotics, methotrexate, prednisone, and chloroquine were the main treatments we used. The patient's nodules regressed after receiving extensive treatment, and there were no longer any systemic symptoms or indicators.

Conclusion: Being a rare disorder, LEP has the potential to go undiagnosed. Possible only manifestation of LEP is involvement of uncommon bodily site. This case presents challenging atrophic lesions and therapeutic difficulties.

Anahtar Kelimeler: lupus erythematosus panniculitis, scar, nodules, fine needle aspiration

Figure.1: Large rounded deep-seated nodule on left upper chest.



The one on left upper chest become infected, inflamed, swelled and become ulcerated (Figure 1)

Figure.2: Large rounded deep-seated nodule on upper back.



and also had another infected ulcer on upper back (Figure 2).

PS-24

PRIMARY VARİCELLA INFECTION RESULTING IN NECROTİZİNG FASCİTİS IN AN IMMUNOCOMPETENT ADULT-:A-CASE REPORT FROM SOMALİA

Ahmed Mohamed Ali Orey¹, Edip Bayrak²

¹Ahmed Mohamed Ali Orey

²Edip Bayrak

Adults who have had varicella-zoster virus infection may experience the unusual consequence of necrotizing fasciitis, which is brought on by a secondary bacterial infection. The optimum approach to treat this medical condition is with a precise diagnosis, quick antibiotic therapy, and immediate surgery. We present a case of post chickenpox Necrotizing fasciitis in an immunocompetent male adult patient.

Case presentation

A 36-year-old man patient was brought to the emergency room with a high grade fever, excruciating pain, and an abscess in his right upper thigh. His thigh abscess starts gradually and spreads to posterior and lateral compartment of thigh within 3 days period. One month ago, he had chicken pox, and his scars are still visible across his body. He has a chronic Hepatitis B illness and no prior vaccination history; he works as a porter.

There are areas of necrosis from his wound, bad odorous and with discharge involving lateral and posterior thigh as well as deep subcutaneous tissue and skeletal muscle are both affected by the abscess. In the laboratory examination of the patient, blood white blood cell, neutrophil (%) and C-reactive protein values were elevated (Table 1). We diagnosed with NF based on his clinical manifestations, abnormal laboratory parameters and Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC) score. Our patients (LRINEC) score is ten score which indicates severe NF. We admitted the patient and immediately began administering antibiotics, analgesics, and fluid resuscitation. Following resuscitation, we administered packed red blood cells (pRBCs). After stabilizing him, we talked to general surgery doctors, who prepared an operating room and made debridement which was cleared abscesses or any dead or black tissues.

After the surgery, we admitted the patient to the operating room. He was hemodynamically stable and able to take in tiny amounts of liquid. *Proteus mirabilis* was detected in our abscess culture. We give Intravenous Meropenam 1grm three 3 a day which was sensitive to *Proteus mirabilis* was initiated. After three week of treatment and dressing the patient improved and discharged with polyclinic follow up.

Discussion

The rapid bacterial spread along the fascial plane that characterizes NF as an infectious disease. It is a rare illness with a yearly incidence of roughly 1.5 cases/100 000 people 3; even the death rate is fairly significant, reaching 20–

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



30% 3-4. Our case originated in a faraway location approximately 900 kilometers away from us, due to his delayed arrival, his necrotic wounds were severely infected. Fortunately, we were able to quickly respond to the infectious disease Doctors and general surgeons who handled perfectly and discharged the after three week of treatment.

Conclusion

In a healthy adult who is immunocompetent, like our patient, varicella zoster may develop into necrotizing fasciitis. A LRINEC score is a crucial diagnostic tool for necrotizing fasciitis.

Anahtar Kelimeler: Necrotizing Fasciitis, Varicella Zoster virus, chickenpox

Figure 1. Posterior thigh shows necrotic black dead skin lesions.



There are areas of necrosis from his wound, bad odorous and with discharge involving lateral and posterior thigh

Figure 2 AND Figure 3. Post debriment wound



Figure 2.

Figure 3.

Post debriment wound

PS-25

MYCETOMA CASE SERIES IN SOMALIA

**Ahmed Mohamed Ali Orey¹, Ahmet Doğan², Mukhtar Abdullahi Ali³,
Ismail Mohamoud Abdullahi⁴**

¹*Ahmet Doğan*

²*Ahmed Mohamed Ali Orey*

³*Mukhtar Abdullahi Ali*

⁴*Ismail Mohamoud Abdullahi*

Mycetoma is a suppurative chronic bacterial or fungal disease inoculated into the body by minor trauma which may penetrate from subcutaneous tissue to bone. Although the lower extremities are most commonly affected, rare forms can also be seen from time to time. The diagnostic triad of swelling in the affected area, multiple sinus formation, and purulent discharge with grains are typical. Definitive diagnosis is made by isolation of the causative pathogen, radiologic imaging, and histopathologic examination. Antifungal and antibacterial options are applied together with surgery. Our aim in this case series is to report and analyze 10 rare cases of mycetoma.

Material-Methods:

All patients previously diagnosed with mycetoma and those newly diagnosed in our outpatient clinic were included in the study. Since fungal culture could not be performed in our centre, we relied on diagnosis by biopsy. A detailed history was taken from all patients. Gender, age, physical examination findings, region of residence, diagnosis, treatment, and duration were recorded. Recurrence status and whether previous treatment had been given was noted.

Results:

Ten cases were analyzed. The lower extremities were usually affected (Figure 2). Two cases had thoracolumbar (TL) region involvement. The case with extensive TL lesions underwent a surgical procedure. After surgery, the lesions spread to the whole TL region. All wounds were chronic. All lived in rural areas and generally were engaged in the care of livestock or farming. One was a porter and another a bus driver. Diagnosis was made by biopsy (Figure 1). As no fungal cultures were available, treatment was planned empirically or according to the biopsy results. Itraconazole 100 mg with amoxicillin-clavulanic acid 1G bd or Monocycline 100 mg bd or trimethoprim-sulfamethoxazole bd combinations were prescribed for at least one year. Surgical treatment was performed on one knee because of suspicion of malignancy. Recurrence was seen one year after treatment had been stopped in two patients (Table 1).

Discussion:

Since mycetoma occurs as a result of minor trauma, lesions are usually seen in the lower extremities, especially in barefoot workers. The feet are most commonly affected. Lesions on the hands are seen second in frequency. The

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



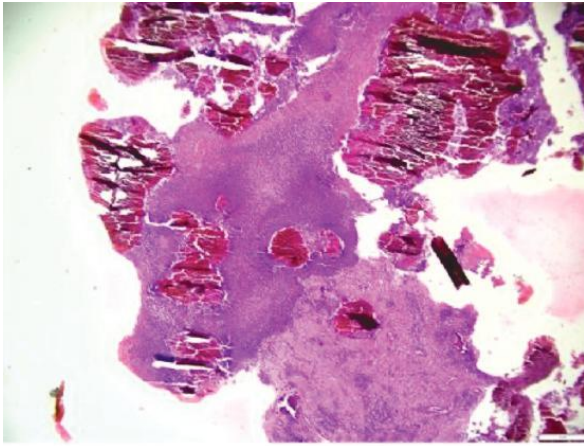
head and neck region, chest, back, and fingers are less commonly affected. For eumycetoma and actinomycetoma, the common areas of lesions are similar, but the locations of rare areas differ.^{8,9} While mycetoma is three times more common in men than in women, this may be due to more men working in farming, care of livestock, and construction. Antifungal treatment with ketoconazole or itraconazole needs long periods of time to be effective.¹

Conclusion:

The risk of mycetoma is high in the central regions of Somalia amongst middle-aged farmers or livestock breeders. There are difficulties in obtaining a definitive diagnosis. Effective prolonged treatment is usually successful.

Anahtar Kelimeler: Actinomycetoma, case series, mycetoma, Somalia

Figure 1. Microscopic view of mycetoma biopsy



Diagnosis was made by biopsy (Figure 1).

Figure 2. Upper right foot



The lower extremities were usually affected (Figure 2).

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-26

ADULT MEASLES – MULTIPLE CASE REPORTS

Ahmed Mohamed Ali Orey¹, Ahmet Doğan², Mukhtar Abdullahi Ali³

¹Ahmed Mohamed Ali Orey

²Ahmet Doğan

³Mukhtar Abdullahi Ali

Abstract: Measles is a highly contagious, serious disease caused by a virus. Before the introduction of measles vaccine in 1963 and widespread vaccination, major epidemics occurred approximately every 2–3 years and measles caused an estimated 2.6 million deaths each year. We are reporting three young adult males who contracted measles while working in the same military camp.

Case presentation: Case 1: 20 years old male patient brought to hospital due to high grade fever for 3 days, cough for 2 days and conjunctivitis with associated oral thrush. After 3 days later he developed rash associated with itching. He has not vaccinated during his childhood period. On examination the patient looks ill conscious alert no jaundice no paleness, conjunctivitis, rash on face and neck. His face was redness and erythematous. On investigation reveals mild leucopenia, neutropenia, C-reactive protein and transaminases were mild elevated. His chest x-ray shows atypical pneumonia. We admitted the patient in an isolation room. We began supportive care with intravenous infusions, antipyretic medications, and the initial Moxifloxacin for pneumonia therapy. Within ten days, the patient had a full recovery. Case 2: 22 years old male patient come to hospital due to fever, difficulty breathing, cough and sore throat. Cough associated with vomiting for everything. On general examination patient looks ill conscious febrile, he has conjunctivitis, dry mouth, and oral redness. He has generalized maculopapular rash which was itching. His vital signs were stable except the temperature. On laboratory tests shows thrombocytopenia, elevated liver enzymes like AST: 93 ALT: 120, CRP: 93, Hyponatremia: 130, amylase: 210, leucopenia: 3.1 and lymphopenia: 9. All of his Elisa screening were all normal. His chest x-ray shows pneumonia. We admitted a single isolated room and started supportive treatment with antibiotic therapy for pneumonia. After 2 week of treatment the patient had discharged and clinically improved and had no systemic signs and symptoms, all the rashes were recessed.

Discussions: Measles is a highly contagious respiratory disease that can result in severe, sometimes permanent, complications including pneumonia, seizures, brain damage, and even death. Measles is caused by a virus that lives in the nose and throat mucus of an infected person and spreads easily through breathing, coughing, and sneezing. When someone with measles coughs, sneezes, or talks, infected droplets spray into the air (where other people can inhale them) or land on a surface, where they remain active and contagious for several hours.

Adults who have the measles are becoming more prevalent. Our patients revealed a clinical oddity. Measles exanthema typically spares the palms and soles. However, the palms of both patients were affected.

Conclusion: measles remains a significant viral infection throughout the world. Vaccination gaps is main underlying causes in Somalia.

Anahtar Kelimeler: Measles, rash, vaccine

PS-27

A CASE REPORT OF CHICKEN POX IN ADULT KIDNEY TRANSPLANT PATIENT:

Ahmed Mohamed Ali Orey¹, Kazim Kiratli²

¹Ahmed Mohamed Ali Orey

²Kazim Kiratli

Abstract

Adult kidney transplant recipients are at a higher risk of developing varicella than the general public. This is due to the fact that immunosuppressive drugs are frequently taken by people who have had kidney transplants to avoid organ rejection. These drugs impair immunity, making it more challenging for the body to fight against diseases.

Case presentation: 24 years old male patient had went live related renal transplant in 2019 due to chronic recurrent upper urinary tract infection. After 4 years the patient presented high grade fever, generalized vesiculopustular rash which was started from the head, trunk and back for 5 days. He had history of hypertension due to end-stage renal failure. He has been continuously using for immunocompromised drugs which are mycophenolate and tacrolimus cap as well as amlodipine tab for hypertension control. He has no history of chickenpox or any history of vaccinations before and after vaccination. He was Quran school teacher and had a contact with a child who infected a chickenpox disease. On examination the patient looks ill, conscious, alert, febrile, no jaundice no paleness, dry mouth generalized body rashes which was itchy and some erythematous rashes. His vital signs: temperature:38 °C, oxygen saturation: 99%, respiratory rate 18 blood beat per minute, blood pressure 150/90 mmHg. On respiratory examination patient has rapid breathing, no respiratory muscle, on auscultation he has left lower lobe low crackles. On chest inspection he has diffuse vesiculopustular rash. Abdomen is soft, no distension, diffuse rash on whole abdominal quadrant. Other systemic were unremarkable. On laboratory his hemogram WBC: 7.60, neutrophils: 82,3%, lymph: 11,4%, platelet count was 200x10/mm³ and hemoglobin was 16,6. His biochemistry test AST was mild elevated 38 U/L and ALT: 32 U/L. Renal profile were normal range and C-reactive protein was 7 mg/l. We admitted in single room and started supportive treatment and acyclovir 3x750 mg iv 14 days.

After one week of treatment patients started to improve his old clinical symptoms like subsiding fever and started to drink and eat plenty of things. Next week patient was also improved and his rashes were gone specially in face and trunk areas. At the end second week of his admission we discharged the patient after finishing his treatment.

Discussion and Conclusion: Adult kidney transplant patients with chickenpox need to be treated very away because of the heightened risk and potential consequences brought on by their immunosuppressed state. To lessen the severity of the infection and support a full recovery, it is essential to take strict preventative measures, get vaccinated when possible, and seek medical attention as soon as possible.

Anahtar Kelimeler: Chicken pox, transplant, vaccine

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Figure 1: Rash on the the side face



Rash on the the side face

Figure 2: Rash on the whole back on admision



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-28

YAŞLI BİR HASTADA AKUT HEPATİT B

Emin Burak Eras, Meryem Sena Toker, Ahmet Doğan, Tayibe Bal, Hasan Tahsin Gözdaş

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

Amaç: 1998 yılından itibaren Hepatit B aşılması pediatrik aşı takvimi olarak uygulanmaktadır. Bu nedenle Akut Hepatit B olgularının sayısı giderek azalmaktadır; ancak yaşlı popülasyonda Akut Hepatit B vakaları halen görülebilmektedir. Bu bildiri 69 yaşındaki bir hastada görülen Akut Hepatit B olgusu sunulmuştur.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta, Haziran 2022 tarihinde; 10 günden beri olan halsizlik ve iştahsızlık şikayetleriyle öncelikle Nöroloji polikliniğine başvurdu. Karotis Arter darlığı tespit edilen hastanın, anjiyografi işlemine alınmadan bakılan Seroloji testlerinde HBsAg pozitif, Anti HBs pozitif, HBeAg pozitif, Anti HBe negatif, kan biyokimyasında ALT:1127 U/L (n:0-55), AST:792 U/L (n:5-34), Total Bilirubin:3,55 mg/dl, INR:1,27 ve HBV-DNA:12.250.000 IU/ml saptandı. Hastanın izleminde destek ve mayi tedavisi verildi. Günlük takiplerine devam edildi. 20 gün destek ve mayi tedavisi altında takip edilen hasta ALT-AST, Bilirubin ve INR değerlerinin gerilemesi üzerine önerilerle taburcu edildi. Eylül 2022 tarihinde HBsAg negatif, Anti HBs pozitif, HBeAg negatif, Anti HBe pozitif ALT:22 U/L (n:0-55) AST:27 U/L (n:5-34), Total Bilirubin:0,63 mg/dl ve INR:1,14 olarak saptandı.

Sonuç: Yaşlı hastada Akut Hepatit B olabileceği, Karaciğer fonksiyon testlerinin takipte dalgalı seyredebileceği, zamanla hastada serokonversiyon gelişip hastanın bağışıklık kazanabileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatit B, yaşlılık, viral hepatit

Olgunun aylara göre verileri

	01/06/2022	07/06/2022	08/06/2022	09/06/2022	20/06/2022	16/08/2022	14/09/2022
ALT/AST	1127/792 U/L	2051/1363 U/L	1935/1181 U/L	2235/1344 U/L	636/181 U/L	25/22 U/L	22/27 U/L
Total Bilirubin	3,55 mg/dl	4,05 mg/dl	3,59 mg/dl	3,59 mg/dl	1,35 mg/dl	0,57 mg/dl	0,63 mg/dl
HBsAg	pozitif (583,84)					negatif (0,26)	negatif (0,24)
HbeAg	pozitif (835,719)					negatif (0,687)	negatif (0,200)
Anti-HBe	negatif (52,15)						pozitif (0,90)

PS-29

YETİŞKİN BİR HASTADA AKUT HEPATİT B

Emin Burak Eras, Meryem Sena Toker, Ahmet Doğan, Tayibe Bal, Hasan Tahsin Gözdaş

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

Amaç: Hepatit B virüsü temelde kan yolu, cinsel temas ve ortak enjektör kullanımı ile bulaşabilmektedir. Sıklığı azalsa da yetişkin çağda Akut Hepatit B olguları halen görülebilmektedir. Bu bildiride, 41 yaşında bir kadın hastada görülen Akut Hepatit B olgusu sunulmuştur.

Olgu: 41 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta. Haziran 2022 tarihinde, 1 haftadır olan bulantı, kusma, kaşıntı ve idrar renginde koyulaşma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın Karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik olması nedeniyle Gastroenteroloji tarafından interne edildi. Önemli bir risk faktörü olarak göze çarpan şey; öncesinde hastanın dövme yaptırmaya öyküsüydü. Gastroenteroloji tarafından Koledokolitiazis? düşünülen hastaya MRCP yapıp sonucunda Hepatit etiolojisi araştırıldı. Hastanın klinik tablosunun Akut Hepatit B tablosuna bağlı olabileceği düşünüldü ve tarafımızca devir alındı. Hastanın bakılan serolojik testlerinde HBsAg: pozitif, Anti-HBs: negatif, HBeAg: pozitif, Anti-HBe: negatif, kan biyokimyasında ALT: 552 U/L (n: 0-55), AST: 598 U/L (n: 5-34) Total Bilirubin: 11,84 mg/dl, INR: 1,36, AFP: 6,89 ng/ml, HBV-DNA: 7.321.000 IU/ml olarak saptandı. Hasta 2000 cc dekstroz tedavisi altında takip edildi. İstenen Delta antikoruna negatif olarak sonuçlandı. Takiplerinde Bilirubin yüksekliğinin artarak devam etmesi ve INR: 1,53 olması üzerine 7 gün boyunca olacak şekilde Tenofovir Disoproksil Fumarat tedavisi verildi. Kreatinin yüksekliği saptanması üzerine bu tedavi kesildi. Hiperbilirubineminin artarak devam etmesi üzerine Ursafalk 250 mg tb 4x1 başlandı. INR yüksekliği nedeniyle K vitamini IM 1x1, (3 gün boyunca) yapıldı. Servis takibi altında olan hasta, değerlerinin regrese olması üzerine bol sıvı önerisi ile taburcu edildi.

Sonuç: Yetişkin hastada Akut Hepatit B görülebilir. Bu, ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dövme yaptırmak bir risk faktörüdür.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatit B, yetişkin, dövme

Olgunun aylara göre verileri

	15/06	22/06	29/06	07/07	28/07	16/08	22/09	14/10
ALT/AST	605/664 U/L	579/664 U/L	419/455 U/L	279/465 U/L	368/546 U/L	106/152 U/L	23/29 U/L	18/25 U/L
Total Bilirubin	11,84 mg/dl	20,58 mg/dl	19,56 mg/dl	17,60 mg/dl	10,37 mg/dl	4,61 mg/dl	0,93 mg/dl	0,62 mg/dl
INR	1,36	1,53	1,35	1,25	1,39	1,44	1,28	1,24
AFP	6,89	20,29			28,36	35	13,22	10,29
HBV-DNA	7.321.000 IU/ml						16 IU/ml	
HBsAg	pozitif (906,91)			pozitif (2145,14)	pozitif (5153,14)	pozitif (1968,29)	pozitif (12,74)	pozitif (4,17)
Anti-HBs	negatif			negatif	negatif	negatif	negatif	negatif
HBeAg	pozitif (755,19)			pozitif (291)	pozitif (39,8)	negatif (0,71)	negatif (0,6)	negatif (0,53)
Anti-Hbe	negatif (44)			negatif (19,8)	negatif (2,53)	pozitif (0,18)		pozitif (0,20)

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-30

İNTRAVENÖZ İLAÇ BAĞIMLISI ERKEK BİR HASTADA HEPATİT C VE HIV BİRLİKTELİĞİ

Emin Burak Eras, Meryem Sena Toker, Ahmet Doğan, Tayibe Bal, Hasan Tahsin Gözdaş
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

Amaç: Uyuşturucu madde kullanımı giderek yaygınlaşan toplumsal bir problemdir ve başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere çeşitli hastalıklara ve komplikasyonlara zemin hazırlayabilmektedir. İntravenöz ilaç bağımlılarında HIV ve HCV koenfeksiyonu benzer bulaş yollarının (parenteral, cinsel) olması nedeniyle görülebilmektedir. Bu bildiriye, genç bir erkek hastada eşzamanlı saptanan HCV ve HIV enfeksiyonu sunulmuştur.

Olgu: 27 yaşında önceden sağlıklı olan erkek hasta, merkezimize AMATEM tarafından Anti-HIV ve Anti-HCV pozitifliği nedeniyle yönlendirildi. Hastanın intravenöz ilaç bağımlısı olduğu öğrenildi. İlk gelişinde laboratuvar tetkikleri Anti-HCV: pozitif, Anti-HIV: pozitif, HBsAg: negatif, AST:73 U/L, ALT:99 U/L, HCV-RNA:24.910.000 IU/ml olarak sonuçlandı. Hastadan HIV doğrulama ve HIV-RNA istendi. HIV doğrulaması pozitif gelen hastanın HIV-RNA sonucu: 39.200 IU/ML geldi. Hastaya Hepatit C virüs enfeksiyonu nedeniyle glekaprevir-pibrentasvir 100mg/40 mg 1x3 dozunda 8 hafta süre ile tedavi ve HIV enfeksiyonu nedeniyle lamivudin 150 mg 1x2 ve dolutegravir 50 mg 1x1 tedavisi başlandı. Hastanın 2 ay sonraki tetkiklerinde Anti-HCV: pozitif, HbsAg:negatif, Anti-HIV:pozitif, ALT:20 U/L, AST: 21 U/L, HCV-RNA:46 IU/ML, HIV-RNA: negatif saptanmış olup karaciğer fonksiyon testlerinin normale döndüğü görülmüştür.

Sonuç: İntravenöz ilaç bağımlılarında her ikisi de viral hepatit etkeni olan HCV ve HIV 'in birlikte görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İntravenöz ilaç, HCV, HIV

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-31

ANTİ HBC IGG POZİTİF HASTADA OKRELİZUMAB TEDAVİSİ HBV REAKTİVASYONU AÇISINDAN HER ZAMAN YÜKSEK RİSK OLUŞTURUR MU?

Emin Burak Eras, Meryem Sena Toker, Ahmet Doğan, Tayibe Bal, Hasan Tahsin Gözdaş
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

Amaç: İmmünesupresif tedaviye bağlı hepatit B reaktivasyon riski, Hepatit B virüsü ile ilişkili laboratuvar tetkikleri ve hastanın kullandığı immünesupresif ajana bağlı olarak değişebilmektedir. Bu bildiri, hepatit B reaktivasyon açısından yüksek riskli olmasına rağmen profilaksi almadığı halde klinik ve laboratuvar olarak HBV alevlenmesi gözlenmeyen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Multiple skleroz tanılı 60 yaşında kadın hasta, 4 sene azatioprin 50 mg 2x1 tedavisi almıştır, son 1 senedir ise Okrelizumab 600 mg tedavisi almaktadır. Okrelizumab tedavisine başlamadan önce laboratuvar tetkiklerinde Anti Hbc IgG: pozitif, Anti HBs:pozitif, HBsAg: negatif, ALT:29 U/L AST:30 U/L olarak saptanmıştır. Hasta Hepatit B reaktivasyonu açısından yüksek riskli gruba girmesine rağmen hastanın profilaksi almadığı fark edilmiştir. Okrelizumab tedavisinin 1. yılında hastanın laboratuvar tetkiklerinde Anti Hbc IgG: pozitif, Anti Hbc IgM: negatif, HBsAg: negatif, Anti HBs: pozitif, HbeAg: negatif, AntiHBe: negatif, HBV-DNA:negatif, AST:25 U/L ALT:16 U/L olarak ölçülmüştür.

Sonuç: Kılavuzlarda Okrelizumabın AntiHbc Ig G pozitif hastalarda HBV reaktivasyonu için yüksek risk oluşturduğu bildirilmektedir. Ancak bu ilacı kullanan ve reaktivasyon açısından yüksek riskli olan her bireyde klinik ve laboratuvar alevlenme gözlenmeyebileceğini bu olgu vesilesiyle vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B reaktivasyonu, okrelizumab, profilaksi

PS-32

TÜBERKÜLOZA BAĞLI PARADOKSAL REAKSİYON GÖZLENEN HIV POZİTİF BİR OLGU

İpek Kuzucuoğlu, Asuman İnan, Serpil Erol, Cansu Aşık

SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Paradoksal reaksiyon, tüberküloz tedavisi başladıktan sonra, klinik kötüleşme, tüberküloza bağlı lezyonlarda büyüme ya da yeni lezyonların ortaya çıkmasıdır. Paradoksal reaksiyonun, antiretroviral tedavi (ART) alan HIV pozitif bireylerde daha yaygın ve şiddetli olduğu bildirilmektedir. Bu yazıda paradoksal reaksiyon gözlenen HIV-pozitif bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 25 yaş erkek hasta, 1.5 aydır devam eden öksürük, balgam, aralıklarla 38°C'ye ulaşan ateş ve son 3 ayda 18 kilo kaybı şikayetleriyle başvurdu. Anti-HIV reaktif saptanması üzerine yatırıldı. Fizik muayenesinde ateş: 39.7°C, nabız: 102/dakika, TA: 112/78 mm/Hg SPO2: %97 idi. Sol servikalde 2*2 cm yumuşak, hareketli, ağrısız lenfadenopati palpe edildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 5680/µL, nötrofil: 4600/µL, lenfosit: 650/µL, CRP: 13mg/dL, sedimantasyon: 77mm/saat, HIV-RNA: 786747IU/ml, CD4 T hücre: 28 hücre/mm³, PPD anerjikti. Yüzeysel USG'de servikalde yağlı hilusları seçilebilen, konglomere görünümde lenf nodları izlendi. Toraks BT'de sağ ana bronş posteriorunda 35x20 mm boyutlarında multipl lenf nodu, sağ apekte paramediastinal infiltratif retiküler dansite artışı mevcuttu (Resim1). Balgamda ARB ve mikobakteri PCR pozitif saptandı. Mikobakteri kültüründe Mycobacterium tuberculosis complex üredi. İsoniazid 1*300mg, rifampisin 1*600mg, etambutol 1*1500mg, pirazinamid 1*1500mg ve profilaktik trimetoprim sülfametoksazol 800/160mg tedavisine başlandı. Tüberküloz tedavisinin 15. gününde dolutegravir 50 mg 2x1, emtrisitabin tenofovir disoproksil 200/245mg 1x1 tedaviye eklendi. Tüberküloz tedavisinin 33. gününde öksürük şikayeti ile yeniden başvurdu. Toraks BT'de sağ parahiler bölgede içinde kaviter lezyon bulunan, yoğun parankimal konsolidasyon alanı izlendi (Resim2). İlk incelemesine göre lezyonlarda progresyon görüldü. Nonspesifik kültürleri alınarak moksifloksasin başlandı. Ayırıcı tanıda immün rekonstitüsyon inflamatuvar sendrom (IRIS), dirençli tüberküloz, paradoksal reaksiyon ve sekonder enfeksiyonlar düşünüldü. Kontrol balgam örneğinde ARB negatif saptandı. Şikayetlerinin gerilemesi üzerine moksifloksasin 7. günde kesildi. Ancak tüberküloz tedavisinin 90. gününde boyunda şişlik gelişti. Sağ servikalde 50x28 mm boyutunda ortasında nekrotik alanlar izlenen yoğun içerikli koleksiyon ve multiple patolojik lenf nodları izlendi. Servikal abseden alınan örnekte ARB negatif, Mycobacterium tuberculosis PCR pozitif olarak saptanırken mikobakteri kültüründe ve non-spesifik kültürde üreme olmadı, neoplaziye rastlanmadı. Paradoksal reaksiyon düşünülen hastanın tüberküloz tedavisine devam edildi. 3. ay kontrolünde USG ve toraks BT bulguları belirgin gerileyen hastanın tüberküloz tedavisi 6 aya tamamlanarak kesildi.

Sonuç: Tüberküloz paradoksal reaksiyon ayırıcı tanılarında IRIS, tedavi uyumsuzluğu, direnç varlığı, akciğerde sekonder enfeksiyon varlığı düşünülmelidir. Bu olguda, akciğer ve lenfnodu tüberkülozu olan hastaların takibinde altın standart tanı yöntemi olan mikrobiyolojik yöntemlerin kullanılmasının önemi vurgulanmaktadır.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR

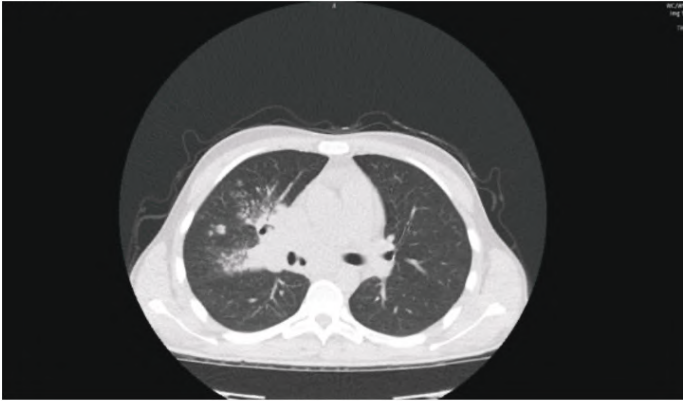


Anahtar Kelimeler: HIV, paradoksal reaksiyon, tüberküloz

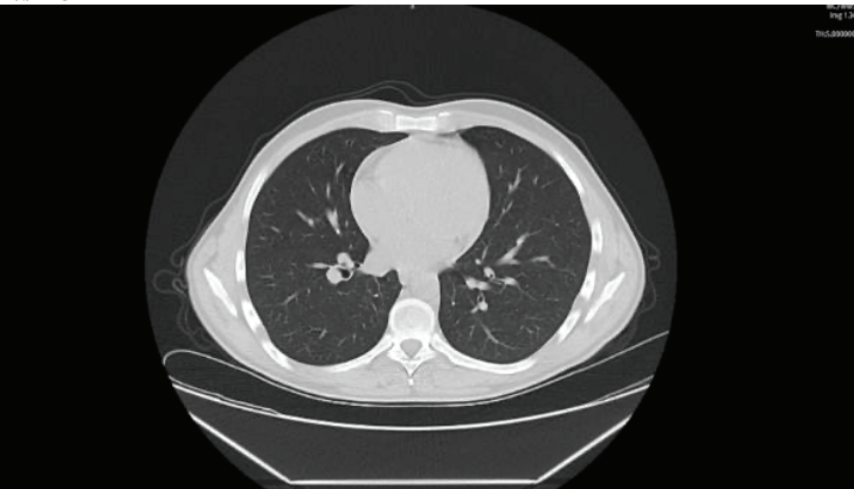
resim1



resim2



resim3



3.ay kontrolü

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-33

YETİŞKİN BİR HASTADA GÖZLENEN AKUT HEPATİT A OLGUSU

Meryem Sena Toker, Emin Burak Eras, Ahmet Doğan, Tayibe Bal, Hasan Tahsin Gözdaş
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

Amaç: Akut Hepatit A sanitasyonun yetersiz olduğu ortamlarda fekal-oral yolla bulaşan bir hastalıktır. Pediatrik aşılama takviminde yer aldığından dolayı akut Hepatit A olgularının görülme sıklığı giderek azalsa da halen bu olgularla karşılaşabilmekteyiz. Bu bildiride yetişkin bir hastada görülen Akut Hepatit A tablosu sunulmuştur.

Olgu: 24 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta, acil servise karın ağrısı ve bulantı-kusma şikayetiyle başvurdu. Hastanın acil serviste yapılan tetkiklerinde ALT>500 U/L (n=0-55), AST: 2758 U/L (n=5-34), Anti HAV IgM: pozitif, Anti HAV IgG: pozitif, Anti HCV: negatif, Anti HBc IgM:negatif, HBsAg:negatif, ptz:17,9 (n=10-15 sn), INR: 1,63 (n=0,8-1,3) saptandı. Hasta akut hepatit A nedeniyle kliniğimize yatırıldı. İntravenöz hidrasyon ve destek tedavisi başlandı. Takibinde INR yüksekliği nedeniyle hastaya 3 gün K vitamini verildi. 10 günlük takibin ardından kliniği düzelen, koagülasyon testleri normale dönen ve karaciğer fonksiyon testleri düzelmeye eğiliminde olan hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Akut hepatit A olguları genelde pediatrik çağda karşımıza çıkmakla birlikte bu olgumuzda olduğu gibi erişkin dönemde de görülebileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatit A, yetişkin, viral hepatit

PS-34

AFRİKA SEYAHATİ SONRASI SAPTANAN İMPORTE SITMA OLGUSU

Meryem Sena Toker, Sultan Beste Şahin, Tayibe Bal, Ahmet Doğan, Hasan Tahsin Gözdaş
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

Amaç: Plasmodium cinsi kan parazitlerinin neden olduğu sıtma, eritrositlerin tutan ve hemolitik anemiye yol açan bir zoonozdur. Ülkemizde güneydoğu Anadolu bölgesinde yerli sıtma olguları görülebilmektedir. Seyahat imkanlarının artması ile ülkemizin farklı bölgelerinde de yurt dışı kaynaklı sıtma olguları ile karşılaşabilmekteyiz.

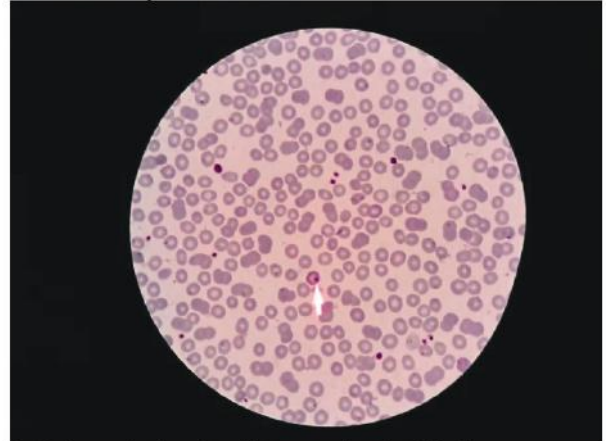
Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 39 yaşında erkek hasta, Afrika'da işçi olarak çalışıyor. Daha önce Afrika'da bulunduğu dönemlerde 8 kere sıtma geçirdiğini belirten hasta Türkiye'ye döndükten sonra dış merkeze üşüme-titrete, bulantı şikayetleriyle başvurmuş. Dış merkezde alınan kalın damla yayma örneğinde trofozoit saptanmamış. Hastaya azitromisin 2x500 mg tablet başlanmış. Takipleri sırasında klinik durumu kötüleşen ve trombositopeni gelişen hasta merkezimize sevk edildi. Hastanın gelişinde laboratuvar tetkikleri: wbc:3,32 u/L, Hb: 11,2 g/dL, plt:79 u/L, ALT: 19 u/L, AST:43 u/L, CRP:97 şeklinde saptandı. Gelişinde ateşi 40°C olan hastanın bulantı-kusma dışında ek şikayeti yoktu. Hastadan ince ve kalın yayma yapılmak üzere kan örneği alındı. Sıtma ön tanısı ile hastaya artemether-lumefantrine 20 mg/120 mg 2x4 oral tablet tedavisi başlandı. Hastanın yapılan ince ve kalın yaymalarda Plasmodium falciparum trofozoitleri görüldü (Resim). Üç günlük artemether-lumefantrine tedavisi sonrası ateşi olmayan, şikayetleri gerileyen hastanın laboratuvar tetkikleri:

wbc:7,94 u/L, hb:13,8 g/dL, plt: 350 u/L, ALT: 46 u/L, AST: 26 u/L, CRP:3,1 şeklindeydi. Tedavi sonrası kontrol ince ve kalın yayma kan örneğinde trofozoitler gözlenmedi. Takip ve tedavileri tamamlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Sıtma epidemiyolojisinin artan seyahat imkanları ile değişebileceğini ve ilk periferik yaymada sıtma paraziti rastlanmasa bile şüpheli olgularda tekrarlayan periferik yayma incelemeleri ile tanı konabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Sıtma, Plasmodium, Afrika seyahati

Plasmodium Falciparum Trofozoitleri



Periferik yaymada plasmodium falciparum trofozoitleri gözlemlendi.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-35

EŞZAMANLI KARACİĞER, AKCİĞER, DALAK VE BÖBREK KİST HİDATİĞİ

Sultan Beste Şahin, Meryem Sena Toker, Hasan Tahsin Gözdaş

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

Amaç: Kist hidatik öncelikle karaciğeri etkileyen yaygın bir parazitozudur. Bunun yanı sıra vücutta birçok organı etkileyebilmektedir. Bu bildiride eşzamanlı karaciğer, akciğer, dalak ve böbrek kist hidatiği olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen hipertansiyon tanılı 61 yaşında kadın hasta öksürük şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Toraks tomografisi sonucuna göre akciğer sağ alt loba yönelik wedge rezeksiyon ve sol akciğerden biyopsi alma işlemi uygulanmış. Biyopsi sonucunda kist hidatik saptanan hastaya albendazol 1*400 mg tb tedavisi başlanmış. 9 ay albendazol kullanan hasta tarafımıza kontrol amacıyla başvurdu. Kan tetkiklerinde kist hidatik (indirekt hemaglütinasyon) 1/640 titrede pozitif, AST:22 U/L, ALT:18 U/L, eGFR:73,17, kreatinin:0,88 mg/dl ve üre:28 mg/dl olarak saptandı. Albendazol 1*400 mg tb tedavisine devam edildi. Hastanın kontrastlı toraks ve tüm abdomen tomografisinde karaciğer segment 7'de 4 mm çapta, öncelikle kist hidatik lehine değerlendirilen lezyon, dalakta takipte boyutunda küçülme olan tip 3 ve tip 1 kist hidatik, sol böbrekte tip-1 kist hidatik-bosniak tip 1 kist ayrımı yapılamayan görünüm, akciğerde ise takipte anlamlı değişiklik olmayan bilateral multipl kist hidatikler saptandı. Göğüs cerrahisi tarafından total cerrahi rezeksiyon uygun görülmedi. Poliklinik kontrollerinde hastanın kist hidatik(indirekt hemaglütinasyon) titresinin 1/160 titreye gerilediği görüldü. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. 18 aydır albendazol kullanan hastanın poliklinik takiplerine tarafımızca devam edilmektedir.

Sonuç: Bu olgumuzda kist hidatik karaciğeri, akciğeri, dalağı ve böbreği etkilemiştir. Kist hidatiğin vücutta eşzamanlı birçok sahayı tutabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, paraziter enfeksiyonlar, albendazol

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-36

SEREBRAL KİTLE'DE AYIRICI TANI; KİST HİDATİK

Merve Yıldız, Aysin Kılınç Toker, Azade Kanat, İlhamı Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Tıp Fakültesi

GİRİŞ

Kist hidatik; ekinokokkus larvalarının sebep olduğu parazitik bir hastalıktır (1,3). İzole beyin yerleşimi nadirdir, hepatik ve pulmoner filtreden geçen larvaların sistemik dolaşımı beyne ulaşımı sonucu oluşur (4). Kistler büyük boyutlara ulaşana kadar ciddi semptom vermezler. Klinik semptomlar, santral sinir sistemindeki lezyonun lokalizasyonuna ve boyutuna bağlıdır. Serebral kist hidatikler genellikle yuvarlak, uniloküler ve soliterdir(5). Baş ağrısı ve kusma en sık görülen semptomlardır. Tanı epidemiyolojik bulgular, öykü, klinik bulgular, ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tespit edilen morfolojik lezyonlar ve serolojik testler ile konur. Temel tedavi yaklaşımı cerrahidir. Cerrahi yaklaşımda amaç kist rüptüre olmadan çıkarılmasıdır. Bu olgu sunumunda intrakraniyal yerleşimli kitle nedeniyle operasyon sonrası patoloji raporu sonucu tanı alan bir hasta sunulmuştur.

OLGU

Seksen üç yaşında erkek olgu beyin cerrahi polikliniğine yeni gelişen epileptik nöbet ve bilinç bulanıklığı olması üzerine başvuruyor. İntrakraniyal kitle nedeni opere edilen hastanın patoloji raporunda; artmış hyalinize duvarlı kalsifikasyon gösteren bol damar yapısı, "Arterio-Venöz Malformasyon" da düşünülmüş olup kistik enfeksiyöz-paraziter lezyonların varlığı şeklinde yorumlanıyor. Öyküsünde hastanın Nevşehir/Avanos'ta ikamet ettiği yirmi altı yıl önce karaciğerden kist hidatik nedeniyle opere olduğu ve medikal tedavi aldığı öğrenildi. Nörolojik bakısında patolojik bir durum saptanmadı. Rutin laboratuvar testleri normaldi. Operasyon öncesi çekilen kranial MRG tetkikinde sağ frontotemporal, periventriküler beyaz cevherde, subependimal-yüzeyel kortikal venler ve sağ MCA M3 segment ile iştirakli görünümde, pial-subpial AVM'ye ait tortiyoze vasküler yapılar saptanmış (Şekil 1A,1B,1C). Kist hidatik için hemaglütinasyon testi 1/160 pozitif olarak sonuçlandı. Çekilen batın US'de karaciğer sağ lob 7.segmentte 33x26 mm boyutta düzgün konturlu heterojen izo-hiperekoik solid görünümde, doppler incelemede kanlanması izlenmeyen lezyon (tip 4 kist hitatik?) saptandı. Kistik yapı operasyonda rüptüre edilmeden çıkarıldı. Hastaya albendazol 10-15 mg/kg/gün tedavisi sekiz hafta verilecek şekilde planlandı. Üç aylık izleminde hastada herhangi bir nörolojik bozukluk saptanmadı.

TARTIŞMA

Serebral hidatik kistlerin ayırıcı tanısında; araknoid kist, poransefalik kist, kistik tümörler, serebral abse düşünülmelidir (1,3). Kistik tümörlerin çoğunlukla belirgin kontrast tutulumu gösteren yumuşak doku komponenti mevcuttur. Öyküsünde ekstrakraniyal kist hidatik operasyonu öyküsü olması primer kistin cerrahi rüptürü sonucu sekonder form olma olasılığını düşündürmektedir. Postoperatif dönemde prognozu iyi olan hastamız, kist hidatik öyküsü olan ve

11. BUHASDER KONGRESİ

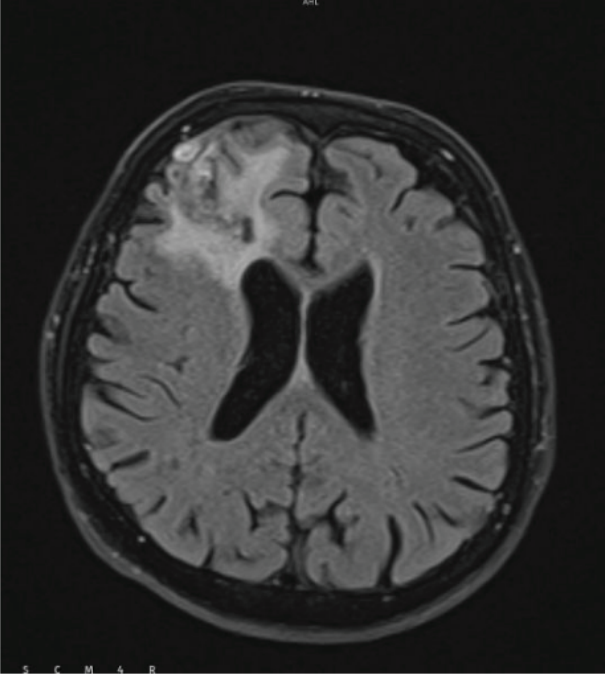
29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



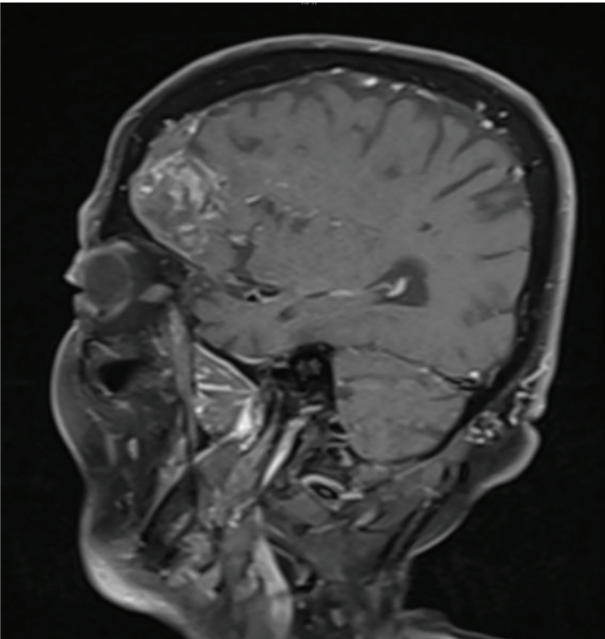
endemik bölgede yaşayan intrakraniyal kitlesi olan hastalarda kraniyal hidatik kistin göz önünde bulundurulmasının faydalı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: epileptik nöbet, kist hidatik, serebral kitle

sagittal kesit



t1 frontal



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-37

BAKTERİYEL MENENJİT AYIRICI TANISINDA LEPTOMENİNGEAL KARSİNOMATOZİS: 2 OLGU

Cansu Aşık, Seniha Şenbayrak, Serpil Erol, Merve Kaplan

T.C. SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

AMAÇ

Leptomeninksler, solid tümörlerde nadir tutulan bir metastaz bölgesi olup en sık neden olan tümörler; meme kanseri, akciğer kanseri, melanom ve lösemi-lenfomalardır. Hastaların şikayetleri, muayene ve laboratuvar bulgularının santral sinir sistemi enfeksiyonları ile benzerliği nedeniyle hastalar enfeksiyon hastalıkları kliniklerinde takip edilebilmektedir. Tanı beyin omurilik sıvısının (BOS) biyokimyasal, sitolojik incelenmesi ve görüntüleme yöntemleri ile konulmaktadır. Menenjit öntanısı ile yatırılan tüm hastalardan BOS sitolojisi gönderilmeli, gereğinde sitolojik inceleme tekrarlanmalıdır. Bu yazıda BOS sitolojisi ile tanı koyulan iki hasta sunulmuştur.

Olgu 1

67 yaşında erkek hasta, acil servise 3 haftadır olan halsizlik, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde bilinç değişikliği ve ense sertliği saptanması üzerine lomber ponksiyon yapıldı. Laboratuvar bulgularında CRP:2,5 g/L tam kan sayımında lökosit:14550/mm³ %87 PNL şeklindeydi. BOS incelemesinde; direkt bakıda gram boyama ile mikroorganizma görülmedi. BOS glukozu:15 mg/dL, eş zamanlı kan glukozu:110 mg/dL, BOS proteini:2,57 g/L, hücre sayımı:80 mm³ olarak saptanması üzerine ampirik bakteriyel menenjit tedavisi düzenlendi. BOS ve kan kültüründe üreme olmadı. BOS ARB negatif, BOS Multiplex PCR, Tüberküloz PCR negatif sonuçlandı. BOS sitolojisi “akciğer adenokarsinom metastazı” olarak sonuçlandı. Bilinç durumunda gerileme nedeniyle entübe edildi. Yoğun bakım ünitesine sevk edilen hasta kaybedildi.

Olgu 2

63 yaşında erkek hasta acil servise 2 gündür uyku hali, genel durumda bozulma nedeniyle başvurdu. Parkinson ve metatastik mide adenokarsinom tanıları mevcuttu. En son 7 ay önce kemoterapi ve radyoterapi alan hastanın fizik muayenesinde oryantasyon, kooperasyon bozukluğu ve ense sertliği saptanması üzerine lomber ponksiyon yapıldı. Laboratuvar bulgularında CRP:5,9 mg/L, tam kan sayımında lökosit:13950/mm³ %83 PNL olarak sonuçlandı. BOS incelemesinde; direkt bakıda gram boyama ile mikroorganizma görülmedi. BOS glukozu:9 mg/dL eş zamanlı kan glukozu:125 mg/dL, BOS proteini 7 g/L, hücre sayımı:220 mm³ olarak saptanması üzerine ampirik bakteriyel menenjit tedavisi düzenlendi. BOS ve kan kültüründe üreme olmadı. BOS ARB negatif, BOS Multiplex PCR, Tüberküloz PCR negatif sonuçlandı. BOS sitolojisi “ mide adenokarsinom metastazı” olarak sonuçlandı. Bilinç durumunda gerileme ve hipotansif seyir nedeniyle yoğun bakım ünitesine sevk edilen hasta kaybedildi.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Sonuç:

Leptomeningeal karsinomatozis olgularında semptomlar sıklıkla baş ağrısı, bilinç değişikliği, bulantı, kusma, güçsüzlük olup menenjit kliniği ile karışabilmektedir. BOS incelemesinde;

artmış BOS basıncı, BOS protein artışı, glukoz düşüklüğü, pleositoz görülmektedir. Vakaların %10-20'sinde menenjit kliniği primer malignite tanısından önce görülebilir. Tanı sonrası beklenen yaşam süresi sıklıkla altı ayın altındadır. Menenjitin her zaman enfeksiyon kaynaklı olmayabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: bakteriyel menenjit, leptomeningeal karsinom, beyin omurilik sıvısı

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-38

GEBELİK VE GEBELİĞE BAĞLI KOMPLİKASYONLAR TÜBERKÜLOZ AKTİVASYONU İÇİN NADİR GÖRÜLEN BİR SEBEP Mİ?

İrem Asena Doğan Öntaş, Muhammed Fatih Karaşın, Müge Toygar Deniz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli

GİRİŞ

Günümüzde immünyüpresif hasta grubunun artışı ile paralel olarak tüberküloz (TB) hala tehdit olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan küresel TB raporuna göre 2021'de 10.6 milyon kişi TB ile enfekte olmuştur. Ülkemizde ise 2017 yılında TB tanısı alan toplam hasta sayısı 12.046, akciğer tutulumu olanlar %66,1, sadece akciğer dışı organ tutulumu olanlar %33,9'dur.

Gebe kadınlarda TB görülme sıklığı ise gebe olmayanlara göre daha yüksektir. İngiltere'de gebelik ve doğum sonrası dönem için tahmini TB oranı sırasıyla yılda 100.000'de 15,4 ve 9,1 dir. Bu yazımızda hastanemizde gebelik sonrası gelişen tüberküloz vakalarımızı sunarak farkındalık yaratmayı amaçladık.

OLGU 1

Bilinen ek hastalığı olmayan 21 yaşında kadın hastanın doğum sonrasında başlayan ve üç aydır olan boyunda şişlik şikayeti mevcuttu. Hastanın bu dönemde yaklaşık 7 kilo kaybı mevcut idi. Çekilen boyun ultrasonografide; submandibular bölgede büyüğü sağda 38x17 mm solda 51x17 mm ekojen, hilusu seçilemeyen patolojik görünümde konglomere multiple lenfadenopati (LAP) saptandı. Toksoplazma Ig M, CMV Ig M, EBV VCA Ig M, anti HIV, HbsAg, anti HCV serolojileri negatif sonuçlandı. PPD:5 mm olup hastanın BCG skarı mevcuttu. Lenf bezi patolojisi kazeifiye granülomatöz lenfadenit olarak sonuçlandı ve örnekte TBC kompleks PCR pozitifliği saptanması üzerine hastaya anti-tüberküloz tedavi başlandı. LAP boyutu gerilemekte ve tedavisi devam etmektedir.

OLGU 2

Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 38 yaşında kadın hasta sezaryen sonrası gelişen trombositopeni ve kreatinin yüksekliği nedeni ile nefroloji kliniğine yatırılıp atipik hemolitik üremik sendrom tanısı almış. Hastaya plazmaferez ve oral 80 mg steroid başlanmış. Yaklaşık bir ay sonra kanlı öksürük ve nefes darlığı, kilo kaybı (10kg) gelişen hastanın çekilen Toraks tomografisinde alveolar hemoraji saptanması üzerine pulse steroid başlanmış ve bronkoskopi yapılmış. Öyküsü derinleştirildiğinde ailede tüberküloz öyküsünün mevcut olduğu öğrenilen hastanın bronkoalveolar lavaj örneğinde ARB pozitifliği saptandı. Hastanın PPD'si anerjikti. Hasta reaktif akciğer tüberkülozu düşünülerek anti-tüberküloz tedavi başlandı. Hemoptizi ve nefes darlığı düzelen hastanın tedavisine devam edilmektedir.

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023

Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



SONUÇ

Yaygınlaşan biyolojik ajan ve kemoterapötik tedavi rejimlerinin kullanımı nedeniyle günümüzde immunsupresif hasta grubu giderek artmaktadır. Hastalar tedavi başlanmadan önce PPD ve Akciğer grafisi ile taranmalı, tedavi veya profilaksi gereksinimleri belirlenmelidir. Unutulmamalıdır ki gebelik de tek başına immunsupresif bir durumdur. Gebelik ve gebelik komplikasyonları tüberküloz reaktivasyonunun nadir görülen bir sebebidir. Tedaviye mümkün olduğunca erken başlamanın hem anne hem de bebek için daha iyi sonuçlarla birlikte olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, İmmunsupresyon, Reaktivasyon, Tüberküloz

PS-39

VANKOMİSİN İLE İLİŞKİLİ LİNEER İGA HASTALIĞI:OLGU SUNUMU

Selami Erdiñç, Cansu Aşık, Seniha Şenbayrak

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Lineer İgA dermatozu subepidermal bül oluşumu ve immünfloresan incelemede lineer İgA birikimi ile karakterize daha çok çocukluk çağında tanımlanan genellikle idiyopatik olmasına karşın yetişkinlerde ilaca bağlı ortaya çıkan bülloz bir hastalıktır. Burada vankomisin ile ilişkili nadir görülen lineer İgA dermatoz olgusu incelenmiştir.

OLGU: 84 yaşında kadın hasta, 7 aydır giderek artan bel ve bacak ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hipertansiyon ve interstisyel akciğer hastalığı dışında kronik hastalığı bulunmuyordu. 4 ay önce kolesistit nedeni ile hastane yatış öyküsü vardı. Klopidoğrel 75 mg 1*1, salbutamol 4 mg 3*1 düzenli olarak kullanmaktaydı. Dış merkez görüntülemelerinde lomber vertebrada L4-5 seviyesinde paravertebral abse, spondilodiskit, torakal vertebrada T12 seviyesinde kompresyon fraktürü ve 6 cm alanda L2 seviyesine kadar lineer uzanan psoas absesi saptanması üzerine vertebral örnekleme yapılmıştı. Abseden nonspesifik kültür tetkiki gönderilmiş ve kültürde bacillus licheniformis üremesi üzerine vankomisin 2x1 gr IV olarak tedavisi düzenlendi. Vankomisin tedavisinin 5. Gününde gövde, kasık ve koltuk altında eritematöz kaşıntılı bülloz döküntü gelişmesi üzerine ilaç erüpsiyonu ön tanısı ile vankomisin tedavisi durdurulup teikoplanin tedavisi başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit:6440/mm³, eozinofil:%8.6, crp:26mg/l, sedimentasyon:64mm/sa saptandı. Sol uyluk süperolateral bölgeden punch biyopsi alındı. Patoloji raporunda yüzeysel perivasküler dermatit, lenfositik, eozinofil lökositlerin ve dermoepidermal bileşkede immünglobülin A ile pozitif "Vankomisin -ilişkili lineer İgA hastalığı" ile uyumlu olarak sonuçlandı. Dermatoloji tarafından ilk seçenek tedavi olarak dapson önerildi ancak endikasyon dışı onay başvurusu kabul edilmediği için alternatif seçenekler arasında olan tetrasiklin 500 mg 4*1 ve eau de goularda %2 ile 2x1 ıslak pansuman sonrası 20 mg fusidik asit, 10 mg hidrokortizon asetat krem, 1 mg mometazon furoat, hamamelis virginiana distilat 53,5 mg ve çinko oksit 180 mg kremler karıştırılıp 2*1 lokal yara bakımı önerildi. Tedavisinin 10. gününde itibaren lezyonları epitelize olmaya başladı. Tetrasiklin tedavisinin 42. gününde lezyonları tamama yakın regrese olan hasta dermatoloji poliklinik takip önerisi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Son yıllarda, başta MRSA enfeksiyonu oranındaki artışa bağlı olarak vankomisin kullanımı artmaktadır. İlaç kullanımı sırasında gelişebilecek komplikasyonların bilinmesi giderek daha çok önem kazanmaktadır. Hastaya vankomisin tedavi başlanmasıyla esas olarak gövde ve ekstremitelerde vezikül-bülloz lezyon ortaya çıktığında vankomisin ile ilişkili olarak lineer İgA hastalığı ayırıcı tanılar içinde düşünmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lineer İgA hastalığı, Vankomisin, Spondilodiskit

PS-40

BAKTERİYEL MENENJİTİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: SUBDURAL AMPİYEM

Esmâ Karaer Demir, Cemal Bulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Subdural ampiyem, dura mater ve araknoid membran arasındaki boşlukta pü birikmesidir. Bakteriye menenjitin nadir görülen, hayatı tehdit eden bir komplikasyonudur ve acil cerrahi girişim gerektirir. Toplum kökenli bakteriyel menenjit vakalarının %2,7'sinde görülür. Nadir görülen bir komplikasyon olmasına rağmen eşlik eden otit veya sinüzit, fokal nörolojik defisitler, epileptik nöbetler ve yeterli antibiyotiklere rağmen klinik olarak iyileşme sağlamayan menenjit hastalarında akılda bulundurulmalıdır. Bu nedenlerle, uygun antibiyoterapiye rağmen klinik olarak iyileşme sağlanamayan, eşlik eden sinüziti bulunan ve subdural ampiyem ile komplike olan bir bakteriyel menenjit vakasını sunmak amaçlanmıştır.

OLGU: 21 yaşında, kadın hasta; acil servise ateş, bilinç bulanıklığı, baş ağrısı şikayetleri ile getirildi. Hastanın yakınlarından alınan anamneze göre, şikayetlerinin bir gün öncesinde başladığı ve giderek arttığı belirtildi. Anamnezde travma, seyahat, operasyon, ilaç kullanım öyküsü bulunmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde şuuru kapalı, ağırlı uyarılara yanıtı mevcut, ense sertliği ve Babinski bulguları pozitif; döküntü ve ek patolojik muayene bulgusu saptanmadı. Arter kan basıncı 148/63 mmHg, ateş 39,4°C idi. Beyin Bilgisayarlı Tomografi'de parankimde kitlesel lezyon saptanmayan hastaya menenjit ön tanısı ile lomber ponksiyon yapıldı. Bakteriye menenjit tanısı ile ampirik olarak Seftriakson 2x2 gr IV ve Vankomisin 2x1 gr IV antibiyoterapileri başlandı. BOS örneğinden çalışılan H.influenza, S.pneumoniae, N. meningitidis, HSV 1-2, VZV, Enterovirus, Mumps PCR tetkikleri ve kültürü negatif sonuçlandı. Klinik takiplerinde bilinci açılan, oryantasyonu ve kooperasyonu düzelen hasta tedavinin 14. gününde analjeziklere yanıtı, sol frontal bölgeden sol temporal bölgeye yayılan baş ağrılarının arttığını belirtti. Antibiyoterapiye rağmen 38,3°C ateş yüksekliği de olması üzerine kranial manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) yapıldı. (Resim 1). Subdural ampiyem ve sinüzit nedeniyle Kulak Burun Boğaz ve Beyin Sinir Cerrahisi tarafından konseyde değerlendirilen hasta için eş zamanlı subdural ampiyem drenajı için kraniyotomi ve endoskopik sinüs cerrahisi planlandı. Hastanın antibiyoterapisi Vankomisin 2x1 gr IV ve Meropenem 3x2 gr IV olarak revize edildi. İntraoperatif alınan anaerob kültürde Provetella oris üremesi oldu. Operasyon sonrası hastanın tedavisi 4 haftaya tamamlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Subdural ampiyemin ilk basamak tedavisi nöroşirürji müdahalesidir. Antimikrobiyal tedavinin optimal süresi araştırmalarda belirlenmemiştir ancak ampiyemin boşaltılması durumunda genellikle 3 ila 4 haftalık bir tedavi süresi önerilir. Uygun antibiyotiklere rağmen iyileşme sağlanamaması ve nörolojik semptomların gelişmesi, kranial görüntülemenin tekrarlanması gerekliliğini göstermektedir. Hızlı klinik kötüleşme ve yeni başlayan nöbetler, menenjitin bir komplikasyonu olarak subdural ampiyemin değerlendirilmesini gerektirmektedir.

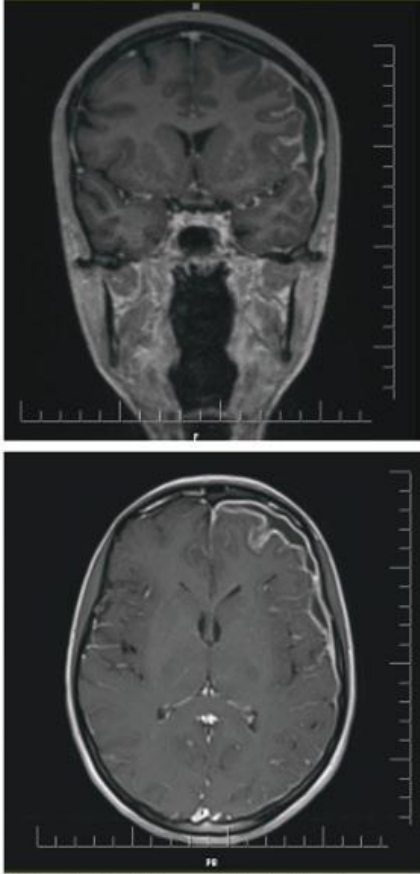
Anahtar Kelimeler: menenjit, sinüzit, subdural ampiyem

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Resim 1



MRG; Sol frontal lob ön komşuluğunda subdural yerleşimli difüzyon kısıtlılığı gösterip çepersel kontrastlanan 1 cm kalınlığında subdural ampiyem ve sol etmoidal hücrelerde ve her iki frontal sinüs yarımında çepersel kontrastlanmalar ve difüzyon kısıtlılıkları eşlik etmektedir.

Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) Sonuçları

Görünüm	Boz renkli
Lökosit (WBC)	1200 mm ³ (%90 nötrofil hakimiyetinde)
Protein	280 mg/dL
Glukoz	10 mg/dL

Kan Sonuçları

C-Reaktif Protein (CRP)	62 mg/dL
Prokalsitonin	7.9 ng/mL
Sedimantasyon	16 mm/h
Lökosit (WBC)	32.680 cells/uL

Acil servis başvuru sırasındaki kan tetkik sonuçları

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-41

HIV POZİTİF HASTADA MİLİYER TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Merve Bozdağ, Sena Şakir, Zehra Karacaer, Cemal Bulut

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

GİRİŞ: Miliyer tüberküloz(TB), bol miktarda TB basilinin lenfo-hematojen yolla vücuda yayılımı sonucu oluşan bir TB formudur ve Human Immunodeficiency Virus(HIV) ile enfekte hastalarda, fırsatçı bir enfeksiyon olarak ortaya çıkabilir. HIV pozitif olgularındaki artış, TB epidemiyolojisinde de değişime sebep olmuştur. Sıklıkla iki enfeksiyon aynı anda saptanmaktadır. TB çoğu zaman HIV enfeksiyonunun ilerleyişini hızlandırarak Acquired Immune Deficiency Syndrome(AIDS) tablosunun ortaya çıkmasına sebep olur. Biz de bu olgu aracılığıyla iki durumun birlikteliği hakkındaki deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

OLGU: Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 43 yaşında kadın hastanın; 3 aydır devam eden inatçı ishal ve istemsiz kilo kaybı şikayetleri olması üzerine iç hastalıkları kliniği tarafından yatışı yapıldı. Hastanın 1 ay önce başlayan öksürük, balgam ve gece terlemesi gibi şikayetleri de mevcuttu. Gönderilen tetkiklerde Anti HIV testi ve HIV doğrulama testi pozitif sonuçlanması üzerine, hasta kliniğimize nakil alındı. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, kooperasyonu ve oryantasyonu zayıf, kaşektik görünümlü hastanın ağız içinde beyaz kandida plakları da mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde CD4 düzeyi $11/\text{mm}^3$, HIV RNA 1,700,000 kopya/ml olarak saptandı. Nazal kanül ile 5lt/dk'dan oksijen desteği verilen hastanın gönderilen balgam örneğinde ARB yayma ve Mycobacterium tuberculosis DNA'sı pozitif saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde(BT) akciğer parankim alanlarında aktif infiltrasyon veya kitlesel lezyon saptanmadı. Sağ hemitoraksta 17 mm kalınlığında plevral efüzyon ve komşuluğunda pasif atelektazi izlenmekteydi(Resim 1). Hastaya tüberküloz tedavisi başlandı. Tedavinin 15. gününde yüksek akımlı nazal oksijen desteğine ihtiyaç gelişmesi üzerine hastaya yeniden toraks BT çektilirdi. Sağ hemitoraksta 32 mm, sol hemitoraksta 44 mm kalınlığında plevral efüzyon ve komşuluğunda pasif atelektazi izlenmekteydi. Akciğer parankim alanlarında yaygın nodüller ve mikronodüler infiltrasyon alanları mevcuttu(Resim 2). Miliyer tüberküloz düşünülen hasta, yoğun bakım kliniğine nakil edildi. Tüberküloz tedavisinin 3. haftasında, antiretroviral tedavi(ART) başlandı. ART'nin 3. gününde solunum arresti gelişen hasta kaybedildi.

SONUÇ: HIV/AIDS ve TB birlikteliği tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. HIV ile enfekte kişilerde özellikle ilk 1 yıl içinde TB spesifik T helper hücreleri hızla azaldığı için, TB riski daha da artmaktadır. İki hastalığın birlikteliği; tedavi uyumu, HIV enfeksiyonunun prognozu, ilaç etkileşimleri gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. HIV pozitif hastalarda tüberkülozun erken tanısı ve reaktivasyonunun önlenmesi dikkat edilmesi gereken durumlardır. Klinik gidişat yakından takip edilmeli, akciğer grafilerindeki değişiklikler TB açısından dikkatlice incelenmelidir. HIV ile enfekte kişilerde oksijen ihtiyacı gelişmesi durumunda ayırıcı tanıda TB da düşünülmelidir.

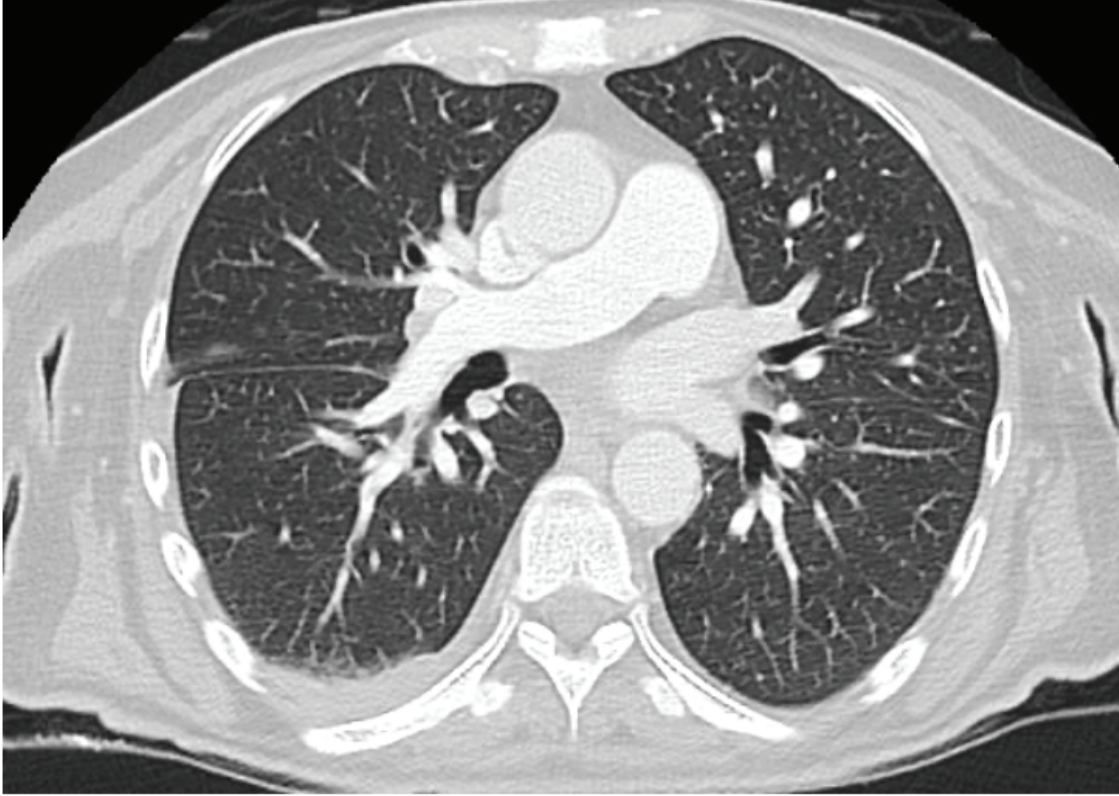
Anahtar Kelimeler: HIV, AIDS, Miliyer Tüberküloz

11. BUHASDER KONGRESİ

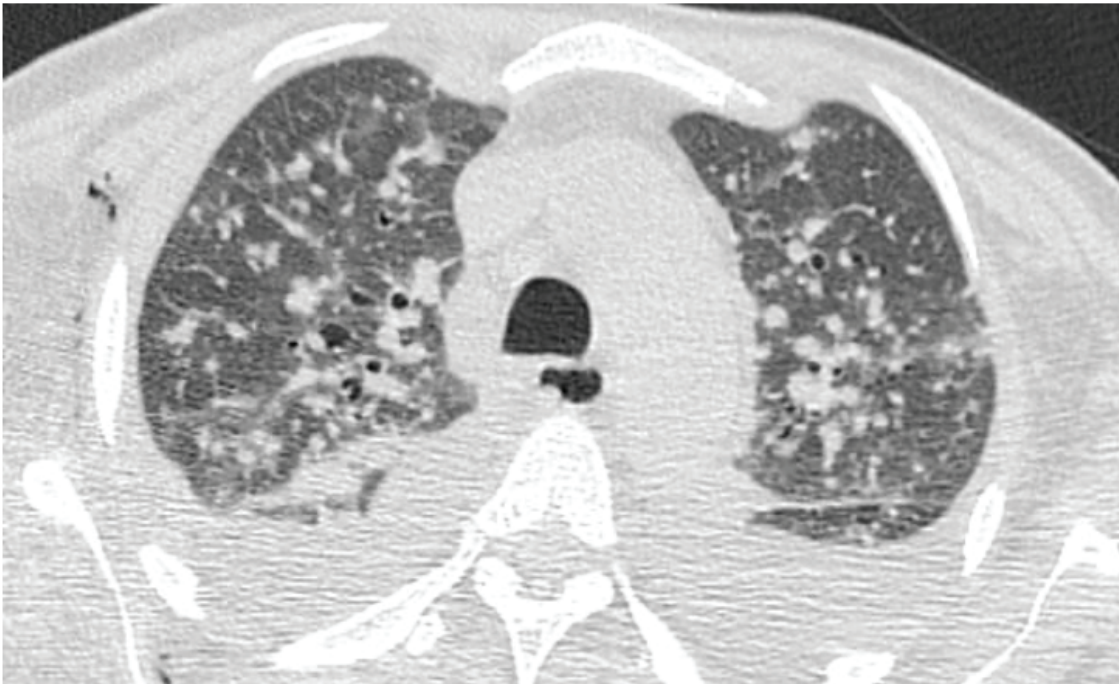
29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Resim 1



Resim 2



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-42

POTT HASTALIĞI:OLGU SUNUMU

Selami Erdiñç, Merve Kaplan, Seniha Şenbayrak

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Tüberküloz başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere dünya genelinde önemi koruyan enfeksiyon hastalıklarından biridir.Tüm tüberküloz olgularının yaklaşık %1-5 kadarını kemik-eklem tüberkülozu oluşturur.Alt torasik, lumbal ve lumbosakral bölgeleri daha sık tutar ve psoas absesi yapabilir. Burada lumbal vertebra tutulumuna psoas absesinin eşlik ettiği Pott hastalığı olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 84 yaşında kadın hasta 7 aydır olan giderek artan bel ve sağ bacak ağrısı şikayeti ile dış merkez sağlık kuruluşuna başvurmuş.Hipertansiyon ve intertisyel fibrozis dışında kronik hastalığı bulunmuyor. Bu şikayetlerle birkaç kez hastaneye başvuran hastaya ağrı palyasyonuna yönelik semptomatik tedavi uygulanmış. Kontrastlı lumbosakral manyetik rezonans görüntülemelerinde (MRG) lomber vertebra L4-L5 vertebrada spondilodiskit ve paravertebral abse saptanması üzerine meropenem 3*1 gram ve vankomisin 2*1 gram şeklinde tedavisi düzenlenmiş. Abse drenajı ve örnekleme amacıyla hastenemiz Beyin ve Sinir Cerrahisi bölümü tarafından nakil alınmış. Operasyon sırasında paravertebral abse lehine bulgu saptanmamış. Per-op spondilodiskit bölgesinden gönderilen doku kültüründe üreme saptanmamış. Servisimize nakil alınan hastanın yapılan muayenesinde genel durumu orta vitalleri doğaldı. Fizik muayenesinde akciğerlerde dinlemekle bilateral krepitan ral, mitral odakta 2/6 derece sistolik üfürüm, alt ekstremitelerde 3/5 paraparezi mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde, lökosit:6440/mm³, crp:33 mg/L, sedimentasyon hızı: 64 mm/ sa ve İnterferon-γ salınım testi negatif olarak sonuçlandı.Kontrol MRG' "lomber L4-L5 vertebrada spondilodiskit ve psoas kası içerisinde uzanım gösteren, en geniş yerinde aksiyelde 18x14 mm boyutlarında flegmontoz intramuskuler koleksiyon izlenmiştir" şeklinde sonuçlandı.Yüksek komplikasyon riski nedeniyle abse drenajı ve vertebraya yönelik açık cerrahi girişim düşünülmedi. Girişimsel radyoloji tarafından koleksiyon bölgesinden örnekleme yapıldı.Apse materyalinde aside dirençli bakteri görülmedi. Mycobacterium tuberculosis PCR pozitif saptanması üzerine mevcut antibiyoterapisi durdurulup dörütlü antitüberküloz tedavi (izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, etambutol 1000 mg/gün, pirazinamid 1500 mg/gün) başlandı.Hastanın abse materyalinden 6 hafta sonra Löwenstein-Jensen besiyerinde Mycobacterium tuberculosis üremesi oldu. Antitüberküloz tedavi altında hastanın takip tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ: Spondilodiskit düşünülen hastalarda uzun süreli tedavi gerekmekte olup etkin tedavinin düzenlenebilmesi için tedavi öncesi kültür örneği gönderilmelidir. Pott hastalığı tanısı sıklıkla geç dönemde konulmakta olup tedavide gecikme sonucunda ağır nörolojik sekeller bırakabilir. Özellikle paravertebral alanda gelişen abse oluşumları görebileceğinden cerrahi tedavi ardından antitüberküloz tedavi uygulanması gerekmektedir. Ülkemizde her spondilodiskit olgusunda ayırıcı tanıda tüberküloz düşünölmeli, gereğinde spesifik testler istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pott hastalığı, Spondilodiskit, Psoas absesi

PS-43

KEMOTERAPİ PORTUNA BAĞLI UZAMIŞ S. AUREUS BAKTERİYEMİSİ

Afra Kahraman, Merve Kaplan, Serpil Erol

Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Staphylococcus aureus (S.aureus) hastane ve toplum kaynaklı bakteriyemilerin önde gelen nedenlerindedir ve bakteriyeminin en sık sebeplerinden birisi intravasküler kateter gibi yabancı cisimlerin varlığıdır. İmplant port kateterlerinde enfeksiyon gelişme riski düşük olsa da enfeksiyon geliştiğinde tespiti ve kontrolünün sağlanması zor olabilir. Burada port ilişkili uzamış S. Aureus bakteriyemisi olgusu sunulmuştur.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta, 1,5 aydır olan üşüme, bulantı, kusma ile acile başvurdu. Bilinen hipertansiyon, astım ve meme kanseri tanılıydı. Dört ay önce sağ mastektomi yapılan hastaya 1,5 ay önce kemoterapi portu takıldıktan 1 hafta sonrasında port etrafında kızarıklık ve ateş şikayeti olmuş. Dış merkezde 10 gün intramusküler (IM) seftriakson uygulanmış. IM tedavi bitiminden 2 hafta sonra sol gluteal bölgede ağrı olması üzerine dış merkezde gluteal abse tanısıyla drenaj yapılmış, 1 doz seftriakson (IM) yapılarak eve gönderilmiş. Üşüme, titreme, bulantı, kusması devam eden hasta acil servisimize başvurdu. Acil serviste ateş: 36,6°C, tansiyon:127/76 mm/Hg, nabız:88 /dk ölçüldü. Muayenede sol gluteal bölge iki cm2 alanda abse ve pürülan akıntı mevcuttu. Port ve sağ meme operasyon yerinde kızarıklık, ısı artışı yoktu. Diğer bulgular normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde CRP:146 mg/L, lökosit:15110/mm³, nötrofil:%84, sedimentasyon:82mm/sa'ti. Kalça MR'ında sol gluteal bölgede 92x34mm boyutunda kontrastlanmayan sıvı artışı görüldü. Hasta ileri tetkik ve tedavi için yatırıldı. Daha önce alınan abse kültüründe metisilin dirençli S. aureus (MRSA) ürediği görüldü. Transtorasik ekoda endokardit izlenmedi. Kliniğimizde alınan periferik kan kültürlerinde de MRSA üremesi oldu. Teikoplanin başlanan hastanın tedavisinin 4. gününde alınan kan kültüründe üreme olmadı. Bakteriyemi kaynağının gluteal abse olabileceği düşünüldüğünden ve tedavisinin 4. gününde kan kültürü negatifleştiğinden erken evrede port çıkarılması planlanmadı. İki kez denenen abse drenajı başarısız oldu. Tedavisi devam eden hastada yapılan seri ultrasonlarda gluteal absenin persiste ettiği ve tedavinin 34. gününde alınan kan kültüründe yeniden MRSA üremesinin olduğu görüldü. Teikoplanin kesilerek vankomisin ve sefazolin başlandı. İlave metastatik odak araştırılması amacıyla transözefageal eko yapıldı. Endokardit lehine bulgu ve ilave odak saptanmadı. Persiste eden bakteriyeminin port kaynaklı olabileceği düşünülerek port çıkarıldı ve ucu kültüre gönderildi. Kültürde MRSA üremesi saptandı. Port çekilmesi sonrası alınan kan kültürlerinde üreme olmayan 3 hafta intravenöz tedavisi devam edilen hasta 1 haftalık oral trimetoprim-sülfometaksazol ile taburcu edildi.

Sonuç: Bu hastada port etrafında kızarıklık, ısı artışı ve akıntı gibi enfeksiyon bulguları olmamasına rağmen hastanın bakteriyemisinin uzaması port varlığına bağlı olduğunu düşündürmüştür. S.aureus bakteriyemisinde kalıcı kateteri veya portu olan hastalarda kateter veya portun erken dönemde çıkarılması planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Port kateteri, S.aureus, uzamış bakteriyemi

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-44

HEPATİT BENFEKSİYONUNDA ATİPİK SEROLOJİK PROFİLE SAHİP OLGULARA YÖNELİK RETROSPEKTİF BİR İNCELEME

Şule Kocabıçak, Abdülkadir Sonkaya, Selami Erdiñç, Afra Kahraman, Serpil Erol

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Hepatit B virüsü enfeksiyonu, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tanı ve takipte alışılmış serolojik profillerin dışında atipik profiller de görülebilmektedir. Atipik profillere sahip olgular, çeşitli klinik spektrumlarda karşımıza çıkabildiğinden dikkatle değerlendirilmelidir. Bu çalışmada atipik HBV enfeksiyonu serolojik profillerine uyan olguların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada 1 Ocak 2016-28 Ağustos 2023 arasında, kliniğimizde HBV enfeksiyonu nedeniyle takip edilen 3031 hastanın verileri, hastane kayıtlarından temin edilerek, retrospektif olarak incelendi. Serum örneklerinde, HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, HBeAg ve Anti-HBe markerları değerlendirildi. Atipik serolojik profillere uyan olgular yaş, cinsiyet, hastalığın süresi, eşlik eden diğer enfeksiyonlar ve komorbid hastalıklar, viral yük, tedavi öyküsü, ultrasonografi bulguları, histopatolojik bulgular yönünden sınıflandırıldı.

Bulgular: Toplam 3031 olgunun 193'ünde(%6.36) atipik serolojik profil saptandı. Bu olguların 106'sı(%54.9) erkekti ve yaş ortalaması 47.2±15.73 idi. 140(%72.5) olgu kronik enfeksiyon, 12(%6.2) olgu akut enfeksiyon ile başvurmuştu. Atipik olgular arasında, en yaygın serolojik bulgu 105(%54.4) olgu ile HBsAg ve AntiHBs'nin birlikte pozitifliği olarak belirlendi. Bu 105 hastadan takiplerine gelen 44 olgu incelendiğinde, atipik serolojik profilin ortalama 2.9 yıl devam ettiği görüldü. İkinci en sık saptanan bulgu 28(%14.5) olguyla HBeAg ve AntiHBe pozitifliği oldu. Takiplerine gelen 12 olguda atipik profilin ortalama 2.8 yıl devam ettiği görüldü. Üçüncü en sık saptanan bulgu ise 23(%11.9) olgu ile izole Anti-HBc IgG pozitifliği oldu. Takiplerine düzenli gelen 12 olguda atipik profilin ortalama 2.6 yıl devam ettiği görüldü. Diğer atipik bulgular ise: HBsAg(+), Anti HBc IgG(+), HBeAg(-), Anti HBe(-) 12 olgu (%6.2); HBsAg(-), Anti HBs(-), Anti HBc IgG(+), Anti HBe(+) 9 olgu (%4.6); sadece HbsAg(+) 6 olgu (%3.1). Olguların 34(%17.6)'üne biyopsi yapılmıştı ve 18(%9.32)'inde HAİ skoru $\geq 6/18$, 18(%9.32)'inde fibrozis skoru $\geq 2/6$ olduğu görüldü. 6(%3.1) olguda hiç HBV DNA bakılmamıştı. Atipik olguların 66'sına (%34.19) tedavi başlanılmıştı. 34 (%51.51'i) olguda, hastanın immunsupresif tedavi ihtiyacı nedeniyle profilaktik olarak antiviral başlanılmıştı. Tedavi başlanan olguların 7(%34.19)'sinde viral baskılanma sağlanamadığı izlendi. Bir hastada 8.yılda, bir hastada 2.yılda ve beş hastada ilk bir yılda bakılan HBV DNA halen pozitifti. Bu hastaların dördünde düzensiz ilaç kullanımı, üçünde ilaç direnci saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda, hepatit B ile enfekte hastaların atipik serolojik bulgularının sıklığı ve bu hastaların özellikleri değerlendirildi. Atipik serolojik profiller hepatit B enfeksiyonuna sahip hastaların önemli bir kısmında görülmektedir. Bu olguların birçoğunda ileri klinik ve laboratuvar inceleme yapılmadığı ve önemli bir hasta oranının tedavide gözden kaçırıldığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B enfeksiyonu, tanı, atipik seroloji

PS-45

FEMURDA PATOLOJİK KIRIK İLE BAŞVURAN BİR MİLİYER TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Hatice Dilara Karakuş¹, Bülent Durdu¹, Mehmet Zorlu², Mehmet Aydın³,
Yasemin Akkoyunlu¹, Gülay Okay¹, Turan Aslan¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tüberküloz, gelişmekte olan ülkelerde en önemli halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Olguların %15'inde ekstra-pulmoner tutulum görülmektedir. Bu nedenle başta maligniteler olmak üzere birçok hastalığın ayırıcı tanısında yer almaktadır. Bu olguda femurda patolojik kırık ile başvuran ve metastatik malignite ön tanısıyla tetkik edilirken miliyer tüberküloz tanısı konan bir vaka sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp yetmezliği tanıları olan 80 yaşındaki erkek hasta hafif bir travma sonrası sol kalça ağrısı ile Ortopedi Polikliniğine başvurmuştur. Radyolojik incelemede izole trokanter minör patolojik kırığı tespit edilen hasta beraberinde ateş, terleme, kilo kaybı, c-reaktif protein yüksekliği olması nedeniyle ön planda malignite olabileceği düşünülerek Dahiliye bölümüne yönlendirilmiş ve malignite tetkik için yatırılmıştır. Çekilen bilgisayarlı tomografilerde karaciğer segment 6 da periferik yerleşimli 25 mm çaplı silik sınırlı hipodens lezyon, diffüz mesane duvar kalınlık artışı, inen-sigmoid kolonda fokal asimetrik duvar kalınlık artışı tespit edilmiştir. Sol supraklavikular bölgede 59x29 mm kistik nekrotik lezyon (lenfadenopati (LAP)?), mediastinal ve hiler bölgede geçirilmiş tüberküloza sekonder lezyonlar izlenmiştir. Göğüs cerrahi tarafından sol supraklavikular bölgedeki nekrotik lenf nodu eksizyonu gerçekleştirilmiştir. Patolojik incelemede malign tümör tespit edilmediği, kısıtlı alanda nekrotizan granümatöz non spesifik enflamasyon gözlendiği bildirilmiştir. Hastanın Quantiferon pozitifliği olması üzerine 4'lü Antitüberküloz tedavisi başlanmıştır. Doku örneğinin mikrobiyolojik incelemesinde Mycobacterium tuberculosis complex üremiştir. Malignite şüphesi için çekilen PET/CT'de(A); sağ akciğer alt lob parahiler peribronşial alanda yoğun artmış FDG tutulumu gösteren hipermetabolik kitle/LAP ile mediastende ve sol supraklavikular alanda yoğun hipermetabolik multipl LAP lar(B) izlenmiştir. Karaciğerde(C), sakrumda ve sol femur trokanter minörde(D) birkaç adet hipermetabolik kitlesel lezyon izlenmiştir. Girişimsel Radyoloji tarafından sol femurdaki lezyondan biyopsi alınarak patolojik ve mikrobiyolojik inceleme yapılmıştır. Biyopsi patolojisi; kazeifiye nekrotizan granümatöz enflamasyon şeklinde sonuçlanmıştır. Takibinde oral alımı azalan ve nazogastrik sondayla takip edilen hastada aspirasyon pnömonisi ve sepsis gelişmesi üzerine Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YBÜ) devir edilmiştir. Hastanın total bilirübin değeri 3,3 mg/dL olması üzerine anti-tüberküloz tedavisi kesilmiştir. Hasta YBÜ'nde yatışının 3. gününde ani kalp durması sonucu vefat etmiştir.

11. BUHASDER KONGRESİ

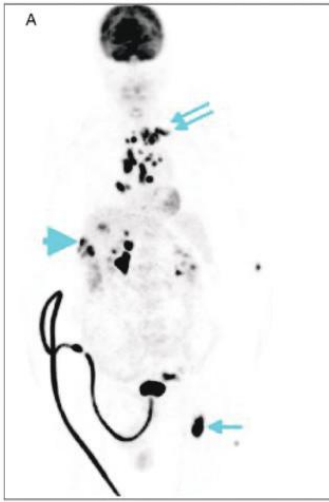
29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Sonuç: Patolojik kırıklar daha çok malignite metastazlarına sekonder olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak beraberinde eşlik eden ateş, kilo kaybı ve gece terlemesi gibi semptomları olan hastaların ayırıcı tanısında tüberküloz da akılda tutulmalıdır.

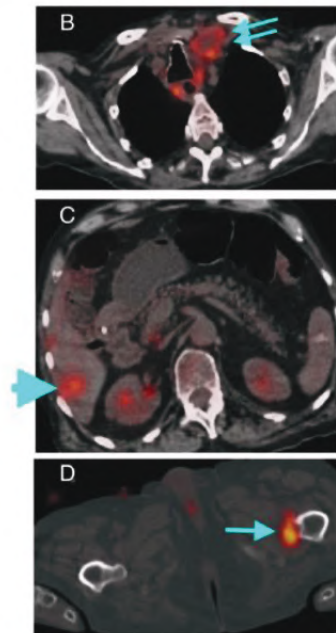
Anahtar Kelimeler: malignite, Tüberküloz, patolojik kırık

Resim 1



A. MİP (maksimum intensity projection)

Resim 2



B. Supraklavikular seviye aksial füzyon görüntü C. Karaciğer D. Femur seviyesi aksial füzyon (pet ve CT füzyonu) görüntüsü

PS-46

HIV POZİTİF VE NEGATİF HASTALARDA SİFİLİZ TEDAVİ YANITININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Müge Toygar Deniz, Özlem Güler, Melih Berkay Esgin, Emel Azak, Sıla Akhan

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ ve AMAÇ: Sifiliz, *Treponema pallidum* spiroketlerinin neden olduğu cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondur. Dünya Sağlık Örgütü her yıl 12 milyon yeni sifiliz vakasının ortaya çıktığını ve bunların %90'ından fazlasının gelişmekte olan ülkelerde olduğunu tahmin etmektedir. HIV ile sifiliz koenfeksiyonu ortak bulaşma yolları nedeni ile sık olarak görülmektedir. HIV pozitif hastaların sifiliz serolojik kanıtlarına sahip olma olasılığının 8 kata kadar daha fazla olduğu bulunmuştur.

Sifiliz tanısında treponomal (TPHA) ve nontreponomal (VDRL-RPR) testler kullanılmaktadır. Koefekte hastalarda sifiliz için serolojik testler sifiliz tedavisine yanıtın azalması ile karakterizedir. Bu yazımızda HIV pozitif ve negatif hastalarda sifiliz tedavi yanıtını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: 2018-2023 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne VDRL-RPR ve TPHA pozitifliği ile başvuran hastalar arasından HIV koenfeksiyonu olan ve olmayanlarda titre takibi karşılaştırıldı. Hastaların klinik ve demografik bilgileri hastane veri sisteminden tarandı.

BULGULAR: Toplam 269 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 39 olup %86'sı HIV ile yaşayan bireydi (Tablo 1). HIV pozitif hastalar arasında sifiliz görülme sıklığı %20 idi. HIV ile yaşayan bireylerde sifiliz tedavisi sonrası VDRL-RPR titresinin negatifleşmesi ortalama 24 ay sürmüştü. 4 kişi tedaviye yanıtızsıdı. HIV negatif sifiliz olan hastalarda ise titre negatifleşmesi süresi ortalama 5,4 ay sürmüştü. Bu grupta tedaviye yanıtızsız hasta yoktu.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Sifiliz hastaları HIV hastalarına paralel olarak artmaya devam etmektedir. Ortak bulaş yolları ve sifiliz reenfeksiyonu olasılığı nedeniyle HIV pozitif hastalarda yılda bir kere VDRL-RPR testlerinin istenmesi önemlidir. Sifiliz yıllardır bilinen bir hastalık olmasına rağmen, çalışmamızda olduğu gibi koefekte hastalarda tedavi yanıtının azalması, klinik prezentasyonlarının geniş spektrumu hastalığın yönetimini zorlaştırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Seroloji, Sifiliz, VDRL-RPR

Tablo 1. Hastaların HIV ve sifiliz serolojilerine göre dağılımı

	SİFİLİZ POZ	SİFİLİZ NEG
HIV POZİTİF	48	184
HIV NEGATİF	8	29

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-47

SALMONELLA ENFEKSİYONU İLE İLİŞKİLENDİRİLEN ARTRİT OLGUSU

Gülce Eylül Aldemir, Yeşim Çağlar

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Balıkesir

Amaç: Reaktif artritler genellikle bakteriyel bir enfeksiyon sonrasında gelişen septrik artit dışı artritler olarak tanımlanmaktadır. Pek çok etken neden olabildiği gibi salmonella enfeksiyonları ile gastrointestinal hastalık sonrasında da gözlenebilmektedir. Burada, uzun süredir romatolojik hastalık araştırılan bir hastada salmonella enfeksiyonu ile ilişkilendirilen artrit olgusu sunulmuştur.

Olgu: 58 yaşında polikliniğimize yönlendirilen; çiftçi, kadın hastanın, kümes hayvanları bulunmakta. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı olamayan hastanın, uzun zamandır olan yaygın eklem ağrıları, sağ diz hareketlerinde zorluk, çömelmede zorlanma, yürümekle artan ağrı ve halsizlik mevcuttu. Hasta 5 yıl önce de benzer bir hastalık tablosu geçirmiş (ishal/kabızlık, karın ağrısı ile başlayan ve ataklar halinde seyreden barsak şikayetleri olmuş, gastroenteroloji kliniğinde ülseratif kolit araştırılmış ancak dışlanmış, hastalıktan bir süre sonra sol diz eklemine ağrı olmuş). Romatolojik tanısı almamış, birçok medikal ve fizik tedaviler almış. Hastanın sağ diz kontrastlı MR sonucunda: suprapatellar bölgede belirgin efüzyon, infrapatellar alanda belirgin sinovyal kalınlaşma ve kontrastlanma izlenmiş ve sinovit lehine yorumlanmış. Hasta FTR kliniğince takibe alınmış. Ortopedi ile değerlendirilerek septik artrit dışlanmış. HRCT'de bilateral aksiller bölgede ve paratrakeal, paraaortik, subkarinal ve prevasküler alanlarda birçok lenf nodu olduğu raporlanmış. Hastanın ağrı şikayetlerinin devam etmesi, ESR, CRP yüksekliği olması veyaygın lenfadenopatiler nedeniyle kliniğimize konsülte edildi. FM'de sağ diz hareketleri ağrılı ve hafif ısı artışı izlenmekteydi. Laboratuvar bulguları: CRP:39, WBC:7500, ESR:33. Biyokimyasal tetkiklerinde özellik yoktu. Brucella, CMV, EBV, Toxoplazma, Rubella, HIV, Hepatit belirteçleri negatif saptandı. Hastanın kan kültüründe üreme olmadı. Gruber widal testi 1/200 pozitif sonuçlandı. AFR yüksekliği, klinik şikayetleri devam eden hastaya seftriakson tedavisi başlandı, AFR düşüsü gözlemlendi, 3 gün sonra siprofloksasin önerisiyle taburcu edilen hastaya poliklinik kontrolü önerildi. Tedavisizi kullanmadığı öğrenilen hastanın kontrolünde agglütinasyon testi tekrarlandı. Hastanın salmonella typhi H 1/3200 ve AFR artışı saptandı. Kümes hayvanı ve yumurtaları ile sık temas, eklem tutulumu, gastrointestinal semptomlar sonrası başlaması ile salmonella ilişkili reaktif artrit olarak değerlendirildi ve tedavisinin devamı, mediastende yer alan lenfadenopatilerin etiolojisinde salmonelloz açısından ayırıcı tanı, EKO ve gaita ve farklı örneklerde taşıyıcılık açısından araştırma planlandı.

Sonuç: Etiyolojisi aydınlatılmayan artrit olgularında özellikle zoonotik hastalıklar açısından endemik bölgelerde sorumlu enfeksiyöz nedenlere yönelik tetkikler istenmelidir. Salmonella enfeksiyonu bunlardan biri olup, özellikle kümes hayvanı yetiştiriciliği anamnezi olan, alt yapı ve hijyen kurallarına uyumun yetersiz olduğu bölgelerde ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Artrit, Salmonelloz, Zoonoz

PS-48

HIV İLE YAŞAYAN BİREYDE NÖROVASKÜLER TUTULUMLA SEYREDEN NÖROSİFİLİZ OLGUSU

Şeyda Yanık, Asuman İnan, Serpil Erol

Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi, Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, İstanbul

Amaç: Nörosifiliz, *Treponema pallidum*'un etken olduğu, nörolojik ve psikiyatrik bulguların eşlik ettiği merkezi sinir sistemi enfeksiyonudur. Sifilitik menenjit, meningovasküler sifiliz ve paretik nörosifiliz gibi klinik tablolarına neden olur. Bu yazıda nörosifilize bağlı nörovasküler komplikasyonlar gelişen HIV ile enfekte bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi altı yaş erkek hasta, acil servise birkaç gündür olan boğaz ağrısı ve halsizlik şikayetleriyle başvurdu. İzlemede fenalaşma hissi, vücutta kasılmalar ve konuşma güçlüğü gelişti. Fizik muayenesinde ateş: 36.9°C, nabız: 79/dk, kan basıncı: 128/72 mmHg, SPO2: %98 idi. Genel durum orta, bilinç açık, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı olup ense sertliği ve meningeal iritasyon bulgusu saptanmadı. Nörolojik muayenesi verbal çıkışı yok, sağ alt ekstremit motor gücü 3/5, sol alt ekstremitde kas gücü tamdı. Palmoplantar döküntüler mevcuttu. İki yıl önce anti HIV ve VDRL testlerinin pozitif bulunduğu öğrenildi. Ancak bu durumla ilgili tedavi ve takibi bulunmamaktaydı. Acil serviste istenen difüzyon ağırlıklı kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde, sol orta serebral arter sulama alanında akut difüzyon kısıtlılığı ve sağ hemisferde geçirilmiş enfarkt alanları saptandı. Nöroloji kliniğine uygun tedavi başlandı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde; görünüm berrak, basınç normal, lökosit: 61/mm³ (%85 mononükleer hücre) protein: 144 mg/dL idi. BOS'ta menenjit paneli, ARB, VDRL, kriptokok antijeni negatif idi, BOS kültüründe üreme olmadı. Kliniğimize nakil alındı ampirik olarak vankomisin 2x1 gr, seftriakson 2x2 gr ve ampisilin 4x3 gr başlandı. CD4 T hücre sayısı: 160 hücre/mm³, HIV RNA: 516.000 kopya/mL saptandı. Profilaktik trimetoprim-sulfametoksazol eklendi. Takibinde bilinci açık, oryantasyon ve kooperasyonu tam, verbal çıkışı sınırlı hale geldi. Yatışının 10. gününde 38°C ateşi ve titreme şikayeti oldu, yeni bir enfektif odak saptanmadı. Kontrol BOS incelemesinde görünüm berrak, basınç normal, lökosit: 51/mm³ (%90 mononükleer hücre) protein: 144 mg/dL, glukoz: 44 mg/dL (kan glukozu: 102 mg/dL) ARB, VDRL, JC-virüs PCR, toxoplasma PCR negatif saptandı, BOS kültüründe üreme olmadı. Kanda VDRL pozitif RPR: 1/32 titrede, TPHA pozitif; BOS'ta VDRL negatif, TPHA pozitif saptandı. 15. günde antiretroviral tedavi başlandı. Ertesi sabah sesli ve ağırlı uyarana yanıt alınamadı. Ateş: 36.7°C, nabız: 130/dk, kan basıncı: 125/80 mmHg, SPO2: %98 idi. Sağ alt ekstremitde miyoklonus ve gözlerde sağa deviasyon gelişti, beyin bilgisayarlı tomografisinde sağda yaygın intrakraniyal hemoraji saptandı. Yoğun bakım servisine nakledilen hasta kardiyak arrest nedeniyle exitus oldu.

Sonuç: Nörosifiliz, tüm psikiyatrik ve nörolojik bozuklukları taklit edebilir. Nörosifiliz tanısında BOS VDRL özgüllüğü yüksek olup duyarlılığı düşüktür. BOS VDRL negatif olsa bile klinik şüphe halinde treponemal testlerin istenmesi önem taşımaktadır. Bu yazıda HIV ile enfekte bireyde serebral iskemik ve hemorajik olaylar gelişen fatal seyreden bir nörosifiliz olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: HIV, nörosifiliz, serebrovasküler olay

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-49

CMV RETİNİTİ İLE TAKİP EDİLEN İLERİ EVRE HIV ENFEKSİYONU: OLGU SUNUMU

Hakkı Meriç Türkkın, Ahsen Öncül, Hüsrev Diktaş, Okan Derin, Dilek Yıldız Sevgi, İlyas Dökmetaş

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sitomegalovirüs (CMV) ciddi immün süpresyonu olan HIV ile enfekte hastalarda dissemine veya lokal tutulum yapabilen bir DNA virüsüdür. HIV ile enfekte hastalarda CMV en sık tutulum şekli retinit olarak gözlenmektedir. Burada HIV enfeksiyonu açısından kaçırılmış tanı fırsatları olan CMV retinit ile takip edilen ileri HIV enfeksiyonlu olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, ülseratif kolit ve zona zoster öyküsü olan hasta, 1 yıl önce başlayan gece terlemesi ve kilo kaybı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Yapılan tetkiklerde patolojik bulgu saptanmayan hasta şikayetlerinin devam etmesi ile birlikte, sağ gözünde görme bozukluğu gelişmesi üzerine göz polikliniğine başvurmuş. Göz hastalıkları tarafından CMV retinit düşünülen ve yapılan tetkiklerde anti-HIV reaktivitesi saptanması üzerine hasta servisimize yatırıldı. Fizik muayenede görme bulanıklığı dışında patoloji saptanmayan hastaya CMV retinit açısından gansiklovir İ.V ve intravitreal olarak başlandı. Hastanın İ.V gansiklovir tedavisi 10. Gününde oral valgansiklovir olarak revize edildi. Hastanın HIV-RNA: 12000 kopya/ml, CD4+ lenfosit sayısı 36/mm³ olarak görüldü. Eşlik edebilecek fırsatçı enfeksiyonlar açısından yapılan tetkiklerde patoloji saptanmayan hastaya gansiklovir tedavisinin 12. gününde TDF/FTC+ Raltegravir olarak antiretroviral tedavisi başlandı. Valgansiklovir tedavisinin 21. Gününde şikayetleri gerilen hasta sekonder profilaksiye geçilerek taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde HIV-RNA düzeyi saptanamaz olarak sonuçlanan, CD4+ lenfosit sayısı 220/mm³ olarak görülen hastanın valgansiklovir tedavisi 6. ayında kesildi.

Sonuç: AIDS tanımlayıcı hastalıklar arasında yer alan CMV retinitin ilk bulgusu görme bulanıklığı ve keskinliğinde azalma olmasıdır. CMV retinit nekrotizan bir retinittir ve oftalmolojik bulguları tipiktir. Olgumuzda olduğu gibi CMV retinit, zona zoster ve B semptomları gibi HIV açısından uyarıcı olabilecek hastalıklarda mutlaka Anti HIV testi planlanmalı ve diğer disiplinlerin de özellikle AIDS tanımlayıcı hastalıklar açısından farkındalığı artırıcı eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, CMV, FIRSATÇI ENFEKSİYON

PS-50

BİLATERAL KRONİK KAVİTER PULMONER ASPERGİLLOZ OLGUSU

Elif Dilan Dağ, Levent Görenek, Burak Sarıkaya, Sinem Akkaya Işık, Derya Özyiğitoğlu

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamidhan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Pulmoner aspergilloz, özellikle *Aspergillus fumigatus*'a bağlı gelişen mortalitesi yüksek bir enfeksiyondur. Hastalar asemptomatik olabilsede, en yaygın başvuru semptomu masif boyutlara varabilen hemoptizidir. Klasik radyografik görünüm solid, dairesel ve sıklıkla kavite içi hareketli kitle içeren kaviter lezyonlardır. Kronik kaviter pulmoner aspergilloz olarak sınıflandırılan alt gruptaki hastalarda genellikle altta yatan geçirilmiş tüberküloz öyküsü veya immünsüpresyon oluşturan malignite eşlik eder. Tedavi, uzun süreli antifungal tedaviyi veya cerrahi rezeksiyonu içerir.

Olgu: Yetmiş yaşında kadın hasta, aniden başlayan masif hemoptizi ile acil servise başvurmuş. Yaklaşık 50 sene önce akciğer tüberkülozu tedavi öyküsü olan hastanın o günden beri neredeyse her yıl hemoptizi şikayeti tekrarlıyormuş. Akciğer görüntülemesinde 1999 yılında saptanan fundus topu nedeniyle dış merkezde cerrahi işlem önerilmiş, ancak hasta işlemi kabul etmemiş. 2022 yılı temmuz ayında masif hemoptizi nedeniyle embolizasyon yapılmış, işlem sonrası şikayetleri bir süre azalmış. Sonrasında hemoptizi şikayeti tekrar eden hasta, hastanemize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde akciğer sesleri dinlemekle bilateral scapular alanda inspiratuar raller duyuldu, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar testlerinde WBC: 5.480/mm³ (%66,4 parçalı), eritrosit sedimentasyon hızı: 35 mm/saat, CRP: 89,19 mg/dl (0-5), proc:0,028 ng/ml, galaktomannan antijeni: negatif, balgam arb boyama: negatif, balgam kültürü: üst solunum yolu florası ile uyumlu, anti-HIV: negatif, AFP: 3,44 µg/L, CA 125: 127 U/mL, CA 15.3: 33 U/mL, CA 19.9: 23,8 U/mL, CEA: 2,56 µg/L, kist hidatik indirekt hemaglutinasyon testi: negatif olarak sonuçlandı. Yapılan görüntüleme tetkiklerinde; Toraks BT'sinde her iki akciğer üst lob apekte çevresinde hipodens halo bulunan solid yer kaplayan oluşum izlendi. Klinik semptomları ve radyolojik bulguları kronik kaviter pulmoner aspergilloz ile uyumlu olan hastamızda akciğer lezyonunun bilateral olması ve boyutunun büyük olması nedeniyle cerrahi rezeksiyona uygun bulunmadı. Antifungal tedavisi vorikonazol ilk gün yükleme dozu sonrasında 2x200mg oral tablet başlandı. Hastanın takibi poliklinik koşullarında devam etmektedir.

Sonuç: Azoller pulmoner aspergilloz hastalarında ilk seçenek antifungal tedavidir. Semptomları devam eden, akciğer fonksiyon kaybı ilerleyen veya radyografik açıdan progrese olan hastaların cerrahi rezeksiyona ek olarak en az altı aylık antifungal tedavi alması önerilmektedir. İmmünsüpresyonu devam eden, tedaviye yanıtı zayıf olan hastalarda daha uzun bir süre, hatta ömür boyu antifungal tedavi önerilmektedir. Tedaviye yanıt ve hasta izleminde *Aspergillus* antikor titresi takip edilmesi önemlidir ancak düşmesi aylar alır. Bir fundus topunun kaybolması veya intrakaviter materyalin en aza indirilmesi, tedaviye yanıtın işaretleridir. Hemoptizinin tekrarlaması, antifungal yetmezliğin bir işareti olabilir.

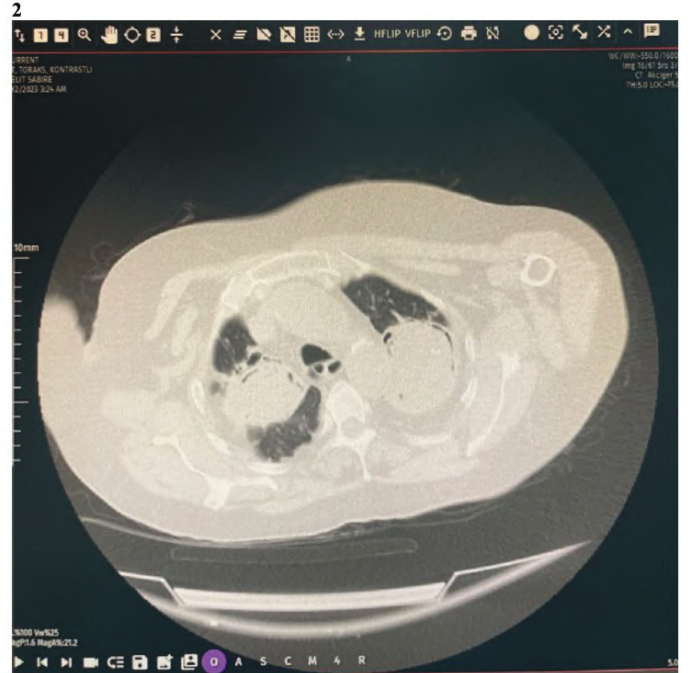
Anahtar Kelimeler: Aspergilloz, akciğer hastalıkları, hemoptizi, mantar

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



Hastaya ait bilateral pulmoner aspergilloma radyolojik görüntüleri



Hastaya ait bilateral pulmoner aspergilloma radyolojik görüntüleri



Hastaya ait bilateral pulmoner aspergilloma radyolojik görüntüleri

PS-51

KRONİK MENENJİT TANISI İLE BAŞVURAN LENFOMA OLGUSU

Umut Özgür, Nazife Duygu Demirbaş, Ceren Atasoy Tahtasakal, Özlem Gül, Ahsen Öncül, Hüsrev Diktaş, Dilek Yıldız Sevgi, İlyas Dökmetaş

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Kronik menenjitler baş ağrısı, ateş, şuur bulanıklığı, meningial irritasyon bulguları gibi semptomlarla haftalar hatta aylar içinde gelişen menenjit tablolarıdır. Kronik menenjit etkenleri viral, bakteriyel, fungal ajanlar gibi olabileceği gibi maligniteler, behçet hastalığı, sarkoidoz gibi non enfeksiyöz sebepler de olabilir.

Bu olguda tüberküloz menenjiti ön tanısıyla takip edilen ve santral sinir sistemi (SSS) tutulumu olan diffüz büyük b hücreli lenfoma tanılı olgu sunulmaktadır.

Vaka: 27 yaş kadın hasta bir aydır devam eden bulantı, kusma, baş ağrısı şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Fizik muayenesinde ense sertliği saptanan hastaya SSS enfeksiyonu ön tanısıyla yapılan lomber ponksiyon(LP)'da 220 lökosit/mm³ görülmüş. BOS protein 72 mg/dL, glukoz 22 mg/dL(EZKŞ:105 mg/dL) olarak sonuçlanan hastaya bakteriyel menenjit ön tanısı ile ampirik seftriakson tedavisi başlanmış. BOS çini mürekkebi boyamasında kapsüllü maya hücresi görülen hastaya kriptokok menenjiti ön tanısı ile amfoterisin B, flukonazol tedavisi başlanmış. Tedavinin altıncı gününde devir alınan hastaya kontrol LP yapıldı. Hücre sayımında 1000 lökosit/ mm³ görüldü. BOS glukoz 24 mg/dL(EZKŞ:112 mg/dL) protein 19 mg/dL sonuçlandı. BOS multipleks ve mikobakteri PCR negatif saptandı. BOS ve kanda cryptococcus neoformans antijeni negatif sonuçlandı. Baş ağrısı, kusma şikayetinin artması ve nöbet geçirmesi nedeniyle görüntülemelerinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın LP'si tekrarlandı. Hücre sayımında 1515 lökosit/mm³ ve 8 eritrosit/mm³ görüldü. BOS glukoz 33 mg/dL,protein 23 mg/dL sonuçlandı. Hastaya ampirik dördümlü antitüberküloz tedavisi, nazokomiyal menenjit ön tanısıyla meropenem başlandı. Hastanın PPD, quantiferon testi negatif sonuçlandı. BOS kültüründe üreme olmayan hastanın meropenem tedavisi 4. günde kesildi. Tedavinin 14. günündeki LP hücre sayımı 23 lökosit/mm³,21 eritrosit/mm³, BOS glukoz 74 mg/dL(EZKŞ: 113 mg/dL), protein 61 mg/dL sonuçlandı. Antitüberküloz ve deksametazon tedavisine klinik yanıt alınan hasta taburcu edildi. Bir ay sonra baş ağrısı şikayetiyle başvuran hastaya görüntüleme sonrası LP yapıldı. Hücre sayımında 73 lökosit/mm³, BOS glukoz 17 mg/dL(EZKŞ:87), protein 99 mg/dL sonuçlandı. Anogenital his kaybı, idrarda zorlanma şikayetleri nedeniyle pelvik MR çekildi. Presakral, pelvik alanda kitle saptandı. PET-CT de sternumda litik lezyona neden olan, karaciğerde, böbreklerde, pelvis içerisinde yoğun FDG tutan lezyonlar izlendi. Pelvik alandaki lezyondan yapılan biyopsi diffüz büyük b hücreli lenfoma olarak sonuçlandı. Tüberküloz kültüründe üreme olmayan hastanın antitüberküloz tedavisi kesildi. Tedavi ve takibinin devamı için hematoloji kliniğine devredildi.

Sonuç: SSS enfeksiyonları acil tedavi gerektiren,mortalite ve morbiditesi yüksek enfeksiyöz hastalıklardır. İnfeksiyon dışı vaskülit,intrakranial tümörler gibi sistemik hastalıklar da benzeri tabloya yol açabilir. Ayırıcı tanıda bu hastalıkların düşünülmesi tanı ve tedavi için önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Menenjit, Tüberküloz Menenjiti, Lenfomanın santral sinir sistemi tutulumu

PS-52

İSTANBUL'DA TANILANMIŞ KASTAMONU İLİ ORJİNLİ ERİŞKİN OROFARİNGEAL TULAREMİ OLGUSU

Güliz Cemre Erkan

SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İstanbul'da Tanılanmış Kastamonu İli Orjinli Erişkin Orofaringeal Tularemi Olgusu

Güliz Cemre Erkan, Eda Ersen, Ayşenur Şahin, Furkan Karagöz, İsmet Köse, Feyza İslamoğlu, Rahime İspir, Arife Mavi, Ercan Yenilmez, Aziz Ahmad Hamadi, Sibel Boluçu, Semiha Çelik Ekinci, Çiğdem Alakan, Gülveren Türközer, Ayşe Deniz Yüksel

Giriş: Tularemi, Francisellatularensis bakterisinin neden olduğu; tavşan, sincap, sıçan, geyik gibi yabani memelilerden çeşitli yollarla insanlara bulaşan zoonotik bir hastalık olup çok farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilir. Ülkemizde de görülen yerel salgınlara neden olmuştur.

Olgu: 67 yaşında kadın hastanın yaklaşık 1 aydır ağrılı büyümüş lenf nodları, eş zamanlı halsizlik, bulantı kusma şikâyetleri olduğu öğrenildi. Ateş, dizüri, öksürük, solunum sıkıntısı gibi ek şikâyeti olmayan hasta Kastamonu'da devlet hastanesine başvuruda bulunmuş. Hastaya çeşitli antibiyotikler reçete edilmiş fakat hastanın takiplerinde lenfadenopati şikâyetinde gerileme olmaması sebebi ile Kastamonu'dan İstanbul'a gelerek kliniğimize müracaat etti. Laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımında hafif anemi dışında patoloji yok, CRP, sedimentasyon ve prokalsitonin normal sınırlarda saptandı. Çekilen ultrasonografide sağ submandibular bölgede en büyüğü 20x10 mm ölçülen kalın korteks lenfadenopati ve komşuluğunda milimetrik lenf nodları izlendi. Sağ lobdaki en büyük nodüle İİAB önerildi. İİAB raporunda sağ submandibular bölge iltihapla uyumlu görüldü.

Lenfadenopati etyolojinde şüphe üzerine hastadan Tularemi Mikroaglutinasyon (MAT) testi gönderildi, test sonucu 1/320 pozitif olarak geldi.

Hastanın tarafımıza yatışı yapıp 2*850 mg streptomisin başlandı. Hastanın tedavisi sırasında konjunktiviti görülmesi üzerine oküler tularemi açısından göz konsültasyonu yapıldı, ancak oküler tularemi düşünülmeydi. Streptomisin yan etkilerinden dolayı nefrotoksisite açısından yakın takip edildi. 14 günlük streptomisin tedavisinin sonundalenfadenopatide belirgin gerileme görüldü.

Sonuç: Ülkemize ait ilk tularemi olguları 1936 yılında Trakya'da 150 kişinin etkilendiği bir salgın sonucu saptanmıştır. Ülkemizin genelinde ara ara salgınlara halen neden olmaktadır. Ülkemizde en sık görülen form servikal lenfadenopati ile seyreden orofaringeal formdur. Bu hastalarda özellikle beta laktam grubu antibiyotiklere yanıt yokluğu öyküsü varlığında tularemi akla gelmeli ve serolojik tetkikler mutlaka istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Francisella tularensis, oküler, orofaringeal, lenfadenopati, streptomisin

PS-53

HIV HASTASINDA PCP PNÖMONİSİ; TANIDA KLİNİK VE RADYOLOJİ'NİN ÖNEMİ

Eda Ersen, Feyza İslamoğlu, Rahime İspir, Güliz Cemre Erkan, Arife Mavi, Ayşenur Şahin, İsmet Köse, Furkan Karagöz, Semiha Çelik Ekinci, Aziz Ahmad Hamidi, Ercan Yenilmez
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

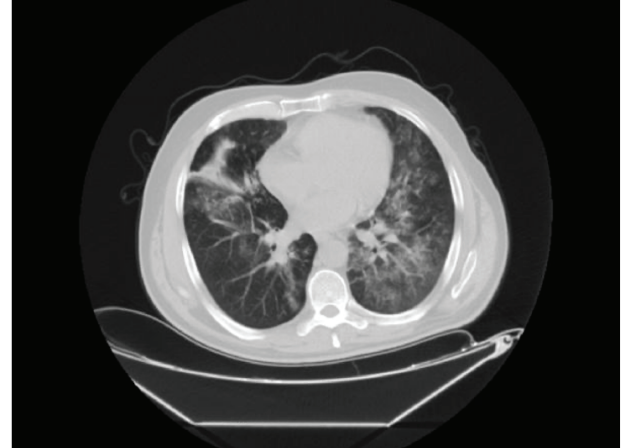
Amaç: Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP) immünsupresif hastalarda görülen fırsatçı bir fungal enfeksiyondur. PJP'nin uygun şekilde tedavisi ve profilaksisi bu enfeksiyona bağlı morbidite ve mortalitenin önlenmesi için oldukça önem taşımaktadır. PCP, HIV negatif immünsupresif hastalarda akut başlangıçlıdır ve semptomlar daha progresiftir. Bu yüzden hızlı tanısı önemlidir.

Olgu: 43 yaş erkek hasta, katarakt cerrahisi öncesi tetkiklerinde anti HIV testi pozitif saptanmış. Hastanın 10 gün öncesinde öksürük, balgam, hırıltı şikayetleri olmuş lakin aktif şikayeti bulunmamakta. Yapılan fizik muayenesinde patolojik bulgu izlenmedi. PPD sıfır mm, balgamda ARB incelemesi negatif; tüberküloz düşünülmeyen hastaya tenofovir adefenamid + emtrisitabin + biktgravir tedavisi başlandı. Hasta, 4 gün sonra 2 gündür devam eden öksürük, nefes darlığı, üşüme titreme, halsizlik şikayetleri ile enfeksiyon hastalıkları kliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde ateş 37.7°C, SS:20, Nb:95/ dk,TA:110/74mmHg, SO2:%96. Solunum sesleri azalmış. Ral yok, ronküs yok. takipneik, yardımcı solunum kasları solunuma katılıyor. Yatışında yapılan görüntülemelerinde toraks tomografi incelemesinde her iki akciğer alt loblarda sağ akciğer üst lob, sol akciğer üst lob yaygın yamasal buzlu cam alanları, sağ akciğer orta lobunda hava bronkogramları gösteren konsolidasyon alanları izlendi. Radyologlarla birlikte yapılan değerlendirmede atipik viral pnömonik infiltrasyonla uyumlu olduğu düşünüldü. Diğer tanısal testlerde patoloji olmayan hasta PCP pnömonisi olarak değerlendirildi. Piperasilin- tazobaktam 4x4,5 gr + TMP-SMX 400/80mg 4x3 ampul + klaritromisin 500mg 2x1 tb + metilprednisolon 2x40mg iv başlandı. TMP-SMX 4x3 iv 8.günde kesildi. TMP-SMX tb 3x4 olarak eklendi. Piperasilin-tazobaktam ve klaritromisin tedavileri 9. gününde durduruldu. TMP-SMX tedavisi 21 güne tamamlanmasının ardından Cd4 sayısı düşük olan hasta için tmp-smx profilaskisinin devamı önerildi.

Sonuç: Solunum yolu örneklerinde PCP saptanması tanıda altın standarttır. Fakat hastanemizde mevcut olmaması nedeni ile CD4 sayısı 2/mm³ olan, görüntülemelerinde perihiler bölgeden başlayan bilateral diffüz infiltratif görünüm, konsolidasyonlar mevcut olan hastaya PCP pnömonisi tanısı koyarak etkili bir tedavi planladık. PCP tanısında klinik ve radyolojik bulguların tanısal önemini bu olguda vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: HIV, Pneumocystis jirovecii pnömonisi, Radyoloji

radyoloji



bilgisayarlı tomografi

PS-54

YOĞUN BAKIMDA GÖRÜLEN ACHROMOBACTER DENİTRİFİCANS OLGUSU

Ayşe Nur Şahin, Eda Ersen, Cemre Güliz Erkan, Feyza İslamoğlu, Furkan Karagöz, Arife Mavi, Rahime İspir, Semiha Çelik Ekinci, Aziz Ahmad Hamidi, Ercan Yenilmez

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Achromobacter denitrificans, topraktan izole edilen ve insanlarda enfeksiyonlara neden olabilen, gram-negatif, oksidaz ve katalaz pozitif, katı aerobik, her yerde bulunabilen bir bakteridir. Achromobacter denitrificans genel olarak primer komplike olmayan bakteriyemi, pnömoni ve kateterle ilişkili enfeksiyon tablolarına yol açar. Burada occipital bölgede cilt altında gelişen akıntılı yaranın debridmanı sırasında alınan yara yeri kültüründe Achromobacter denitrificans üreyen olgu sunulacaktır.

OLGU: 70 yaşında bilinen şizofreni tanısı olan erkek hasta düşme sonrası fraktürden 10 gün sonra oral alımda azalma genel durumda kötüleşme ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine entübe edilerek 25.06.2023'te anestezi yoğun bakım ünitesine interne edilmiş. Hastanın yatışı sırasında kültürlerinde multiple nozokomiyal etken üremeleri nedeniyle çoklu antibiyotik kullanım öyküsü mevcut. Yatışının 44. gününde occipital bölgede kötü kokulu pürülan akıntısı olması üzerine ampirik meropenem, vankomisin tedavisi başlandı. Bu sırada apse için beyin cerrahisi tarafından hastaya debridman yapıldı, beyin cerrahisi tarafından apsenin beyinle ilişkisi olmadığı, cilt altına sınırlı olduğu ifade edildi. Hastanın bir gün sonra sonuçlanan kan kültüründe meropenem dirençli Pseudomonas aeruginosa üremesi olması üzerine meropenem kesilerek vankomisin tedavisine devam edildi ve tedaviye seftazidim eklendi. Debridman sırasında gönderilen yara kültüründe Achromobacter denitrificans üremesi oldu. Üreyen etken antibiyogramda seftazidim duyarlı olduğu için, hastadan klinik ve akut faz yanıt alındığı için tedaviye devam edildi. Vankomisin 14.günde seftazidim 21. günde kesildi. Hasta halen yoğun bakımda takip edilmektedir.

SONUÇ: Achromobacter denitrificans enfeksiyonların çoğu hastanede yatış sırasında gelişir. Bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde Achromobacter denitrificans'ın neden olduğu invazif enfeksiyonlar ölümcül olabilir. Bu invaziv enfeksiyonların mortalitesi yüksek olacağı için erken tanı ve tedavi hayat kurtarır.

Anahtar Kelimeler: Achromobacter denitrificans, kültür, antibiyotik

figure 1.occipital bölgede cilt altında kötü kokulu pürülan akıntılı yara



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



PS-55

AKUT HEPATİT B, PRİMER SİFİLİZ VE EPİDİDİMOORŞİT OLAN OLGU

Berna Yoldaş, Beyza Nalbant, Selma Tosun

SBÜ İzmir Tıp Fakültesi Bozyaka SUAM Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği İzmir

Ülkemizde son yıllarda cinsel yolla bulaşan hastalıklarda (özellikle sifiliz, HIV/AIDS) belirgin artış vardır. Ulusal Hepatit B (HBV) aşılması sonrası çocuk ve adolesanlarda artık hemen hiç akut HBV vakası görülmezken erişkinlerde akut HBV vakaları halen görülmektedir. Erişkinlerde bulaş yolu esas olarak horizontal yoldadır ve en başta gelen neden de heteroseksüel veya eşcinsel ilişkidir. Cinsel ilişkiyle birden fazla enfeksiyon etkeninin bulaşabildiği bilinmektedir. Sunulan bu olgu böyle vakalara örnek oluşturmaktadır.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 46 yaşında erkek hasta testiste ağrı, kızarıklık, şişlik, bulantı, kusma yakınmalarıyla 15.09.2023 tarihinde acil servise başvurmuş olup; ALT:1000, AST:687, INR:1.12, bilirubin:0.52, HBsAg pozitif, antiHBcIgM pozitif; batın USG olağan, testis USG de sağda epididimoorşit saptanması üzerine servisimize yatırıldı. Geçirilmiş viral hepatit öyküsü yoktu. Yatıştan sonra çıkan tetkiklerinde HBeAg pozitif, HBV DNA 6.630.000 IU/mL, delta Ag-Ab negatif; sifiliz antikoru pozitif, VDRL 1/16 olarak saptandı. Genital bölgede aktif şankr yoktu, öyküsünde de saptanmadı. Üç hafta önce multiple erkek partnerlerle şüpheli cinsel teması mevcuttu. Orşit nedeniyle bakılan Rose Bengal ve Wright testleri negatif saptandı. Bilinci açık, koopere olan hastaya sıvı desteği ve orşit açısından antibiyotik başlandı. Yatışında ikteri yoktu, bilirubin normaldi, iştahsızlık dışında yakınması yoktu; ancak yatışının 10. gününden itibaren karaciğer enzimleri, bilirubin düzeyleri ve INR'si artmaya başladı, bunun üzerine entekavir 0.5 mg başlandı. Daha sonra yatışının 14. gününde skrotumda abse gelişti, üroloji tarafından drene edildi; mikroskopide her saha 8-10 lökosit görüldü, kültürde üreme olmadı. Bunun üzerine tedaviye antianaerob eklendi. Skrotal abse bu tedaviyle bir miktar geriledi ancak 1 hafta sonra tekrarladı, yeniden drene edildi; mikroskopik bakıda özellik saptanmadı, kültürde üreme olmadı. Hasta yattığı sürece Gastroenteroloji ve Üroloji klinikleri ile ortaklaşa izlendi. Yatışının 20.gününde kliniği iyi, bilinci açık olup kaybolmuş olan iştahı yerine geldi ancak 24. günde ALT:1718, AST:1278, total bilirubin:8.9'a ve INR'nin 1.55'e yükselmesi üzerine organ nakli yapılan dış merkezlerle nakli için görüşüldü; fakat hastanın orşit ve sifiliz tabloları nedeniyle nakil merkezi hastayı kabul etmedi. Gastroenteroloji kliniğine nakledilen hasta NAC infüzyonuyla izlenmeye devam edildi. Yatışının 30.gününde enzimler ve bilirubin düşmeye başladı, INR normale döndü; orşiti geriledi ve taburcu edildi. Aşı yapılmadığı için akut fulminan HBV tablosuyla neredeyse yaşamını yitirme riskiyle karşılaşan bu vaka erişkinlerde HBV aşılmasının ve cinsel yolla geçişin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Ayrıca cinsel yolla bulaşan bir etken söz konusu olduğunda diğer etkenlerin de (sifiliz, gonore, HIV) mutlaka araştırılması gerektiğine dikkat çekmektedir. Şu an için HIV negatif olan olgunun bu açıdan da izlemleri uzun süre devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: HBV, sifiliz, epididimoorşit

11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR



11. BUHASDER KONGRESİ

29 Ekim - 1 Kasım 2023
Palm Wings Ephesus, Selçuk-İZMİR

