E-ISSN: 2147-673X

MEDITERRANEAN JOURNAL OF INFECTION, MICROBES AND ANTIMICROBIALS

Year: 2019
Volume: 8
Supplement 1

7. TÜRKİYE EKMUD BİLİMSEL PLATFORMU
"ULUSLARARASI KONGRE"
ÖZEL SAYISI



www.mjima.org

2019 EKMUD POSTER SUNUMLARI

[PS-001]

Sarkoidoz veya Tüberküloz: Sarkoidoz Tedavisi Altında Pott Hastalığı Tanısı Konulan Bir Olgu

Handan Köksal Alay, Fatma Kesmez Can, Mehmet Parlak, Emine Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Küresel olarak, en iyi tahminle 2017'de dünyada 10 milyon (9-11 milyon) insanın tüberküloz hastalığı geçirdiği belirtilmektedir. Ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan biri olan tüberküloz her yıl milyonlarca insanı hastalandırmaya devam etmektedir. Tüberküloz ve sarkoidoz benzer hastalık bulgularına sahip kronik granülomatöz hastalıklardır. Benzer özelliklere sahip bu hastalıklarda birçok tüberküloz olgusu başlangıçta sarkoidoz olarak yanlış teşhis edilirken bu durumun tam tersi de olabilmektedir. Ayrıca bu iki hastalık eş zamanlı olarak da görülebilmektedir.

Olgu: Altmış yedi yaşında kadın hasta, 15 yıldır sarkoidozis tanısıyla steroid tedavisi almaktayken yaklaşık bir yıldır sırt ağrısı şikayeti mevcuttu. Termometre ile ölçmediği ateş yüksekliği ve titreme tarifleyen hasta ortopedi ve fizik tedavi klinikleri tarafından değerlendirilerek farklı ağrı kesici tedaviler kullanmıştır. Özgeçmişinde beş yıldır hipertansiyonu, burun derisinde bazal hücreli karsinom tanısı mevcuttu. Hastanın genel durumu orta, şuuru açık, koopere ve oryante idi. Sağ ve sol aksiller bölgede yaklaşık 1,5 cm ebatlarında lenf nodu mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde BK: 8100 (lenfosit: %24,9 nötrofil: %65,8), hemoglobin: 9,8 gr/dl, C-reaktif protein: 66,5 mg/l, eritrosit sedimentasyon hızı: 35 mm/saat, BUN: 12,15 mg/dl, kreatinin: 0,5 mg/dl, PPD: Quantiferon: yüksek pozitif, aspartat aminotransferaz: 21 U/l, alanin aminotransferaz: 15 U/l, laktat dehidrogenaz: 344 U/l, total protein: 5 g/dl, albümin: 2,47 g/dl, balgamda aside dirençli bakteri ve kültür sonuçları olumsuz olarak geldi. Torakal ve lomber manyetik rezonans görüntüleme sonucu T9-11 vertebralarda yükseklik kaybı, post kontrast görüntülerin değerlendirilmesinde vertebra korpuslarında yoğun şekilde kontrast tutulumunda artış (TBC?) şeklinde raporlandı (Şekil 1). Sağ aksiller bölgedeki lenf nodundan görüntüleme eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Nekrotizan granülomatöz lenfadenit olarak raporlandı. Verilen sarkoidoz tedavisi kesildi. Hastaya iki ay dörtlü anti-tüberküloz tedavi verildi. Ağrı şikayeti gerileyen hasta ikili anti-tüberküloz tedavi almaya devam ediyor.

Sonuç: Tüberkülozis ve sarkoidozis hem klinik hem de immünolojik olarak birbirleriyle çok benzemelerine karşın tedavileri iki zıt hastalıklardır. Sarkoidozis tanısı ile steroid tedavisi almaktayken tüberkülozis gelişebileceğini ve eş zamanlı hastalıkların birlikte olabileceğini unutmamak gerekir. Benzer sistemik semptom ve bulgulara sahip bu hastalıkların ayırıcı tanıları için daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidozis, tüberkülozis, Pott hastalığı



Şekil 1. Torakolomber manyetik rezonans görüntüleme görüntüsü

[PS-002]

Hepatit C Virüs Eradikasyon Çabamızda Ne Kadar Başarılı Olduk?

Handan Köksal Alay[1], Berrin Göktuğ Kadıoğlu[2]

[1]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

[2]*Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Erzurum*

Giriş: Dünyada 130-170 milyon insanın hepatit C virüs (HCV) ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Enfeksiyon asemptomatik olduğundan HCV enfeksiyonuna sahip kişilerin çoğunluğu enfeksiyonun farkında değillerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2030 yılına kadar hepatit C enfeksiyonu eliminasyon hedefi dahilinde gizli kalan hepatit hastalarını bulmak ve tedavilerinin gerçekleştirilmesini hedeflemektedir. Hapishaneler, intravenöz uyuşturucu ilaç bağımlıları, insan immün yetmezlik virüsü (HIV)/HCV koenfeksiyonu olanlar ve sağlık kurumları öncelikli olarak taranarak HCV enfeksiyonu tedavi edilerek sessiz salgın durdurulabilir. Çalışmamızda 2014-2018 yılları arasında hastanemizde operasyona alınan hastalardan istenen hepatit marker sonuçlarından anti-HCV sonucu olumlu olarak gelen hastaları tedavi etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2014-2018 yılları arasında Kadın Doğum Hastanesi'ne müracaat eden hastalardan istenen hepatit marker sonuçları retrospektif olarak tarandı. Yıl içerisinde ya da sonraki yıllarda tekrar eden hastalar çalışmadan çıkarıldı. Anti-HCV olumlu olarak gelen hastaların hastane kayıtlarından telefon numaralarına ulaşıldı. Hastalar enfeksiyon hastalıkları polikliniğine davet edildi. Hastalardan anti-HCV ve HCV-RNA tetkikleri istendi. Saptanabilir HCV-RNA sonucu olumlu olan hastalar hepatit C tedavisine alındı.

Bulgular: Çalışmamızda 2014-2018 (4. aya kadar) yıllarındaki anti-HCV olumlu olarak gelen hasta sayısı sırasıyla 7, 10, 13, 17 ve 8 olarak geldi. Anti-HCV istenen hasta sayısı sırasıyla 18124, 15125, 17686, 20664, 17622 idi. İki hastanın HCV-RNA sonucunun olumlu gelmesi üzerine merkezimizde tedavi planladık. Üç hastaya dış merkezde tedavi başlandı. Yirmi bir hastanın anti-HCV ve HCV-RNA sonuçları olumsuz olarak geldi. Yirmi dokuz olguya ise verdikleri iletişim numaralarından ulaşılamadı.

Sonuç: Anti-HCV olumlu hasta sayısına karşın çoğu olguya ulaşamayışımız çalışmamızın kısıtlılığını göstermektedir. Bölge olarak yıllık hasta sayının oldukça fazla olduğu hastanemizde yaptığımız bu çalışmanın tarama kapsamına alınan birimlere yol gösterici olacağı kanaatindeyiz. Hepatit C enfeksiyonunun eradikasyonu için direkt etkili antiviral tedavilerin yanında, kişilere hepatit C enfeksiyonundan korunma önlemleri eğitimi verilerek, evrensel olarak ve özellikli alanların hepatit C enfeksiyonu yönüyle taranması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit C enfeksiyonu, tarama, eradikasyon

[PS-003]

Fournier Gangrenine İlerleyen Vulvar Selülit Olgusu

Zeynep Şule Çakar[1], Ayşe Serra Özel[1], Lütfiye Nilsun Altunal[1], Sinan Öztürk[1], Şenol Çomoğlu[1], Ayten Kadanalı[1], Rabia Merve Erbıyık[2], Nida Bayık[2], Tolga Canbak[3]

[1]*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Behiye Dede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

[2]*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

[3]*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Giriş: Vulvar selülit, basit yüzeyel deri enfeksiyonundan yaşamı tehdit edici hastalığa kadar geniş bir spektruma sahip olabilir. Vulvar subkutanöz doku ve fasiyal planlar aracılığıyla enfeksiyonun batın ön duvarı, inguinal bölge, uyluk ve derin perineal alana yayılımı mümkündür. Biz bu bildiride vulvar selülit olarak başlayan ve Fournier gangrenine ilerleyen bir olguyu paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Altmış üç yaşında kadın hasta, acile bir gündür üşüme-titreme ile yükselen ateş, sağ labiumda kızarıklık, şişlik ve ısı artışı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde tip 2 diabetes mellitus, tekrarlayan hemoroid atakları ve iki gün önce anal bölgede ağrı sebebiyle genel cerrahi polikliniğine başvurma öyküsü mevcuttu. Muayenesinde ateş 38 °C, TA: 97/52 mmHg, nabız: 95/dk, sağ labiumda ödem, hiperemi, ısı artışı olan hasta, vulvar selülit ön tanısı ile jinekoloji servisine yatırıldı. Antibiyoterapisi daptomisin 1x500 mg intravenöz (IV) ve piperasilin tazobaktam 3x4,5 gr IV olarak düzenlendi. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 19,990 K/uL, C-reaktif protein: 21,7 mg/dl idi. Yüzeyel ultrasonografide apse saptanmadı. Klinik takibin ikinci gününde sağ labiumdaki ödem, hiperemi ve ısı artışının suprapubik bölge ile bilateral inguinal bölgeye ilerlemesi ve beraberinde sertlik gelişmesi üzerine hastanın antibiyoterapisi daptomisin 1x500 mg IV, meropenem 3x1 gr IV ve klindamisin 3x900 mg IV olarak değiştirildi. Nekrotizan fasiit ve Fournier gangrenine ilerleme açısından alt batın manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çekildi. Genel cerrahi konsültasyonu istendi. Klinik ve MRG sonucunda nekrotizan fasiit ve Fournier gangreni düşünülen hastanın debridmanı yapıldı. Operasyon sonrası vakum yardımlı yara kapama uygulanan hastanın antibiyotik tedavisi 14 güne tamamlanarak hasta taburcu edildi.

Sonuç: Fournier gangreni, perineal, perianal veya genital bölgeleri etkileyen, nadir görülen bir nekrotizan fasiittir. Hastalık erkeklerde daha yüksek bir insidansa sahip olmakla beraber nadiren kadınlarda da görülür. Hastalığın belirtileri, fizik muayene bulguları ve mevcut risk faktörlerinin belirlenmesi, olası tanı ve tedaviyi belirlemede temel faktörlerdir. Enfeksiyonun erken tanısı, medikal tedavi veya cerrahi yöntemler ile erken tedavisi, morbidite ve mortalitenin azaltılması için çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Selülit, Fournier gangreni

[PS-004]

2011-2018 Yılları Arasında Samsun İlindeki Tularemi Olgularının İncelenmesi

Sevil Alkan Çeviker[1], Özgür Günal[2], Sırrı Kılıç[2]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

Giriş: Tularemi salgınlara sebep olabilen zoonotik bir hastalıktır. Samsun ilinde 2005, 2007 ve 2008 yıllarında tularemi salgınları görülmüştür. Bu çalışmamızda 2011-2018 yılları arasında saptanan tularemi olgularını inceledik.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2011-Nisan 2018 tarihleri arasında Samsun Eğitim Araştırma ve Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği'ne başvuran, klinik ve laboratuvar olarak tularemi tanısı konulan 16 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların sosyo-demografik özellikleri, risk faktörleri, klinik ve laboratuvar bulguları, verilen tedaviler ve tedavi sonrası takipleri incelendi. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi, Ulusal Tularemi Referans Laboratuvarı'na gönderilen serum örneklerinin mikroaglütinasyon test (MAT) sonucu 1/160 ve üzerinde olan olgular serolojik olarak olumlu kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda toplam 174 hastadan tularemi şüphesi ile tetkik gönderildiği ve bunlardan 16'sında tularemi MAT 1/160 üzeri titrede olduğu saptanmıştır. Bu 16 olgunun dokuz tanesine polikliniğimize başvurmadan önce diğer bölümlerce amoksisilin-klavulonik asit ve 2. kuşak sefalosporin içeren oral antibiyotik tedavileri verildiği tespit edilmiştir. Olguların yaş ortalaması 47,5 (yaş aralığı: 17-74), dördü (%25) erkek, 12'si (%75) kadındı. Hastaların altısı çiftçi, ikisi asker, dördü serbest meslek grubundan çalışan ve biri öğrenci idi. Olguların tamamı Samsun ilinin kırsal bölgelerinde yaşayan hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların ortalama hastaneye başvuru süresi 23,43 gün (6-60 gün) olarak saptanmıştır. Hastalarda en sık saptanan klinik bulgular Tablo 1'de verilmiştir. Hastalıkta en sık risk faktörleri olarak; çeşme suyu kullanma (%93,75), kırsal kesimde yaşama (%75) ve çiftçilik yapma saptanmıştır (%56,25). Lenfadenopatiye eşlik eden en sık laboratuvar bulguları ise; lökositoz (%56,25) ve artmış sedimentasyon hızı (%56,25) olarak saptanmıştır. Klinik olarak en sık görülen tablolar; orofarengeal (%62,5), glandüler (%31,3) ve ülseroglandüler (%6,25) tutulum şeklinde gözlenmiştir. Tularemi tanısı olan tüm olgulara 14 gün süreyle streptomisin tedavisi verildi. Tedavi sonunda hastalarda klinik bulgular tamamen düzeldi ve nüks gözlenmedi.

Sonuç: Samsun'un da dahil olduğu Orta Karadeniz Bölgesi'nde epidemiler yapan tularemi, özellikle ateş ve servikal lenfadenopati ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Samsun, lenfadenopati, tularemi

Tablo 1. Tularemi olgularının semptom ve klinik bulgularının incelenmesi

Klinik bulgular	n (%)
Lenf bezinde büyüme ve/veya ağrı	15 (93,75)
Boğaz ağrısı	7 (43,75)
Halsizlik	7 (43,75)
Kas ve eklem ağrıları	7 (43,75)
Ateş yüksekliği	3 (18,75)
İştahsızlık	3 (18,75)
Karın ağrısı ve/veya ishal	3 (18,75)
Bulantı ve/veya kusma	2 (12,75)
Gözde/gözlerde kızarıklık ve şişlik	2 (12,75)
Deride ülser ve/veya yara	1 (6,25)

[PS-005]

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesindeki Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların Değerlendirilmesi

Sevil Alkan Çeviker[1], Pınar Korkmaz[1], Duru Mıstanoğlu Özatağ[1], Mustafa Yılmaz[1], Halil Aslan[1], Saime Ergen Dibekoğlu[2]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya
[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kütahya

Giriş: Son yıllarda, invaziv girişimlerin, immünosüpresif tedavilerin ve yoğun bakım ünitelerinin (YBÜ) yaygınlaşması beraberinde çocuk hastalarda sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların (SHİE) sıklığının artmasına neden olmaktadır. Uygun bir antimikrobiyal yönetim için SHİE'de etken dağılımlarının ve antimikrobiyal direnç profillerinin bilinmesi gerekmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 1 Ocak 2014-1 Aralık 2018 tarihleri arasında çocuk YBÜ'de gelişen SHİE'lerin retrospektif olarak değerlendirmesi amaçlandı (Tablo 1). SHİE tanımı "Centers for Disease Control and Prevention" kriterlerine göre yapıldı.

Bulgular: Çalışmamızda beş yıllık periyotta toplam 21 SHİE tespit edildi. Enfeksiyonların yıllara göre dağılıma değerlendirildiğinde; 2014 yılında 1, 2015 yılında 1, 2016 yılında 8, 2017 yılında 5 ve 2018 yılında ise 5 SHİE tespit edildi. En sık tespit edilen SHİE, ventilatör ilişkili pnömoni idi (%47,6). SHİE tanısı konulan hastalardan alınan kan kültürlerinde en sık koagülaz-olumsuz stafilokok (%50), derin trakeal aspirat kültürlerinde ise *Pseudomonas aeruginosa* (%30) ve *Acinetobacter baumannii* (%25) üremeleri saptandı. Tüm SHİE'lerde en sık saptanan etken *Pseudomonas aeruginosa* (%19) idi. Üreyen üç *Acinetobacter* suşunun birinde hem karbapenem hem de kolistin direnci, *Klebsiella* suşlarının tamamında genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz olumluluğu mevcuttu. Enterokok suşlarının birinde vankomisin direnci saptandı. *Pseudomonas* suşlarında karbapenem ve kolistin direncine rastlanılmadı.

Sonuç: Çoğul dirençli Gram-olumsuz bakterilerin çocuk hastalarda gelişen SHİE'lerde de önemli bir problem olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu enfeksiyonların gelişiminin engellenmesi ve tedavilerinin planlanmasında multidisipliner çalışılması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Çocuk yoğun bakım ünitesi, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon

Tablo 1. Çocuk yoğun bakım ünitesinde gelişen sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlarda etken mikrooorganizmaların dağılımı

SHİE	n (%)
Ventilatör ilişkili pnömoni	10 (47,6)
Olası ventilatör ilişkili pnömoni	1 (4,8)
Ventilatör ilişkili durum	1 (4,8)
Santral venöz kateter ilişkili KDE	6 (28,5)
Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu	3 (14,3)
Mikroorganizma	n (%)
Pseudomonas aeruginosa	4 (19)
Klebsiella pneumoniae	3 (14,3)
Koagülaz negatif stafilokok	3 (14,3)
Acinetobacter baumannii	3 (14,3)
Candida albicans	2 (9,5)
Enterococcus faecium	2 (9,5)
Enterobacter cloacae	1 (4,8)
Enterococcus spp.	1 (4,8)
Klebsiella oxytoca	1 (4,8)
Metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus*	1 (4,8)

SHİE: Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar, KDE: Kan dolaşım enfeksiyonları

[PS-006]

Kronik Otitis Media Tanılı Hastalardan Alınan Dış Kulak Yolu Kültür Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Sevil Alkan Çeviker[1], Dursun Mehmet Mehel[2], Abdulkadir Özgür[2], Özgür Günal[3], Sırrı Kılıç[3]

[1]*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Samsun*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun*

Giriş: Bu çalışmada üç yıllık dönemde, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve kronik otitis media (KOM) tanısı konulan hastalardan alınan dış kulak yolu kültür sonuçlarının incelemesi yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 1 Ağustos 2015-1 Ağustos 2018 tarihleri arasında hastanemiz Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği'nde KOM tanısı konulan ve dış kulak yolunda akıntısı olan 66 hastanın mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen dış kulak yolu kültür sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir. Alınan kültürlerde deri florasına ait bakteri üreyen hastalar ve kültür alındığı sırada antibiyotik kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Bakteriyolojik inceleme için kanlı agar, çikolatamsı agar ve Eozin Metilen Blue agara, şüpheli mantar üremesi olan örnekler ise iki ayrı Sabouraud dekstroz agara ekilmiştir. Sonuçlar VITEK 2 (BioMerieux, France) antibiyogram cihazı ile hastanemiz mikrobiyoloji laboratuvarında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda 66 hastadan alınan 73 dış kulak yolu kültür sonucu incelenmiştir. Hastalar incelendiğinde 33'ü kadın, 33'ü erkek, yaş aralığı: 1-80 ve ortalama yaş: 39,3±1,3 olarak saptanmıştır. Dış kulak yolundan alınan 73 kültürün 62'sinde (%84,9) üreme saptanırken, 11'inde (%15,1) üreme saptanmamıştır. Kültürlerde en sık üreyen etken *Pseudomonas aeruginosa* (%42,4) olarak saptanırken, tekrarlayan otitis nedeniyle başvuran yedi hastadan alınan kültürlerde de en sık üreyen etkenin *P. aeruginosa* (n=5, %71,4) olduğu saptanmıştır. Kültürde üreyen diğer en sık etkenler ise; koagülaz-negatif stafilokok (%16,7), *Staphylococcus aureus* (%10,6) (altısı metisilin duyarlı ve biri metisilin dirençli), küf mantarı üremeleri (%10,6) olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: KOM'nin tekrarlayan süpürasyon ataklarında dış kulak yolu kültürü alınmalı ve antibiyogram sonucuna göre tedavi verilmelidir. Bu enfeksiyonların gelişiminin önlemesi ve tedavilerinin etkin şekilde düzenlenebilmesi amaçlı çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kronik süpüratif otitis media, dış kulak yolu kültürü, antibiyotik tedavisi

[PS-007]

Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu ve Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma Tanısını Eş Zamanlı Alan Bir Olgu

Duygu Mert, Nagihan Ulu Demirci, Hasan Öksüzoğlu, Aysel Köksal, Göknur Yapar Toros, Mustafa Ertek

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

Giriş: HIV enfekte bireylerde malignite gelişme riski artmıştır. HIV tanısı konmadan bu malignitelerle hasta müracaat edebilir. HIV ile ilişkili maligniteler; Kaposi sarkomu, non-Hodgkin lenfoma ve invaziv servikal kanserdir. HIV enfekte bireylerin 1/3'ü maligniteler sonucu ölür. Bu çalışmada HIV enfeksiyonu ile beraber diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen komorbid durumu olmayan 39 yaşındaki erkek hastanın hastaneye yatışından 15 gün önce karın ağrısı, ishal ve kusma şikayetleri başlamıştır. On beş gün içinde yaklaşık 20 kg kaybetmiştir. Anti-HIV antikoru ve doğrulama testi pozitif saptanmıştır. HIV enfeksiyonu tanısı ile Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'ne yatırıldı. Beyaz küre: 9300 /µl, nötrofil: 7470 /µl, lenfosit: 860 /µl, hemoglobin: 8,91 g/dl ve hematokrit: %30,3 idi. Alanin aminotransferaz: 122,6 U/L, aspartat aminotransferaz: 166,9 U/L, total bilirubin: 9,606 mg/dl, direkt bilirubin: 5,689 mg/dl idi. Periferik kan örneğinden yapılan immünofenotipik değerlendirmede, %56,09 T-lenfosit (553,95 /µl); %13,84 T-helper (136,72 /µl), %42,53 T-sitotoksik (420,06 /µl) görüldü. CD4/CD8 oranı 0,33 idi. Seftriakson 2x1 gr intravenöz (IV) başlandı. Gaita mikroskopisi normal, gaita, idrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. HIV-RNA: 7423439 IU/ml saptandı. Tenofovir disoproksil/emtrisitabin 245 mg/200 mg 1x1 ve dolutegravir 50 mg 1x1 peroral başlandı. Batın ultrasonografisinde karaciğer her iki lobda, multipl, büyüğü 52x50 mm çapında hipoekoik lezyonlar saptandı. Portal hilusta ve peripankreatik alanda hipoekoik lenfadenopatiler (LAP) izlendi. Beşinci günde hastanın ateşinin devam etmesi üzerine seftriakson kesilerek yerine piperasilin-tazobaktam

3x4,5 gr IV başlandı. Karaciğerdeki lezyondan ve batındaki LAP'den biyopsi alındı. Patoloji sonucu "DBBHL" çıktı. Hastaya prednizolon ve rituksimab başlandı. Antiviral tedavinin dördüncü haftasında HIV-RNA düzeyinde 2 log düşme saptandı. Hasta, lenfoma yönünden takip ve tedavisi için hematoloji servisine nakledildi.

Sonuç: HIV pozitif hastaların %25-40'ında malignite gelişir ve %10'u NHL'dir. Sistemik NHL AIDS-bağlı lenfomaların en sık görülenidir. AIDS-bağlı sistemik NHL agresif seyirli ve yüksek gradeli lenfomalardır. İlerlemiş HIV enfeksiyonunda, CD4 sayısı 100'ün altında NHL sıklığı artar. Ayrıca viral yük prognozla ilişkilidir. Bu olguda da HIV-RNA: 7423439 IU/ml ve CD4 hücre sayısı 136,72 /µl idi. HIV enfekte bireylerde tüm maligniteler erken başlangıç yaşı ve agresif klinik seyir gösterir. Bu nedenle HIV enfekte bireylerde malignite yönünden tarama yapılması, özellikle NHL'lerde ise edinsel immün yetmezlik sendromu yönünden dikkatli olunması gerekir.

Anahtar Kelimeler: HIV, diffüz büyük B hücreli lenfoma, HIV-RNA

[PS-008]

"Diyabetik El" Komplikasyonlu Bir Olgu

Handan Köksal Alay, Fatma Kesmez Can, Emine Parlak, Mehmet Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Diabetes mellituslu (DM) hastalar hiperglisemiye bağlı bozulmuş immün yanıt, vasküler yetmezlik, duyusal periferik nöropati, otonom nöropati, deri ve mukozaların patojen organizmalarla kolonizasyonu sonucu enfeksiyonlara duyarlıdırlar. Diyabetik hastalarda diyabetik ayak enfeksiyonlarıyla sıklıkla karşılaşmaktayız. Diyabetik el nadir görülen fakat önemli bir komplikasyondur. Diyabetik el enfeksiyonlarının daha çok Afrika ve tropikal iklimlerde görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur. Risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, travma öyküsü, böcek ısırıkları, kötü glisemik kontrol, düşük sosyo-ekonomik durum, kırsal bölgede yaşamak ve hastaneye geç müracaat edilmesi yer almaktadır. Eklem hareket kısıtlılığı, tetik parmak ve Dupuytren kontraktürü gibi birçok el problemleri görülebilir. Bu bildiride nadir görülen bir diyabetik komplikasyon olan "diyabet el" gelişen bir olguyu literatür eşliğinde sunmak istedik.

Olgu: Elli altı yaşında kadın hasta, Ağrı/Doğubeyazıt'dan geliyordu ve 10 yıldır tip 2 diyabet tanısıyla takip ediliyordu. Özgeçmişinde beş yıldır hipertansiyonu vardı. Sol el üzerinde travma sonrası gelişen bir yaranın iyileşmemesi ve giderek büyümesi üzerine kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde akciğer dinlemekle ekspiryumda uzama, bilateral pretibial ödem ve sol el plantar yüzeyde pürülan akıntılı, ülsere görünümde yara mevcuttu. Hastanın kabulündeki laboratuvar değerleri BK: 18900 (NE %84,8), hemoglobin: 9,2 g/dl, Plt: 207000/mm^3, eritrosit sedimentasyon hızı: 72 mm/saat, C-reaktif protein (CRP): 176 mg/l, BUN: 34,11 mg/dl, kreatinin: 1 mg/dl, glukoz: 164 mg/dl ve HbA1c: 6,9 idi. Tam idrar tetkikinde 101/hpf lökosit olarak gelen hastaya seftriakson 2x1 g tedavisi başlandı. Dahiliye kliniği ile konsülte edilen hastanın kan şekeri regülasyonu sağlandı. İdrar kültüründe ve yara kültüründe üreme olmadı. Tedavinin 8. gününde alınan kan tetkiklerinde BK: 14930 (NE %79,2), eritrosit sedimentasyon hızı: 81 mm/saat, CRP: 185 mg/dl, BUN: 28,04 mg/dl, kreatinin: 0,7 mg/dl, glikoz: 139 mg/dl olarak geldi. Takiplerinde yaradaki pürülan akıntının düzelmemesi ve CRP düzeylerinin artması üzerine yara kültürleri tekrarlandı ve tedavisi meropenem 3x1 g olarak değiştirildi. Sol el manyetik rezonans görüntüleme sonucunda kemik tutulumu yoktu. Akıntısı düzelen ve sekonder iyileşmesi olan hastanın antibakteriyel tedavisi 30. gününde kesildi (Resim 1).

Sonuç: Nadir olarak karşımıza çıkan diyabetik el komplikasyonu tanısı ve tedavisi multidsipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Diyabetli hastalar sadece ayakta değil elde oluşabilecek değişiklikler açısından da günlük kontrollerini yapmaları, diyabetik el enfeksiyonlarından korunmak için basit bakım teknikleri, sıkı glisemik kontrol ve semptomların erken döneminde başvurmaları konusunda eğitilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik el, diabetes mellitus, el enfeksiyonu



Resim 1. Diyabetik el iyileşme süreci

[PS-009]

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Gelişen Peritonitlerin Epidemiyolojik ve Mikrobiyolojik Özelliklerinin İncelenmesi

Sevil Alkan Çeviker[1], Özgür Günal[2], Sırrı Kılıç[2], Mehmet Demirağ[3]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ve Romatoloji Kliniği, Samsun

Giriş: Bu çalışmada, sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) hastalarında gelişen peritonitlerdeki etken mikroorganizmaları, direnç profillerini ve bu hastalardaki demografik verilerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Ağustos 2018 tarihleri arasında, SAPD tedavisi alan ve peritonit tanısıyla Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği'ne yatırılarak izlenen hastalar retrospektif olarak incelendi. Olgu grubunu oluşturan hastaların demografik ve laboratuvar verileri otomasyon sistemi ve tıbbi kayıtları incelenerek elde edildi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen toplam 29 hastanın 15'i (%51,7) erkek, 14'ü (%48,3) kadın olup, yaşları 58,75±14,4 (24-78) yıldı. On beş (%51,7) hastada nüks peritonit, üç hastada birer kez, bir hastada iki kez, iki hastada üçer kez ve bir hastada ise dört kez nüks peritonit geliştiği saptandı. Olgu grubunu oluşturan hastaların hiçbirisinin antibiyotik profilaksisi alma öyküsü yoktu. Nüks gelişen hastaların ilk epizoda etkili antibiyotik tedavisini uygun sürede aldığı saptandı. Peritonit olgularında en sık sorumlu mikroorganizmalar koagülaz-negatif stafilokoklar (%44,6) idi. Üç (%6,3) hastadan alınan kültürlerde polimikrobiyal üreme saptandı. Otuz beş (%74,4) kültürde Gram-olumlu, 10 (%21,2) kültürde Gram-olumsuz ve iki (%4,3) kültürde mantar üremesi oldu (Tablo 1). Peritonit olgularının kültürlerinden üretilen stafilokoklarda metisilin direnci %48,5 olarak saptandı.

Sonuç: Periton diyalizi alan hastalardaki peritonitlerin yönetimi için, her merkez kendine ait peritonit atak hızlarını takip etmeli ve kabul edilemeyecek ölçüde yüksek olduğunda enfeksiyon kontrol önlemlerini gözden geçirilmelidir. Ayrıca etken mikroorganizmalar ve antibiyotik duyarlılıkları takip edilmeli ve ampirik tedaviler buna göre düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, peritonit, etkenler

Tablo 1. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında gelişen peritonitlerde mikrobiyolojik kültür sonuçlarının değerlendirilmesi

İzole edilen etkenler	n=47	%
Koagülaz-negatif stafilokok - *Staphylococcus epidermidis* - *Staphylococcus haemolyticus* - *Staphylococcus capitis*	21 13 7 1	44,6 27,6 14,9 2,1
Streptococcus spp. - *Streptococcus gordonii* - *Streptococcus pneumoniae* - *Streptococcus sanguinus*	3 1 1 1	6,3 2,1 2,1 2,1
Enterococcus spp. - *Enterococcus faecalis* - *Enterococcus faecium* - *Enterococcus gallinarum*	4 2 1 1	8,4 4,2 2,1 2,1
MSSA	5	10,6
Bacillus spp.	2	4,2
Escherichia coli	3	6,3
Acinetobacter baumannii	2	4,2
Klebsiella spp. *Klebsiella pneumoniae* *Klebsiella oxytoca*	3 2 1	6,3 4,2 2,1
Enterobacter cloacaee	1	2,1
Chryseobacterium indologenes	1	2,1
Candida spp.	1	2,1
Küf	1	2,1
Polimikrobiyal üreme	3	6,3

MSSA: Metisilin duyarlı *S. aureus*

[PS-011]

İmmünosüpresif Bir Hastada *Aspergillus* spp.'nin Neden Olduğu Yumuşak Doku Apsesi

Sinem Akkaya Işık[1], Tuğba Falay Gür[1]

[1]*İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*
[2]*İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul*

Giriş: *Aspergillus* enfeksiyonları, özellikle nötropenik ve immünosüpresif hastalarda morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Aspergillozun en yaygın biçimleri alerjik bronkopulmoner aspergilloz, pulmoner aspergilloma ve invazif aspergillozdur. Kutanöz aspergilloz ise nadir olarak görülür. Bu posterde immünosüpresif bir hastada primer kutanöz aspergilloz olgusunu paylaştık.

Olgu: Elli dokuz yaşında kadın hasta, bir hafta önce başlayan saçlı deride kaşıntı ve ağrı şikayeti ile acil servise başvurmuştu. Çekilen bilgisayarlı tomografide saçlı deri altında 10x10 cm apse olduğu tespit edilmişti (Şekil 1). Hasta polikliniğimize yönlendirildi. Fizik muayenede saçlı deride kaşıntı skarları ve fluktuasyon dışında patoloji saptanmadı. Özgeçmişinde insülin bağımlı diyabet olduğu öğrenildi. Ayrıca hastaya bir sene önce metastatik tiroid papiller kanseri teşhisi konmuştu. Bir yıldır sorafenib isimli immünosüpresif ajan kullandığı öğrenildi. Hastanın tetkiklerinde C-reaktif protein (CRP): 57 mg/L, beyaz küre: 9800 /mm^3, %77 PMNL idi. Hastaya amoksisilin-klavulonik asit 2x1000 mg ve siprofloksasin 2x500 mg reçete edildi. Drenaj için kulak burun boğaz cerrahisi uzmanına sevk edildi. Drenaj kültüründe metisilin duyarlı *S. capitis* üremesi oldu. Tedavinin üçüncü gün kontrolünde CRP gerilediği ancak apsenin tekrar oluştuğu tespit edildi. Tedavisine devam edilen hastanın apse oluşumu her drenajdan sonra tekrar etti. Bu sırada patoloji raporunda mantar elemanlarından şüphelenildiği görüldü. Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaya drenaj yapıldı ve materyal mantar kültürüne ekildi. Kültür sonunda *Aspergillus* spp. üremesi oldu. Bunun üzerine istenen galaktomannan antijen testi olumsuz sonuçlandı. Ancak klinik açıdan rahatlamayan hastanın tedavisi kesilerek oral vorikonazol 2x400 mg yükleme ve 2x200 mg idame ile tedavisine geçildi. Hastanın kaşıntı, ağrı şikayeti birinci haftada geriledi. Hastanın tedavisi 14 güne tamamlanarak kesildi. Takibinde tekrar apse oluşumu görülmedi.

Sonuç: Primer kutanöz aspergilloz immün baskılayıcı ajan kullanan hastalarda ve organ nakil alıcılarında olağan dışı olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu olgu biyopsi alımının, uygun mikrobiyolojik ve patolojik incelemelerin aspergilloz tanısında önemli rol oynadığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Primer kutanöz aspergilloz, saçlı deri apsesi, immünosüpresif konak



Şekil 1. Primer kutanöz aspergilloz tomografisi

[PS-012]

Hadim Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarının HBV, HCV ve HIV Seroprevalansları

Barış Balasar[1], İbrahim Erayman[2], Üzeyir Yıldız[1]

[1]Hadim Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya
[2]Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Bu çalışmada, Hadim Devlet Hastanesi'nde görevli sağlık çalışanlarının HBsAg, anti-HBs ve anti-HCV seroprevalansı belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışanlara ait veriler, hastane yönetiminden izin alındıktan sonra, hastane enfeksiyon kontrol birimi tarafından tutulan personel takip formları (sağlık bilgi formu) ve hastane bilgi yönetim sistemi kayıtlarının yardımı ile toplandı. Ocak 2010-Ocak 2018 tarihleri arasında hastanemizde çalışan 359 sağlık personeline ait kayıtlar retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışanların HBsAg, anti-HBs, anti-HCV ve anti-HIV sonuçları, üretici firma (Roche, Hitachi) önerileri doğrultusunda mikro ELISA yöntemiyle belirlenmiştir. Elde edilen verileri, bilgisayar ortamına aktarılarak ve SPSS 16.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdelik) ve ki-kare testi uygulanarak analiz edildi.

Bulgular: Hastane çalışanlarının cinsiyet dağılımı incelendiğinde 173 (%48) çalışanın kadın, 186 (%52) çalışanın erkek olduğu tespit edilmiştir. HBV açısından yapılan tarama sonuçları değerlendirildiğinde sağlık personelinin 301'inde (%83,8) anti-HBs pozitif, 58'inde (%16,1) anti-HBs negatif saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının hepsinde HBsAg değerinin negatif olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarında anti-HIV ve anti-HCV pozitifliği saptanmamıştır. Anti-HBs negatif çıkan 58 sağlık çalışanının 23'ünün hiç aşılanmadığı, geri kalan 35 kişinin 19'unun 3 doz aşı yaptırmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Tüm sağlık çalışanlarının tam aşılarının yapılması büyük önem arz etmektedir. Tam doz aşı yapılsa da sağlık çalışanlarının anti-HBs düzeylerine baktırmaları gerekli olabilir. HBV açısından aşı programına devam edilmesi, kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar hakkında hastanelerin eğitim programları düzenlemeleri önemlidir. Sağlık personelinin bulaşıcı enfeksiyon ajanlarına ve delici kesici alet yaralanmalarına maruziyeti riski normal popülasyona göre daha fazladır. Bu nedenle sağlık çalışanlarını korumak amacıyla aşı ile önlenebilen hastalıkların taranması ve gerekli olan kişilerin immünizasyon programına alınması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları aşılama, HBV-HCV-HIV, seroprevalans

[PS-013]

Listeria Menenjitinde Linezolid Tedavisi

Sibel Ünlü[1], Serhan Karakılıç[2], Öznur Dağcı Bulut[3]

[1]Toros Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Mersin
[2]Toros Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Mersin
[3]Toros Devlet Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Mersin

Giriş: Santral sinir sistemi enfeksiyonları hayatı tehdit eden, ampirik antibiyotik tedavi seçiminin önemli olduğu enfeksiyon hastalıklarındandır. Ampirik antibiyotik tedavi seçiminde linezolidin listeria menenjitinin tedavisine olumlu etkisini bildirmek istedik.

Olgu: Yetmiş yedi yaşında kadın hasta ateş, halsizlik, iştahsızlık, baş ve boyun ağrısı şikayeti ile 02.09.2018 tarihinde acil servise başvurdu. Diabetes mellitus, hipertansiyon ve depresyon nedeniyle düzenli ilaç kullanımı olan hasta dahiliye servisine yatırıldı. Eritrosit sedimentasyon hızı: 23 mm/h, C-reaktif protein (CRP): 10,6 mg/dl (0-0,8), lökosit: 6,280 /mm^3, (nötrofil %87), Plt: 148.000 /mm^3, idrar tetkikinde 7 lökosit/HPF tespit edildi. Kan ve idrar kültürü alınarak idrar yolu enfeksiyonu ön tanısı ile 03.09.2018 tarihinde seftriakson 2x1 gr IV başlanan hastadan 04.09.2018 tarihinde enfeksiyon hastalıkları ve nöroloji bölümünden konsültasyon istendi. Hastanın fizik muayenesinde vücut ısısı 37,8 °C, bilinç uykuya eğilimli, apatik görünüm, boyun rotasyon ile ağrılı, sistem muayeneleri normal, ense sertliği, kernig ve brudzinski negatif bulundu. Salmonelloz ön tanısı ile seftriakson stoplanarak siprofloksasin 2x400 mg IV başlanan hastaya nöroloji konsültasyonu sonucunda, yaygın güçsüzlük, oturma dengesinde bozukluk, derin tendon reflekslerinde kayıp nedeniyle Guillain-Barré sendromu ön tanısıyla lomber ponksiyon planlandı. 05.09.2018 tarihinde beyin omurilik sıvısında (BOS) ksantokromik görünüm, hücre 500/mm^3, MTP: 120,4 mg/dl, glukoz: 35 mg/dl tespit edilen hasta menenjit, meningoensefalit tanıları ile enfeksiyon servisine devir alındı. BOS Gram-boyamada bakteriye rastlanmadı. Seftriakson 2x2 gr IV, linezolid 2x600 mg IV, asiklovir 3x700 mg IV başlandı. Tedavinin 5. gününde BOS kültüründe *Listeria monocytogenes* üremesi bildirildi, seftriakson, asiklovir stoplandı. Ampisilinin temin edilememesi ve listeria menenjiti tedavisinde linezolid antibiyotiğinin başarılı bulunduğu sınırlı sayıda olgu raporları varlığı nedeniyle linezolid tedavisine devam edilen hastanın şikayetleri kayboldu, genel durumu düzeldi. Linezolid tedavisinin 7. gününde BOS da hücre 100/mm^3, MTP: 78,6 mg/dl, glukoz: 41 mg/dl, CRP: 4,2 mg/dl tespit edildi. Tedavinin 8. gününde ampisilin temin edilerek linezolid stoplandı. Ampisilin 6x2 gr IV, gentamisin 160 mg 1x1 IV tedavi üç haftaya tamamlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Olgumuzda linezolid tedavisi ile hastanın semptomlarının gerilemesi, laboratuvar bulgularının düzelmesi, linezolid tedavisinin 7. gününde BOS bulgularında gerileme olması, ileri yaş, alta yatan immünosüpresif hastalık varlığında gelişen menenjitlerde linezolidin ampirik antibiyotik seçiminde yer alabileceğini ve penisilin alerjisi, böbrek yetmezliği gibi özellikli hasta gruplarında listeria menenjiti tedavisinde alternatif olabileceğini ayrıca linezolidin listeria menenjiti tedavisinde optimal kullanım süresinin belirlenmesi ile ilgili çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürdü.

Anahtar Kelimeler: Linezolid, listeria menenjiti

[PS-014]

Lenfoma Tanısı Olan Bir Hastada Enfeksiyonu Taklit Eden Rituksimab Pnömoniti: Olgu Sunumu

Duygu Mert[1], Alparslan Merdin[2], Sabahat Çeken[1], Mehmet Sinan Dal[2], Mustafa Ertek[1], Fevzi Altuntaş[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi, Ankara

Giriş: Lenfoma hastalarında enfeksiyonlar sık olarak görülmektedir. Ancak verilen kemoterapi ilaçlarının nadiren yan etkileri enfeksiyonları taklit edebilir. Bu nedenle hastalarda enfeksiyonların takip ve tedavisi sırasında ilaçların yan etkileri de akla getirilmelidir. Bu bildiride lenfoma tanısı olan bir hastada enfeksiyonu taklit eden rituksimab pnömoniti olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi iki yaşındaki erkek hasta, boyunda sol tarafta oluşan şişlik nedeniyle bir dış merkeze başvurmuştur. Hastanın eksizyonel biyopsi sonucu non-germinal merkez fenotipli DBBHL olarak raporlanmıştır. EBV ile ilişkili agresif B hücreli lenfoma ön planda düşünülmüştü. Hastaya R-CHOP

(rituksimab-doksorubisin, vinkristin, siklofosfamid, metilprednizolon) tedavisi başlanmıştır. Lezyonlarda küçülme saptanmış ancak akciğer sol alt lobda gelişen opasite artışı nedeniyle toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiştir. Sol akciğer alt lob süperior segment periferal kesimde izlenen düzensiz sınırlı konsolidayon görülmesi üzerine progresyon ve kemoterapiye yanıtsızlık lehine değerlendirilmiştir. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize refere edilmiştir. Toraks PET/BT'de diğer tüm lezyonlarda gerileme izlenirken sol akciğer alt lobdaki lezyon 7 cm progrese olmuş olarak saptandı. Lenfadenopatiler küçülmüş ve lenf nodları baz alındığında hasta yanıtlı görünmekte idi. Akciğerdeki lezyon için öncelikle enfeksiyoz-enflematuvar süreç ön planda düşünüldü. *Aspergillus* enfeksiyonu ayırıcı tanıda değerlendirildi. Hastaya non-spesifik antibiyotik tedavisi başlandı ve yaklaşık üç hafta verildi. Galaktomannan antijeni negatif olması nedeniyle antifungal tedavi başlanmadı. Kemoterapiye devam edildi. Toraks BT'de bahsedilen lezyondan yapılan biyopsi sonucu non-spesifik intersitisyel pnömoni olarak raporlandı. Kültürlerde de üreme olmadı. Göğüs hastalıkları bölümü hastaya 3-6 ay süre ile metilprednizolon tedavisi başlayacağını bildirdi. Akciğerde tariflenen bu lezyonun verilen rituksimab tedavisine bağlı geliştiği düşünüldü. Hastanın kemoterapisinden rituksimab çıkarıldı ve sadece CHOP kemoterapisi ile devam edildi.

Sonuç: Hematolojik maligniteli hastalarda enfeksiyonlar sık görülmektedir. Ancak kemoterapi rejimlerinde kullanılan ilaçların yan etkisi de enfeksiyöz-enflamatuvar süreçleri taklit edebilmektedir. Bu nedenle ilaçların yan etkisinin dikkatle izlenmesi gerekmektedir. Özellikle de rituksimab tedavisi ile pnömonit veya interstisyel akciğer hastalığı gelişimi sık görülmemesine rağmen literatürde bildirilmiştir. Her zaman kemoterapi sonrasında gelişen solunum sıkıntısı ve akciğer lezyonları açısından akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lenfoma, pnömoni, rituksimab

[PS-015]

Sağlıklı Bir Bireyde Akut Böbrek Yetmezliği Nedeni Olarak Hantavirüs Renal Sendrom

Hasan Tahsin Gözdaş[1], Hikmet Tekçe[2], Fatma Sırmatel[1]

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Hantavirüs enfeksiyonu insanlara enfekte kemirgen idrarı ve çıkartıları ile bulaşmakta ve renal kanamalı ateş tablosuna neden olabilmektedir. Bu bildiride, sağlıklı bir bireyde akut böbrek yetmezliği nedeni olarak hantavirüs enfeksiyonu sunulmuştur.

Olgu: Kırk iki yaşında erkek hasta beş gündür yüksek ateş, halsizlik, yan ağrısı ve idrar renginde koyulaşma nedeni ile başvurdu. Bolu Gerede'de yaşadığı ve bilinen herhangi bir hastalığı olmadığı öğrenildi. Genel durum iyi, şuur açık, koopere-oryante idi. Tansiyon: 110/70 mmHg, nabız: 67, ateş: 36,6 °C, SpO_2: 95 ölçüldü. Bilateral + pretibial ödem mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 8,84 K/ul (N: 4,5-11), hemoglobin: 13,5 g/dl (N: 11,5-17,5), trombosit: 157 K/ul (N: 140-400), glukoz: 89 mg/dl (N: 75-100), üre: 103 mg/dl (N: 12-42), kreatinin: 6,19 mg/dl (N: 0,72-1,25), alanin aminotransferaz: 55 u/l (N: 0-55), aspartat aminotransferaz: 75 u/l (N: 5-34), Na: 127 mmol/l (N: 136-145), K: 3,9 mmol/l (N: 3,5-5,5), C-reaktif protein: 55,7 mg/l (N: 0-5), sedimentasyon: 55 mm/saat (N: 0-15), tam idrar tetkikinde ++ protein, +++ eritrosit saptandı. Hasta akut böbrek yetmezliği nedeniyle yatırıldı. İntravenöz hidrasyon başlandı. Kan gazı incelemesinde metabolik asidozu olan hastaya anti-asidoz kapsül 3x1 başlandı. Elektrokardiyografi: Normal sinüs ritmi, postero-anterior akciğer grafisi bilateral sinüsler künt, kardiyotorasik oran %36 saptandı. Batın ultrasonunda hepatomegali (160 mm) ve sağda grade 1 nefropati saptandı. Hantavirüs enfeksiyonu ve bruselloz için tetkikleri, idrar kültürü ve kan kültürü gönderildi. Seftriakson 2x1 gr intravenöz başlandı. Böbrek fonksiyon testleri yakın takibi yapıldı. Tam idrar tetkikindeki hematüri, proteinüri açısından değerlendirildi, spot idrarda protein: 378,2 (N: 1-14) saptandı. Renal akut böbrek yetmezliği etiyolojisi açısından bakılan C3, C4 ve antistreptolizin-O değerleri normal aralıklarda saptandı. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı, bruselloz tetkikleri negatif geldi. IFAT ile hantavirüs IgM arada değer, IgG pozitif saptandı. Takibinde genel durumu düzelen, ateşi olmayan, böbrek fonksiyon testleri, proteinürisi ve hematürisi düzelen hasta, 7 günlük yatış sonrası taburcu edildi. İki hafta sonra istenen kontrol hantavirüs IgM ve IgG tetkiki IFAT yöntemi ile her ikisi de pozitif bulundu.

Sonuç: Kırsal bölgede yaşayan, öncesinde herhangi bir hastalığı olmayıp renal akut böbrek yetmezliği tablosu ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda hantavirüs renal sendrom düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hantavirüs renal sendrom, renal akut böbrek yetmezliği, renal kanamalı ateş

[PS-016]

Pansitopeni Kliniği ile Seyreden Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu Olgusu

Lütfiye Nilsun Altunal, Zeynep Şule Çakar, Ayşe Serra Özel, Şenol Çomoğlu, Sinan Öztürk, Gülsüm Çam, Ayten Kadanalı

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Behiye Dede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bu olgu sunumunda, pansitopeni etiyolojisi ayırıcı tanıları arasında edinsel immün yetmezlik sendromunun akılda tutulması gerektiği vurgulanmıştır.

Olgu: Elli altı yaşında kadın hasta acile karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında özellik olmayan hasta pansitopeni etiyolojisi araştırılması amacıyla dahiliye servisine yatırıldı. Anamnezi derinleştirildiğinde yaklaşık bir yıldır devam eden bulantı, kusma ve 40 kg yakın kilo kaybı olduğu öğrenildi. Genel durum iyi, bilinç açık olan hastanın sol alt kadranda derin palpasyonla hassasiyeti mevcuttu. Hastanın beyaz küre: 3100 uL (nötrofil: 1490 u/l), Hg: 6,9 g/dl, plt: 91.000 u/l, C-reaktif protein: 2,4 mg/dl, alkalen fosfataz: 164 u/l, laktat dehidrogenaz: 343 u/l, aspartat aminotransferaz: 65 u/l, gama glutamil transferaz: 114 u/l dışındaki tetkikleri normal değer aralığında saptandı. Direkt ve endirekt coombs, HBsAg, anti-HCV, toksoplazma IgM ve IgG, CMV IgM, VDRL, brucella tüp aglütinasyonu olumsuz olarak sonuçlandı. Periferik yaymada normokrom normositer eritrositler, formül lökosit parçalı %40, lenfosit %40, monosit %19, eozinofil %1, tekli ve azalmış sayıda trombositler, bir kaç adet atipik hücre görüldü. Kemik iliği biyopsisi, her üç seride kesintisiz matürasyon gösteren kemik iliği yayması olarak sonuçlandı. Özefagoskopide, özefagusta beyaz renkli plaklar görülen, yutma güçlüğü olan hastaya flukanazol 1x200 mg IV başlandı. Kolonoskopide özellik saptanmadı. Bakılan anti-HIV sonucu şüpheli olumlu olması üzerine Western-Blot, immün yetmezlik paneli ve HIV-RNA çalışıldı. Hastanın CD4: 32, HIV-RNA: 960.000 IU/ml olarak sonuçlandı. Takiplerinde nötrofil: 650 u/l'ye kadar geriledi. Quantiferonun olumsuz tespit edilmesi, diğer tetkikler ile tüberkülozun ekarte edilmesi üzerine pansitopeni tablosunun edinsel immün yetmezlik sendromuna bağlı olduğu düşünülerek antiretroviral tedavi tenofovir/emtrisitabin ve dolutegravir olarak düzenlendi. Tmp/smx 160/80 mg tb 1x1 ve azitromisin 1200 mg tb haftada bir eklendi. Tedavinin dördüncü günü bulantı ve kusma şikayeti artan hastanın batın ultrasonografisinde hepatosteatoz, safra kesesi lümeninde kalkül görüldü. Tedavisine genel cerrahi önerisiyle PPI, ondansetron ve ursodeoksikolik

asit eklendi. Antiretroviral tedavinin 1. ayında nötrofil: 1040 u/l, Hg: 8,6 g/dl, plt: 138.000 u/l, HIV-RNA: 149 IU/ml, CD4: 138 olduğu görüldü. Ancak bulantısının devam ettiği, ilacı içtikten sonra çoğunlukla kustuğu öğrenildi. Tedavi TAF + emtrisitabin + elvitegravir + kobisistat olarak değiştirildi. Tedavi etkinliğinin sağlanması amacıyla erken tedavi değişikliği yapılan hastanın kontrollerinde uyumun tam olduğu görüldü.

Sonuç: Edinsel immün yetmezlik sendromu farklı klinik tablolar ile görülebileceği unutulmamalı, ayırıcı tanılar arasında mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Edinsel immün yetmezlik sendromu, pansitopeni

[PS-017]

Erzurum Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi'ne Başvuran 20 Yaş ve Altı Askerlerde Hepatit B Seroprevalansı

Ferhan Kerget[1], Buğra Kerget[2]

[1]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Erzurum*
[2]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Erzurum*

Giriş: Dünyada ve ülkemizde yaygın olarak gözlenen hepatit B enfeksiyonuna karşı aktif immünizasyona yönelik aşı çalışmaları 1998 yılında ülkemizde rutin aşı programına alınmıştır. Bu çalışmada enfeksiyon hastalıkları ve göğüs hastalıkları polikliniğine portör muayenesi için başvuran 20 yaş ve altı askerlerde hepatit B seroprevalansını saptamak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Enfeksiyon hastalıkları ve göğüs hastalıkları polikliniğine 1-30 Eylül 2018 tarihleri arasında portör muayenesi için başvuran 20 yaş ve altı 100 askerin HBsAg, HBsAb test sonuçları ve demografik verileri retrospektif olarak incelendi. Hepatit B serolojik belirleyicileri HBsAg ve HBsAb ELISA yöntemiyle test edildi (Sunred, Shanghai, China).

Bulgular: Çalışmaya alınan 100 askerde HBsAg pozitifliği %4, anti-HBs pozitifliği %76, seronegatiflik %20 olarak saptandı. Askerlerin hepatit B aşılanma durumları bilinmemekteydi.

Sonuç: Bu çalışma Sağlık Bakanlığı'nın çocukluk çağı rutin aşılama programına başladığı yıl olan 1998 ve sonrasında doğan askerler üzerinde yapılmış olup HBsAg pozitifliği %4, anti-HBs pozitifliği %76 olarak tespit edildi. Ülkemizde Kızılay kan donörlerinde yapılan çalışmalar neticesinde 1985-1998 yıllarında HBsAg pozitifliği %5,1, 2000-2005 yıllarında %2,97, 2008-2012 yıllarında %0,85 olarak tespit edilmiştir. Rutin hepatit B aşısı ile azalan HBsAg pozitifliği rutin hepatit B aşısı konusunda halkın bilinçlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B enfeksiyonu, epidemiyoloji, korunma

[PS-018]

Antitüberküloz Tedavi ve Akneiform Erüpsiyon

Sinem Akkaya Işık, Elif Sofuoğlu, Ayça İlbak, Birol Balçın, Burak Sarıkaya, Ercan Yenilmez, Mehtap Aydın, Rıza Aytaç Çetinkaya, Levent Görenek

İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Antitüberküloz ilaçların neden olduğu çeşitli deri döküntüleri dışında akneiform döküntüler hafif ve daha az yaygındır. İzoniazid, akneiform lezyonlara neden olduğu bildirilen antitüberküloz ilaçların ilkidir. Sonrasında benzer şekilde rifampisin ve etambutol kaynaklı akneiform erüpsiyonlar bildirilmiştir. Burada tüberkülöz ilaç kullanımına bağlı gelişen akneiform erüpsiyon olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi altı yaşında bekar kadın hasta üç aydır ateş, kilo kaybı (7 kg), halsizlik şikayetleri ile çeşitli merkezlerde tetkik edilmiş ve çok sayıda adını bilmediği antibiyotik kullanmıştır. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğer apikal kesimde içerisinde santral hipodens hava değerlerinin de izlendiği nodüler yama tarzında dansite artışı izlenmiştir. Boyun BT'de ise sağ posterior servikal zincirden sağ supraklavikuler lokalizasyona uzanım gösteren en büyüğü 20x17 mm boyutunda, santralinde nekrotik alanları bulunan patolojik görünümlü büyümüş lenf nodları izlenmiştir (Resim 1). Hasta bu nedenle göğüs hastalıkları bölümüne sevk edilmiştir. Hastanın TB-spot testi pozitif sonuçlanmıştı. Bronkoskopi yapılan hastanın materyalinde mikobakteri PCR negatif, ARB ve mikobakteri kültürü negatif sonuçlanmıştır. Boyundaki lenfadenopati eksizyonel biyopsi patoloji sonucu kronik nekrotizan granülomatoz iltihap ve EZN boyamada aside dirençli basil saptanmıştır. Bu nedenle polikliniğimize sevk edilen hastaya izoniazid 300 mg, rifampisin 600 mg, etambutol 1500 mg ve pirazinamid 2000 mg tedavisi başlandı. Hastanın lenf nodundan gönderilen tüberküloz kültürü ve ARB boyama negatif saptandı. Daha önce non-spesifik tedavi alan hastanın kültür negatifliği buna bağlandı. Takipler sırasında yüzünde en sık olmak üzere püstüler döküntüler gelişen hasta dermatoloji kliniğine danışıldı. Lokal tedavi başlanan hastanın lezyonları gerilemedi. Hastada antitüberküloz ilaç yan etkisi olarak akneiform erüpsiyon teşhisi kondu. Antitüberküloz tedavisi altı aya tamamlanan ve kliniği düzelen hastanın tüberküloz tedavisi kesildi. Akneiform döküntüler gerilemeyen hastaya izotretinoin oral başlandı. Hastanın takibi devam ediyor.

Sonuç: Antitüberküloz tedavi altında olgularda pek çok yan etki gelişmektedir. Akneiform erüpsiyon deri tutulumu sık rastlanmamakla birlikte, rastlandığında kişinin kendisine olan güvenini ve sosyal becerilerini etkilemektedir. Bu nedenle tüberküloz tedavisinde hastanın yakından takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Antitüberküloz tedavi, akneiform erüpsiyon



Resim 1. Akneiform erüpsiyon

[PS-019]

Genital Bölge Tutulumu Gösteren, Herpes Genitalis ile Karışan Zona Zoster Olgusu

Hüseyin Esmer, Salih Cesur, Metin Özsoy, Sami Kınıklı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Herpes zoster varisella zoster virüsün reaktivasyonu sonucunda gelişen rekkürrent herpes enfeksiyonudur. Herpes zoster (zona) en sık torakal gangliyonu ve sıklıkla tek dermatomu tutar. Tutulum bölgesinde ağrılı veziküler lezyonlar görülür. Herpes zosterin erkekte genital bölgeyi tutması nadiren görülür. Genital bölge tutulumu durumunda herpes simpleks tip 2 (herpes genitalis) ile karışabilir. Bu yazıda, 79 yaşında altta yatan immünosüpresif hastalığı olmayan bir erkek hastada genital bölge tutulumuyla karakterize genital herpes zoster olgusu sunuldu.

Olgu: Yetmiş dokuz yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı, idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma yakınmaları ile başvurmuştur. Acil serviste üriner sistem enfeksiyonu tanısıyla sefuroksim ve fosfomisin tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 5. gününde yüksek ateşle birlikte lomber bölgeden başlayıp sol inguinal ve genital bölgeye yayılan etrafı eritemli, ağrılı döküntüler gelişmiştir. Anamnezinden 30 yıl önce mide kanaması nedeniyle mide ameliyatı olduğu, altta yatan bir malignitesinin olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi, sistem muayeneleri doğaldı. Sırtta lomber bölgeden başlayıp sol inguinal bölgeye ve testislere kadar uzanan etrafı eritemli, ağrılı veziküler lezyonlar saptandı (Resim 1). Hastada inguinal bölgede lenfadenopati saptanmadı. Laboratuvar testlerinde; kreatinin: 1,21 mg/dl, C-reaktif protein: 8,2 mg/l (normali: 0-5 mg/l), sedimentasyon hızı: 18 mm/saat, lökosit sayısı: 10.300 /mm^3, anti-HIV negatif, flow sitometrik yöntemle çalışılan immün yetmezlik paneli (CD3, CD4, CD8 vb.) normal sınırlarda değerlendirildi. Diğer test sonuçları; Herpes genitalis IgM negatif, IgG pozitif, varisella zoster IgM pozitif, IgG pozitif idi. Hasta yaşı, klinik ve laboratuvar bulguları ile genital bölgeyi tutan zona zoster enfeksiyonu olarak değerlendirildi. Dermatoloji konsültasyonu sonucunda atipik yerleşim gösteren zona olarak değerlendirildi, mupirosin pomad ve betadin solüsyonla atuşman önerildi. Hastaya zonaya yönelik valasiklovir tedavisi 3x1 gr dozda oral yolla başlandı. Tedavinin 7. gününde ağrısı olmayan ve lezyonları kurutlanan hasta valasiklovir tedavisini 10 güne tamamlaması önerilerek, kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Kontrol muayenesinde döküntülerin belirgin olarak gerilediği ve kurutlandığı gözlendi.

Sonuç: Zona sıklıkla torasik ve lomber dermatomları tutar, sakral dermatom tutulumu oldukça nadirdir. Genital bölge tutulumu gösteren zona zoster herpes simpleks tip 2 (Herpes genitalis) enfeksiyonu ile karışabilir. Sonuç olarak, sunduğumuz olguda olduğu gibi zona zosterin sakral dermatom ve genital bölge tutulumu şeklinde atipik lokalizasyon gösterebileceği ve herpes genitalisle karışabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Zona zoster, sakral gangliyon, genital organ tutulumu



Resim 1. Genital bölgeyi tutan zona lezyonlarının tedavi öncesi görünümleri

[PS-020]

Atipik Klinik ile Seyreden Sıtma Olgusu

Ayşe Serra Özel, Lütfiye Nilsun Altunal, Zeynep Şule Çakar, Şenol Çomoğlu, Sinan Öztürk, Ayten Kadanalı

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klniki Mikrobjyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Sıtma dünyada halen önemli bir sağlık sorunudur. Klinik olarak titreme ile yükselen intermittan ateş, anemi, splenomegali ile seyretmekte olup bazen farklı klinik tablolara sebep olabilmektedir. Burada evdeki ateş öyküsünden bahsetmeyen, başvurusunda ateşi olmayan bir sıtma olgusu sunulmuştur.

Olgu: Elli üç yaşında erkek hasta acile beş gündür kusma ve yaygın vücut ağrıları sebebi ile başvurdu. Özgeçmişinde 20 yıldır alkol kullanımı dışında özellik yoktu. Fizik muayenede genel durum orta, bilinç açık, koopere, oryante, vücut ısısı 36,9 °C, TA: 120/80 mmHg, murphy (+), skleralar ve deri ikterik idi. Yapılan tetkiklerinde beyaz küre: 6140 k/ul (nötrofil: %76), hemoglobin (Hb): 12 mg/dl, platelet (plt): 14.000 k/ul, total bilirubin: 12,4 mg/dl, direkt bilirubin: 7,31 mg/dl, kandaki üre azotu (BUN): 124 mg/dl, kr: 1,71 mg/dl alanin aminotransferaz (ALT): 93 u/l, aspartat transaminaz (AST): 111 u/l, alkalen fosfataz (ALP): 173 u/l, gama glutamil transferaz (GGT): 231 u/l, C-reaktif protein (CRP): 22,8 mg/dl (0-5), hepatit ve insan immün yetmezlik virüsü serolojileri olumsuzdu. Sistem sorgusunda karın ağrısı ve kusma dışında özellik yoktu. Batın ultrasonografide hepatosplenomegali, karaciğerde heterojenite tespit edilen hasta dahiliye bölümü tarafından alkolik siroz, hepato-renal sendrom, kolanjit ön tanıları ile yatırıldı. Takibinin 3. gününde ateşinin 39 °C olması, genel durum bozukluğu gelişmesi ve bilinç değişikliği olması üzerine tarafımıza danışıldı. Bilinç değişikliği ile birlikte taşikardi, takipne ve batın muayenesinde defansı mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde ph: 7,28, ALT: 69 u/l, AST: 91 u/l, ALP: 173 u/l, GGT: 96 u/l, CRP: 24,7 mg/dl, BUN: 246 mg/dl, kr: 3,9 mg/dl, laktat dehidrogenaz: 787, Hb: 9,8 gr/dl, plt: 15.000 k/ul tespit edildi. Hastaya kolanjite bağlı sepsis ön tanısı ile meropenem IV tedavisi başlandı. Anamnezi derinleştirildiğinde hastanın 11 ay Uganda'da çalıştığı, iki hafta önce dönüş yaptığı, sıtma profilaksisi almadığı ve bir haftadır ara ara titremesinin olduğu (tespit edilmiş ateşi yok) öğrenildi. Sıtma Savaş Birimi ile iletişime geçilerek kalın damla yapıldı. *P. vivax* ve *P. falciparum* tespit edilen hastaya iki saat içinde primaquine tb 1x2 + artemether & lumefantrine tb 2x4 tb başlandı. Takibinde septik şok gelişen hasta dış yoğun bakım ünitesine sevk edildi. Hastanın aynı gün eksitus olduğu öğrenildi.

Sonuç: Sıtma ateş ve titreme nöbetleri ile seyreden bir hastalıktır. Bununla birlikte klinik seyri akut böbrek yetmezliği, karaciğer enzim yüksekliği, ikter ve ateş olan hastalarda sıtma tanısı akla gelmeli, yurtdışı seyahat öyküsü özellikle sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sıtma, *Plasmodium falciparum*, atipik klinik

[PS-022]

Böbrek Yetmezliği ile Seyreden Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

Oktay Yapıcı

Manisa Şehir Hastanesi, Manisa

Giriş: Viral kanamalı ateşli hastalıklar içinde en yaygın görülen Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), *Bunyaviridae* ailesine bağlı Nairovirüs grubundan virüsler tarafından özellikle Hyalomma cinsi keneler ile bulaşan, kanama ve ateş yüksekliği ile seyreden, akut bir viral hastalıktır. KKKA Asya, Afrika, Orta Doğu ve Avrupa'nın bazı bölgelerinde de görülmekle birlikte çoğunlukla Yugoslavya, Bulgaristan, Arnavutluk, İran, Kosova ve Türkiye'de epidemilerle seyretmiştir. Bu çalışmada renal tutulum ile seyreden KKKA olgusu sunuldu.

Olgu: Kırk yaşında önceden bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta Haziran ayında ateş yüksekliği, halsizlik, bulantı, kusma, baş ağrısı, baş dönmesi ve ishal şikayeti ile başvurduğu nefroloji bölümünde tetkiklerinde BUN, kreatin yüksekliği tespit edilmesi üzerine "akut böbrek yetmezliği (ABY)" tanısı yatırılıp diyalize alınmıştır. Prerenal veya post renal ABY sebepleri tespit edilemeyen hastaya renal biyopsi yapılmamış. Pansitopeni, transaminaz yüksekliği nedeni ile enfeksiyon hastalıkları konsültasyon değerlendirilmesinde anamnezinde hastanın kırsal bölgede çobanlık yaptığı 10 gün önce kolundan kendisi tarafından çıplak elle kene çıkarıldığı öğrenildi. Muayenesinde sağ antekubital bölgede ekimoz tespit edildi. Renal ultrasonografi normal gözlendi. Hepatit serolojisi ve leptosproz testleri normal geldi. Hastadan alınan serum örneği KKKA ve Hanta virüs ön tanıları için Ankara Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'ne gönderildi. KKKA virüsü PCR ve immünoglobulin (Ig) M pozitif bulundu. Hasta 15 gün hastanede destek ve diyaliz tedavisi sonrası şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: KKKA endemik bölgelerde giderek artan bir sorun haline gelmektedir. Ateş yüksekliği, baş ağrısı, halsizlik, kusma, karın ağrısı, kas ağrısı gibi non-spesifik bulgularla başlar. Hastalarda epistaksis, hematemez, melena sıktır. Mukozal yüzeylerde kanamalar, ekimoz, peteşi gözlenebilir. KKKA multi organ sistemleri tutabilir. Akut böbrek yetmezliği, akut apendisit, epididmo-orşit gibi atipik kilinik tablolarda gözlenebilir. Viral kanamalı ateş seyreden Hanta virüs enfeksiyonlarından böbrek sendromu, akut renal yetmezlik, proteüniri ve hematüri daha fazla beklenen bir durum iken KKKA daha nadir gözlenen bir durumdur. Özellikle kırsal bölgede yaşayan ve hayvancılıkla uğraşan kişilerde ateş yüksekliği, bulantı, kuma ishal gibi non-spesifik şikayetler mevcutsa mutlaka KKKA düşünülmeli, kene teması sorgulanmalı ve KKKA'nın multi organ tutabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kırım-Kongo kanamalı ateşi, renal tutulum

[PS-024]

Mukormikozis ile Karışan Fetal Seyirli Sino-Orbital Aspergilloz Olgusu

Mehmet Umut Çayıröz[1], Ali Ilgın Olut[2], Selma Tosun[2], Arif Yüksel[3]
[1]Bucak Devlet Hastanesi, Burdur

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İzmir

Giriş: İnvaziv sino-orbital aspergilloz; immünokompetan kişilerde nadir görülen, lezyonları itibariyle mukormikoz ile karışabilen ve fetal seyredebilen bir fungal enfeksiyondur. Bu makalede, immünokompetan bir bireyde gelişen ve antifungal tedaviye rağmen eksitus ile sonuçlanan bir sino-orbital aspergilloz olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Altmış altı yaşında morbid obez, lenfödem dışında bilinen kronik hastalığı olmayan kadın hasta sağ göz üzerinde siyah görünümde lezyon, baş ağrısı ve ateş yüksekliği şikayeti ile başvurduğu hastanede takip edilirken lezyonlarının sağ göz, alın, burun ve üst damağa yayılması üzerine hastanemize sevk edilmiş ve iç hastalıkları kliniğince akut böbrek yetmezliği ve periorbital selülit ön tanıları ile yatırılarak takip edilirken tarafımızdan konsültasyon istenmiştir. Tarafımızca değerlendirilen hastada ön planda mukormikozis düşünülerek lipozomal amfoterisin b 5 mg/kg/gün dozunda başlanmıştır. Morbid obezite nedeniyle hastaya görüntüleme yapılamamış olup kulak burun boğaz kliniğince hastadan alınan materyal mikrobiyoloji ve patoloji laboratuvarlarına gönderilmiştir. Hastaya görüntüleme yapılamadığı ve cerrahi sınırlar bilinemediği için ilgili klinikçe hastaya acil cerrahi girişim yapılamamıştır. Kültür sonucunda üreme olmayan ve patoloji sonucu aspergilloz ile uyumlu gelen hasta antifungal tedaviye rağmen kaybedilmiştir. Olgu, klinik ve histopatolojik değerlendirmelere göre invazif sino-orbital aspergilloz olarak kabul edilmiştir.

Sonuç: İmmün sistemi normal olan bireylerde de aspergillozun görülebileceği ve sino-orbital aspergillozun mukormikozis ile karışabileceği akılda tutulmalı, bu olguların tanı ve tedavisindeki gecikmelerin mortalite ile sonuçlanabileceği göz önünde bulundurularak, multidisipliner bir yaklaşım ile erken tanı ve tedavi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İmmünokompetan, sino-orbital aspergilloz, tanı

[PS-025]

Hematolojik Maligniteli Hastalarda Bakteriyel Kan Akımı Enfeksiyonlarının Epidemiyoloji ve Mortalitesinin Değerlendirilmesi

Duygu Mert[1], Sabahat Çeken[1], Gülşen İskender[1], Dicle İskender[2], Alparslan Merdin[2], Mustafa Ertek[1], Fevzi Altuntaş[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırman Hastanesi, Hematoloji Kliniği ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi, Ankara

Giriş: Hematolojik maligniteli hastalar, enfeksiyon komplikasyonları açısından yüksek risk grubunda olan hastalardır. Bakteriyel kan akımı enfeksiyonları bu hasta grubunda sık olarak görülmektedir. Başka bir enfeksiyon odağı yokluğunda kateterli bir hastada ateş, üşüme, titreme, hipotansiyon, hiperventilasyon, solunum yetmezliği bulguları kateter enfeksiyonunu düşündürmelidir. Standart dışı kateter bakımının yapılması, kateter girişinde enflamasyon varlığı, tipik mikroorganizmalara bağlı bakteriyemi, total parenteral beslenenlerde hematojen *Candida* endoftalmiti varlığı, tedaviye dirençli bakteriyemi, kateterin çıkarılmasıyla kliniğin düzelmesi ve infüzat ilişkili kümesel enfeksiyon durumunda kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu akla getirilmelidir.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2012 ve 1 Aralık 2017 tarihleri arasında hematoloji servisinde yatan ve bakteriyel kan akımı enfeksiyonu gelişen 266 hastanın verileri elektronik ortamda retrospektif olarak incelenmiştir. Toplam 305 bakteriyel kan akımı enfeksiyonu saptanmıştır. Kan örnekleri BACTEC 9050 (BD, ABD) otomatize kan kültür sitemi ile çalışılmıştır. Üreme saptanması durumunda mikroorganizmalar klasik yöntemlerle ve/veya yarı otomatize sistemlerle (BBL Crystal, BD; ABD) tanımlanmıştır. Antibiyotik duyarlılık testleri Kirby-Bauer disk diffüzyon metodu ile çalışılarak EUCAST kriterlerine göre değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kan akımı enfeksiyonlarının 166'ı primer ve 139'u kateterle ilişkili kan akımı enfeksiyonu olarak bulunmuştur. Kan kültürü örneklerinde *Escherichia coli* ve *Klebsiella pneumonia* sırasıyla %58 ve %22,9 oranlarında olmak üzere en sık saptanan Gram-olumsuz bakterilerdir. Gram-olumsuz bakterilerin %52,4'ünde genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz enzimi ve %17,2'de de karbapenamaz enzimi pozitif bulunmuştur. *Staphylococcus epidermidis* ve *Staphylococcus hominis*, Gram-olumlu bakteriler içinde sırasıyla %38,4 ve %23,3 oranları ile en sık saptanan bakteriler olmuştur. Gram-olumlu bakterilerde metisilin direnci %82,2 olup vankomisin direnci sadece bir örnekte saptanmıştır. Toplam 305 bakteriyel kan akımı enfeksiyonunda 71 hasta eks olmuştur. Yapılan değerlendirmede mortalite ile hastalık durumu, kullanılan kemoterapi rejimi, kinolon profilaksisi kullanımı, son 3 ay içinde antibiyotik kullanımı, son 3 ay içinde hastaneye yatma, üriner kateter kullanımı, yoğun bakımda yatma, steroid kullanımı ve klinik komplikasyonlar gelişimi arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Hematolojik maligniteli hastalarda kan akımı enfeksiyonları sık olarak görülmektedir. Bu enfeksiyonlara neden olan bakterilerde antibiyotik direnç sıklığı da geçen yıllar içinde giderek artmaktadır. Hastalarda yüksek risk faktörlerinin tespit edilmesi ve sınıflandırılması, bu faktörlerin düzeltilmesi ile kan akımı enfeksiyonları önlenebilir. Bu sayede hastalarda mortalite oranları azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Dirençli bakteriler, kan akımı enfeksiyonları, mortalite

Tablo 1. Hastalara ait özellikler ile mortalite arasındaki ilişki

Değişken		Mortalite	İstatiksel analiz olasılık
	Sağ (n, %)	Eks (n, %)	
Hastalık durumu			
Yeni tanı	71	26	
Remisyon	69	3	
Refrakter	33	12	0,000
Relaps	49	28	
Stabil hastalık	11	2	
Değerlendirme yapılmamış grup	1	-	
Kemoterapi rejimi			
İndüksiyon	69	26	
Konsolidasyon	77	4	
Salvage (Kurtarma)	76	34	0,000
Diğer kemoterapiler	7	1	
Kemoterapi yok	4	6	
Kinolon profilaksisi	88	38	0,044
Son 3 ayda antibiyotik kullanımı	106	21	0,019
Son 3 ay da hastaneye yatış	141	33	0,040
Üriner kateter kullanımı	13	28	0,000
Yoğun bakımda yatış	3	65	0,000
Steroid kullanımı	56	27	0,019
Klinik komplikasyon gelişimi	5	66	0,000

[PS-026]

Bilateral Sakroileit ve Lomber Spondilodiskitli Bir Olguda *Staphylococcus aureus* Bakteriyemisi

Hasan Tahsin Gözdaş

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: *Staphylococcus aureus*, sıkça saptanan bir enfeksiyon etkeni olup bakteriyemi yaptığında spondilodiskit, osteomiyelit, enfektif endokardit ve menenjit gibi çeşitli metastatik enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Bu bildiride, bilateral sakroileit ve lomber spondilodiskitli bir olguda saptanan *S. aureus* bakteriyemisi sunulmuştur.

Olgu: Elli dokuz yaşında erkek hasta acil servise ateş ve son bir haftadır giderek artan şiddetli bel ve kalça ağrısı nedeniyle başvurdu. Hastanın çiftçilikle uğraştığı ve lomber disk hernisi tanısı olduğu öğrenildi. Fizik muayanede bel ve kalça hareketleri ileri derecede kısıtlıydı. Hasta aktif hareket edemiyor ve yürüyemiyordu. Beyaz küre: 25,6 K/uL (n=4,5-11), nötrofil: 18,8 K/uL (n=1,8-7,3), alanin aminotransferaz: 139 U/L (n=0-55), aspartat aminotransferaz: 113 U/L (n=5-34), C-reaktif protein: 173,9 mg/L (n=0-5), sedimentasyon: 101 mm/saat (n=0-15) saptanmıştır. Hasta lomber spondilodiskit öntanısı ile yatırılmıştır. Kan kültürü alındıktan sonra ampisilin/sulbaktam 4x1,5 gr intravenöz başlanmıştır. Rose Bengal ve Wright tüp aglütinasyon testi negatifti. Tüberkülin deri testi negatif sonuçlanmıştır. Lomber manyetik rezonans (MR) L1-2, L3-4 düzeyinde spondilodiskit ile uyumlu bulgular ve L3-4 düzeyinde sağ paraspinal 15x11,5 mm boyutlu apse ile uyumlu alan izlenmiştir. Sakroiliak eklem MR'sinde bilateral aktif sakroileit bulguları görülmüştür. Bilateral sakroileit nedeniyle ankilozan spondilit açısından istenen insan lökosit antijen-B27 negatif sonuçlanmıştır. Kan kültürleri, BACTEC 9240 kan kültürü sisteminde (Becton Dickinson, USA) çalışılmış olup izolatlar tam otomatize sistemde (Phoenix, Becton Dickinson, USA) tanımlanmıştır. İki kan kültürü şişesinde de metisilin duyarlı *S. aureus* üremiştir. Hastanın ampisilin/sulbaktam 4x1,5 gr intravenöz tedavisine bir ay süre ile devam edilmiştir. Klinik ve laboratuvar bulguları düzelme eğilimine giren hasta amoksisilin-klavulonik asit 2x1 gr oral tedavisi ile taburcu edilmiştir. Fizik tedavi poliklinik kontrolü önerilmiştir. Tedavisinin 3. ayında hasta aktif hareket edip yürüyebiliyordu. Kontrol lomber MR'sinde spondilodiskitte ve apse boyutlarında gerileme ve sakroiliak eklem MR'sinde sakroileit bulgularında belirgin gerileme görülmüştür. Tedavisinin toplam 6 aya uzatılması planlanmıştır.

Sonuç: *S. aureus* bakteriyemisi lomber spondilodiskitin yanı sıra eş zamanlı bilateral sakroileit de yapabilir. Bu durum, hastalarda bel ve kalça ağrısının çok daha şiddetli olmasına ve ciddi hareket kısıtlılığına yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Bilateral sakroileit, lomber spondilodiskit, *Staphylococcus aureus* bakteriyemisi

[PS-029]

Hastanemizde Meydana Gelen Delici Kesici Alet Yaralanmaları

Müzeyyen Ay[1], Çiğdem Mermutluoğlu[1], Nihat Mermutluoğlu[1], Murat Yazıcıoğlu[1], İnşa Gül Ekiz İşcanlı[2], Saliha Çevik[3]

[1]*Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır*
[2]*İstanbul Sultan Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*
[3]*Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır*

Giriş: Dünyada yılda üç milyondan fazla sağlık çalışanı kan ile bulaşan enfeksiyonlara maruz kalmaktadır. En sık hepatit B, C ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV) bulaşı görülmektedir. Bu üç virüs dışında 20'ye yakın enfeksiyon etkeni kan ve kan ürünleri ile bulaşabilmektedir. Özellikle kesici delici aletlerin çoğunun tek kullanımlık olması hastalar için riski azaltırken, meslek maruziyeti açısından risk devam etmektedir. Bizim çalışmamızın amacı hastanemizde meydana gelen kesici delici alet yaralanmalarını (KDAY) değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Eylül 2017 ile Şubat 2019 tarihleri arasında Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarında KDAY olgularının formları ve hastanemiz bilgisayar sistemindeki kayıtlar, retrospektif olarak değerlendirildi. Kesici delici alet yaralanması görülen 45 olgunun; meslek grupları, yaralanma şekli, maruziyet sırasında kullanılan koruyucu önlemler ve hastanın makroelisa sonuçları incelenmiştir.

Bulgular: Hastanemizde 17 aylık süreçte KDAY olan 45 sağlık personeli çalışmaya dahil edildi. Personelin 30'u (%66,6) kadın, 15'i (%33,3) erkekti. Yaş ortalaması kadınlarda 23,66±11, erkeklerde 32,42±11'dir. Meslek gruplarına göre incelendiğinde 16'sı sağlık memuru ve hemşire (%35,5), 12'si stajyer hemşire (%26,6), 11'i temizlik personeli (%24,4), biri doktor (%2,2), beşi hasta bakıcıdır (%11,1). Olguların %80'i üst ekstremitede, %8,8'inde ayağına iğne batması, %4,4'ünde göze kan sıçraması, şeklinde olmuştur. KDAY'lerin 40'ı (%88,8) iğne batması, üçü (%6,6) bistüri kesisi, ikisi (%8,8) göze kan veya mayi sıçramasıydı. %90'ında koruyucu önlemler vardı. Yaralanmaya maruz kalan personelin dördü kronik hepatit B tanılı hastaların kanı ile kontamine alet yaralanmasına maruz kalmıştır. Personellerin laboratuvar sonuçları incelendiğinde, iki personelin kronik hepatit B nedeniyle takibimizde olduğunu gördük. Dört personelde anti-HBs (-) olduğu için hepatit immünoglobulini ve aşısı yapıldı. Hiçbir personelimizde hastalık bulaşı olmadı.

Sonuç: Yaklaşık 2472 personelin ve yılda yaklaşık 1000 stajyer hemşirenin çalıştığı hastanemizde 17 ay içerisinde 45 personelin KDAY'ye maruz kaldığı görülmektedir. Stajyerlerde maruziyetin fazla olması özellikle tecrübe ve bilgi eksikliğine bağlandı. Eldiven kullanımın verdiği sahte güven, personel eksikliği veya iş yükü fazlalığı nedeniyle gereken hassasiyetin gösterilmemesi gibi nedenlerin kaza riskinde artmaya yol açabileceği düşünülmektedir. Eğitim programlarının sıkı bir şekilde uygulanması ve personelin daha dikkatli çalışması yaralanma sayısını azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Delici, kesici, yaralanması

[PS-030]

İnsan Rinovirüs Saptanan Hematolojik Maligniteli Hastalarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Gelişen ve Gelişmeyen Olguların Karşılaştırılması

Zeynep Tekin Taş[1], Hasan Selçuk Özger[1], Zeynep Arzu Yeğin[3], Gülendam Bozdayı[2], Özlem Güzel Tunçcan[1]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*
[3]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erişkin Hematoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Giriş: İnsan rinovirüsleri (İRV), hematolojik maligniteli hastalarda üst ve alt solunum yollarında en sık tespit edilen solunum virüsüdür. Günümüzde moleküler bazlı tetkiklerinin yaygınlaşması ile alt solunum yolu örneklerinde artan sıklıkta saptanmakta ve önemli bir pnömoni etkeni olarak değerlendirilmektedir. İmmün baskılanmış hastalarda İRV ilişkili pnömoni gelişiminin mortalite sıklığını %20-41 oranında artırdığı belirtilmektedir. Bu çalışmada hematolojik maligniteli hastalarda nazofarengeal sürüntü veya alt solunum yolu örneklerinde PCR yöntemi ile İRV saptanan olguların retrospektif değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 01.01.2016-31.12.2018 tarihleri arasında hematolojik maligniteli hastalardan gönderilen nazofarengeal sürüntü veya alt solunum yolu örneklerinde PCR ile İRV saptanan hastaların klinik takip ve epikriz raporları, laboratuvar sonuçları, mikrobiyolojik ve radyolojik tetkikleri hastane bilgi sistemi üzerinden değerlendirilmiş ve kayıt altına alınmıştır. Postero-anterior akciğer grafi (PA grafi) veya bilgisayarlı tomografi (BT) ile akciğerde infiltrasyon saptanan hastalar alt solunum yolu enfeksiyonu olarak değerlendirilmiştir. Alt solunum yolu enfeksiyonu gelişen ve gelişmeyen hastalar demografik özellikler, eşlik eden hastalıklar, klinik ve laboratuvar bulgular, yoğun bakım gereksinimi ve mortalite açısından karşılaştırılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için ki-kare, kategorik olmayan değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılmış, $p<0,05$ anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 31 olgu değerlendirilmiştir. Olguların 20'sinde (%64,6) alt solunum yolu enfeksiyonu saptanmıştır. Bu olguların 16'sında (%80) toraks BT'de, 17'sinde (%85) ise PA grafide infiltrasyon saptanmıştır. Alt solunum yolu enfeksiyonu saptanan ve saptanmayan hastalar karşılaştırılmış ve Tablo 1'de sunulmuştur. Kök hücre nakli, graft versus host hastalığı ve eşlik eden ko-morbid hastalıkların İRV ilişkili alt solunum yolu enfeksiyonu gelişimine etkisi gösterilememiştir. Ateş ve öksürük varlığı, yüksek mutlak nötrofil sayısı, düşük lenfosit yüzdesi ve hipoalbüminemi alt solunum yolu enfeksiyonu gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Alt solunumu yolu enfeksiyonu gelişen hastaların %35'inde yoğun bakım gereksinimi ve mortalite gelişimi saptanmıştır.

Sonuç: Daha önce yalnızca üst solunum yolu virüsü olarak değerlendirilen HRV'nin immün baskılanmış konakta alt solunum yolu enfeksiyonu etkeni olabileceği ve mortalite ile ilişkisi gösterilmiştir. Geçmiş çalışmalarda düşük lenfosit yüzdesi ve hipoalbüminemi varlığının İRV ilişkili pnömoni gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda benzer sonuçlar saptanmıştır. Mutlak nötrofil sayısı yüksek, lenfosit yüzdesi düşük ve hipoalbüminemisi olan İRV PCR pozitif hastalarının pnömoni gelişimi açısından yakın takip edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnsan rinovirüs, hematolojik malignite, alt solunum yolu enfeksiyonu

Tablo 1. Alt solunum yolu enfeksiyonu saptanan ve saptanmayan hastalar karşılaştırılması

	Alt solunum yolu enfeksiyonu N=20 (%64,6)	Üst solunum yolu enfeksiyonu N=11 (%35,4)	p değeri
Yaş	58,1±14,5	51±18,8	0,164
Kadın cinsiyet	7 (35,0)	3 (27,3)	0,657
Kök hücre nakli	10 (50,0)	7 (63,6)	0,463
Graft versus host hastalığı	8 (40,0)	3 (27,3)	0,474
Komorbid hastalıklar			
Diabetes mellitus	3 (15,0)	-	0,094
Hipertansiyon	7 (35,0)	-	0,007
Kronik akciğer hastalığı	7 (35,0)	2 (18,2)	0,312
Konjesif kalp yetmezliği	1 (5,0)	-	0,344
Aterosklerotik kalp hastalığı	3 (15,0)	1 (9,1)	0,631
Kronik böbrek hastalığı	2 (10,0)	2 (18,2)	0,523
Eşlik eden malignite	2 (10,0)	-	0,176
Klinik semptomlar			
Ateş	12 (60,0)	2 (18,2)	0,02
Öksürük	15 (75,0)	3 (27,3)	0,028
Nefes darlığı	9 (45,0)	2 (18,2)	0,124
Miyalji	-	1 (9,1)	0,144
GİS semptomları	2 (10,0)	3 (27,3)	0,221
Laboratuvar bulguları			
WBC	5977±5878	4870±7921	0,317
Mutlak nötrofil sayısı	4834±5581	974±1359	0,049
Lenfosit yüzdesi	15,7±20,7	40,0±30,9	0,013
ALT	34,4±25,3	39,1±89,6	0,035
AST	32,0±25,9	17±14,6	0,016
Kreatin	0,89±0,41	0,58±0,20	0,013
CRP	112±73,5	86,2±81,9	0,332
Proklasitonin	0,91±1,22	0,53±0,66	0,178
Hipoalbümineni (<3 gr/dl)	15 (%20)	5 (%35)	0,009
Viral ko-patojen	9 (45)	3 (27,3)	0,3
Eşlik eden kanıtlanmış bakteriyel enfeksiyon	5 (25,0)	4 (36,4)	0,558
Eşlik eden kanıtlanmış fungal enfeksiyon	5 (25,0)	-	0,027
YBÜ destek ihtiyacı	7 (35,0)	-	0,007
14. gün mortalite	4 (20,0)	-	0,050
28. gün mortalite	3 (15,0)	-	0,09

[PS-031]

Renal Transplant Hastalarında BK Virüs Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

Tuğba Sarı[1], Belda Dursun[2], Mevlüt Çeri[2], Hüseyin Turgut[1], İlknur Kaleli[3], Murat Özban[4]

[1]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli*
[2]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Denizli*
[3]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli*
[4]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Denizli*

Giriş: Renal transplant hastalarında %15-50 greft kaybına neden olması nedeniyle BK virüs (BKV) enfeksiyonlarının, erken dönemde tanı alması gerekmektedir. Bu çalışmada renal transplant alıcılarında, BKV enfeksiyonlarının takibinin retrospektif olarak analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2016-2018 yılları arasında hastanemizde renal transplant yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Postoperatif immünosüpresif tedavileri; basiliksimab, mikofenolat mofetil, takrolimus ve prednizolon kombinasyonu şeklindeydi. İdrarda 10^7 kopya/ml üzeri yüksek düzey virüri ve plazmada 104 kopya/ml üzerindeki değerler ise yüksek düzey viremi olarak değerlendirildi.

Bulgular: Transplantasyon sonrasında 10'u erkek 25 hastanın plazma ve idrar örneklerinden BKV enfeksiyonu takip edildi (takip süresi 13,8±5,2 ay). Hastaların 16'sında (%64) en az bir plazma ve/veya idrar örneğinde BKV DNA'sı saptandı ve bu hastaların da 11'inde (%44) viremi tespit edildi. Plazmada ortalama BKV DNA $3,6x10^4$±$1,2x10^5$ kopya/ml iken idrar için $7,1x10^8$±$1,6x10^9$ kopya/ml idi. Plazma ve idrar örneklerinin %62,5'inde ilk pozitiflikler ilk üç ay içerisinde görüldü. BKV tespit edildiğinde ölçülen takrolimus dozu ne kadar yüksekse BKV pozitifliğinin daha uzun süre pozitif devam ettiği bulundu (p=0,02). Beş (%20) hastada sadece idrarda, bir (%4) hastada sadece kanda BKV saptandı. Sekiz (%32) hastada yüksek düzey virüri, bunların 3'ünde (%12) ise eş zamanlı yüksek düzey viremi tespit edildi. Bu hastalara, renal biyopsiye başvurulmadan, immünosüpresif tedavi azaltılarak levofloksasin tedavisi verildi. Takiplerinde viremi ve virüri geriledi. Transplantasyondan sonra BKV ne kadar erken pozitifleşirse, kandaki ve idrardaki virüs miktarının o kadar yüksek olduğu tespit edildi (p=0,01, p=0,04). BKV enfeksiyonu öncesi bazal BUN, kreatinin ve takrolimus düzeyleri ve enfeksiyon sırasındaki BUN, kreatinin ve takrolimus düzeyleri ile viral yük arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Tablo 1'de BKV pozitif saptanan ve saptanmayan hastalar karşılaştırılmıştır.

Sonuç: Renal transplantasyonda yoğun immünosüpresif tedavilerin kullanılması nedeniyle BKV enfeksiyonları risk oluşturmaktadır. Çalışmamızda erken pozitifleşmenin yüksek viral yük ile ilişkili olduğu dikkate alındığında transplantasyon sonrası erken dönemden itibaren tarama programları başlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Renal transplant, BK virüs, BK virüs enfeksiyonu

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların demografik bulguları

	BKV (+) saptananlar (n=16)	BKV (-) saptananlar (n=9)	p değeri
Yaş ortalama (46,5±13,04)	44±13,5	51±11,4	0,3
Cinsiyet (%) Kadın (8) Erkek (17)	 6 (37,5) 10 (62,5)	 2 (22,2) 7 (77,8)	0,3
Takip süresi ortalama (ay) (13,8±5,2)	13,1±5,8	14,8±4,3	0,08
Transplantasyon öncesi diyaliz süresi ortalama (ay) (80±62,7)	92,8±64,8	57±55,08	0,5
Donör özelliği Canlı Kadavra	 9 (56,3) 7 (43,8)	 6 (66,7) 3 (33,3)	0,2
KBY* nedeni Glomerüler hastalık ÜSE* Genetik HT* DM* NSAİİ* Tek böbrek	 3 1 1 6 3 1 1	 2 1 0 2 2 1 1	0,6

*KBY: Kronik böbrek yetmezliği, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, NSAİİ: Non-steroid anti-enflamatuvar ilaç, ÜSE: Üriner sistem enfeksiyonu

[PS-033]

Anti-Tümör Nekroz Faktör Kullanımında Latent Tüberküloz Tedavisi: Olgu Sunumu

Fatma Kesmez Can, Handan Köksal Alay, Emine Parlak, Mehmet Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Tümör nekroz faktör (TNF)-alfayı bloke ederek etki gösteren ilaçlar, kollajen doku hastalıklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. TNF-alfa, *Mycobacterium tuberculosis*'e karşı bağışıklık sisteminde etkin rol alan bir sitokindir. TNF-alfayı bloke eden ajanların yan etkilerinin en önemlisi, latent *M. tuberculosis* enfeksiyonunun aktivasyonuna neden olmasıdır. Bu tedaviler başlanmadan önce latent ve bazen de aktif olan tüberkülozu tespit etmek, daha sonra kemoprofilaksi ya da tedaviye karar vermek gerekir. Bu şekilde gereksiz tedavi tekrarlarının ve tüberküloz reaktivasyonlarının önleneceğini düşünmekteyiz.

Olgu: Kırk dört yaşında kadın hastanın 8 yıldır ankilozan spondilit tanısı mevcuttu. İki yıl süre ile salozopirin kullanmış olup, 2012 yılında şikayetlerinin artması üzerine TNF-alfa blokeri tedavisi planlanmıştır. Tedavi öncesi yapılan tüberkülin deri testi (PPD) 14 mm olup hastaya altı ay izoniazid tedavisi verilmiştir. Bu sürede adalimumab kullanan hastanın, 2016 yılında ağrılarının artması üzerine PPD testi yenilenerek 15 mm olduğu görülmüştür. Sonrasında 9 ay izoniazid tedavisi verilip, golimumab ile tedaviye devam edilmiştir. Hasta dört aydır devam eden öksürük, balgam, ateş yüksekliği, gece terlemesi ve bu sürede kilo kaybı ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ateşi 37,5 °C, nabız: 80/dakika, TA: 120/70 mmHg olarak ölçüldü. Fizik bakıda sağ akciğer orta ve alt zonda solunum seslerinde artış mevcuttu. Lökosit: 9900/mm^3, hemoglobin: 12,3 gr/dl, hematokrit: 37,2, trombosit: 403000/mm^3, aspartat aminotransferaz: 25, alanin aminotransferaz: 15, eritrosit sedimentasyon hızı 35 mm/saat, C-reaktif protein: 20 mg/dl bulundu. Özgeçmişinde tüberküloz hastalığı öyküsü ve tüberkülozlu hasta ile teması yoktu. TNF-alfa blokör tedavisine ara verildi. Beta-laktam antibiyotik tedavisi başlandı. PPD: 18 mm, quantiferon (+) alındı. Balgam direkt bakısı aside dirençli basil yönünden üç kez incelendi ve basil saptanmadı. Balgam kültürde üreme yoktu. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi çekildi ve tüberküloz için aktif odak görülmedi. USG'de sağ aksiller bölgede en büyüğü 18x9 mm olan oval şekilli, sert, ağrısız multipl lenfadenopati mevcuttu. Eksizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsinin patolojik değerlendirmesi kazeifikasyon içeren granülomatöz enflamasyon ile uyumlu olarak görüldü. Tüberküloz lenfadenit tanısı konulan hastaya izoniazid, rifampisin, etambutol, pirazinamid den oluşan standart dört ilaçlı anti-tüberküloz tedavisi başlandı. İlaç tedavisi iki aydan sonra izoniazid ve rifampisin ile dört ay daha sürdürüldü. Tedavi altı aya tamamlandı. Kontrollerde hastanın şikayetlerinde ve lenfadenopatilerde gerileme mevcuttu.

Sonuç: TNF-alfa blokeri kullanan hastalarda tüberküloz gelişme sıklığı genel popülasyona göre artmıştır. Bu nedenle TNF-alfa blokerleri ile tedaviye başlanılmadan önce latent tüberkülozun araştırılması önemlidir. Bu durum tüberküloz yönüyle koruyucu tedavi gerektirir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, tedavi, TNF-alfa blokeri

[PS-034]

EMN Olmadan, Hepatit Tablosuyla Gelen Epstein-Barr Virüs Enfeksiyonu

Berfin Çirkin, Yusuf Önlen, Tayyibe Bal, Mehmet Çabalak

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay

Giriş: Epstein-Barr virüs (EBV), *Herpesviridea* ailesinin bir üyesi olup genellikle adölesan ve genç erişkinlerde yüksek ateş, boğaz ağrısı, lenfadenopati ve lenfomonositoz ile seyreden enfeksiyöz mononükleoz tablosuna yol açar. EBV akut hepatitin nadir sebeplerindendir. Genellikle hafif enzim yüksekliği ile seyrederken nadiren ciddi seyreden hepatit ve fulminan kc yetmezliği olguları bildirilmiştir. Bu sunuda EBV'ye bağlı akut hepatit gelişen olgu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi yaşında kadın olgu 10 gün önce başlayan bulantı, kusma, karın ağrısı ve sarılık şikayetleriyle başvurdu. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muaynesinde genel durum iyi, ateş 38 °C, nabız 75 atım/dk, kan basıncı 120/80 mmHg, solunum sayısı 16/dk idi. Sklearlar ve deri ikterikti. Orofarenks doğal idi. Batın muayenesinde hepatosplenomegali saptandı ve traube kapalı idi. Diğer sistemik muayenesi doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde; beyaz küre: 13410 /mm^3 %83,2 lenfosit hakimiyeti, hemoglobin: 10 g/dl, trombosit sayısı: 177,000/mm^3 idi. Alanin aminotransferaz: 113 u/l, aspartat aminotransferaz: 137 u/l, alkalen fosfataz: 319 u/l, gama glutamil transpeptidaz: 130 u/l, total bilirubin: 12,3 mg/dl, direkt bilirubin: 9 mg/dl. Enfeksiyöz mononükleoz açısından yapılan testlerde EBV-VCA IgM pozitif, EBV EBNA negatif, EBV VCA IgG pozitif,

EBV EA pozitif ve diğer hepatit markerleri negatif olarak bulundu. İki aylık izleminde karaciğer fonksiyon testleri ve bilirubin değerleri geriledi ve normal değerlerine döndü.

Sonuç: EBV'nin enfeksiyöz mononükleoz dışında, hepatit tablosu ile de gelebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatit, EBV, kolestaz

[PS-035]

Geotrichum candidum'un Sebep Olduğu Bir Mandibular Osteomiyelit Olgusu

Dilşah Başkol[1], Deniz Akyol[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1], Tansu Yamazhan[1], Oğuz Reşat Sipahi[1], Dilek Yeşim Metin[2], Hüsnü Pulllukçu[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: *Geotrichum* maya benzeri bir mantar olup *Endomycetaceae* ailesi *Saccharomycetales* sınıfında yer almaktadır. *Geotrichum candidum* bronş, akciğer, ağız ve barsaklardan izole edilebilen, özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda invazif hastalık yapabilen, deri ve gastrointestinal sistemin normal flora elemanıdır. *G. candidum*'un nadir görülen bir mandibular osteomiyelit enfeksiyonu olgusu bildirilmiştir.

Olgu: Altmış bir yaşında erkek hasta, üç ay önce ortaya çıkan sol yanakta şişlik ve ağız içine akıntı şikayetleri ile başvurdu (Resim 1). Prostat adenokanserine bağlı kemik metastazları nedeni ile üç yıldır zolendronik asit tedavisi almaktaydı. Mandibular manyetik rezonans görüntüleme ve maksillofasiyal bilgisayarlı tomografi ile mandibular osteomiyelit ve apse saptanan hastaya çeşitli per-oral antibiyotikler ve sonrasında parenteral piperasilin-tazobaktam tedavisi verilmiş ancak yanıt alınamamıştı. Kemikteki lezyondan biyopsi yapılan hastanın doku örneklerinde maya mantarı, *Streptococcus parasanguinis, Escherichia coli* üremesi oldu. Maya mantarı MALDI-TOF MS (bioMérieux, Fransa) ile tür düzeyinde *G. candidum/klebahnii* olarak tanımlandı ve etkenin antifungal duyarlılık testinde flukonazol, itrakonazol, vorikonazol ve posakonazole duyarlı olduğu saptandı. Kültür sonuçları üzerine piperasillin tazobaktam parenteral vorikonazol ile değiştirildi. Vorikonazol tedavisi ile olgunun ağız açıklığının 20 gün içinde kademeli olarak arttığı görüldü. İdame per-oral vorikonazol tedavisi uygulanan olgunun takibinde alkalen fosfataz ve gama glutamil transferaz seviyelerinin artması nedeniyle tedavisi per-oral posakonazol olarak değiştirildi. Toplam sekiz haftalık antifungal tedaviden sonra klinik, laboratuvar ve radyolojik iyileşme sağlandı. Olgu, antifungal tedavi sonrası izleminin ikinci ayında gelişen nekrotizan fasiit nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: Antibiyotiklerle düzelmeyen osteomiyelitlerde, mantarları etiyolojik ajan olarak düşünmek gerekmektedir. Literatürde ulaşabildiğimiz kadarıyla bu olgu *G. candidum*'un neden olduğu ilk mandibular osteomiyelit olgusudur.

Anahtar Kelimeler: Osteomiyelit, *Geotrichum candidum*, vorikonazol



Resim 1. Olgunun tedavisinin birinci ay kontrolünde ağız açıklığının görünümü

[PS-036]

Doğum Öncesi Taramada Zührevi Hastalıklar Araştırma Laboratuvarında Pozitif Saptanan Olgu

Sedef Başgönül

Biga Devlet Hastanesi, Çanakkale

Giriş: Bu bildiride gebelerde sifiliz taramasının önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz yaşında, 38 haftalık gebe, planlanmış olan sezaryen öncesi bakılan tetkiklerinde zührevi hastalıklar araştırma laboratuvarında (VDRL) sonucu pozitif raporlanınca takibimize alındı. Hastanın üç gün sonra sezaryen ile doğumunun planlandığı öğrenildi. Anamnezi sorgulandığında sifilizle ilişkilendirilebilecek belirti tariflemiyordu. Fizik muayenede patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın anti-HIV sonucu non-reaktif idi. Tam kan sayımında özellik saptanmadı. Referans laboratuvardan doğrulama amaçlı FTA-abs IgM, IgG ve VDRL titresi çalışılması istendi. Prenatal takipte sifiliz taraması yapılmamış olan gebeye, doğum eylemine üç gün kalmış olması nedeniyle, doğrulama sonuçları beklenmeden benzatin penisilin-G 2,4 milyon IU haftada bir, üç haftalık tedavi başlandı. Yenidoğanı takip edecek olan hekime bilgi verildi. Gebenin eşi de poliklinik kontrolüne çağırıldı. Eşinin anamnezi sorgulandığında sifilizle ilişkilendirilebilecek belirti tariflemiyordu. Fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Gebe ve eşine ait tetkiklerden FTA-abs IgM negatif, IgG pozitif, VDRL negatif olarak raporlandı. Daha önce sifiliz tedavisi almadığını belirten eşe de benzatin penisilin-G 2,4 milyon IU/hafta, 3 hafta süreli tedavi başlandı. 2800 gram olarak dünyaya gelen sağlıklı yenidoğanın hastanemizde çalışılan VDRL sonucu pozitif olarak raporlandı. Bunun üzerine bebek için de VDRL titresi, FTA-abs IgM ve IgG tetkikleri referans laboratuvara gönderildi. Bebeğin fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Aspartat aminotransferaz: 165 U/l alanin aminotransferaz: 45 U/l olarak sonuçlandı. Bunun dışındaki laboratuvar parametreleri normal aralıklarda idi. Yapılan abdominal ultrasonografide patoloji saptanmadı. Hastaya pediyatri hekimlerince kristalize penisilin-G 50,000 ünite/kg 12 saatte bir intravenöz tedavi başlandı. Takibinde bebeğe ait FTA-abs IgM negatif, IgG pozitif, VDRL negatif olarak sonuçlandı. Yenidoğan ileri tetkik ve takip amaçlı il merkezindeki üniversite hastanesine yönlendirildi. Anne ve eşi tarafımızca takibe alındı.

Sonuç: Sifilizin gebelikte vertikal yolla fetüse geçişi mümkündür. En yüksek bulaş riski primer ve sekonder sifiliz evrelerinde görülmektedir. Yine de tedavi almamış, latent sifiliz evresindeki gebeden doğan bebekte, asemptomatik konjenital sifilizle sonuçlanan bulaş görülebilmektedir. Olgumuz; VDRL ve FTA-abs IgG pozitifliği olan, daha önce tedavi almamış, asemptomatik gebe olması nedeniyle latent sifiliz kabul edildi ve tedavi edildi. Perinatal mortalite ve morbiditesi yüksek olan maternal sifilizin doğumdan en az 4 hafta önce

tedavi edilmiş olması konjenital sifilizi önlemek amacıyla önerilmektedir. Bu nedenle gebelerin zamanında taranması önem arz etmektedir. Sifiliz taraması gebeliğin erken döneminde, 28-32. haftaları arası ve doğum öncesi dönemde önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, konjenital, sifiliz

[PS-037]

Wegener Granülomatozisli Bir Olguda Tüberküloz ve Aspergilloz Birlikteliği

Damla Erdoğan, Süheyla Kömür, Ferit Kuşcu, Behice Kurtaran, Aslıhan Ulu, Ayşe Seza İnal, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Adana

Giriş: Wegener granülomatozu (WG), üst solunum yolları, paranazal sinüsler, akciğer, böbrek başta olmak üzere birçok sistemi tutabilen ve dokularda nekrotizan granülomatöz vaskülit ile karakterize, otoimmün, granülomatöz bir hastalıktır. Akciğer tutulumu olguların %90'ında görülür. En sık görülen yakınmalar ateş, halsizlik, kilo kaybı ve hemoptizidedir. Tedavi hastalığın safhasına göre planlanır ve immünosüpresif ajanlar kullanılır. Organ tutulumu ve yaşamı tehdit eden durumlarda remisyonu sağlamak için kortikosteroid ile siklofosfamid verilebilir. Bu nedenle hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar görülebilir. Burada; immünosüpresif tedavi sonrası pnömoni ve nöbet nedeniyle izlenen, santral sinir sistemi aspergillozu ve akciğer tüberkülozu tanısı konulan hasta sunuldu.

Olgu: Otuz bir yaşında erkek, hastanede memur olarak çalışmış, şu an çalışmıyordu. Bir ay önce sol yüz yarısında harekette zorlanma, çenede kilitlenme, ateş, kanlı balgam yakınmaları ile romatoloji polikliniğine başvurmuştu. WG aktivasyonu düşünülerek yatışı yapıldı. Yapılan serebral görüntülemelerde sağ frontal bölgede nodüler öncelikle metastatik lezyonla uyumlu, etrafında vazojenik ödem bulguları saptandı, granülom/tüberkülom ve difüzyon kısıtlaması ile tüberküloz psödoapsesi ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Akciğer görüntülemede; sağ akciğer alt lopta kavite, nodül mevcut olup WG'ye sekonder düşünüldü. Ateşi de olması nedeniyle wegener aktivasyonu ve pnömoni ayrımı yapılamaması üzerine 10 gün ampirik antibiyotik ve prednizolon verildi. Bronkoskopi yapıldı; sitoloji raporunda; bronş epitel hücreleri, alveoler makrafajlar, mantar hifaları görüldü. BAL'de ARB: negatif, tüberküloz kültüründe *Mycobacterium tuberculosis* kompleks üredi. (etambutol, izoniazid, streptomisin hassas). saptandı. Bunun üzerine 4'lü olarak; INH 1x300 mg, rifampisin 1x600 mg, pirazinamid 1x2000 mg, etambutol 1x1500 mg, B6 1x1 başlandı. Takibinde serebral kitleden kraniyotomi ile örnekleme yapılan hastanın patoloji sonucu: granülomatöz eksüdatif iltihap olarak raporlandı. Serebral lezyondan alınan kültürde; *Aspergillus flavus* üredi. İki aylık 4'lü anti-tb tedavisi tamamlanan hastanın tedavisi INH 1x300 mg, rifampisin 1x600 mg olarak düzenlendi. *Aspergillus* üremesi nedeniyle lipozomal amfoterisin B başlandı, ancak alerjik reaksiyon nedeniyle kesildi, vorikonazol olarak değiştirildi. Vorikonazol ile rifampisin etkileşimi olması nedeniyle rifabutin olarak düzenlendi. Anti-tb ve vorikonazol tedavisinin 6. ayında serebral-torakal görüntülemelerinde lezyonlarda regresyon görüldü. Altıncı ayda vorikonazol kesildi, anti-tb tedavisi 9 aya tamamlanarak kesildi.

Sonuç: WG, akciğer ve böbrek başta olmak üzere herhangi bir organı etkileyebilen, küçük damarları tutan, nekrotizan granülomatöz vaskülit ile karakterize granülomatöz bir hastalıktır. İmmünosüprese ajanlar ile tedavi edildiği için tüm fırsatçı enfeksiyonlar düşünülmelidir. WG granülomlarla seyredebildiği için tüberküloz ve malignite ayrımı mutlaka yapılmalıdır. Tedaviler esnasında ilaç etkileşimleri akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Wegener granülomatozu, tüberküloz, aspergilloz

[PS-038]

İmmünokompetan Hastada Nadir Görülen HSV-2 Ensefaliti

Ahmet Cem Yardımcı

İstanbul Aydın Üniversitesi, VM Medicalpark Florya Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Akut viral ensefalit (AVE) erken tanınması ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Herpes simpleks virüsü (HSV) AVE'nin en sık nedeni olup %95'inde etken tip HSV-1'dir. HSV-2 ise sıklıkla yenidoğan döneminde AVE'ye neden olmakta ve erişkin immünokompetanlarda nadiren görülmektedir. Bu bildiride HSV-2'nin neden olduğu AVE olgusu sunulmak istenmiştir.

Olgu: Otuz dört yaşında, daha önceden bilinen bir hastalığı olmayan kadın hasta iki günden beri olan şiddetli baş ağrısı ve bulantı yakınması nedeniyle başvurdu. On günden beri genital herpes nedeniyle oral asiklovir tedavisi alan hastanın başvuru anında ateşi 38 °C, tansiyon arteriyel 120/80 mm/Hg ve solunum sayısı 22/dk idi. Fizik muayenesinde meningeal irritasyon bulguları olmayan hastanın genital bölgesinde aktif veziküler lezyonları mevcuttu. Göz dibi bakısında papil ödem saptanmaması üzerine lomber ponksiyon yapıldı. Alınan beyin omurlik sıvısı (BOS) örneğinde 250 lökosit (%90 lenfosit karekterinde)/mm^3, protein 160 mg/dl ve glukoz düzeyi 50 mg/dl (eş zamanı kan şekeri 94 mg/dl) olarak saptandı. Diğer laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısı 5444/mm^3 (%56,1'i polimorf nüveli lökosit), trombosit sayısı 330,000/mm^3, C-reaktif proteini 0,2 mg/dl olup biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı. Kraniyal görüntülemesi ve elektroensefalografisinde patolojik bir özellik saptanmadı. Hastaya akut viral ensefalit ön tanısıyla asiklovir 10 mg/kg/günde üç doz olmak üzere başlandı. Alınan BOS'nin bakteriyolojik kültüründe üreme olmadı, PCR, BioFire Diagnostics, LLC, bioMerieux, USA) HSV-2 pozitifliği saptandı. Antiviral tedavisinin 3. gününde yakınmaları gerilemeye başlayan hastanın mevcut tedavisi 14 gün intravenöz asikolvir ve 7 gün oral valasiklovir 1000 mg/günde üç kez olacak şekilde tamamlandı. Tedavi sonrasında baş ağrısı ve bulantı yakınması olmayıp genital lezyonları tamamen iyileşti.

Sonuç: Herpes simplex virüs enfeksiyonları çok farklı nörolojik semptomlarla ortaya çıkabilmektedir. Genital lezyonların eşlik ettiği HSV-2, genellikle immünokompetan kişilerde kendini sınırlayan aseptik menenjite neden olmaktadır. Bizim hastamızda farklı olarak menenjit bulguları olmaksızın genital lezyonların eşlik ettiği ensefalit kliniği mevcuttu. Hastalığın uygun tedavi edilmemesi morbidite ve mortaliteye neden olabileceğinden erken tanı çok önemlidir. Bu nedenle baş ağrısı, ateş yüksekliği ve genital herpes varlığında HSV-2'nin de AVE'ye neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HSV-2, akut viral ensefalit

[PS-039]

Hastane Enfeksiyonunda Etken ve Direnç Durumu

Fatma Kesmez Can, Handan Köksal Alay, Ayşe Albayrak, Zülal Özkurt

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Hastane enfeksiyonları yataklı tedavi kurumlarının hizmet kalitesinin göstergesidir. Hastane enfeksiyonları, hastanede kalış süresinin uzaması, mortalite ve morbiditenin artması, tedavi süresinin uzaması gibi sorunları da beraberinde getirir. Hastane enfeksiyonu patojenlerinin sıklığı ve türleri hastaneler arasında ve aynı hastane içinde değişik ünitelerde farklılık göstermektedir. Bizde bu çalışmada 01.01.2018-31.12.2018 tarihleri arasında

hastane enfeksiyonu tanısı alan hastalarımızın etken ve direnç durumunu değerlendirmek istedik.

Gereç ve Yöntem: Bir yıllık döneme ait hastane enfeksiyonu sürveyans verileri enfeksiyon kontrol hemşirelerinin günlük viziteleri, enfeksiyon kontrol hekimlerinin konsültasyonları ve klinik viziteleri ile toplandı. Mikroorganizmaların identifikasyon ve antibiyotik duyarlılıkları hastanemiz mikrobiyoloji laboratuvarında konvansiyonel yöntemler ve otomatize sistemler (BD Phoenix, Becton Dickinson, USA) kullanılarak EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) kriterlerine göre yapılmıştır.

Bulgular: Hastane enfeksiyonu oluşturan 221 üreme tespit edilmiştir, ilk üç sırada dirençli Gram-olumsuz bakterilerin yer aldığı görülmektedir. Etkenler *Klebsiella pneumoniae* 47 (%21,2), *Acinetobacter baumannii* 40 (%18,1), *Escherichia coli* 31 (%14,03), *Acinetobacter* spp. 26 (%11,76), Koagülaz-negatif stafilokok 14 (%6,33), *Pseudomonas aeruginosa* 14 (%6,33), *Enterococcus* spp. 12 (%5,43), *Staphylococcus aureus* 12 (%5,43), *Candida* spp. 6 (%2,71) şeklinde olup diğer etkenler daha az sayıda tespit edildi. *A. baumannii* türlerinde antibiyotik duyarlılık bakıldığında kolistin direnci yoktu, tigesilin direnci (%11), imipenem direnci %96,5, meropenem direnci %95,8, amikasin direnci %95,3 idi. *Acinetobacter* spp. direnç durumu kolistin ve tigesiklin duyarlı, imipenem direnci %96, meropenem direnci %95,4, amikasin direnci %96,1 alındı. *K. pneumoniae* kolistin duyarlı olup, meropenem %77 imipenem %80 duyarlı görüldü. *Escherichia coli* de ise karbapenemlere %96 duyarlı olup piperasilin-tazobactam %64,2 duyarlı idi. *P. aeruginosa* da ise kolistin duyarlı olup %75 karbapenem duyarlı idi. *Enterococcus* spp. %100 vankomisin duyarlı görüldü. *Candida* türlerinde ilaç direnci görülmedi.

Sonuç: Hastane enfeksiyonu etkeni bakterilerin önemli bir grubu çoğul antibiyotik direnci taşımaktadır. Son yıllarda antibiyotiklerin uygunsuz ve gereksiz kullanımına bağlı çoğul direnç gösteren bakterilerde artış olmuştur. Ampirik tedavi başlanan hastalarda kültür antibiyogram sonuçları çıktıktan sonra tekrar değerlendirme yapılması gerekir. Antibiyotiklerin uygunsuz kullanımı bu dirençli suşların ortaya çıkmasında en önemli faktördür. Bu bakterilerin yayılmasını önlemek için temel enfeksiyon kontrol önlemleri tam olarak uygulanmalıdır. Damar yolunun açılması, üriner kateterin takılması ve yara pansumanı gibi hastaya her türlü girişim öncesinde sağlık çalışanlarının el yıkama, eldiven önlük giyme ve izolasyon gibi standart önlemlere sıkı uymaları ile bu enfeksiyonlar önemli oranda azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Etken, direnç, enfeksiyon

[PS-040]

Hastane Kaynaklı *Escherichia coli* İzolatlarında Fosfomisin Direnci

Günay Tuncer Ertem[1], Şebnem Fatma Erdinç[1], Çiğdem Ataman Hatipoğlu[1], Serap Yağcı[2], Necla Tülek[1], Sami Kınıklı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *Escherichia coli* başta üriner sistem enfeksiyonları olmak üzere hastane kaynaklı enfeksiyon etkenleri arasındadır. Karbapenem veya diğer grup antibiyotiklere dirençli izolatlar için tedavi seçenekleri azalmaktadır. Ülkemizde kullanıma giren intravenöz fosfomisin *Enterobacteriaceae* türlerinin tedavisinde kullanılabilen antibiyotiklerden biridir. Bu çalışmada hastane kaynaklı enfeksiyonlardan elde edilen *E. coli* izolatlarında fosfomisin direnci varlığı araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Hastanedeki yoğun bakım üniteleri (YBÜ) veya kliniklerinde 2016-2018 yılları arasında saptanan enfeksiyon etkeni olan *E. coli* izolatları dahil edildi. Hastane enfeksiyonu tanımları CDC kriterlerine göre yapıldı. Tür ayrımı ve antibiyotik direnci Phoenix (Becton Dickinson, UK) otomatize sistemiyle yapıldı.

Bulgular: Çalışma süresince saptanan hastane kaynaklı enfeksiyon sayısı 1424 idi. Kaydedilen enfeksiyonların 281'inde (%19,7) etken *E. coli* idi. *E. coli* izolatlarının 94'ü 2016 yılında, 91'i 2017'de, 96'sı 2018'de yılında izole edildi. YBÜ hastalarından 189 (%67,3), klinik hastalarından ise 92 (%32,7) izolat elde edildi. En sık saptanan *E. coli* enfeksiyonları üriner sistem (171, %60,8), cerrahi alan (50, %15,2) ve kan dolaşımı enfeksiyonları (19, %6,7) idi. Fosfomisin direnci çalışılan 154 izolattan 2016 yılında, YBÜ'de saptanan bir izolat (%0,6) dirençli bulundu. Karbapenem direnci çalışılan 233 izolattan 14'ünde (%6) direnç saptandı ve bu izolatların %86'sı YBÜ'den izole edildi.

Sonuç: Hastane kaynaklı *E. coli* izolatlarında bir izolat dışında direnç saptanmadı. Bu durum intravenöz fosfomisinin etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir. Özellikle de karbapeneme dirençli *E. coli'nin* etkeni olduğu enfeksiyonların tedavisinde, ciddi yan etkileri olmayan bir antibiyotik olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: *Escherichia coli*, fosfomisin, direnç

[PS-041]

Streptococcus pyogenes'in Etken Olduğu Fetal Menenjit Olgusu

Müzeyyen Tuğçe Benli, Ezgi Gizem Soylu, İsmet Battal, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Menenjit; çeşitli mikroorganizmaların neden olduğu beyin ve spinal kordu çevreleyen pia ve araknoid zarın enflamasyonudur. Erişkinlerde akut bakteriyel menenjitlerde (ABM) en sık saptanan etkenler *Neisseria menengitidis, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae*'dır. *Streptococcus pyogenes*, ABM'de çok nadir görülen bir etkendir. *S. pyogenes*'in üst solunum yolu mukozasında kolonize olduktan sonra hematojen yolla santral sinir sistemine geçişi, özellikle altta yatan predispozan bir faktöre sahip hastalarda daha sık olmaktadır. Bizim olgumuzda da öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu varlığının ve kronik bronşit öyküsünün olmasının menenjit kliniğine zemin hazırladığı düşünüldü.

Olgu: Bilinen diabetes mellitus ve serebrovasküler olay tanıları olan 59 yaşında erkek hasta, acil servise bulantı kusma sonrasında ortaya çıkan bilinç bulanıklığı şikayetiyle başvurdu. Alınan ayrıntılı anamnezde bir gün önce başlayan kulak ağrısı ve akıntısı şikayeti olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinci kapalı, oryantasyon ve kooperasyonu yoktu. Meninks irritasyon bulgusu değerlendirilemedi. Ense sertliği +++'di. Acil servisteki takibinde ateşi subfebril, tanisyonu 90/60 mm/hg, SaO_2: 92, solunum sayısı: 20 /dk idi. Hastanın başvuru sırasındaki kan değerleri beyaz küre: 26,500 µl, platelet: 378,000 µl, hemoglobin: 15,2 g/dl, pH: 7,39, laktat: 4,1 mmol/l, prokalsitonin: 4,2 ng/ml idi. Biyokimyasal testler normaldi. Üriner sistemde, akciğerde ve abdomende enfeksiyon odağı saptanmayan hastaya lomber ponksiyon (Lp) planlandı. Lp öncesi çekilen beyin bilgisayarlı tomografisinde sağ parieto-oksipital bölgede sol oksipito-temporal bölgede kronik enfarkt alanları izlendi ve manyetik rezonans görüntülemede sağ serebellar düzeyde diffüzyon kısıtlaması gösteren alanlar ve her iki serebral hemisferde ensefalomalazik alanlar izlendi olarak raporlandı. Yapılan Lp'de beyin omurilik sıvısının (BOS) rengi bulanık, basıncı normaldi. BOS mikroskopisinde 2100 lökosit/mm^3 polimorfonükleer lökosit hakimiyeti ve 1100 eritrosit/mm^3 görüldü. BOS biyokimyasında glukoz 7 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri 310 mg/dl, protein 1850 mg/dl idi. Gram-boyamasında Gram-olumlu kok görüldü. Hastaya ABM ön tanısıyla meropenem 3x2 gr intravenöz (IV) ve vankomisin 2x1 gr IV başlandı. Hastanın BOS kültüründe *S.*

pyogenes üremesi oldu. Yoğun bakım takibi önerilen hasta aynı gün içinde acil serviste eksitus oldu.

Sonuç: *S. pyogenes* menenjiti özellikle sağlıklı erişkinlerde fulminan seyreder ve yüksek mortalite oranına sahip olması yönünden önemlidir. Gram-boyamasında Gram-olumlu zincir yapmış koklar görüldüğünde, *S. pyogenes* etken olarak düşünülüp tedaviye erken başlanılırsa iyi sonuçlar elde edilebilir. Ayrıca altta yatan predispozan faktörü olan kişilerde A grubu streptokokların menenjit etkeni olarak karşımıza çıkabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, *Pyogenes*, fetal

[PS-042]

Ne Zaman Profilaksi? Üst Ekstremitede Güç Kaybı Yakınması ile Başvuran HIV Olgusu

Hüsnü Pullukçu[1], Hasip Kahraman[2], Cenk Eraslan[3], Oğuz Reşat Sipahi[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1]

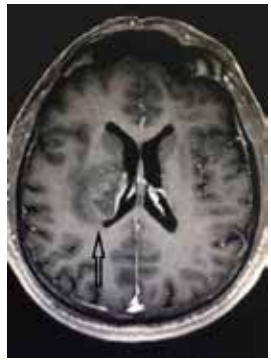
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[2]Datça Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Muğla
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) hastalığın herhangi bir döneminde direkt veya indirekt olarak merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumuna neden olabilir. MSS patolojilerinin gelişiminde fırsatçı enfeksiyonlar, tümörler ve HIV'nin beyin ve spinal kordda replikasyonu başlıca nedenlerdendir.

Olgu: Altmış üç yaşında erkek hasta, 20 gün önce ateş yüksekliği şikayetiyle başvurduğu dış merkezde HIV tanısı almıştır. CD4 200 hücre/mm^3, viral yükü 160000 kopya/ml olan olguya elvitegravir/kobisistat/emtristabin/tenofovir alafenamid tedavisi başlanmıştır. Polikliniğimize ilk başvurusundaki tetkiklerinde geçirilmiş hepatit B ve toksoplazma IgG pozitifliği dışında bulgu saptanmayan hasta üç ay sonra kontrole çağırılmıştır. Poliklinik randevusundan yaklaşık on gün önce başlayan sol kol ve bacağında güç kaybı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Koroner arter hastalığı ve hipertansiyon dışında ek hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede özellikle sol tarafta belirgin olan her iki ayak üzerinde kaposi sarkomuna bağlı lezyonları mevcuttu. Sol üst ekstremitede motor kuvvet 3/5, diğer ekstremitelerde motor defisit saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 5.500 hücre/mm^3, lenfosit: 2260 hücre/mm^3, HIV-RNA <40 k/ml, CD4 >400 hücre/mm^3, böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde patoloji saptanmadı. Toksoplazma IgM negatif, toksoplazma IgG pozitif, toksoplazma avidite testi %71 oranında saptandı. Ayak sırtındaki lezyondan alınan doku biyopsi sonucu kaposi sarkomu olarak raporlandı. Olgunun kontrastlı kraniyal manyetik rezonansında (MR) supratentorial kesitlerde, sağ korona radiata ve talamus düzeyinde öncelikle serebral toksoplazmozis lehine değerlendirilen periferik kontrastlanma etkileşimi gösteren lezyonlar izlendiği belirtildi (Şekil 1). Perfüzyon MR incelemesinde ise lezyonlar öncelikli olarak lenfoma lehine değerlendirildi. Nöroloji tarafından lomber ponksiyonun kontrendike olduğu belirtilmesi nedeniyle BOS örneklemesi yapılamadı. Beyin cerrahisine danışılan olguya olası risklerden dolayı biyopsi yapılamadı (hastanın onayı alınamadı). Olguya trimetoprim/sulfametoksazol (TMP/SMX) tedavisi başlandı. Antiretroviral tedavi ve TMP/SMX ile taburcu edilen olgunun üç hafta sonra çekilen kraniyal MR'sinde lezyonlarda ve çevre dokulardaki ödemde regresyon görüldüğü bildirildi. Kliniği tamamen düzelen hastanın 6. ay MR'sinde tamamen düzelme görüldü. Takip sırasında viral yük sürekli negatif saptandı. CD4 düzeyi 400 hücre/mm^3'ün altına hiç düşmedi. Kotrimoksazol profilaksisinin altı ay daha devam edilerek sonlandırılması planlandı.

Sonuç: AIDS tanımlayıcı hastalık bulgusu olan olgularda, CD4 hücre sayısının 200 hücre civarında olmasının fırsatçı enfeksiyonlar açısından sorun yaratabileceği akılda bulundurulmalıdır. Hatta bu olguda olduğu gibi AIDS tanımlayıcı hastalık bulgusu olan olgularda CD4 sayısından bağımsız olarak toksoplazma açısından belirli bir dönem profilaksi uygulanmasının gerekli olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, toksoplazmozis



Şekil 1.

[PS-043]

İzole Gluteal Bölge Primer Kist Hidatiği: Bir Olgu Sunumu

Özge Eren Korkmaz, Tuna Demirdal

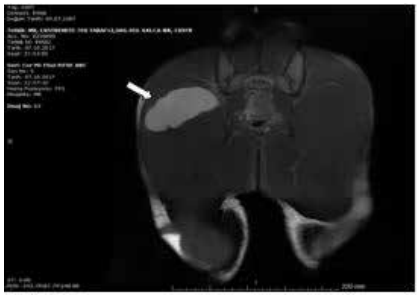
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kist hidatik *Echinococcus granulosus* metasestodları ile oluşan paraziter bir hastalıktır. Hastalığın en sık görüldüğü yer karaciğer, ikinci sıklıkta akciğerdir. Karaciğer ve akciğer parazit için filtre görevi görmektedir, bu nedenle karaciğer ve akciğerde hastalık oluşmadan başka bir dokunun tutulması oldukça nadirdir. Kist hidatik kas iskelet sisteminde nadiren tanımlanmıştır.

Olgu: Otuz bir yaşında Suriye uyruklu erkek hasta sağ kalçada yaklaşık beş yıldır var olan şişlik yakınması ile hastanemize başvurdu. Bu şişliğin giderek büyüdüğünü ve üzerine oturamadığını belirtti. Hastanın fizik muayenesinde sağ gluteal bölgede yaklaşık 10x5 cm büyüklüğünde hareketsiz, iyi sınırlı kitle saptandı. Palpasyonunda yüzeyel lenf nodu saptanmadı. Diğer fizik muayene bulguları olağandı. Hemogram ve biyokimya testleri normaldi. Hastaya yumuşak doku ultrasonografi yapıldı ve sağ gluteal bölgede kas içi yerleşimli, kemik ile ilişkisiz, homojen iç yapıda 100x46 mm boyutlarında kistik lezyon saptandı. Manyetik rezonans tetkikinde sağda gluteal kaslar arasından sağ piriformis kası anterior kesimi ile de yakın komşuluk gösteren T1'de düşük, T2'de yüksek yerleşimli lobüle konturlu ve periferal tarzda kontrast tutan yaklaşık 95x48 mm boyutlarında kistik lezyon görüldü (Şekil 1). Lezyon içerisinde solid içerik yoktu. Hastanın gluteal bölgedeki 100x30x35 mm büyüklüğündeki doku, kapsülü korunarak eksize edildi. Ameliyat materyalinin histopatolojik incelemesinde, kist hidatik kütiküler membran ve enflame fibröz çeper saptandı. *E. granulosus* için yapılan indirekt hemaglütinasyon testi 1/640 titrede pozitif saptandı. Hasta kist hidatik sistemik tutulumu açısından araştırıldı. Akciğer tomografisi, beyin manyetik rezonans ve tüm batın tomografisi görüntülemeleri yapıldı, kist hidatik lehine bir bulgu saptanmadı. Hastaya ameliyat sonrası iki ay boyunca albendazol 2x400 mg/gün tedavisi verildi. Tedavi takibinde indirekt hemaglütinasyon testi 1/160 saptandı. Hastanın iki aylık tedavi bitiminden sonra bir sorunu gelişmedi. Ancak uzun dönem takibi hastanın kontrollerine gelmemesi nedeniyle yapılamadı.

Sonuç: Kist hidatik karaciğer ve akciğer dışında bir dokuyu tuttuğu zaman tanısı zor olabilir. Ülkemizdeki hekimler klinik pratiklerinde kist hidatiğin nadir tutulumları olduğunu hatırlamalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik



Şekil 1. Sağda gluteal bölgede kistik yer kaplayıcı lezyon izlenmektedir

[PS-044]

HIV ile Enfekte Bir Olguda Komorbiditelerin Yönetimi

Ülkü Üser, Figen Sarıgül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte hastalarda primer hastalık ve antiretroviral tedavi (ART) ilaçları renal fonksiyon bozukluğu ve dislipidemiye neden olabilmektedir. İleri yaşa bağlı komorbid hastalıkları olan ve ART kullanan hastalarda ilaç etkileşimleri nedeniyle tedavi yönetiminde çeşitli sorunlar yaşanabilmektedir. HIV ile enfekte, renal fonksiyon bozukluğu, hipertansiyon, diabetes mellitus, dislipidemi gibi komorbid hastalıkları olan olguda ilaç etkileşimleri ve tedavi yönetimi irdelenmiştir.

Olgu: On beş yıldır HIV tanılı 57 yaşında erkek heteroseksüel hastaya üç yıl önce diabetes mellitus tanısı konulmuş ve sigarayı bırakmıştır. Lopinavir/ritonavir (LPV/r), emtricitabine (FTC)/tenofovir disoproksil fumarate (TDF), metformin (1000 mg/gün) ve telmisartan 80 mg/gün kullanan hastanın CD4 sayısı 420 hücre/µl, HIV-RNA negatifti. TA 140/80 mmHg, beden kitle indeksi: 31,4 kg/m^2, ailede hipertansiyon ve non-alkolik steatohepatit öyküsü olan hastanın kardiyovasküler hastalık riski Framingam skoru %17 saptandı. Glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) 65 ml/dk/1,73 m^2, evre 2 kronik böbrek hastalığı (KBH) ve kolesterol/kötü huylu kolesterol/trigliserid yüksek olan olguda DAD (Data collection on adverse events of anti-HIV drugs) skorlamasına göre, kısa dönem KBH riski %27, genel KBH riski %60 saptandı. Proteaz inhibitörleri dislipidemi, insülin direnci gibi metabolik komplikasyonlara neden olduğundan miyokardiyal enfarktüs riskini arttırır. Tüm bunlar göz önüne alınarak LPV/r kesilip, dolutegravir ve FTC/TDF ile devam edildi. Bir ay sonra lipit profil bozukluğu ve GFR düşüklüğü devam eden hastaya simvastatin eklendi. HIV-RNA süpresyonu devam eden hastanın altı ay sonraki, glukoz ve lipit düzeyinde düzelme yoktu; glisemi kontrolü (HbA1c %9) için metformin dozu arttırıldı. Dolutegravir ile birlikte yüksek doz metformin kullanımı laktik asidoza neden olabileceğinden hastanın tedavileri TDF/FTC + raltegravir + metformin (2000 mg/gün) + telmisartan + simvastatin olarak düzenlendi. Hasta tedavi değişikliğinden bir hafta sonra bulantı, kusma ve baş ağrısı ile polikliniğe başvurdu. Hastanın kreatinin 2,3 mg/dl, spot idrar protein 597 mg/dl, albümin/kreatinin 450 mg/gr çıkmış, eGFR 55 ml/min/1,73 m^2'e düşmüştür. EACS 2017 kılavuzuna göre hastanın GFR'sinde düşüş (>=%25), albüminüri 300 mg'den fazla olduğundan nefrotoksik ajanların kesilmesi önerildi. Bu sonuçlarla TDF/FTC ye devam edilemeyeceğinden tenofovir alafenamide temelli ilaç değişimi planlandı. Hastada metformin kesildi, insülin tedavisine geçildi; anti-hiperlipidemik tedavisi rosuvastatin olarak değiştirildi. Hastaya yaşam şeklini değiştirmesi, kilo vermesi şiddetle önerildi. Dört hafta sonraki kontrolde glukoz, lipit düzeylerinin düzeldiği, eGFR 82 ml/min/1,73 m^2'ye yükseldiği (Tablo 1) virolojik süpresyonunun devam ettiği saptandı.

Sonuç: HIV kronik bir hastalık olup yaş ile HIV'e bağlı/bağlı olmayan komorbiditeler artar. Gerek komorbiditeler gerekse ARV ilaçların yan etkileri, ilaç etkileşimleri yakın takip edilmelidir. Kurtarıcı olan yalnızca ilaç değil, hastanın düzenli takibi ve yaşam şeklidir.

Anahtar Kelimeler: HIV-ART komorbidite

Tablo 1. Tedavi rejimlerine göre biyokimyasal test sonuçları

	(LPV/r) tedavisi altında	DTG sonrası 1. ay	TAF/FTC/EVG/c sonrası 1. ay
Total kolesterol	300 mg/dl	265 mg/dl	200 mg/dl
HDL-C	35 mg/dl	35 mg/dl	40 mg/dl
LDL-C	200 mg/dl	190 mg/dl	130 mg/dl
Trigliserid	525 mg/dl	450 mg/dl	487 mg/dl
Glukoz (aç)	130 mg/dl	133 mg/dl	124 mg/dl
HbA1c	%8	%8	%7
Kreatinin	1,85 mg/dl	1,81 mg/dl	1,44 mg/dl
İdrar protein (spot)	266,7 mg/dl	271 mg/dl	140 mg/dl
eGFR (Cockroft-Gault)	65 ml/dk/1,73 m^2	66 ml/dk/ 1,73 m^2	82 ml/dk/1,73 m^2
eGFR (CKD-EPI)	39,5 ml/min/1,73 m^2		

HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein, LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein, GFR: Glomerüler filtrasyon hızı, LPV/r: Lopinavir/ritonavir, DTG: Dolutegravir, TAF: Tenofovir alafenamid, FTC: Emtrisitabin, EVG: Elvitegravir

[PS-045]

Hindistan Kaynaklı Bir Dang Ateşi Olgusu

Naciye Betül Baysal, Yasemin Çağ, Hülya Çaşkurlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Dang ateşi, *Aedes* cinsi sivrisinekler aracılığı ile bulaşan *Flaviviridae* ailesi, *Flavivirus* cinsine ait *Dengue* virüslerin neden olduğu hastalıktır. Asemptomatik, ateşli hastalık ve hayatı tehdit edici şok tablosuna kadar geniş spektrumda klinik bulgular verebilir. Bu yazıda Hindistan seyahati esnasında tanısı konulan ve sonrasında tarafımızca takip edilen bir Dang ateşi hastası sunulmuştur.

Olgu: Yaklaşık 1 ay önce iş seyahati nedeniyle Hindistan Chennai'ye giden 26 yaşında erkek hasta 14 Aralık 2018 tarihinde polikliniğimize başvurdu. Hastanın halsizlik ve bitkinlik dışında aktif şikayeti yoktu. Ateşi 37 °C, vital bulguları stabil, fizik muayenesinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde, beyaz küre: 4600/mm^3, (%51 nötrofil), hemoglobin: 16,1 g/dl, plt: 179000/mm^3, C-reaktif protein: <0,1 mg/dl (0-0,5), sedimentasyon: 8 mm/saat, uluslararası normalleştirilmiş oran: 1,06 (0,8-1,25), aspartat aminotransferaz: 38 U/l, alanin aminotransferaz: 38 U/l, laktat dehidrogenaz: 445 U/l diğer biyokimyasal tetkikleri normal idi. Bir hafta önce üç gündür devam eden retroorbital bölgede yoğunlaşan baş ağrısı, ateş, bulantı, yaygın eklem ağrısı, boğaz ağrısı, halsizlik ve vücutta yaygın kızarıklık nedeniyle Hindistan'da doktora başvurmuştur. Hastaya üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek seftriakson 2x1 gr intramüsküler ve antihistaminik total bilirubin reçete edilmiştir. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine iki gün sonra tekrar doktora başvuran hastanın beyaz küre: 2200/mm^3, plt: 142000/mm^3 olarak tespit

edilmiştir. Muson yağmurları mevsimi olduğundan ve hastanın sivrisinek teması olduğundan Dang ateşi için serolojik tetkiklere bakılmıştır. Dang IgM: pozitif, Dang NSI Ag: pozitif, Dang IgG: negatif olarak saptanması üzerine hastaya Dang Ateşi teşhisi konulmuştur. Semptomatik tedavi önerilmiştir. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktur. Hasta takip amaçlı olarak kliniğimize yatırıldı. Takibinde hastanın halsizlik şikayeti geriledi. Ateş veya başka bir klinik bulgusu olmadı. Döküntüler gerilemişti. Herhangi kanama öyküsü olmayan hasta 2009 WHO sınıflamasına göre uyarı veren semptomu olmayan Dang ateşi olarak değerlendirildi. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastadan 18 Aralık 2018'de yeniden gönderilen Dang IgG: pozitif, Dang IgM: pozitif, ve Dang virüs PCR: negatif saptandı.

Sonuç: Epidemiyolojik bölgeye seyahati olan ateşli ve döküntülü hastalıklarda ayırıcı tanıda Dang ateşi akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, döküntü, seyahat

[PS-046]

Aktinomikozun Nadir Bir Formu: Hepatik Aktinomikoz

Ayşe Albayrak[1], Zülal Özkurt[1], Fatih Albayrak[1], Kemalettin Özden[1]

[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Erzurum

Giriş: *Actinomyces* türü bakteriler anaerobik Gram-olumlu flamentöz bakteriler olup, sıklıkla orofarinks (olguların %55'i), gastrointestinal sistem ve ürogenital bölgede kolonize olurlar. Hepatik tutulum tüm aktinomikoz olgularının beşini oluşturur. Dissemine aktinomikozda hepatik tutulum görülebilirken, izole tutulum büyük ihtimalle bilinmeyen bir odaktan hematojen yayılımla olur. Bu çalışmada nadir görülen bir hepatik aktinomikoz olgusunun sunulması amaçlandı.

Olgu: Olgumuz 16 yıl önce diyabet tanısı almış 72 yaşında erkek hastaydı. Acil servise ateş, genel durum bozukluğu, halsizlik şikayetleri ile başvuran hasta kliniğimize yatırıldı. Hastanın son 3-4 aydır halsizlik, iştahsızlık ve 5-6 kilo kadar kilo kaybı olduğu öğrenildi. Genel durum orta/bozuk, şuur uykuya meyilli idi. Ateş: 39,5 °C idi. TA: 110/60 mmHg, nabız 110/dk, solunum sayısı 25/dk idi. Fizik muayenede akciğer sesleri kabalaşmıştı. Başka özellik yoktu. Laboratuvar: beyaz küre: 20500 (%84 PNL), hemoglobin: 10 g/l, plt: 167000, sedimentasyon: 93 mm/sa, C-reaktif protein: 207 mg/l, prokalsitonin: 100 ng/ml, alanin aminotransferaz: 141, aspartat aminotransferaz: 282, alkalen fosfataz: 297, gama glutamil transpeptidaz: 93, takibinde şiddetli titreme ile günde 2-3 kere 39-40 °C ulaşan ateşleri olan hastaya kültürleri alındıktan sonra ampirik seftriakson 2x1 gr (IV) başlandı. Batın ultrasonografide karaciğer sağ lobda 90x50 mm ebatlı heterojen hipoekoik lezyon alanı, ardından yapılan batın bilgisayarlı tomografide (BT) yine aynı bölgede 110x60 mm'lik lobüle kontürlü düzensiz sınırlı lezyon alanı raporlandı (Resim 1). Girişimsel radyoloji ile görüşüldü ve lezyon alanından örnek alındı. Direkt mikroskobi, kültür ve patolojiye gönderildi. Bu arada hastanın batınında hassasiyet, distansiyon gelişti. Tekrar çekilen tomografide batında yaygın mayi, apse odakları, ileus (peritonite sekonder) rapor edildi. Meropenem tedavisine geçildi. Genel cerrahinin önerileri alındı. Sitopatolojik incelemede yoğun nötrofiller, histiyositler ve *Aktinomyces* organizmaları görüldü. Tedaviye kristalize penisilin eklendi. Nefes darlığı ve hipotansiyonu olan hastaya çektirilen pulmoner BT anjiyografi ile pulmoner emboli tanısı konuldu ve hasta göğüs hastalıkları yoğun bakıma devredildi. On gün orada takip edildikten sonra kliniğimize tekrar devralındı. Karaciğer ve batındaki apseler girişimsel radyoloji tarafından yerleştirilen direnlerle boşaltıldı. Takibinde meropenem tedavisi kesildi. Yatarak takip edildiği esnada son 35 gününde kristalize penisilin olmak üzere toplam 45 gün (IV) antibiyotik verildi. Hasta oral ampisilinle taburcu edildi. Tedavisi altı aya tamamlanarak kesildi.

Sonuç: Herhangi bir batın operasyonu ve girişimsel işlem hikayesi olmayan hastada karaciğer apselerinin ayırıcı tanısında izole karaciğer aktinomikozu da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, karaciğer apsesi



Resim 1. Batın bilgisayarlı tomografide karaciğer apsesinin görünümü

[PS-047]

Akut Respiratuvar Distres Sendromu ile Seyreden Leptospirozis Olgusu

Ünsal Bağın, Enes Dalmanoğlu, Pınar Erdoğan, Uğur Kostakoğlu, Ayşe Ertürk

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Leptospiroz; Gram-olumsuz, zorunlu aerob ve spiral biçiminde olan *Leptospira* cinsi bakterilerle oluşan, çoklu organ tutulumları ile seyreden zoonotik bir hastalıktır. Hastalığın pulmoner tutulumu; nadir görünmekle beraber pulmoner ödem, alveoler hemoraji ve akut respiratuvar distres sendromu (ARDS) ile seyredebilen morbidite ve mortalitesi yüksek olan formudur. Bu yazımızda, ARDS tablosu gelişen leptospirozis olgumuz sunulmuştur.

Olgu: Kırk iki yaşında erkek hasta Artvin/Hopa'da yaşamaktadır. Üç gündür olan halsizlik, üşüme titremeyle yükselen ateş, baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, oryante ve koopereydi. Vücut sıcaklığı 37,9 °C, nabız 88 atım/dk, kan basıncı 110/70 mmHg, oksijen satürasyonu %97 olarak ölçüldü. Skleralar ikterik, sağ gözde konjuktival efüzyon mevcuttu. Diğer sistemler normal değerlendirildi. Laboratuvarında kan beyaz küre sayısı: 10,120 10^3/µl, trombosit sayısı: 84,10^3/µl, hemoglobin: 14,7 g/dl, C-reaktif protein: 18,38 mg/dl, üre: 38 mg/dl, kreatinin: 1,06 mg/dl, laktat dehidrogenaz: 233 µ/l, total bilirubin: 5,29 mg/dl, direkt bilirubin: 3,89 mg/dl, aspartat aminotransferaz: 37 µ/l, alanin aminotransferaz: 31 µ/l, gama glutamil transpeptidaz: 327 µ/l olarak ölçüldü. Hastanın gelişinde çekilen PA AC grafisi normal olarak değerlendirildi (Resim 1). Hasta ateş ve trombositopeni etiyoloji araştırılmak üzere leptospiroz, hantavirüs ön tanıları ile servise yatırıldı. Seftriakson 2x1 gr IV tedavisi başlandı. Hastanın takibinin birinci gününde ani solunum sıkıntısı ve satürasyon düşüklüğü gelişmesi nedeniyle çekilen toraks tomografisi, ARDS ile uyumluydu (Resim 2). Hastanın mekanik ventilatör ihtiyacının doğması üzerine entübe edilerek yoğun bakıma alındı. Yoğun bakımda hastanın seftriakson tedavisinin

yanına influenza ve atipik pnömoni düşünülerek oseltamivir 2x75 mg tablet, moksifloksasin 1x400 mg IV tedavileri eklendi. Oseltamavir ve seftriakson tedavilerinin 7. gününde stoplandı. Yoğun bakım takiplerinin 10. gününde leptospira PCR pozitif geldi. Moksifloksasin tedavisi 10 güne tamamlandı. On üçüncü gününde yoğun bakımdan çıkan hasta, iki gün daha serviste takibi yapılarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Leptospirozun pulmoner tutulumu, ARDS ile seyredebilmektedir. Hastalığın başlangıcında akciğerin fizik muayene bulguları ve X-ray normal olabilmektedir. Akciğer tutulumu ileri görüntülemelerle saptanabilmektedir. Bu nedenle leptospiroz şüphesi ile takip edilen hastaların takiplerinde solunum sıkıntısı gelişmesi durumunda mutlaka pulmoner tutulum akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ARDS, leptospiroz, pulmoner tutulum



Resim 1, **2.** Her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansiteleri mevcuttur. Her iki akciğerde alt loblarda daha belirgin dağınık yerleşimli subsegmental hava hapsi ile uyumlu fokal hipodens alanlar ve dağınık mozaik perfüze alanlar seçilmektedir

[PS-048]

Diyabetik Ayak Yarası Yaşam Kalitesini Etkiler mi?

Özlem Kuman[1], Merve Mert[2], Ilgın Yıldırım Şimşir[3], Hüseyin Aytaç Erdem[2], Esma Pehlivan Köroğlu[3], Gamze Şanlıdağ[2], Meltem Işıkgöz Taşbakan[2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Diabetes mellitusda (DM) yaşam kalitesi, hastalığın gidişinin önemli bir göstergesidir. Bu çalışmada diyabetik ayak yarası (DAY) komplikasyonu olan DM tanılı hastaların; anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerini Türkiye normları ile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın örneklem grubunu DAY olan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği tarafından izlenmekte olan hastalar oluşturmaktadır. Yaşam kalitesini, depresyon ve anksiyete düzeyini değerlendirmek için kısa form-36 (SF-36) ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 38 diyabetik ayak tanılı hasta katılmıştır. Hastanın 15'i (%39,5) kadın, 23'ü erkek idi. Ortalama yaş 63,6±10,2 yıl, ortalama diyabet tanı süresi 17,2±9 yıldı. Son bir yıl içinde hastaneye tekrar yatış sayısı 2,26±1,6 defa olarak saptanmıştır. Açlık kan şekeri ortalama 162,9±79,8 mg/dl, HbA1c düzeyi %8,6±2,3 idi. Depresyon puanı 8,5±4,4, ansiyete puanı 6,5±8'dir. Hastaların SF-36 ve HAD ölçeği sonuçları ile Türkiye normlarının karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak diyabetik ayak olan hastaların genel topluma kıyasla yaşam kalitelerinin her alanının olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Diyabetik ayak yarası olmayan DM'li hastalar ile diyabetik ayak tanılı hastaların HAD ve SF-36 ölçeklerini karşılaştırmak amacıyla çalışmamız devam etmektedir. Diyabetik ayak yarası olmayan DM'li hasta grubu yeterli sayıda olmadığı için şu an için çalışmaya dahil edilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak, yaşam kalitesi

Tablo 1. Diyabetik ayak komplikasyonu olan hastaların HAD ölçeği ile hesaplanan depresyon anksiyete skorları ve Türkiye normlarının karşılaştırılması

Değişken	Diyabetik ayak +	Diyabetik ayak +	Türkiye normları	Türkiye normları	İstatistik
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Fiziksel fonksiyon (DAn=37)	29,05	28,35	83,8	20	t=-11,745; p<0,0001
Fiziksel rol güçlüğü (n=37)	18,92	29,7	86,3	24,9	t=-13,800; p<0,0001
Ağrı (n=37)	46,59	33,64	82,9	18,9	t=-6,565; p<0,0001
Genel sağlık (n=38)	45,34	24,70	71,6	16,1	t=-6,541; p<0,0001
Vitalite (n=37)	43,78	28	64,5	12,9	t=-4,501; p<0,0001
Sosyal fonksiyon (n=35)	46,43	29,95	91	12,9	t=-8,805; p<0,0001
Emosyonel rol güçlüğü (n=35)	35,24	39,56	90,1	19,4	t=-8,205; p<0,0001
Mental sağlık (DAn=36)	54,44	19,49	71	11	t=-5,098; p<0,0001

[PS-050]

Karaciğer Metastazını Taklit Eden Granülomatöz Bartonellozis Olgusu

Servet Öztürk, Derya Öztürk Engin, Canan Ağalar

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

Giriş: *Bartonella henselae* aerobik Gram-olumsuz basil olup kedi tırmığı hastalığı ve basiller anjiyomatozis gibi klinik tablolara neden olan, ülkemizde sporadik olgular şeklinde görülen zoonotik bir etkendir. Ancak nadiren basiller peliozis, bakteriyemi, enfektif endokardit, ensefalit ve hepatosplenik tutuluma neden olabilir. *Bartonella henselae* hematojen olarak en sık karaciğer ve dalak tutulumu yapmaktadır.

Olgu: Bir aydır 39 °C üzerinde ateş yüksekliği ile polikliniğimize başvuran 48 yaşında kadın hasta nedeni bilinmeyen ateş tanısıyla tetkik edildi. İstanbul'da yaşayan, seyahat öyküsü olmayan hastanın 6 yıldır hipotiroidi nedeniyle levotiroksin kullanımı mevcut idi. Ateş yüksekliği dışında şikayeti olmayan hastanın yapılan sistem muayenelerinde patolojik muayene bulgusuna rastlanmadı. Biyokimyasal incelemelerinde C-reaktif protein (CRP): 8,4 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 84 mm/saat, ferritin: 456 ng/ml dışında patoloji izlenmedi. Tam kan sayımı, periferik yayma ve akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Serolojik tetkiklerinde düşük titre sitomegalovirüs (CMV) IgM pozitifliği nedeniyle bakılan CMV IgG avidite indeksi: %83 olup kronik latent CMV enfeksiyonu olarak değerlendirildi. Otoantikorlar ve tüberkülin testi negatif saptandı. Ekokardiyografide vejetasyon izlenmedi. Batın ultrasonografisinde karaciğer ve dalakta yaygın hipoekoik düzgün sınırlı, en büyüğü 9 mm çapında multipl lezyonlar izlendi. Hasta ateş yüksekliği başlamadan önce dökümante edilen, sol ön kolda 3x3 cm boyutlarındaki lezyon tarafımızca eritema kronikum migrans olarak değerlendirilerek *Borrelia burgdorferi* ve evinde kedi besleme öyküsü nedeniyle *Bartonella henselae* IgG (IFA) testleri istenerek ampirik doksisiklin 2x100 mg tedavisi başlandı. Doksisiklin tedavisinin 24. saatinden itibaren ateş yanıtı alınan akut faz reaktanları (CRP, sedimentasyon ve ferritin) gerileyen hastanın *Borrelia burgdorferi* IgM ve IgG testleri negatif sonuçlandı. Karaciğer ve dalakta multipl lezyonları için çekilen dinamik kontrastlı üst batın manyetik rezonans sonucu "metastaz, mikroapse ve granülomatöz hastalık?" şeklinde raporlandı. Lenfoma, nöroendokrin tümör ve metastaz ön tanılarıyla pozitron emisyon tomografisi (PET)-bilgisayarlı tomografi çekildi. PET sonucu apse ve malignite açısından şüpheli olarak raporlanması üzerine hastaya karaciğer biyopsisi yapıldı. Karaciğer biyopsi sonucu granülomatöz iltihap ile uyumlu olarak saptandı. *Bartonella henselae* IgG (IFA) 1/512 titrede pozitif sonuçlanması üzerine doksisiklin tedavisi kesilerek rifampisin 600 mg/gün + azitromisin ilk gün 500 mg, idame 250 mg/gün 14 gün verildi. Hastaya mevcut serolojik ve patolojik bulgular neticesinde hepatobiliyer tutulumlu bartonellozis tanısı kondu.

Sonuç: Etiyolojisi açıklanamayan hepatobiliyer enfeksiyon, endokardit, ensefalit ve bakteriyemide atipik prezentasyonlar açısından ayırıcı tanıda *Bartonella* enfeksiyonları göz önünde bulundurulmalı ve evcil hayvan teması sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Bartonella henselae*, granülomatöz karaciğer apsesi, bartonellozis

[PS-051]

Hepatit B'ye Doğal Bağışık İmmünosüpresif Bir Olguda Hepatit B Virüs Reaktivasyonu

Melda Türken, Ayşin Kılınç Toker, Şükran Köse

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

Giriş: Hepatit B virüs (HBV) reaktivasyonu, HBV enfeksiyonu inaktif olan veya iyileşmiş hastalarda, viral replikasyonda artışla birlikte nekroenflamatuvar bir karaciğer hastalığının ortaya çıkmasıdır. İmmünosüpresyon altında, ilaca bağlı nedenlerle ve doğal seyirde HBV reaktivasyonları meydana gelebilir; asemptomatikten, şiddetli ve fatal seyirli kliniğe kadar farklı tablolara sebep olabilir. Biz burada hepatit B'ye doğal bağışık ve immünosüpresif olup HBV reaktivasyonu gelişen bir olguyu sunduk.

Olgu: Kırk altı yaşında kadın hasta gözlerde ve deride sarılık yakınmasıyla hastaneye başvurdu. Akut miyeloid lösemi (AML) tanılı hastanın sekiz ay önce indüksiyon tedavisi ardından allojenik hematopoetik kök hücre nakli (HKHN) yapıldığı ve sonrasında altı ay süreyle sikloserin tedavisi aldığı, iki aydır remisyonda olduğu için tedavisinin kesildiği öğrenildi. Hastanın HKHN öncesi bakılan tetkiklerinde HBsAg negatif, anti-HBs pozitif ve anti-HBc IgG pozitif olup, HBV enfeksiyonu için herhangi bir antiviral profilaksi almadığı belirtildi. Başvurusunda karaciğer fonksiyon testleri ve bilirubin değerlerinde yükseklik; HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HBc IgG, anti-HBe pozitif; anti-HBs, HBeAg negatif; HBV-DNA 10732911 kopya/ml saptandı. Radyolojik görüntülemelerde hepatomegali ve safra kesesinde taş ile uyumlu bulguları olmakla beraber gastroenteroloji değerlendirilmesinde bulguları akut viral hepatit tablosu ile bağlantılı düşünüldü. Fulminan hepatit açısından yakın takip önerildi. Hematoloji tarafından değerlendirilmesinde AML yönünden remisyonda olduğu düşünüldü. Hasta yatışında sıvı destek tedavisi ve profilaktik tenofovir disoproksil fumarat verildi; mutlak yatak istirahati ile fulminan hepatit açısından klinik ve karaciğer fonksiyonları takip edildi. Takiplerinde hastanın genel durumu iyi seyretti; ancak karaciğer testleri ve

bilirubin değerlerinde yavaş bir düşme gözlendi; onuncu haftasında normal değerlere geriledi.

Sonuç: İmmünosüpresif tedaviye bağlı HBV reaktivasyon riski hastanın hepatit B serolojisi ve virolojik belirteçleri ile yakından ilişkilidir. HBsAg pozitif hastalarda reaktivasyon riski izole anti-HBc IgG pozitif hastalara göre daha yüksektir. Anti-HBc IgG pozitif hastalarda anti-HBs antikorunun yüksek titrelerde pozitif olmasının reaktivasyon için koruyucu olduğunu gösteren çalışmalar olmakla beraber, güncel bilgiler ışığında anti-HBs pozitifliği veya titresinin antiviral tedavi planlanmasında karar verdirici olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca bizim olgumuzda olduğu gibi hematopoetik kök hücre ve organ alıcıları HBV reaktivasyonu için en yüksek risk grubundadır. Literatürde hastaların %10'unda 77 ay içinde nakil sonrası reaktivasyon bildirilmektedir. Sonuç olarak reaktivasyon tehlikeli ve fetal bir durum olup, immünosüpresif tedavi veya kemoterapi öncesi anti viral profilaksi başlanması hayat kurtarıcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İmmünosüpresyon, HBV, reaktivasyon

[PS-052]

Kronik Prostatit Saptanan Kronik Lenfositer Lösemi Olgusunda Komplike Üriner Sistem Enfeksiyon

Habibe Tülin Elmaslar Mert[1], Ertuğrul Topçu[1], Figen Kuloğlu[1], Canan Eryıldız[2], Filiz Akata[1]

[1]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Edirne*
[2]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Edirne*

Giriş: Antimikrobiyal tedavi altında ateş yüksekliği gelişen komplike üriner sistem enfeksiyonlarında, hastaların kronik prostatit açısından değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Olgu: Son altı aydır kronik lenfositer lösemi tanısı ile hematoloji polikliniğinden takip edilmekte olan 73 yaşında erkek hasta, son birkaç gündür olan sık idrara çıkma, üşüme, titreme, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Servisimize komplike üriner sistem enfeksiyonu ön tanısı ile yatırılan hastadan iki şişe kan kültürü alındıktan sonra empirik ertapenem 1x1 gr intravenöz (IV) başlandı. Hikayesi sorgulandığında hastanın üç ay önce genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) salgılayan *Escherichia coli*'nin etkeni olduğu bir komplike üriner enfeksiyon tanısı ile 10 gün yatırılarak tedavi gördüğü öğrenildi. Kan kültürlerinde üreme olmayan hastanın idrar kültüründe GSBL pozitif *E. coli* (VITEK2 Biomeriux, France) üremesi oldu. Ertapenem tedavisine devam edildi. Serviste takibi esnasında ateş yüksekliği saptanmadı. Ürolojik değerlendirme amacı ile konsültasyon istendi. Ertapenem tedavisinin dördüncü gününde rektal tuşe ile prostat muayenesi sonrası ikinci saatte hastada ateş yüksekliği gelişti. Hastadan iki şişe kan kültürü ve idrar kültürü alındıktan sonra tedavi meropenem 3x1 gr IV olarak değiştirildi. Meropenem tedavisinin 48. saatinde sonra ateş yüksekliği geriledi. İdrar kültüründe üreme olmadı ama ateş yüksekliği esnasında alınan iki şişe kan kültüründe yine GSBL pozitif *E. coli* üredi. Kontrol amacı ile gradient strip test yöntemi (e-test) kullanılarak minimum inhibitör konsantrasyon (MIC) değeri bakıldı. Ertapenem MIC değeri 0,004 µg/ml ve meropenem MIC değeri 0,008 µg/ml olarak saptandı. Prostat muayenesi sonrası, etkili ertapenem tedavisi almasına rağmen bakteriyemi gelişmesi, tekrar kan kültüründe ertapeneme duyarlı GSBL pozitif *E. coli* üremesi, hastanın kronik prostatiti olduğunu yönünde değerlendirildi. Ateş odağını araştırma amacı ile kontrastlı tüm batın tomografisi çekildi; apse vs saptanmadı. Kronik prostatit ve komplike üriner enfeksiyon tanılarını alan hastaya toplam 15 gün karbapenem tedavisi (ertapenem, meropenem), sonrasında üç hafta oral trimetoprim-sulfametoksazol fort tablet 2x1 tedavisi planlanarak, hasta taburcu edildi. Oral trimetoprim-sulfametoksazol fort tablet tedavisi 20. günde kesildi. Toplam antibiyoterapi beş haftaya tamamlandı.

Sonuç: İmmün sistemi zayıflatan malign hastalıklar ve kronik prostatit, komplike üriner sistem enfeksiyonlarında önemli iki komplike edici faktör olarak karşımıza çıkmakta ve tedavi sürelerinde ciddi uzamaya neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Komplike üriner sistem enfeksiyonu, kronik prostatit, kronik lenfositer lösemi

[PS-053]

Üç Karaciğer Nakli Hastasında Sitomegalovirüs Enfeksiyonu: Pnömoni mi, İndirekt Etki mi?

Adem Köse[1], Murat Yalçınsoy[2], Emine Türkmen Şamdancı[3], Bora Barut[4], Nafia Canan Gürsoy[5], Yaşar Bayındır[1], Sezai Yılmaz[4]

[1]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya*
[2]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya*
[3]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Malatya*
[4]*İnönü Üniversitesi, Karaciğer Nakli Enstitüsü, Malatya*
[5]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya*

Giriş: Sitomegalovirüs (CMV), karaciğer nakli hastalarında en yaygın görülen viral enfeksiyon etkeni olup, primer CMV enfeksiyonu, reaktivasyonu ve CMV hastalığı şeklinde klinik tablolara neden olabilir. CMV hastalığı ya ateş, halsizlik, lökopeni ve/veya trombositopeni şeklinde ya da doku invaziv hastalık şeklinde görülebilmektedir. Karaciğer nakli hastalarında doku invaziv CMV enfeksiyonu en sık hepatit yapmakla beraber, gastrointestinal yol ve akciğerlerde enfeksiyonlara neden olmaktadır. CMV pnömonisi nadir olmakla beraber ciddi bir fırsatçı enfeksiyon olup, diğer etkenlere bağlı pnömonilere de zemin hazırlayabilmektedir. Merkezimizde ciddi pnömoni tablosu ile izlenen üç karaciğer nakli olgusunda CMV etkisini sunmayı amaçladık.

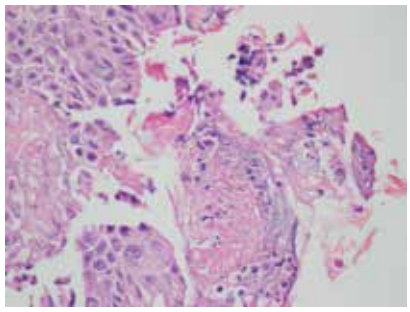
Olgu 1: Altmış beş yaşında erkek hasta, dış merkezde hepatit B'ye bağlı siroz nedeniyle nakil yapılmış iken, merkezimizde 17 Kasım 2015 tarihinde canlı vericiden ikinci nakil yapıldı. Nakil sonrası birinci haftada ciddi pnömoni gelişti, eş zamanlı bronkoalveoler lavaj sıvısı kültüründe *Pseudomonas aeruginosae* üremesi oldu. Seftazidim + amikasin tedavisinin 9. günü ve gansiklovir IV tedavisinin ikinci gününde iken hasta kaybedildi.

Olgu 2: Kırk dört yaşında kadın hastaya toksik hepatite bağlı akut karaciğer yetmezliği nedeniyle 21 Kasım 2018 tarihinde canlı vericiden karaciğer nakli yapıldı. Nakil sonrası beşinci haftada pnömoni gelişti. Eş zamanlı bronkoalveoler lavaj sıvısı kültüründe *Klebsiella pneumonia* üredi. On dört gün piperasilin/tazobaktam + tigesiklin ve 21 gün gansiklovir IV tedavileri ile klinik ve radyolojik düzelme sağlandı.

Olgu 3: Otuz dört yaşında kadın hastaya Budd-Chiari sendromu nedeniyle 22 Kasım 2018 tarihinde canlı vericiden karaciğer nakli yapıldı. Nakil sonrası dördüncü haftada pnömoni gelişti. Eş zamanlı bronkoalveoler lavaj sıvısı kültüründe *P. aeruginosae* üredi. Piperasilin/tazobaktam + siprofloksasin IV tedavisinin 12. günü ve gansiklovir IV tedavisinin dördüncü gününde iken hasta kaybedildi.

Sonuç: Karaciğer nakli hastalarında CMV pnömonisi virüsün direkt etkisi ile gelişen ve nadir bildirilen bir tablo olmasına rağmen, ciddi bir enfeksiyondur. Virüsün indirekt etkileri ile akciğerde bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar da görülebilmekte ve mortalite artmaktadır. Bu nedenle hastalığın erken tanı ve tedavisi hem CMV enfeksiyonunun tedavisini sağlamakta hem de süper enfeksiyonları önlemeye yardımcı olmaktadır (Resim 1, Tablo 1).

Anahtar Kelimeler: Karaciğer nakli, sitomegalovirüs, pnömoni



Resim 1. Bronş lümeninde nekrobiyotik materyal içerisinde sitomegalovirüs etkisi gösteren hücreler (oklar) H&E x400

Tablo 1. Olguların radyolojik, bronkoskopik, mikrobiyolojik ve patolojik laboratuvar sonuçları ile tedavi uygulamaları

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3
Bilgisayarlı tomografi	Viral pnömoni ile uyumlu bulgular	Bilateral minimal plevral mayi ve hava bronkogramı içeren infiltrasyon alanları	Her iki AC orta ve alt zonlarda viral pnömoni düşündüren yaygın infiltratif görünüm
BAL, Gram-boyama/ kültür	Yoğun PNL, bakteri görülmedi *P. aeruginosae*	<10 epitel, 10-25 lökosit, bakteri görülmedi *K. pneumonia*	<10 epitel, orta miktarda PNL, bakteri görülmedi *P. aeruginosae*
Histopatoloji	Biyopsi yapılmadı	Pnömositte CMV ile uyumlu viral etki	Bronş lümeninde nekrobiyotik materyal içerisinde CMV etkisi gösteren hücreler
Plazmada CMV PCR	1.214 kopya/ml	636 kopya/ml	2.043 kopya/ml
BAL'da CMV PCR	50.455 kopya/ml	1.780 kopya/ml	371 kopya/ml
Tedavi	Seftazidim 3x2 gr + amikasin 1x1 gr, gansiklovir 2x5 mg/kg	Piperasilin/ tazobaktam 4x4,5 gr + tigesiklin 2x50 mg, gansiklovir 2x5 mg/kg	Piperasilin/ tazobaktam 4x4,5 gr + siprofloksasin 2x400 mg, gansiklovir 2x5 mg/kg
Sonuç	Eks	Şifa	Eks

AC: Akciğer, BAL: Bronkoalveoler lavaj, CMV: Sitomegalovirüs, PNL: Perkütan nefrolitotomi

[PS-054]

HPV Aşısı Olan Tıp Fakültesi Öğrencilerinde HPV Bilgi Düzeyi

Hüseyin Aytaç Erdem[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1], Gamze Şanlıdağ[1], Ecem Saadet Kanpak[2], Hüsnü Pullukçu[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir*

Giriş: İnsan papilloma virüsü (HPV) enfekte bireylerde orofaringeal, genital siğil ve kanserlere neden olabilir. Bu çalışmada tıp fakültesinde HPV aşısı uygulanmış olan öğrencilerde HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgi, görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tıp fakültesinde kendi istekleri ile HPV aşısı yaptırmış olan öğrencilere, 30 adet kapalı uçlu sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, mevcut aşı durumları, HPV bulaş yolları, ilgili hastalıklar ve korunma, HPV aşısının koruyuculuğu ve aşı hakkında görüş ve tutumları sorgulanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 51 kişiden %4'ü (n=2) erkek, %96'sı (n=49) kadın idi. HPV bulaş yolları, semptomları, neden olduğu hastalıklar, HPV aşısının koruyuculuğu ve tarama yöntemleri ile ilgili soruların tamamına doğru cevap veren kişi sayısı %6 (n=3) iken ortalama doğru yanıt sayısı 14,9 (minimum: 9, maksimum: 18) bulunmuştur. Genital herpes ve HPV ile ilgili soru için %37 (n=19) ilişkili olabileceğini, %53'ü (n=27) ilişkili olmadığını, %10 (n=5) bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Bu soru aynı zamanda anketin en çok yanlış işaretlenen sorusudur. HPV aşısının koruyucu olduğu hastalıklarla ilgili katılımcıların %100'ü (n=51) rahim ağzı kanserinden, %86'sı (n=44) genital siğilden koruduğunu düşünmektedir. Ankete katılanların %90'ı aşının pahalı olduğunu, %35'i aşıyı daha önce yaptırmama nedeninin 9 valanlı aşıyı beklemek olduğunu, %60'ı ise aşıdaki suşlar ile ülkemizde taramalar sonucu elde edilen suşların benzer olduğunu belirtmiştir.

Sonuç: Aşılama ile bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ön plandayken virüs ile ilişkili bazı kanser türlerinin de önlenebileceği son dönemin en önemli konularından biri olmuştur. Günümüzde kanser oluşumunun önlenmesinde hepatit B ve HPV aşısının etkinliği kanıtlanmıştır. HPV aşısının ülkemizde uygulanma oranları henüz düşüktür. Sağlık çalışanlarının aşıyı önermesi çok değerlidir. Öncelikle aşılara ait doğru bilgilerin edinilmesi ve sağlık çalışanlarının kendi aşılarını tamamlaması bağışıklama oranlarının artmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: HPV, aşı, öğrenci

Tablo 1. HPV aşısı olan tıp fakültesi öğrencilerinde HPV bilgi düzeyinin değerlendirilmesi

	Evet	Hayır
HPV genital siğillere neden olur mu?	50 (%98)	1 (%2)
HPV servikal kansere neden olur mu?	51 (%100)	0
HPV anal kansere neden olur mu?	40 (%78)	11 (%22)
HPV penis kanserine neden olur mu?	41 (%80)	10 (%20)
Aşı sonrasında kondom kullanılması gerekli midir?	50 (%98)	1 (%2)
Aşı sonrasında rutin simir taraması gerekli midir?	48 (%94)	3 (%6)
HPV aşısını hastalarınıza önerir misiniz?	51 (%100)	0
HPV aşısı erkeklerde de gerekli midir?	49 (%96)	2 (%4)
HPV aşısı çocukluk aşı şemasına eklenmeli mi?	49 (%96)	2 (%4)
HPV aşısısı ile serviks kanserini eradike etmek mümkün olabilir mi?	26 (%51)	25 (%49)
HPV aşısı cinsel ilişkiye başladıktan sonra da uygulanabilir mi?	43 (%84)	8 (%16)
HPV aşısı korunmasız cinsel ilişkiye teşvik eder mi?	2 (%4)	49 (%96)

HPV: İnsan papilloma virüsü

[PS-055]

Sağlık Çalışanlarının Grip Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Aşıya Karşı Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi

Reyhan Öztürk[1], Tuba Ilgar[2], Salih Cesur[3], Selda Şahan[4], Nermin Gür[5], Laser Şanal[6]

[1]Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Rize
[3]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[4]Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi, Ankara
[5]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara
[6]Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Ankara

Giriş: İnfluenza (grip) endemi ve pandemilere neden olabilen, risk grubu hastalarda mortal seyredebilen viral bir enfeksiyon hastalığı olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hastalığa karşı risk gruplarına influenza aşısı önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı, influenza açısından risk grubunda yer alan sağlık personelinin grip etkeni ve grip aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin ve aşıya karşı yaklaşımlarının değerlendirilmesiydi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Mayıs 2015-Ağustos 2015 tarihleri arasında Ankara ilindeki beş farklı hastanede çalışan 363 sağlık çalışanı katıldı. Katılımcılara grip ve aşısı hakkında 18 sorudan oluşan bir anket uygulandı. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare, Fisher ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak p değerinin <=0,05 olması anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan sağlık personelinin yaş medyanı 30 (19-60 yaş), 280'i (%77) kadın, 83'ü (%23) erkekti. Katılımcıların 49'u (%13,5) doktor, 227'si (%62,5) hemşire, 87'si (%24) yardımcı sağlık personeli idi. Grip hastalığı açısından yüksek riskli gruplar sağlık personeli tarafından %82,4 oranında doğru cevaplandı. Katılımcılardan sadece %49,6'sı grip aşısının koruyucu olduğuna inandığını ifade etti, erkeklerin grip aşısının koruyuculuğuna güveni kadınlardan daha yüksek saptandı (p=0,000), bu oran doktorlarda anlamlı oranda yüksekti. Katılımcılardan %98,6'sı geçen yıl aşı yaptırmadığını ifade ederken, %51,2'si hayatı boyunca hiç yaptırmadığını ifade etti. Aşı yaptırmayan sağlık personelinin %43,1'i gerekçe olarak bilimsel olarak yararlı olmadığını düşünmesini gösterirken, %4'ü basındaki olumsuz haberler nedeniyle yaptırmadığını ifade etti. Katılımcıların %45,5'i grip aşısı hakkındaki bilgilerinin yeterli olmadığını ifade etti. Sağlık personeli olarak kendilerine danışıldığı zaman %10,7'si yaptırmamayı tavsiye ettiğini, %30,3'ü yaptırılmasını tavsiye ettiğini, %36,6'sı enfeksiyon hastalıkları uzmanına yönlendirdiğini, %11,3'ü ise fikir beyan etmediğini ifade etti.

Sonuç: Grip aşısı ile ilgili hizmet içi eğitimlerin ve medyanın olumlu yönde katkısının sağlık personelinin ve risk grubunda yer alan hastaların grip aşısı konusundaki bakış açısını olumlu yönde değiştirebileceği görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Grip aşısı, sağlık personeli, anket çalışması

[PS-056]

HIV Pozitif Hastalarda Hepatit E Seroprevalansı

Semra Öz[1], Mustafa Altındiş[1], Hande Toptan[1], Mehmet Köroğlu[2], Oğuz Karabay[3]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tıbbi Viroloji Bilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Hepatit E virüsü (HEV) enfeksiyonu genellikle akut kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır, hematolojik malignitesi olan, kemoterapi gerektiren hastalarda ve insan immün yetmezliği virüsü (HIV) bireylerde hızla ilerleyen siroza ve kronik enfeksiyona neden olur. Bu çalışmada HIV pozitif hastalarda HEV seroprevalansının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada Ekim 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında HIV pozitifliği nedeniyle Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji laboratuvarına başvuran hastaların serum örnekleri anti-HEV immünoglobulin (Ig)G ve IgM açısından değerlendirilmiştir. Çalışma grubunu HIV enfeksiyonu olan 126 hasta oluşturmuştur. Hastaların serum örneklerine ulaşarak öncelikle anti-HEV IgG antikorları, anti-HEV IgG pozitif saptanan hastalarda da anti-HEV IgM ELFA (enzim bağlantılı floresan deneyi) kitleri ile (BioMerieux, Fransa) araştırılmıştır. Ayrıca hastaların kayıtları taranarak alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), CD4, CD8, HIV-RNA viral yük değerleri ve anti-hepatit C virüs (HCV), HBsAg ve zührevi hastalıklar araştırma laboratuvarı (VDRL) sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunun 114'ü (%90,5) erkek, 12'si (%9,5) kadın olup yaş ortalaması 38,11±13,32 (minimum: 18, maksimum: 80) yıl idi. Çalışmada HIV pozitif hastalardan beşinde (%4,0) anti-HEV IgG pozitif saptanmıştır. Anti-HEV IgG pozitif hastalardan ikisinde HIV tanısı yeni olup diğer üç hastanın ise HIV pozitifliği nedeniyle takipte olduğu tespit edilmiştir. Anti-HEV IgM ise hiçbir hastada pozitif olarak saptanmamıştır. Anti-HEV IgG pozitifliği olan hiçbir hastada anti-HCV ve HBsAg pozitifliği yoktu. Çalışmada 77 (%61,1) hastada anti-HAV IgG pozitif olup anti-HAV IgM ise tüm hastalarda negatifti. Anti-HCV pozitifliği iki (%1,6) hastada, HBsAg pozitifliği sekiz (%6,3) hastada, VDRL pozitifliği ise 18 (%14,3) hastada saptanmıştır. Anti-HEV IgG pozitif olan bireylerde ALT, AST, CD4 ve CD8, HIV viral yük değerleri açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanamadı (her biri için p>0,05).

Sonuç: Çalışmada HIV pozitif bireylerde anti-HEV IgG pozitifliği %4 saptanmış olup HIV-HEV birlikteliği olan hiçbir hastada HCV ve HBV ko-enfeksiyonu belirlenmemiştir. HEV enfeksiyonları, HIV ile enfekte kişiler arasında öncelikli ortaya çıkmaz ancak, belirsiz etiyolojili karaciğer anormallikleri olan HIV'li bireylerde HEV de araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit E, HIV enfeksiyonu, seroprevalans

[PS-057]

Üreterorenoskopi Sonrası Gelişen Kandidemi Olgusu

Pınar Ünveren, Derya Seyman

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

Giriş: Vücutta normal flora elemanı olarak bulunan *Candida* türleri, ciddi enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Kandidemi, tanı ve tedavisi zor, oldukça yüksek mortaliteye sahip ciddi invazif bir enfeksiyon tablosudur.

Kandidemilerde en sık etken *Candida albicans* olmakla birlikte non-*albicans* türlerin sıklığı giderek artmaktadır. Geçirilmiş abdominal cerrahi, parenteral nutrisyon, YBÜ yatış, çoklu antibiyotik kullanımı, başka odaklarda kandida izolasyonu, üriner kateterizasyon, sepsis kandidemi için risk faktörleridir. Burada kandidemi açısından bilinen risk faktörü olmayan, nefrolitiazis nedeniyle ürolojik girişim sonrası kandidemi gelişen olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli üç yaşında, hipertansiyon dışında komorbid hastalığı olmayan kadın hastaya, sağ böbrekte nefrolitiazis nedeniyle dış merkezde üreterorenoskopi (URS) yapılmıştır. URS işleminden bir gün sonra hastanın 38,5 °C ateş, üşüme-titreme şikayeti başlamıştır. Dış merkezde ateş nedeniyle yatırılan hastanın kültürleri alındıktan sonra ertapenem, moksifloksasin tedavisi başlanmıştır. İdrar kültürü steril olan hastanın kan kültürlerinde azol dirençli *Candida* spp. üremesi üzerine tedaviye kaspofungin eklenmiş. Kaspofungin tedavisinin 2. günü kendi isteğiyle taburcu olan, hastanemiz acil servisine başvuran hasta kandidemi ön tanısıyla yatırıldı. Hastanın 38,7 °C ateş, üşüme-titreme şikayetleri mevcuttu. Hemoglobin: 12,3 g/dl, beyaz küre: 8400/mm^3 (%75 nötrofil), trombosit: 167000/mm^3, C-reaktif protein: 222 mg/l, gama glutamil transpeptidaz: 658 U/l, diğer biyokimya testleri normaldi. Kültürleri alınan hastaya anidulafungin başlandı, gün aşırı kan kültürü alındı. Hastanın yatışında alınan kan kültüründe *Candida glabrata* üredi. Tedavinin 3. gününde alınan kan kültüründe üreme olmadı. Hastada endoftalmi ve vejetasyon saptanmadı. Ultrasonografide nefrolitiazis saptanmayıp, sağ böbrek boyutunda minimal artış dışında özellik yoktu. Antifungal tedavisi kan kültür sterilitesinin görüldüğü tarihten itibaren 14 güne tamamlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Mukozal bütünlük bozukluğuna neden olan ürolojik işlemler sonrası, ciddi sepsis tablosu gelişebildiğinden, işlem öncesi idrarın steril olması gerekmektedir. Bundan dolayı ürolojik işlem planlanan hastalar idrar sterilliği yönünden rutin taranır. Normal şartlarda tedavi önerilmeyen asemptomatik bakteriürili hastaların da ürolojik işlem öncesi tedavi edilmesi önerilir. Hastamızda işlem öncesi idrar kültürü çalışılmadığı fakat tam idrar tahlilinde mantar olduğu öğrenildi. *Candida* türlerinin en önemli özelliği biyofilm tabakası oluşturarak yabancı cisimlere tutunabilmesidir. Gastrointestinal flora elemanı olan mantarlar, taş üzerinde biyofilm tabakası yaparak kandidüriye neden olabilmektedir. Sonuç olarak, cerrahi hazırlık prosedür basamağındaki aksaklıkların hastalarda sepsis/kandidemi gibi mortalitesi yüksek enfeksiyöz sonuçlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Kandidemi için risk faktörü, komorbid hastalığı, üriner kateter takılma öyküsü olmayan ve URS işleminden 24 saat sonra şikayetleri başlayan hastamızda kandidemi kaynağının böbrek taşı olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kandidemi, nefrolitiazis, üreterorenoskopi

[PS-058]

Viral ÜSYE Sonrası Gelişen Eritema Multiforme Olgusu

Fatma Kaçar, Fatma Çölkesen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Eritema multiforme (EM) her yaşta görülebilen, genellikle enfeksiyonlara ve ilaçlara bağlı gelişen, deri ve mukoz membranları tutan akut enflamatuvar hipersensitivite reaksiyonudur. Genelde kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte, Stevens Johnson sendromu ve toksik epidermal nekrolizise kadar gidebilir. Bu yazıda viral üst solunum yolu enfeksiyonundan (ÜSYE) sonra EM lezyonları ile başvuran bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Otuz altı yaşında erkek hasta, vücutta döküntülerle başvurdu. Daha önce benzer yakınması olmayan hastanın yirmi gün önce ateş, öksürük, halsizlik, baş ağrısı şikayetlerinin başladığı öğrenildi. İlaç kullanma öyküsü, ek hastalığı ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi, bilinci açık, vital bulguları stabildi. Ekstremitelerin ekstansör yüzü, ense ve alında; 0,5-1,5 cm boyutunda, makülopapüler döküntüler, ağızda aftöz lezyonlar mevcuttu, diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 12,6 g/dl, beyaz küre: 12680/mm^3, nötrofil: 8810/mm^3, trombosit: 351000/mm^3 ve periferik yayması: %63 polimorfonükleer lökosit, %25,2 lenfosit %0,11 eozinofil ve %10,4 monositti. Toksik granülasyon yoktu, eritrosit morfolojisi normaldi. Sedimentasyon: 43 mm/st, C-reaktif protein (CRP): 108 mg/dl, biyokimyasal testleri normal olan hasta yatırılarak semptomatik tedavi verildi. Dermatoloji ve romatoloji konsültasyonunda döküntülerin EM olduğu belirtildi. Yatışının üçüncü günü ayak bileğinde şişlik, şiddetli ağrı ve yürümekte zorluk şikayeti oldu. Hastaya prednizolon 40 mg/gün başlandı. Üçüncü gün döküntüler soldu, şikayetleri düzeldi. CRP 26'ya geriledi. Boğaz, idrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Hepatit A, B, C, insan immün yetmezlik virüsü serolojileri, romatoid faktör, anti-nötrofil sitoplazmik antikor, anti-DsDNA negatif, anjiyotensin konverting enzim düzeyi normaldi. Anti-nükleer antikor: nükleer (+), kompleman-4 (C4): 0,56 (0,1-0,4) idi ancak romatoloji tarafından anlamlı kabul edilmedi. Solunum yolu virüsleri PCR tetkikinde parainfluenza-3, respiratuvar sinsityal virüs-B, influenza-A, seasonal-H3N2 virüsleri pozitif saptandı.

Sonuç: EM etiyolojisinde enfeksiyöz etkenler içinde herpes simpleks virüsü en sık neden olarak bilinir ancak başka enfeksiyon etkenleri de neden olabilmektedir. Deri lezyonlarından immün kompleks aracılı vasküler hasar, epitel hücrelerinin sitotoksik hasarı ve otoimmün mekanizmalar sorumludur. Hastada geçirmekte olduğu viral enfeksiyonlara bağlı EM geliştiği düşünüldü. EM bazı ürtiker ve vaskülit formları ile karışabilmektedir. Bu nedenle şüpheli olgularda biyopsi yapılması ayırıcı tanıda yararlı olabilir. Hastamızda tipik deri bulgularının varlığı ile tanı konuldu.

Anahtar Kelimeler: Eritema multiforme, influenza-a, parainfluenza-3

[PS-059]

Hastane Kaynaklı MRSA Enfeksiyon Dansitesi: Beş Yıllık Sonuçlar

Günay Tuncer Ertem[1], Fatma Şebnem Erdinç[1], Çiğdem Ataman Hatipoğlu[1], Sami Kınıklı[1], Mihriban Yücel[2], Esra Kaya Kılıç[1], Kader Arslan[1], Şerife Altun Demircan[1]

[1]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

[2]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Giriş: Metisiline dirençli *Staphylococus aureus* (MRSA) hastane kaynaklı enfeksiyonlara yol açarak hastanede yatış süresini ve maliyeti artıran bir etkendir. Bu nedenle izolasyon önlemlerine tam uyum gösterilmesi, etkenin yayılmasını sınırlandırmak için şarttır. Bu çalışmanın amacı son beş yıllık hastane kaynaklı MRSA enfeksiyon dansitesini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Hastanedeki yoğun bakım üniteleri veya kliniklerde, 2014-2018 yılları arasında saptanan MRSA'ya bağlı enfeksiyonlar dahil edildi. Hastane enfeksiyonu tanımları CDC kriterlerine göre yapıldı. Tür ayrımı ve antibiyotik direnci Phoenix (Becton Dickinson, UK) otomatize sistemiyle yapıldı.

Bulgular: Çalışma süresince MRSA'nın neden olduğu hastane kaynaklı enfeksiyon sayısı 57 idi. Enfeksiyonların yedisi 2014 yılında, dördü 2015, sekizi 2016, 13'ü 2017, 25'i 2018 yılında saptandı. Enfeksiyonların 31'i (%54,3) yoğun bakım ünitelerinde saptandı. En sık saptanan enfeksiyonlar kan dolaşımı enfeksiyonu (33-%57,9), cerrahi alan ilişkili enfeksiyon (10-%17,5) ve pnömoni (9-%15,7) idi. Beş yıllık sürede saptanan MRSA enfeksiyon dansitesi grafikte gösterildi (Şekil 1).

Sonuç: Beş yıllık sürede hasta günü azalmasına rağmen MRSA enfeksiyon sayısının artış göstermesi dikkat çekicidir. Bu artışın kontrol altına alınabilmesi için hem yoğun bakım üniteleri hem de servislerde önlem paketlerine uyum denetlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: MRSA, hastane kaynaklı enfeksiyonlar, enfeksiyon dansitesi



Şekil 1. Beş yıllık MRSA enfeksiyon dansitesi

[PS-060]

Üriner Sistem Enfeksiyonu Tanısıyla Takip Edilen Sagittal Sinüz Trombüsü Tanısı Alan Gebe Olgu

Nazife Duygu Demirbaş, Fethiye Akgül, Abdulkadir Daldal

Batman Bölge Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Batman

Giriş: Serebral venöz trombozun (SVT) en sık görüldüğü durumlar; gebelik, puerperium ve oral kontraseptif kullanımını da içine alan hormonal değişikliklerin görüldüğü tablolardır. Tüm bunların yanında enflamatuvar hastalıklar, kanser, bazı hiperkoagülabilite durumları ve anemi de etiyolojik nedenler arasında gösterilebilmektedir. Bu olgu ile; predispozan faktörlerinde gebelik ve enfeksiyon bulunan, santral sinir sistemi enfeksiyonlarının ayırıcı tanıda düşünüldüğü, 17 yaşında gebe SVT olgusu sunulmuştur.

Olgu: Sekiz haftalık gebe olan 17 yaşında kadın hasta üç gündür olan ateş yüksekliği, baş ağrısı, dizüri yakınması ile acil servise başvurdu. Burada değerlendirilen hastanın ateş: 38,6 °C, nabız 90/dk, arteriyel kan basıncı 100/60 idi. Nörolojik muayenesinde; bilinci açık, Glaskow koma skoru (GKS): 15 idi. Hastanın fizik muayenesinde suprapubik hassasiyeti mevcuttu. Diğer sistem muayene bulguları olağandı. Öz/soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemesinde; beyaz küre: 12.540/mm³, hemoglobin: 11,6 mg/dl, hematokrit: %27,4, platelet: 140.000 g/l, C-reaktif protein: 7,3 mg/dl, glukoz: 89 mg/dl, kreatinin 0,4 mg/dl idi. Tam idrar tetkiki incelemesinde 23/mm³ lökosit sayıldı. Hasta üriner sistem enfeksiyonu ön tanısı ile interne edildi. Kan ve idrar kültürü alınan hastaya ampirik seftriakson 2x1 gr tedavisi başlandı. Yatışının ilk 24 saatinde hastanın ateş yüksekliği, bulantı-kusması, şiddetli baş ağrısı ve uykuya meyili mevcuttu. Merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarının ekartasyonu için hastaya lomber ponksiyon (Lp) yapıldı. Yapılan Lp'de beyin omurilik sıvısının görünümü berrak, basıncı hafif artmıştı. BOS'de lökosit: 3/mm³, glukozu: 65 mg/dl, protein: 58 mg/dl ve eş zamanlı kan glukozu 84 mg/dl olarak sonuçlandı. Bu bulgularla hastada ön planda merkezi sinir sistemi enfeksiyonu düşünülmedi. Alınan kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Hastanın yatışının ilk gününden sonra ateş yüksekliği tekrarlamadı. Beyaz küre ve C-reaktif protein düzeyinde gerileme saptanmasına rağmen hastanın baş ağrısı şiddetlenerek arttı. Olası intrakraniyal parankimal ve vasküler patolojiler açısından tetkiki için kraniyal MR-MR venografi hasta ve hasta yakınlarından onam alınarak çekildi. Süperior sagital sinüste ve inferior sagital sinüste dolum izlenmemekteydi ve bulgular trombüs lehinde değerlendirildi. Hasta kadın-doğum ve dahiliye kliniklerince konsülte edilerek anti-trombotik tedavi başlandı. Klinik düzelme sağlanan hasta taburcu edildi.

Sonuç: Gebelik ve enfeksiyon gibi risk faktörleri bulunan hastalarda, baş ağrısından komaya kadar olan spektrumdaki nörolojik şikayetleri içeren klinik tablolarda; serebral venöz tromboz akla gelebilecek nedenlerden biri olmalı, tanı ve tedavideki gecikmenin prognozu olumsuz yönde etkileyebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, sagittal sinüs trombüsü

[PS-061]

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Ayırıcı Tanısında *Staphylococcus aureus*'a Bağlı Enfektif Endokardit Olgusu

Sevil Alkan Çeviker[1], Özgür Günal[1], Sırrı Kılıç[1], Atilla Kanca[2]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Samsun*

Giriş: Bu olgu sunumunda ateş şikayeti ile başvuran ve Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) ön tanısı konulan ve takiplerinde *Staphylococcus aureus*'un etken olduğu enfektif endokardit (İE) tanısı konulan bir erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: Yirmi üç yaşında erkek hasta; yaklaşık bir haftadır olan halsizlik, iştahsızlık, ateş yüksekliği şikayetleri ile başvurdu. Hastanın KKKA için endemik bir bölgede yaşadığı ve hayvancılık yaptığı öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde, genel durumu orta, bilinç açık oryante ve koopere idi. Arter kan basıncı 100/60 mmHg, kalp atım hızı 100/dk idi. Aksiller vücut sıcaklığı 38,5 °C olarak ölçüldü. Hastanın vücudunda çeşitli bölgelerde ekimotik alanlar, bilateral konjonktival kanama (Resim 1), mitral odakta 3/6'lık pansistolik üfürüm, batında yaygın hassasiyet, hepatosplenomegali, her iki ayak parmağının ön yüzünde Osler nodülleri ve ayak tabanında Janeway lezyonları tespit edildi. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 8,2 g/dl, beyaz küre: 3200 mm³, platelet: 53.000 mm³, laktat dehidrogenaz: 765 IU/l, aspartat aminotransferaz: 185 IU/ l, alanin aminotransferaz: 252 IU/l, alkalen fosfataz: 350 IU/l, CK: 825 IU/l, C-reaktif protein: 15,7 mg/dl, sedimentasyon: 115-mm/saat, protrombin zamanı: 70 sn, INR: 2,84, Rose Bengal testi: negatif, tam idrar tahlilinde: +3 eritrosit saptandı. Akciğer filminde patoloji saptanmadı. Hastanın laboratuvar ve klinik bulgularına bakılarak İE ön tanısı ile transtorasik ekokardiyografisi (TTE) yapıldı ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %60, 1. derece mitral yetmezliği bildirildi. Kalp kapaklarında herhangi bir şüpheli vejetasyon saptanmadı. Hastadan istenen batın ultrasonografide splenik ve renal infakt saptandı. Hastada yüksek klinik İE şüphesi olması nedeniyle transözofageal ekokardiyograf ekokardiyografi (TEE) istendi. TEE'de mitral kapakta arka küspiste 1,8x0,6 cm boyutlarında hareketli vejetasyon görüldü. Hastadan 3 set kan kültürü alındı. Ampirik olarak sefazolin + gentamisin + vankomisin tedavileri başlanıldı. Kan kültürlerinde 6 şişenin 4'ünde metisiline duyarlı *Staphylococcus aureus* üredi. Hastanın tedavisi antibiyotik duyarlılık sonucuna göre sefazolin 3x2 gr/IV olarak değiştirildi. Hastanın sevk edildiği merkezden gönderilen KKKA polimeraz zincir reaksiyonu negatif olarak bildirildi. Hastaya tedavi altında mitral kapak replasmanı yapıldı. Hastanın postop dört hafta, toplam altı hafta antibiyotik tedavisi sonrası klinik ve laboratuvar parametreleri tamamen düzeldi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: İE olgularının diğer hastalıkları taklit edebildiği ve tüm hastalara ayrıntılı fizik muayene yapılmasının gerektiği, özellikle üfürümü ve ateşi olan hastalarda TTE'de vejetasyon saptanmasa bile TEE yapılmasının gerekliliği ve kan kültürü almanın önemi unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, KKKA, *Staphylococcus aureus*



Resim 1. Gözlerde bilateral konjonktival kanama

[PS-062]

KLL Tanısı Olan Bir Hastada Kronik HBV Enfeksiyonu: Olgu Sunumu

Duygu Mert[1], Göknur Yapar Toros[1], Gülşen İskender[1], Sabahat Çeken[1], Esin Ergül[2], Mustafa Ertek[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara*

Giriş: Kronik HBV enfeksiyonu dünyada yaygın olarak görülmektedir. HBV enfeksiyonu olan hastalarda serolojik iyileşme olsa bile HBV reaktivasyonu ve hastalığın alevlenme riski vardır. İmmünosüpresif tedavi uygulanacak hastalar viral hepatitler, özellikle HBV yönünden tetkik edilmeli ve gerekli durumlarda antiviral profilaksi uygulanmalıdır.

Olgu: Altmış yedi yaşındaki erkek hasta kronik lenfositik lösemi (KLL) tanısı ile hematoloji bölümünde takip edilmekte idi. Hepatit markerlerinde HBsAg pozitif olması nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi. Hastanın daha önce kronik HBV enfeksiyonu açısından düzenli takipleri olmamış idi. Laboratuvar tetkiklerinde HBsAg, anti-HBc IgG ve anti-HBe pozitif, HBeAg, anti-HBc IgM, anti-HBs ve delta antikoru negatif idi. Aspartat aminotransferaz: 24 IU/dl, alanin aminotransferaz: 24 IU/dl, GGT: 36 IU/dl, alkalen fosfataz: 76 IU/dl, albümin: 3,9 mg/dl idi. HBV-DNA: 294.794.021 kopya/ml saptandı. Hasta yakın zamanda kemoterapi almamıştır. Karaciğerde saptanan lezyonlar nedeniyle yaklaşık beş ay önce dış merkezde karaciğer biyopsisi yapılmıştır. KLL infiltrasyonu olarak raporlanmıştır. Biyopsi preparatları getirtilerek kronik HBV enfeksiyonu açısından skorlanması için patoloji bölümüne gönderildi. Tekrar değerlendirilerek incelenen kesitlerde portal alanlarda diffüz infiltrasyon gösteren, uniform, küçük, oval nukleuslu atipik lenfoid hücreler görüldü. Portal enflamasyon, portal alanlardaki tümör infiltrasyonu nedeniyle değerlendirilememiş olup orta derecede arayüzey aktivitesi izlendi. Fokal nekroz alanları ve konfluent nekroz görüldü. Retikülin ile portal alanların çoğunda çevreye doğru uzanan kısa septalar görüldü. Ara yüzey aktivitesi: 2, konfluent nekroz: 2, fokal nekroz: 2. portal enflamasyon tümör infiltrasyonu nedeni ile değerlendirilemedi. Fibrozis evresi: 2 olarak raporlandı. Entekavir 0,5 mg 1x1 po başlandı. Hastanın halen takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: KLL'de karaciğer tutulumu ve lenfosit infiltrasyonu olması nedeniyle kronik HBV enfeksiyonu olan hastalarda histolojik aktivite indeksi ve fibrozis evresinin saptanması güç olacaktır. Bu nedenle bu tip hastalarda yeni bir skorlama gerekebilir. Bu çalışmada bu durum vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: KLL, karaciğer tutulumu, kronik HBV enfeksiyonu

[PS-063]

Çocuklarda Dışkıda *Helicobacter pylori* Antijen Pozitifliğinin İmmünokromatografik Yöntem ile Değerlendirilmesi (2014-2018)

Salih Maçin, Laman Hasanli, Muhammed Alperen Yıldırım, Merve Hacer Bozkurt, Asude Demir, Rugıyya Samadzade, Duygu Fındık

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

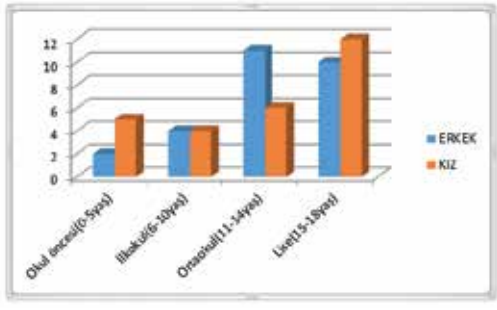
Giriş: *Helicobacter pylori*'nin (*H. pylori*) peptik ülser, kronik gastrit ve mide adenokarsinomu gibi gastrointestinal sistem hastalıkların etiyolojisinde rol oynadığı kanıtlanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun %80'inden fazlasında *H. pylori* gözlenmektedir. Tanıda kültür altın standart olmasına rağmen, invaziv, pahalı ve zaman alıcı bir yöntemdir. Bu nedenle serolojik testler, üre nefes testi ve gaita antijen testleri gibi non-invaziv testlerin kullanım oranı artmıştır. Bu bildiride dışkıda *H. pylori* antijen testi istemi ile laboratuvarımıza gönderilen örneklerde, 0-18 yaş grubu olan çocuk hastalarda *H. pylori* prevalansının ve cinsiyete göre dağılımının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 1 Ocak 2014-1 Ocak 2019 tarihleri arasında laboratuvarımıza gönderilen 649 dışkı örneğinin sonuçları retrospektif olarak araştırılmıştır. Hastalardan alınan dışkı örnekleri; hızlı kart testi olan kalitatif monoklonal antikorlarla kaplanmış kromatografik immünoassay yöntemi olan *Helicobacter pylori* Antigen Rapid Test Cassette (Feces) (BIOTECH INC USA) ile çalışılmıştır.

Bulgular: İncelenen 649 dışkı örneğinden 54'ünde antijen pozitifliği saptanmıştır. Pozitif örneklerin 27'si erkek 27'si ise kadın hastalara aittir. *H. pylori* antijen pozitifliğinin yaş ve cinsiyete göre dağılımı Şekil 1 ve Tablo 1'de belirtilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda çocuk hastalardaki *H. pylori* pozitiflik oranı %8,32 bulunmuştur. Dışkıda antijen arama testi, kolay kullanımı ve hızlı sonuç vermesi sayesinde çocuk hasta grubunda hem tanıda hem de tedavi izleminde güvenilir bir şekilde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, dışkıda antijen tayini, *Helicobacter pylori*



Şekil 1. *Helicobacter pylori* antijen pozitifliğinin yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Tablo 1. ***Helicobacter pylori*** **antijen pozitifliğinin yaş gruplarına göre dağılımı**

Yaş grupları	n/N	Pozitiflik yüzdesi (%)
0-5 yaş	7/85	8,23
6-10 yaş	8/173	4,62
11-14 yaş	17/175	9,71
15-18 yaş	22/216	10,1
Toplam	54/649	8,32

[PS-064]

Lemierre Sendromunda Multidisipliner Yaklaşım

Halide Aslaner[1], Selma Karaahmetoğlu[2], Yusuf Açıkgöz[2], Duygu Ercan Uzundal[2], Burcu Özdemir[1], Aysel Kocagül Çelikbaş[1], Deniz Sözmen Cılız[3], Ergün Dağlıoğlu[4], Hacı Hüseyin Dere[5]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Ankara
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara

Giriş: *Fusobacterium necrophorum*'un neden olduğu Lemierre sendromu, akılda tutulması gereken ve multidisipliner yaklaşım gerektiren bir enfeksiyon hastalığı olması sebebiyle dikkat çekilmek amacıyla sunulmuştur.

Olgu: *F. necrophorum*, lokalize veya sistemik enfeksiyona neden olabilen anaerop, spor oluşturmayan, Gram-olumsuz basildir. *F. necrophorum*'un etken olduğu sistemik enfeksiyonlar arasında Lemierre sendromu, postanjinal sepsis veya nekrobasilloz yer almaktadır. Lemierre sendromu, sağlıklı genç erişkinlerde klasik olarak orofaringeal enfeksiyonu takiben gelişen internal juguler venin trombozu ve septik emboliler ile karakterizedir. Bu olguda; bir haftadır sırt ağrısı, omuz ağrısı, dispnesi olan ve ateş şikayetiyle başvuran 26 yaşında bir kadın hasta sunuldu. Olgu başvurusunun ikinci gününde hızlı gelişen respiratuvar yetmezlik tablosu ile entübe edilerek yoğun bakıma alındı. Hastada yüksek ateş, lökositoz, trombositopeni, kolestaz ve bilirubin yüksekliği vardı. Akciğerinde metastatik septik emboliler, internal juguler ven trombozu, mikotik anevrizma tespit edildi. Tedavisi meropenem, gentamisin, amfoterisin B şeklinde düzenlenen hastanın paravertebral kas planları ile derin boyun fasciaları arasında multiseptalı apse odakları saptandı. Ateşi devam eden hastanın gentamisin ve antifungal tedavisi kesilerek tedaviye teicoplanin eklendi. Antibiyotik öncesi alınan anaerob kan kültürlerinde (MALDI_TOF MS, Bruker, Almanya) *F. necrophorum* üremesi üzerine tablonun Lemierre sendromu ile uyumlu olduğu düşünüldü. Tedaviye metronidazol eklendi. Apseye acil müdahele yapılamadı. Vertebral anevrizmaya acil embolizasyon ve stent işlemi yapıldı. Antiagregan ve antikoagülatif tedavi başlandı. Bu dönemde hastada sağ hemiplejisi gelişti. Apsenin spinal korda olan bası etkisi düşünülerek, boyun eksplorasyonu yapılarak organize hematom temizlenip nekrotik dokular eksize edildi. Teikoplanin tedavisi linezolide değiştirildi. Antibiyotik tedavisi altı haftaya tamamlandı. Hasta takibi sırasında haftada bir kez radyoloji, kulak burun boğaz cerrahisi, kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi dahiliye uzmanlarından oluşan bir konseyde multidisipliner olarak değerlendirildi. Tekrarlayan cerrahi girişimler uygulandı. Bir yıl boyunca fizik tedavi ve rehabilitasyon, kulak burun boğaz cerrahisi, beyin cerrahisi ve radyoloji klinikleriyle birlikte poliklinikte takip edildi. Gerektiğinde cerrahi girişim uygulandı. Hastanın minimal sekelle düzeldiği gözlendi.

Sonuç: Antibiyotik çağında yaşamamıza rağmen anaerob mikroorganizmaların oluşturduğu enfeksiyonlar hala sorun oluşturabilmektedir. Lemierre sendromu nadir görülen ancak mortalitesinin yüksek olması nedeniyle önem taşıyan bir klinik tablodur. Antibiyotiksiz dönemde anaerob kan kültürü alınması tanıyı kolaylaştırırken, erken tanı ve multidisipliner yaklaşım Lemierre sendromu ile takip edilen olgularda hayat kurtarıcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Fusobacterium necrophorum*, Lemierre sendromu, vertebral arter trombozu

[PS-065]

Göç Enfeksiyonlarında Akılda Tutulması Gereken "Hepatit A"

Gülnur Kul

Kırıkhan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Hatay

Giriş: Suriye'den Türkiye'nin güney sınırına gelen çok sayıda sığınmacı beraberinde sorunları da getirmektedir. Sığınmacıların getirdiği hastalıklar halk sağlığına yönelik tehditler oluşturmaktadır. Suriye'de tifo, hepatit A hastalıklarının yaygın olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda Kilis Halk Sağlığı Birimi tarafından Suriyeli vatandaşlara özellikle çocuklarda görülen bulaşıcı hastalıkların salgınlara dönüşmemesi için aşı çalışmaları yapılmıştır. Sınıra yakın sağlık birimlerinden biri olan hastanemize başvuran Suriye uyruklu iki mültecide akut hepatit A enfeksiyonu tanısı konulmuştur. Bu olgular aracılığıyla sığınmacılarla gelen halk sağlığı sorununu tekrar gözden geçirmek istedik. Hepatit A virüs (HAV) enfeksiyonu gelişmiş ülkelerde sıklığı azalsa da gelişmekte olan ülkelerde halen önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bulaş başlıca fekal-oral yol ile olur. Çocuklarda asemptomatik erişkinde ise semptomatik seyretmektedir. Enfekte bireylerin dışkısında altı aydan uzun süreyle virüs bulunabilmesi, uygunsuz sanitasyon koşullarında enfeksiyonun yayılmasında en önemli kaynağı oluşturmaktadır.

Olgu 1: On dokuz yaşında erkek hasta bayram ziyareti amacıyla Suriye'ye gitmiştir. Döndüğünde ishal, bulantı-kusma, iştahsızlık şikayetleri ile polikliniğimize başvurmuştur. Fizik muayenesinde sklera ve tüm vücutta ikter, periumblikal bölgede hassasiyet dışında patolojik bulgu yoktu. Yapılan tetkiklerinde total bilirubin: 6,8 mg/dl, direkt bilirubin: 6,5 mg/dl, aspartat aminotransferaz (AST): 1113 U/L, alanin aminotransferaz (ALT): 1513 U/l, INR: 1,1 ve aPTT: 28 sn idi. Anti-HAV IgM pozitif saptandı. Hasta oral alımının yetersiz olması nedeniyle yatırıldı. Destek tedavisi başlandı. Takip sürecinde oral alımı açılan, şikayetleri geçen hasta önerilerle taburcu edildi.

Olgu 2: Yirmi bir yaşında erkek Suriye uyruklu mültecilerin işletmesini yaptığı restoranda yemek yeme sonrası iştahsızlık, bulantı şikayetiyle polikliniğimize başvurmuştur. Kusma ve ishal bu olguda gözlenmedi. Fizik muayenesinde skleralarda ikterik görünüm vardı. Yapılan tetkiklerinde total bilirubin: 10 mg/dl, direkt bilirubin: 8,5 mg/dl, AST: 69 U/l, ALT: 217 U/l, INR: 0,9 ve aPTT: 34 sn idi. Anti-HAV IgM pozitif saptandı. Hasta ayaktan takip edildi. Nispeten daha ılımlı seyir gösterdi.

Sonuç: Hepatit A bulaşının kontrolünde su ve besinlerin kirlenmesinin önlenmesi en önemli basamaktır. El yıkamaya önem verilmesi, güvenli su ve gıdaların kullanılması, kullanma sularının dezenfekte edilmesi ve atık suların kontrolü gibi önlemler korunmayı sağlar. Savaş ortamlarında güvenli su ve gıda sağlanması son derece zordur. Mültecilere yönelik toplu yaşam alanlarında temiz gıda ve su sağlanmasının yanı sıra göç edilen ülkenin sık görülen hastalıklarına yönelik aşılama çalışmalarına ağırlık verilmesi de büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Göç enfeksiyonları, hepatit A

[PS-066]

Kateter İlişkili Nozokomiyal Yalnızca Kolistin Duyarlı *Pseudomonas aeruginosa* Üriner Sistem Enfeksiyonlu Bir Olgu

Kemal Avşar

Isparta Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Isparta

Giriş: Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) en sık görülen hastane kaynaklı enfeksiyonlardan biridir, tüm hastane enfeksiyonlarının %30'unu ÜSİ oluşturur. Bu enfeksiyonların %70-80'i üretral kateter kullanımıyla ilişkilidir. Kİ-ÜSİ tüm hastanelerde önemli bir sorun olmaya devam etmekte ve hastanede edinilmiş enfeksiyonların %15'inden fazlasını oluşturmaktadır. Bu enfeksiyonların tedavisinde muhtemel antimikrobiyal direnç paternlerini dikkate almak amacıyla bu olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli sekiz yaşında devlet memuru erkek olan hastanın 30 yıldır taş düşürme öyküsü mevcuttur. Aralıklı olarak endoskopik olarak üreter taşı tedavisi ve üreteral J stent girişimi yapılmakta olan hastanın en son başvurudan bir hafta öncesinde bir üniversite hastanesinde üreteral double J stent takılmıştır. Üç gün önce ateş, halsizlik, titreme, sol yan ağrısı şikayeti nedeni ile dahiliye kliniğine başvuran hasta kliniğe yatırılmıştır. Kan ve idrar kültürü alındıktan sonra ampirik olarak seftriakson 1 gr 2x1 IV başlanmıştır. Kültür sonucu yapılan konsültasyonda yatışının üçüncü gününde alınan idrar kültüründe sadece kolistin duyarlı *Pseudomonas aeroginosa* üredi. Hastaya yükleme dozundan sonra kolistin tedavisi 2x150 mg IV başlandı. Double J kateter çıkartıldı. On güne tamamlanan tedavi sonunda kontrol idrar kültüründe üreme olmadı. Çıkartılan double kateter kültüründe ise üreme olmadı.

Sonuç: Kateter ilişkili ÜSE'de idrar kültüründen sıklıkla izole edilen bakteri *E. coli*'dir. Bununla birlikte nefrostomi kateterlerinde *Pseudomonas aeroginosa* ön plana çıkmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi nozokomiyal kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonlarında nadiren de olsa görülebilen dirençli patojen mikroorganizmalar akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonları, üreteral kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları

[PS-067]

Atipik Seyirli Herpes Ensefaliti Olgusu

Fatma Çölkesen, Arzu Tarakçı, Ramazan Köylü, Emin Fatih Vişneci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Akut, sporadik viral ensefalitlerin en sık etkeni herpes simpleks virüstür (HSV). Ensefalit tablosu genellikle dorsal kök ganglionlarında latent kalan virüsün reaktive olarak santral sinir sistemine yayılmasına bağlıdır. Bu yazıda klinik bulguların ve beyin omurilik sıvısı (BOS) özelliklerinin ensefalit ile uyumlu olmadığı atipik bir ensefalit olgusu sunulmuştur.

Olgu: Elli sekiz yaşında erkek hasta iki gündür olan bilinç değişikliği şikayeti ile hastanemizin acil servisine başvurdu. Baş ağrısı, bulantı-kusma ve ateş gibi şikayetlerinin olmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon nedeniyle anti-hipertansif ilaç kullanması dışında özellik yoktu. Bilinci konfüzeydi ve oryantasyon kooperasyon kısıtlıydı. Ense sertliği, kernig, brudzinski ve patolojik refleksler negatif olarak saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yapılan tetkiklerinde hafif trombositopeni dışında özellik yoktu. Kontrastlı beyin manyetik rezonansında sol temporal lob mediyalinde flair ve T2 ağırlıklı sekanslarda ödematöz sinyal artışı izlendi, kontrastlı kesitlerde patolojik kontrast artışı izlenmedi. Lomber ponksiyon yapıldı, BOS renksiz, görünümü berrak, basıncı normaldi. BOS biyokimyası normaldi. BOS mikroskopisinde hiç hücre görülmedi. BOS'de real-time PCR ile bakılan HSV 1 (HSV1) pozitif olarak saptandı. BOS kültüründe üreme olmadı. Hastaya intravenöz asiklovir 30 mg/kg/gün (3 eşit dozda) tedavisi başlandı. Takiplerinde genel durumu düzeldi, bilinci açıldı. Asiklovir tedavisi 19. güne tamamlandı. Taburcu edildikten bir hafta sonraki poliklinik kontrolünde hastanın bilinci tamamen normal ve fizik muayenesi doğaldı.

Sonuç: HSV ensefalitli olguların %95'inin etkeni HSV subtip 1 iken, yenidoğanlarda %80-90 oranında HSV subtip 2 etkendir. Elli sekiz yaşındaki olgumuzda, HSV subtip 1 etken olarak saptandı. BOS incelemesinde artmış basınç, 10-2 000/mm^3 hücre sayısı, lenfositer pleositoz, protein konsantrasyonunda artış, normal veya hafif düşmüş glukoz konsantrasyonları ve ksantokromi görülebilir. Olgumuzun LP'sinde BOS berrak görünümde, basınç normaldi. BOS'nin mikroskopik incelemesinde hücre görülmedi. BOS proteini ve glukozu normal olarak saptandı. BOS'ta HSV-DNA PCR ile semptomların başlangıcından 24 saat sonra tespit edilmeye başlanır ve tedavi başlangıcından bir hafta sonraya kadar saptanabilir. Olgumuzdan alınan BOS örneğinde PCR ile HSV-DNA pozitif olarak saptandı. Sonuç olarak bu olgu sunumuyla nadir görülen, mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalık olan, herpes ensefalitinin atipik klinik prezentasyonla ve normal BOS bulguları ile karşımıza çıkabileceği, tanıda PCR'nin önemi ve erken tedavinin hayat kurtarıcı olduğu vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Herpes, ensefalit

[PS-068]

Menenjit Tedavisi Altında Gelişen Apandisit Olgusu

Müzeyyen Ay[1], Çiğdem Mermutluoğlu[1], Nihat Mermutluoğlu[1], İnşa Gül Ekiz İşcanlı[2], Saliha Çevik[3]

[1]*Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Diyarbakır*
[2]*İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*
[3]*Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Enfeksiyon Yönetimi, Diyarbakır*

Giriş: Menenjit, çeşitli mikroorganizmaların neden olduğu beyin ve omuriliği saran leptomeninkslerin akut ya da kronik gidişli enflamatuvar bir hastalığıdır. Menenjit seyrinde beyin dokusu da zedelenebilir. Hastanın beyin omurilik sıvısı (BOS) hücresel ve biyokimyasal değişiklikler ve klinikte belirleyici nörolojik bulgularla karekterizedir. Sıklıkla ateş, baş ağrısı, bulantı-kusma, mental durum değişikliği ile kendini gösterir. Tanı BOS'un değerlendirilmesiyle konulur. Erken tedaviyle de mortalitesi yüksektir. Burada menenjit tanısıyla yatan hastada, hastanede gelişen akut apandisit ve ameliyat sonrası gelişen ileus olgusu sunulmuştur.

Olgu: Otuz üç yaşındaki erkek, ateş nedeniyle dış merkezde beş gün yatan, beş gün seftriakson 1 gr flk 2x1 kullanan hastanın ateş bulantı şikayeti devam ettiği için hastanemize yönlendirilmiştir. Fizik muayenesinde A: 39C0, TA: 120/70 mmHg, NB: 100/dk, SS: 28/dk'dir. Şuuru açık, arada anlamsız konuşan hastanın, ense sertliği şüpheli pozitif, kerning, brudzinski bulguları negatiftir. Laboratuvar bulguları normaldi (Tablo 1). Çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografisi (BT) normal olan hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. BOS görünüm berrak, basınç hafif artmıştır. BOS mikroskopisinde 35x10 lökosit (%90 parçalı), glukoz: 43 mg/dl, protein: 150 mg/dl, kan glikozu: 110 mg/dl'dir. Bu bulgularla hastada bakteriyel menenjit düşünülerek seftriakson 1 gr flk 2x2, vankomisin 1 gr flk 2x1 başlandı. BOS kültürü ve kan kültürü alındı. Hastanın tedavi altında 3. gün ateşi düştü, şikayetleri geriledi. Hastanın 4. gün C-reaktif protein (CRP) değeri artı, beşinci gün ateş, karın ağrısı, bulantı-kusma şikayeti gelişti. Yapılan tetkiklerinde lökositoz ve CRP

artışı olduğu görüldü. Çekilen batın ultrasonunda "batın sağ alt kadranda, barsak anslarında ve yağlı dokuda ödematöz değişiklikler" gözlendi. Batın BT'de pelvik bölgede serbest sıvı, periçekal alanda hafif düzeyde sıvı dansitesi ve mezenterik kirlenme, apendiks çapı 17 mm olup birkaç adet fekalit izlendi. Tedavisinde seftriakson kesilerek meronem 3x2 eklendi. Hastaya genel cerrahi apendektomi yaptı. Şikayetleri gerileyen hastanın 8. gün kontrol LP'si yapıldı. BOS görünümü berrak, basıncı normaldi. BOS mikroskopisinde 4x10 lökosit, biyokimyasında glukozu: 50, protein: 70. Kan glukoz 117 mg/dl olunca tedaviye devam edildi. Hastanın tedavinin 8. gününde tekrar karın ağrısı, bulantısı gelişti. Ayakta direkt batında grafisinde hava sıvı seviyesi olan hastada ileus tespit edildi. Hastanın şikayetleri yatışının 14. gününde düzeldi, 16 güne tamamlanıp şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Düşük dozda kullanılan antibiyotikler santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonu kliniğinin tam ortaya çıkmasını baskılıyabilir. Ateşi düşmeyen hastalarda SSS enfeksiyonu dışında bir odak araştırılması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, ileus, menenjit

Tablo 1. Laboratuvar sonuçları

Tedavi günü	Beyaz küre sayısı (10^3/µL)	Hemoglobin (g/dl)	Plt (10^3/µL)	CRP (mg/dl)	Üre (mg/dl)	Kreatinin (mg/dl)	ALT (U/l)	AST (U/l)
1. günü	13210	15,6	185000	5	34	1,01	23	17
4. günü	14430	14	230000	65	38	1,07	22	15
5. günü	19430	13,8	190000	217	34	0,77	25	20
6. günü	23000	15,2	180000	350	37	0,79	25	20
8. gün	13400	13,8	290000	251	55	0,72	15	17
10. gün	11000	13	334000	129	38	0,77	20	40
14. gün	10500	13,9	215000	28	27	0,70	38	22

[PS-070]

İmmünosüpresif Bir Olguda Gelişen *Burkholderia cepacia* Septisemisi

Safiye Bilge Güçlü Kayta, Anıl Akça, Taylan Önder, Ebru Doğan, Alper Şener

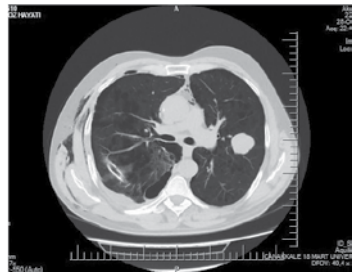
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: *Burkholderia cepacia*, genellikle immünosüpresif, kistik fibrozisli ya da kronik akciğer hastalığı olan hastalarda hastane kaynaklı enfeksiyonlara neden olan Gram-olumsuz, non-fermentatif bir basildir. Sıklıkla nozokomiyal yolla bulaşması, aminoglikozitler ve kolistine intrensek dirençli olması nedeniyle kültürde üretilemediği durumlarda tedavide sorunlara yol açmaktadır.

Olgu: Bilinen KOAH tanılı ve dört yıldır düşük dereceli non-invaziv ürotelyal mesane karsinomu nedeniyle takipli 52 yaş erkek hasta, üroloji servisinde sistoskopi öncesi çekilen PA akciğer grafisinde sağ akciğer orta zonda kitlesel lezyon görülmesi üzerine toraks bilgisayarlı tomografi (BT) planlandı. Çekilen toraks BT'de sol akciğer parahiler bölgede yaklaşık 35x30 mm ebatlara ulaşan lobüle konturlu kitlesel lezyon görülmesi ve malign süreç açısından kuşkulu bulunması nedeniyle göğüs cerrahisi polikliniğine yönlendirildi (Şekil 1). Hastaya mediastinoskopi planlanarak göğüs cerrahi servisine interne edildi. Mediastinoskopi işlemi sırasında hastada satürasyon düşüklüğü gelişti. Çekilen portabl PA akciğer grafisinde sağ akciğerde pnömotoraks saptanması üzerine hastaya tüp torakostomi ve kapalı su altı drenaj uygulandı. Paratrakeal ve aortikopulmoner lenf nodu diseksiyonu yapıldı ve işlem sonlandırıldı. Lenf nodu patoloji sonucu "histopatolojik bulguların ön planda sinüs histiyositozisi temsil ettiği düşünülmektedir" şeklinde raporlandı. Postoperatif 13. güne kadar vital bulguları stabil olan hastada, postoperatif 13. günde ateş yüksekliği ve genel durum bozukluğu gelişti. Hastadan bir set kan kültürü, plevral sıvı kültürü ve tüp torakostomisi çekilerek kateter ucu kültürü gönderildi. Pnömoni ön tanısıyla imipenem 500 mg 4x1 IV + levofloksasin 750 mg 1x1 IV olarak başlandı. Antibiyoterapinin üçüncü gününde sonuçlanan tüm kültürlerde trimetoprim sulfametoksazol (TMP-SMX) dışında tüm antibiyotiklere karşı dirençli *Burkholderia cepacia (B. capecia)* üremesi oldu. Hastanın tedavisine *B. cepacia* bakteriyemisine yönelik TMP-SMX IV 8 mg/kg/gün dozda eklendi. Bakteriyemi tedavisi parenteral olarak en az iki hafta olarak planlandı. Hastanın takibinde TMP-SMX başlanması sonrası üçüncü günde ateş yüksekliği geriledi, klinik ve laboratuvar yanıt alındı. Tedavinin 8. gününde hasta kendisini iyi hissettiğini söyleyerek taburcu olmak istedi. Aydınlatılmış onam alınarak, TMP-SMX 800/160 3x1 oral ardışık reçete edilerek kendi isteğiyle taburcu edildi. Toplam antibiyoterapi üç haftaya tamamlandı.

Sonuç: Bu olguda olduğu gibi immünosüpresif ve kronik akciğer hastalığı olan ve başlangıç tedaviye yanıt alınamayan olgularda, özellikle dirençli nozokomiyal etkenler ve bunlar arasından da *B. cepacia* etken olarak akılda tutulmalıdır. Empirik tedaviye başlanmadan önce spesifik tanıya yönelik kültürlerin alınması ihmal edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, *Burkholderia*, sepsis



Şekil 1. Toraks bilgisayarlı tomografi

[PS-071]

Akciğer Malignitesi Nedeniyle Kemoterapi Alan Hastada Gelişen CMV Pnömonisi

Yeliz Çiçek[1], Saim Dayan[1], Emine Çelik[2], Mehmet Durgun[2], Serdar Keskin[2], Ersin Çiçek[1], Mazlum Dursun[2]

[1]*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır*

[2]*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır*

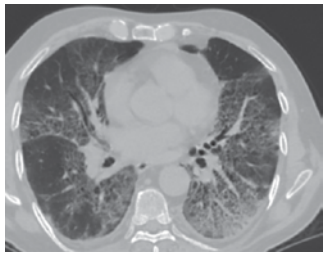
Giriş: CMV Herpesviridae ailesinin beta alt grubundan olup; yalnızca insanlarda hastalığa neden olur. Herpes virüs ailesinin diğer üyeleri gibi CMV'de de akut enfeksiyon sonrasında latensi gözlenir. İmmünosüpresif bireylerde CMV pnömonisi insidansı; yoğunlaştırılmış immünosüpresyon, uzamış survey ve gelişmiş teşhis deneyimlerinin sonucu artmıştır. Kemoterapi sonrası CMV pnömonisi gelişen hastamızı; immünosüpresif hasta grubunda latent viral enfeksiyonların reaktivasyonun akılda tutulması ve böylece erken tanı ve tedavi ile olası komplikasyonların önüne geçilmesinin önemine vurgu yapmak amacıyla sunduk.

Olgu: Altmış yaşında erkek hasta; acil servise son bir haftadır devam eden ateş, halsizlik ve nefes darlığı şikayetleri ile başvuruyor (Şekil 1). Hasta; yüksek ateş, akciğer alt zonlarda bilateral krepitan ral, kan gazında ciddi hipoksemi bulguları ve enfeksiyon parametrelerinde yükseklik saptanması üzerine göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları kliniğine konsülte ediliyor. Hastanın anamnezinden altı ay önce küçük hücreli akciğer kanseri tanısı aldığı; en son bir ay önce olan toplam altı kez etopozid-karboplatin kemoterapisi, profilaktif kraniyal radyoterapi ve 10 gün önce sol akciğerine radyoterapi aldığı öğreniliyor. Hastaya meropenem, linezolid tedavisi başlandıktan sonra immünosüpresif hasta olması nedeniyle fırsatçı fungal enfeksiyonlar ve

latent viral enfeksiyonlarin reaktivasyonu açısından araştırıldı. Serumda CMV PCR'nin 1490 cp/ml ve bronkoalveoler lavajda 347 cp/ml pozitifliği, mevcut immünosüpresyon, kayıtlardaki CMV serolojisindeki CMV IgG pozitifliği ve klinik uyum nedeniyle CMV pnömonisi düşünülüp 2x900 mg valgansiklovir tedavisi başlandı. Tedavinin 8. haftasında istenilen klinik yanıt alınıp ikinci negatif sonucunun görülmesi ile hasta poliklinik kontrolü ve önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Özellikle yoğun bakımda takip edilen hastalarda yatışın 10. gününden sonra; mekanik ventilasyon, sepsis, yanık, travma, kan transfüzyonu, malignite, kronik börek yetmezliği, immünosüpresif tedavi (steroid, kemoterapi), uç yaşlar, siroz gibi reaktivasyon risk faktörleri söz konusu olduğunda klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak pnömoni tedavisine kısmi ve/veya geç yanıtlı hastalarda CMV başta olmak üzere latent viral enfeksiyonların reaktivasyonu düşünülmelidir. Bu hasta grubunda zamanında başlanan uygun tedavi ile; yoğun bakım yatış ve mekanik ventilasyon süresinin mümkün olduğunca kısa tutulması ile sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlara bağlı mortalite oranlarının azalması da hedeflenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, pnömoni, CMV



Şekil 1. Hastanın acil servise geliş tomografisi. Her iki akciğerde belirgin olan buzlu cam dansitesi ve konsolidasyon alanları

[PS-072]

Eritema Nodozum ile Prezente Olan Bruselloz Olgusu

Pınar Çayıröz[1], Mehmet Umut Çayıröz[2], Ali Ilgın Olut[3]

[1]*Burdur Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Burdur*

[2]*Burdur Bucak Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Burdur*

[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*

Giriş: Çalışmada eritema nodozum ile başvuran ve ileri tetkikler sonucu bruselloz tespit edilen bir olgunun sunulması ve ülkemiz için endemik olan bu hastalığın deri tutulumu ile karşımıza çıkabileceğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli iki yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kadın hasta, bir haftadır her iki bacak ön yüzünde gelişen ağrılı ve deriden kabarık lezyonlar nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurmuştur. Eritema nodozum düşünülen hasta etiyoloji açısından enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde her iki tibia ön yüzünde üç tane 1x1 cm çaplı nodüler lezyonları dışında ek bulgu yoktu. Öyküsünde taze süt ve peynir tüketimi olması nedeniyle istenilen tetkiklerinde lökosit: 6840 mm^3, hemoglobin: 12,6 g/dl, trombosit: 477000 mm^3, C-reaktif protein: 23 mg/l, sedimentasyon: 59/h, tiroid fonksiyon testleri normal, aspartat aminotransferaz: 32 IU/ml, alanin aminotransferaz: 33 IU/ml, Rose Bengal pozitif, brusella tüp aglütinasyon ve coombslu brusella tüp aglütinasyon: 1/1280 saptanması üzerine hastaya brusella tanısı konularak doksisiklin 2x100 mg/gün ve rifampisin 600 mg/gün tedavi başlandı. Poliklinikten takiplerine devam edilen hastanın tedavi ile lezyonlarında gerileme görüldü.

Sonuç: Brusella seyrinde çeşitli sistem tutulumları ile buna bağlı değişik klinik tablolar karşımıza çıkabilmektedir. Ülkemizde endemik olan bruselloz önemli bir morbidite sebebi olması nedeniyle erken tanı ve tedavi komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Brusella seyrinde deri tutulumu nadir görülmekte ve genellikle tanı atlanabilmektedir. Deri lezyonlarının oluşmasında; hipersensitivite reaksiyonu, direkt hematojen yayılım sonucu oluşan endotoksinler, makrofajlar ve immünokompleks birikiminin rolü olabileceği gösterilmiştir. Brusellozun deri lezyonları arasında makülopapüler döküntü, eritema nodozum, apse, papül, peteşi, vaskülit yer almaktadır. Eritema nodozum; genellikle tibianın ön yüzünde ani başlangıçlı, bilateral, deriden kabarık, kırmızı ve sıcak, basmakla ağrılı, 3-6 haftada ülserleşmeksizin kendiliğinden iyileşen deri nodülleri şeklinde görülmektedir. Bizim olgumuzda da; her iki tibia ön yüzünde ağrılı, deriden kabarık nodüler lezyonlar şeklindeydi. Turunç ve ark. tarafından yapılmış olan 447 brusella hastasını kapsayan çalışmada ise; 46 olguda brusella atipik tutulumu görülmüş ve bunlardan sekiz tanesinde deri tutulumu ve iki tanesinde de eritema nodozum tespit edilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada; deri tutulumu olan bu sekiz hastanın da öncelikle dermatoloji polikliniğine başvurduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak brusellozda deri tutulumu nadir görülmekle birlikte, ülkemiz gibi brusellanın endemik olduğu ülkelerde, eritema nodozum ile başvuran hastalarda etiyoloji araştırılırken mutlaka bruselloz da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Brusella, eritema nodozum

[PS-073]

Eritema Kronikum Migrans ile Başvuran İki Olgu

Sedef Başgönül

Biga Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çanakkale

Giriş: Bu bildiride tedavi edilmediğinde, uzun vadede sistemik tutulumlara neden olabilen Lyme hastalığının erken dönem karakteristik bulgusu olan eritema migransın önemini vurgulamaktır.

Olgu 1: Altmış iki yaşında erkek hasta kene ısırması sonrası kolda giderek büyüyen kızarıklık sikayeti ile Kars Harakani Devlet Hastanesi acil servisine başvuruyor. Başvuruda ateş: 36,8 °C, hasta normotansif ve vitalleri stabil idi. Tetkiklerinde beyaz küre: 7400/mm^3, hemoglobin (Hb): 16 gr/dl, Plt: 310.000/mm^3 idi, biyokimyasal parametreleri ve koagülasyon testleri normal sınırlardaydı. Hastanın hayvancılıkla uğraştığı, bir hafta önce kolunda kene fark ettiği ve kendisinin çıkardığı öğrenildi. Sonrasında hastaneye başvurmayan hastanın ısırık bölgesinden başlayan kızarıklığı giderek artmıştı. Bu şikayetlerle acile başvuran hasta tarafımıza yönlendirildiğinde hastanın sağ kol lateralinde dirsek eklemi 4-5 cm üzerinde 10x8 cm boyutunda ortası krutlu etrafı sirküler tarzda solmuş periferi hiperemik düzgün sınırlı lezyonu görüldü. Hafif eklem ağrısı dışında şikayeti olmayan hastanın lezyonu eritema kronikum migrans olarak değerlendirildi. Hastaya doksisiklin 2x100 mg tablet başlandı. Bir hafta sonraki takibinde lezyonun kaybolmuş olduğu görüldü. Ek şikayeti olmayan hastanın tedavisi 21 güne tamamlandı.

Olgu 2: Elli sekiz yaşında kadın hasta sırtında kene olduğunu fark edip kendisi çıkardıktan birkaç gün sonra ısırık bölgesinde kızarıklık ve hafif kaşıntı oluşması nedeniyle Kars Harakani Devlet Hastanesi enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Vitalleri stabil olan hastanın beyaz küre: 8200/mm^3, hemoglobin: 13,5 gr/dl, Plt: 365.000/mm^3 idi, biyokimyasal parametrelerinde ve koagülasyon testlerinde özellik yoktu. Hastanın hayvancılıkla uğraştığı öğrenildi. Tetonoz aşısı olmayan hastaya aşı uygulandı. Hastanın sol skapulasının altında yaklaşık 16x8 cm'lik ortası krutlu, etrafı hiperemik, periferi sirküler tarzda soluk, dış kenarı tekrar hiperemik olan düzgün sınırlı lezyonu görüldü. Ek şikayeti olmayan hastanın lezyonu eritema kronikum migrans olarak değerlendirilerek doksisiklin 2x100 mg oral tedavi

başlandı. Haftalık kontrolünde lezyonun gerilediği görüldü. Tedavi 21 güne tamamlandı.

Sonuç: Lyme hastalığı, *Borrelia burgdorferi*'nin neden olduğu kene kaynaklı multisistemik bir enfeksiyon hastalığıdır (Resim 1, 2). Eritema migrans erken Lyme hastalığının en önemli bulgusudur ve %70-80 hastada görülebilir. Bu aşamada antikor testleri genellikle negatif sonuçlanır. ELISA ve Western Blot analizi veya deri biyopsisi tanıyı desteklemek için kullanılabilir. Olgularımızda erken dönem karakteristik lezyonların bulunması ayrıca hastanemiz ve bulunduğu ilin şartları dolayısıyla serolojik testler veya PCR çalışılamadı. Türkiye'de Lyme hastalığı yaygın olmasa da erken dönemde teşhis edilirse tamamiyle tedavi edilebilir bir hastalıkken, tedavi edilmeyen Lyme hastalarında kronik artrit, kardit veya nörolojik tutulumlara neden olabilmesi açısından, eritema migransın tanınması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eritema kronikum migrans, Lyme



Resim 1, 2. Olgular. Eritema kronikum migrans

[PS-074]

Herpes Ensefaliti: Olgu Sunumu

Hanife Uzar, Merve Sifil, Ezgi Soylu, Nilgün Altın, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Herpes simpleks virüsü (HSV); akut, sporadik viral ensefalitlerin en sık nedenidir. Klinik sıklıkla ateş, baş ağrısı, nöbet, fokal nörolojik bulgular ve bilinç değişikliği ile seyreder. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde tipik olarak lenfositik pleositoz, eritrosit sayısında artış ve yüksek protein düzeyleri görülür. Bununla birlikte, normal BOS bulguları hastalığın erken döneminde görülebilir. Tanı radyoloji, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), elektroensefalografi (EEG) ve BOS bulguları ile konulur. Burada BOS'de lenfositik pleositoz olmamasına rağmen herpes ensefaliti tanısı almış bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen hipertansiyon tanısı olan 66 yaşında kadın hasta, acil servise bilinç değişikliği ve konuşamama şikayeti ile başvurdu. Acil servisteki takiplerinde 39 °C ateş ve yaklaşık iki dakika süren generalize tonik-klonik nöbeti mevcuttu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryantasyon kooperasyon kısıtlıydı, apatik ve afazikti. Ense sertliği yoktu. Ancak bilinç değişikliği olması nedeni ile yapılan lomber ponksiyonda: BOS direkt mikroskopisinde 180 eritrosit/mm^3 görüldü, lökosit görülmedi. Biyokimyasal incelemede: protein: 129 mg/dl ve glikoz: 55 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri: 110 mg/dl) tespit edildi. Hastada öncelikle santral sinir sistemi enfeksiyonu düşünülmedi. Beyin tomografisinde kanama yoktu. Hastanın difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde sol frontal ve temporal loblarda hafif hiperintensiteler izlenmekteydi. EEG'sinde sol frontal bölgeden sol hemisfere yayılan yavaş dalga paterni mevcuttu. HSV ensefaliti tanısı için BOS'ta HSV PCR tetkiki istendi. Sonucu çıkana kadar asiklovir 3x750 mg IV tedavisi başlandı ve nöroloji yoğun bakıma yatışı yapıldı. Tekrar lomber ponksiyon yapıldığında direkt mikroskopide 160 eritrosit/mm^3 görüldü, lökosit görülmedi. Biyokimyasal incelemede protein: 61 mg/dl ve glikoz: 90 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri: 160 mg/dl) tespit edildi. İlk alınan BOS'den gönderilen HSV -1 PCR pozitif geldi. Takibinde hasta bilinci açık, oryante koopere hale geldi. Mevcut tedavi 14 güne tamamlandı.

Sonuç: Olgumuzda olduğu gibi ensefalit tanısında, klinik, BOS bulguları ve radyolojik bulgular birlikte değerlendirilmelidir. Bilinç değişikliği, nöbet, baş ağrısı, fokal nörolojik bulgularla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda herpes ensefaliti mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ensefalit, HSV, nöbet

[PS-075]

Ağır Seyirli Pnömoni Olgusu

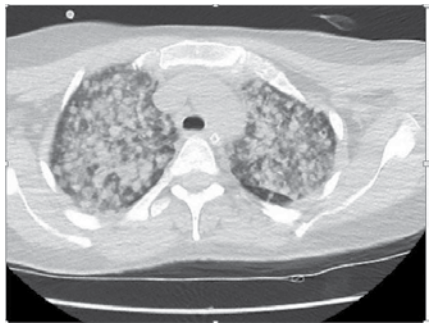
Suzan Şahin[1], Dilara Akman[1], Bülent Kaya[1], Banu Eler Çevik[2], Ayşe Batırel[1]

[1]*İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*
[2]*İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul*

Olgu: Kırk altı yaşında kadın hasta, acile: 39 °C ateş, titreme, bulantı, bir haftadır devam eden öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu, pnömoni nedeniyle göğüs hastalıkları tarafından yatırılan hastaya seftriakson, klaritromisin ve oseltamivir tedavisi başlandı. Acile başvurudan yaklaşık bir ay önce hastaya bisitopeni nedeniyle hematoloji tarafından kemik iliği biyopsisi önerildiği ancak hastanın kabul etmediği, hastaneye başvurudan üç gün önce dış merkezden adını bilmediği antibiyotik tedavisi kullandığı öğrenildi. Tedavisinin 4. gününde ateşi düşen ancak klinik düzelme gözlenmeyen, C-reaktif protein ve lökosit sayısında artış görülen hastanın seftriakson tedavisi piperasilin-tazobaktam ile değiştirildi ve aynı gün solunum sıkıntısının artması nedeniyle yoğun bakım ünitesine (YBÜ) devredildi. YBÜ'deki takiplerinde tedavisinin 7. gününde enfeksiyon parametrelerinde gerileme olmakla beraber ateşi subfebril devam etmekte, görüntülemelerinde her iki akciğerde yaygın ve birleşme eğiliminde alveolar konsolidasyon sahaları devam etmekte olduğu için tedavisine ampirik trimetoprim-sulfametoksazol ve vorikonazol tedavisi eklendi. Hastadan alınan bronkoalveoler lavaj (BAL) örneğinin hemorajik vasıfta olduğu görüldü. Hem BAL örneğinden hem de ardışık 3 serum örneğinden alınan galaktomannan antijeni negatif olarak sonuçlandı. Mantar kültürü, tüberküloz kültürü, non-spesifik kültürlerde üreme olmadı. Patolojik incelemede atipik hücre görülmedi. İdrarda *Legionella* antijeni negatif saptandı. Takiplerinde tekrarlayan kültürlerinde üreme saptanmadı. Göğüs hastalıkları ve nefroloji tarafından tedavisinin 11. gününde vaskülit ön tanısıyla üç gün 1 gr/gün pulse steroid tedavisi verildi. P-ANCA ve C-ANCA negatif olarak sonuçlandı. İlerleyen günlerde yapılan tetkiklerinde CMV IgG (+), CMV IgM (-). Hemofagositik sendrom açısından hematoloji tarafından konsülte edildi, tetkikleri sonuçlanamadan tedavisinin 20 gününde hasta kaybedildi (Şekil 1, Tablo 1).

Sonuç: Altta yatan risk faktörü bulunmayan hastalarda da ağır klinik seyirli pnömoniler görülebilmekte, etiyolojiye ulaşmada ve tedavide zorluklar yaşanabilmekte, mortalite ile sonuçlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, solunum yetmezliği



Şekil 1. Toraks bilgisayarlı tomografi

Tablo 1. Laboratuvar sonuçları

Gün	Beyaz küre	HB	HCT	PNL	Plt	CRP	Prokalsitonin
1. gün	10900	10,8	31,2	9100	431000	165	0,07
4. gün	16800	11,3	34,7	15200	158000	267	0,25
7. gün	22900	8,2	25,6	21700	218000	47	0,13
11. gün	46300	11,4	36,1	44400	266000	52	0,08
19. gün	28300	9,4	28,9	27300	204000	94	0,67

[PS-076]

Nadir Görülen Bir Etken: *Rhodococcus equi*

Halime Araz[1], Aliye Baştuğ[1], İpek Mumcuoğlu[2], Esragül Akıncı[1], Hürrem Bodur[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Giriş: *R. equi*, sıklıkla immünosüpresiflerde nadiren de immünokompetan hastalarda enfeksiyon etkeni olabilmektedir. Genellikle epidemiyolojik risk faktörlerine sahip hastalarda (örneğin; atlarla temas) görülmekle birlikte, bilinen bir maruziyeti olmayanlarda da bildirilmiştir. Sıklıkla akciğer enfeksiyonu etkeni olan mikroorganizma nadiren septik artrit, selülit, menenjit ve kateter enfeksiyonlarına da neden olmaktadır. Bu raporda, *R. equi*'ye bağlı selülit gelişen immünokompetan bir olgu bildirilmektedir.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan otuz sekiz yaşında erkek hasta, göz çevresinde kızarıklık ve şişlik şikayetinde artma nedeniyle acil servise başvurdu (Resim 1). Öyküsünde; gözünde sık sık arpacık çıktığını ve sıkarak boşalttığını tanımlayan hasta en son dört gün öncesinde iğne ile boşaltmaya çalıştığını belirtti. Bilgisayarlı tomografide; göz küreleri doğal, sol periorbital ve bukkal düzeyde deri altı yağ doku içerisinde yer yer lokülasyon izlenimi veren sıvı değerleri ve deri altında kalınlaşma saptandı. Göz hastalıkları tarafından orbital selülit düşünülmeyen hasta yatırıldı. Muayenesinde; ateş: 37 °C olan hastanın, sol göz altından başlayıp yüz ortasına kadar uzanan hiperemi ve ödem mevcuttu. Ense sertliği ve meninks irritasyon bulgusu saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde; lökosit 11500/mm^3, nötrofil: %63, C-reaktif protein: 67 mg/l olarak tespit edildi. Hastane yatışı ve antibiyotik kullanma öyküsü olmayan hastaya, kan kültürü alındıktan sonra ampirik ampisilin sulbaktam ve siprofloksasin tedavisi başlandı. Serum fizyolojik ile pansuman yapıldı. Yatışının ikinci gününde; göz altındaki lezyondan gelişen akıntıdan alınan kültürde kanlı agarda mukoid, hemolizsiz, pembemsi somon renginde koloniler görüldü. EMB agarda üreme olmadı. Boyamada Gram-olumsuz kokobasiller izlendi. Katalaz pozitif, oksidaz negatif bulunan koloniler, Maldi Tof MS (Bruker/Almanya) cihazı ile *Rhodococcus equi* olarak isimlendirildi. Tedaviden kısmi yanıt alınan hastanın antibiyoterapisi rifampisin ve siprofloksasin şeklinde düzenlendi. Kliniği düzelen hasta, tedaviyi 10 güne tamamlaması önerilerek taburcu edildi. Kontrolünde lezyonun tamamen iyileştiği saptandı.

Sonuç: *Rhodococcus equi*, zoonotik enfeksiyonlara neden olan aerop, Gram-olumlu kokobasildir. Kırmızı (somon renkli) pigment oluşturması nedeniyle *Rhodococcus* olarak adlandırılır. Modifiye asit fast boyamada zayıf pozitiflerdir. At çiftliklerinde ve ahırda bulunma risk faktörleri arasındadır. Enfeksiyon öncelikle solunum yoluyla bulaşmakla birlikte oral yolla veya travma ile de bulaşır. Tanısında enfeksiyon bölgesinden ve kandan alınan kültürler önemlidir. Literatürde *Rhodococcus equi*'ye bağlı pulmoner enfeksiyonu olan HIV enfekte hastalarda etkenin kan kültürlerinde %100 oranında üretilebildiği bildirilmiştir. Sıklığı ve tanı olasılığı artan bu etken, immünokompetan hastalarda tekrarlayan ve ampirik tedaviye yanıt alınamayan enfeksiyonlarda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İmmünokompetan, *Rhodococcus equi*, selülit



Resim 1. Olgu fotoğrafları ve mikroorganizmanın koloni görüntüsü

İlk fotoğraf acilde çekilen fotoğrafı, ikinci fotoğraf tedavi kontrolünde çekilen fotoğraf, üçüncü görüntü *R. equi'nin* kanlı agardaki somon rengi görünümü

[PS-077]

Ne? Üçüncü Bebek mi?

Şule Özdemir Armağan, Arzu Tarakçı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Ebeveyn olmak HIV ile enfekte bireylerin de en doğal hakkıdır. Günümüzde HIV pozitif bireylerin çocuk sahibi olmalarına yardımcı olabilecek çeşitli yöntemler ve birçok merkez bulunmaktadır. HIV açısından serodiskordant çiftlerde konsepsiyon planlaması hem bebeğin hem de seronegatif partnerin korunması açısından önemlidir. Bu yazıda HIV ile enfekte bir erkek hastamız ve seronegatif eşinin sağlıklı bebek sahibi oluş sürecini paylaştık.

Olgu: Otuz dört yaşında erkek hasta, 2016 yılında HIV-AIDS tanısı aldı. Başlangıç CD4 sayısı: 49 (%7,2) ve HIV-RNA: 447000 IU/ml idi, hastanın ciddi kilo kaybı ve halsizlik şikayeti vardı. Hastaya antiretroviral ve profilaktik tedavileri başlandı. Tanı esnasında eşi seronegatifti, korunma açısından bilgi verildi. Tedavinin birinci ayında hasta *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi ile yatırılarak tedavi edildi. Serodiskordant çift, tedavinin 9. ayında 3. çocuklarına sahip olmak istediklerini belirtti. Bulaş riski konusunda bilgilendirmemize rağmen çift bu isteklerinde ısrar etti. Tarafımızca hastamıza altı ay HIV-RNA negatif olmak koşuluyla, bu konuyla ilgilenen bir merkezde sperm yıkama yöntemi ile konsepsiyon önerildi. Ancak çift doğal yöntemlerle gebelik konusunda kararlı olduklarını, bizden sadece yardım talep ettiklerini belirtti. Bunun üzerine hastamızın fertilite yeteneğini kontrol amaçlı olarak üroloji polikliniği ile iletişim kuruldu. Gerekli muayene, spermiyogram, hormonal tahlilleri yapıldı. Halen seronegatif olarak seyreden eşinin de jinekolojik kontrolü yaptırıldı ve her ikisinin de sonuçları normal olarak değerlendirildi. Ayrıca ovulasyon zamanının tespiti açısından jinekoloji tarafından danışmanlık yapıldı. Çift ile doğal konsepsiyon şartları açıkça konuşuldu. Gerekli koşullar sağlandığında bulaş riskinin en az seviyeye düşürüleceği

fakat asla sıfırlanamayacağı konusunda net bir şekilde bilgilendirme yapıldı ve onamları alındı. Temas öncesi profilaksi ile her siklusta optimal ovulasyon zamanında iki kez korunmasız ilişkiye izin verildi. İlk siklusta gebelik gerçekleşti, gebelik süresince anne anti-HIV negatif olarak seyretti, doğum sonrası takiplerde bebek ve anne halen HIV negatif olarak takip edilmektedir.

Sonuç: HIV ile enfekte bireylerin ebeveyn olma isteği durumunda, bulaş riski ve uygulanabilecek tüm yöntemler aileyle açıkça paylaşılmalı ve onamları alınmalıdır. Önceden HIV ile enfekte kişinin, HIV negatif partneriyle korunmasız temasına izin verilmezken, son bilgilere göre enfekte bireyin viral yükü saptama sınırının altındaysa cinsel yolla bulaş riskinin ihmal edilebilecek düzeyde olduğu bildirilmektedir. Uygun kişilerde korunmasız ilişki, temas öncesi profilaksi ile birleştiğinde bulaş riski önemli ölçüde azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, konsepsiyon, temas öncesi profilaksi

[PS-078]

Üniversitemiz Hastane Enfeksiyonlarında Son Durum

Fatma Kesmez Can, Handan Köksal Alay, Ayşe Albayrak, Kemalettin Özden

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Hastane enfeksiyonları tüm dünyada olduğu gibi hastanemizde de önemli bir problemdir. Mortalitesi ve maliyeti yüksek fakat önlenebilir enfeksiyonlar olan hastane enfeksiyonları son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Bu enfeksiyonların kontrolünün sağlanmasında hastane enfeksiyonu sürveyans çalışmaları esastır. Hastane enfeksiyonlarının kontrolünün sağlanabilmesi için her merkezin kendi hastane florasını oluşturan mikroorganizmaları, direnç paternlerini ve enfeksiyon dağılımını belirlemesi ve doğru antibiyotiklerin tercih edilmesi vazgeçilmezdir. Bu çalışmada hastanemiz enfeksiyon sayısını, hızını ve branşlara göre dağılımını 01.01.2018-31.12.2018 tarihleri arasındaki veriler ile değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Hastane enfeksiyonları, hastaların yatışları sırasında inkübasyon döneminde olmayan, hastaneye yattıktan sonra gelişen enfeksiyonlardır. Hastanemiz 2018 yılına ait hastane enfeksiyonu sürveyans verileri enfeksiyon kontrol hemşirelerinin günlük viziteleri, enfeksiyon kontrol hekimlerinin konsültasyonları ve klinik viziteleri ile toplandı.

Bulgular: 2018 yılı içerisinde 91252 hasta, 218461 hasta günü takip edildi. Yüz seksen iki hastane kökenli enfeksiyon tanısı konuldu. Enfeksiyon hızı 0,20 olarak hesaplandı. Enfeksiyon hızı 2016 yılında 0,99, 2017 yılında 0,35 olup yıllara göre gerileme mevcuttu. Konulan 182 hastane enfeksiyon tanısının 68'i (%37,3) kan dolaşım enfeksiyonu, 57'si (%31,3) cerrahi alan enfeksiyonu, 22'si (%12,08) üriner sistem enfeksiyonu, 15'i (%8,2) pnömoni, 14'ü (%7,6) ventilatör ilişkili pnömoni ve beşi (%2,7) deri-yumuşak doku enfeksiyonu, biri (%0,54) santral sinir sistem enfeksiyonu olarak belirlendi. Branşlara göre bakıldığında ise 55 (%30,2) cerrahi branş, 10 (%5,9) dahili branş, 99 (%54,3) erişkin yoğun bakım, 18 (%9,8) yenidoğan yoğun bakımda hastane enfeksiyonu tespit edildi. Sonuçlarımız Türkiye verilerinden yüksek değildi. Hastane enfeksiyonlarının çoğunluğunun yoğun bakım ünitelerinde oluştuğu görüldü. Yoğun bakım hastalarında uzun süre hastanede yatma gerekliliği, altta yatan ciddi hastalıkların olması, invaziv işlemlerin sık uygulanması, hasta-personel ilişkilerinin sık olması, beslenme özellikleri, geniş spektrumlu antibiyotiklerin yaygın kullanımı, antibiyotiklere dirençli mikroorganizmalar gibi nedenler ile bu yüksek oran açıklanabilir.

Sonuç: Hastane enfeksiyonu hızlarını minimum düzeyde tutmak, salgınları önlemek ve kontrol edebilmek için hastanelerin sürveyans uygulaması zorunludur. Elde edilen sonuçlar enfeksiyon kontrol komitesi tarafından izlenmeli ve analiz edilmelidir. Buna göre enfeksiyon kontrol önlemleri ve sağlık personelinin eğitim programları planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, enfeksiyon, sürveyans

[PS-079]

Lenfadenit Etiyolojisinde Unutulanlar: Kedi Tırmığı Hastalığı

Sevda Özdemir Al[1], Uğur Kostakoğlu[1], İlknur Esen Yıldız[1], Maksude Esra Kadıoğlu[2], Ünsal Bağın[1], Ayşe Ertürk[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Kedi tırmığı hastalığı Gram-olumsuz, fakültatif aerob kokobasil olan *Bartonella* cinsi bakterilerin yol açtığı bir klinik tablodur. İmmünokompetan bireyler çoğunlukla aksiller ya da servikal lenfadenopatilerle (LAP) başvurur, klinik kendini sınırlar. İmmünosüpresif kişilerde basiller anjiyomatozis, peliozis, endokardit, tekrarlayan ateş ve bakteriyemi ile birlikte visseral, oküler ve nörolojik tutulum ile seyredebilir. Bu yazımızda kliniğimize LAP ile gelen immünokompetan dört hastada serolojik olarak tanı koyduğumuz kedi tırmığı hastalığını irdeledik.

Olgu 1: Otuz iki yaşında kadın hasta bir aydır sağ kolda şişlik ve bir haftadır olan sağ koltuk altında ağrı ile başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastanın, iki ay önce sağ elinin sokak kedisi tarafından tırmalandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde (FM) sağ humerus alt uç 1/3 medialde 3x1 cm ebatlı fluktuasyon veren şişlik ve sağ aksillada 3x2 cm ebatlı, ağrılı, mobil LAP saptandı. Yapılan yüzeyel doku ultrasonografide (USG) lezyon bölgesinde heterojen hipoekoik alan ve sağ aksillada LAP saptandı. Sağ üst ekstremite kontrastlı manyetik rezonans görüntülemede septaları belirgin hiperintens lezyon öncelikle apseleşmiş LAP olarak değerlendirildi (Şekil 1).

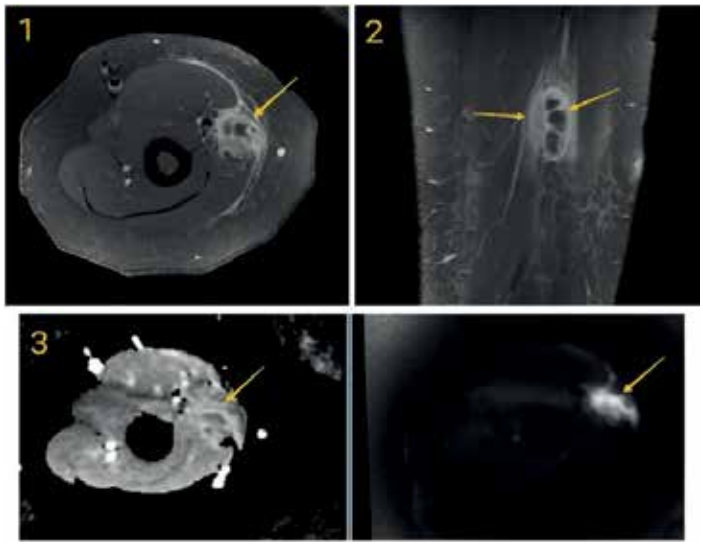
Olgu 2: Otuz yaşında erkek hasta yaklaşık iki aydır sol kolda ağrı yakınması ile araştırılırken sol aksiller bölgede LAP saptanması üzerine polikliniğimize yönlendirildi. FM'de sol aksillada yaklaşık 3x1,5 cm ebatlı ağrısız mobil LAP saptandı. USG'de sol aksillada 3,4x1,7 cm ebatlı LAP olarak raporlandı. BCG skarı mevcuttu. Dış merkezde yapılan LAP biyopsisi "kronik granülomatöz hastalık" olarak bildirildi. PPD 6 mm saptandı.

Olgu 3: Otuz bir yaşında erkek hasta bir aydır olan sağ koltuk altında şişlik yakınması ile başvurdu. Üç ay önce sağ elini kedi tırmaladığı öğrenilen hastanın FM'sinde sağ aksillada yaklaşık 5x3 cm ebatlı, mobil, hassas olmayan LAP ve hepatosplenomegali mevcuttu. USG'de sağ aksillada 5,4x2,2 cm ebatlı LAP saptandı.

Olgu 4: Elli üç yaşında erkek hasta iki haftadır olan boyunda şişlik ve ateş yakınmaları ile başvurdu. FM'de sağ servikalde 3x4 cm ebatlı, ağrılı, fluktuasyon veren şişlik saptandı. Yüzeyel USG'de "boynun sağında bir kaç adet lenf nodu içeren, 5x2,4x2,6 cm boyutunda lezyon alanı" öncelikle apse formasyonu lehine değerlendirildi. Boyundaki lezyondan alınan örnekte Gram-boyama, ARB direkt bakı, kültür, tüberküloz kültürü, PCR ve sitoloji negatifti. Hastaların laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: LAP, etiyolojisi çok geniş bir klinik tablo olup, ayırıcı tanıda kedi tırmığı hastalığı mutlaka düşünülmelidir. Kedi teması olmayanlarda da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Bartonella henselea*, kedi tırmığı hastalığı, lenfadenopati



Şekil 1. Olgular. Olgu 1: Üst ekstremite T1 ağırlıklı aksiyel kesitte korteksi apseleşmiş lenfadenit. Olgu 2: Koronal kesitte korteksi apseleşmiş lenfadenit. Olgu 3: Diffüzyon ağırlıklı görüntülerde lenf nodunda kısıtlanma dikkati çekmektedir

Tablo 1. Kedi tırmığı hastalığı olguları

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	
Yaş	32	30	31	53	
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Erkek	Erkek	
Ateş	Normal	Normal	Normal	Yüksek	
Lanfadenopati	Sağ aksiller	Sağ aksiller	Sağ aksiller	Sağ servikal	
Kedi teması	Pozitif	Bilinmiyor	Pozitif	Bilinmiyor	
Tedavi	Azitromisin	Klaritromisin	Doksisiklin	Amo/kla +siprofloksasin	
Kan tetkiki					(Normal aralık)
Hemogram					
Beyaz küre sayısı (10^3/µl)	9,08	10,4	10,0	5,47	(4-10)
Hemoglobin (g/dl)	12,8	16,0	15,5	11,4	(11-16)
Trombosit sayısı (10^3/µl)	301	260	210	211	(150-450)
Biyokimyasal testler					
Üre (mg/dl)	24	38	32	29	(17-56)
Kreatinin (mg/dl)	0,6	0,81	0,8	0,7	(0,7-1,3)
Aspartat aminotransferaz (U/l)	15	18	35	15	(5-34)
Alanin aminotransferaz (U/l)	16	25	23	25	(0-55)
Enflamasyon göstergeleri					
Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/s)	14	4	7	70	(0-20)
C-reaktif protein (mg/dl)	0,1	<0,1	0,6	4,5	(0-0,5)
Serolojik tetkikler					
HBsAg	-	Negatif (N)	N	N	
Anti-HCV	-	N	N	N	
Anti-HIV	-	N	N	N	
Toxoplasma gondii IgM/IgG	-	N/N	N/N	-	
Epstein-Barr virüs IgM/IgG	-	N/Pozitif (P)	N/P	-	
Sitomegalovirüs IgM/IgG	-	P/P	N/N	-	
Borrelia burgdorferi IgM/IgG	-	N/N	N/N	-	
Parvovirüs B19 IgM/IgG	-	-	N/N	-	
Brucella Rose Bengal test	-	-	N	N	
Francisella tularensis MAT	N	N	N	N	
Bartonella henselae IgG IFA	1/256	1/512	1/1024	1/1024	

[P-080]

Pastadan Çıkan Endokardit

Zeynep Oktay, Bircan Kayaaslan, İmran Hasanoğlu, Ayşe Kaya Kalem, Müge Ayhan, Hatice Rahmet Güner

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Stafilokoksik toksik şok sendromu hızlı başlangıçlı, ateş döküntü, hipotansiyon ve multiorgan tutulumu ile karakterize klinik bir tablodur. Kadınlarda tampon kullanımıyla ilişkilendirilmiş olmasına rağmen bazı olgularda menstrüasyon ilişkisi olmayıp cerrahi ve postpartum yara enfeksiyonu, mastit, septorinoplasti, sinüzit, osteomiyelit, artrit, yanık, deri ve deri altı lezyonlar, influenza sonrası alt solunum yolu enfeksiyonu, enterokolit gibi klinik durumlar sonrası gelişebilmektedir. Bu bildiride ateş, gastrointestinal semptomlar ve döküntü ile gelen toksik şok tablosunun enfektif endokarditin nadir bir prezentasyonu olabileceğini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Otuz dört yaş erkek hasta, acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetiyle başvurdu. Hastanın yaklaşık 5-6 saat önce ani başlayan şiddetli karın ağrısı, sonrasında 20-30 kez bulantı ve kusması, 10-15 kez sulu vasıfta kan ve mukussuz dışkılama şikayeti mevcuttu. Bilinen hastalığı olmayan hastanın anamnezinde; semptomları başlamadan 3-4 saat önce kremalı besin tüketimi ve yaklaşık iki ay önce diş tedavisi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede; genel durum orta, ateş: 38,7 °C, noradrenalin altında -TA: 84/42 mmHg, nabız: 125/dk, baş-boyun, sırt ve kolda belirgin olmak üzere yaygın basmakla solan hiperemisi mevcuttu (Resim 1). Laboratuvar; beyaz küre: 15 K/uL, nötrofil: %96, Plt: 139 K/ul, kreatinin: 4,3 mg/dl, aspartat aminotransferaz: 54 U/l, alanin aminotransferaz: 63 U/l, total bilirubin: 1,3 mg/dl, C-reaktif protein: 142 mg/l, Pct: 134 ng/ml saptandı. Ateş etiyolojisine yönelik çekilen TTE'de vejetasyon saptanmadı. Klinik olarak toksik şok sendromu düşünülen hastaya kan kültürleri alındıktan sonra ampisilin-sulbaktam 4x3 gram başlandı ve hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Acilde ve yoğun bakım ünitesinde alınan 6 kan kültüründe MSSA üremesi olan hastanın çekilen TEE'de aort kapakta 1x0,9 cm vejetasyon ve göz dibi incelemesinde roth spot saptandı. Endokardit tanısı konulan hastada tedavinin 6. gününde ateş yanıtı alındı. Takiplerinde vejetasyon boyutları küçülen hastanın tedavisi 28 güne tamamlanarak kesildi. Hastanın altı aylık takiplerinde sağ ve sağlıklı olduğu görüldü.

Sonuç: Enfektif endokardit çok geniş bir klinik yelpazede karşımıza çıkabilir. *S. aureus* genellikle akut enfektif endokardit tablosuna neden olmakla beraber nadiren toksik şok sendromu ile prezente olabilir. Toplumdan gelen, predispozan faktörü olmayan genç sağlıklı hastalarda hızla gelişen toksik şok sendromu varlığında enfektif endokardit göz ardı edilmemelidir. Özellikle tedavi altında devam eden ateş yüksekliği ve/veya kan kültür pozitifliği olan hastalarda enfektif endokardit tanısının atlanmaması için TEE yapılması konusunda ısrarcı olunmalıdır. Endokardit varlığı tedavi ajanın değiştirmese bile tedavi süresi, komplikasyon takibi ve cerrahi gerekliliği açısından hasta izlemini değiştirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, *S. aureus*, toksik şok sendromu



Resim 1. Yüz ve gövdede yaygın hiperemi

[PS-081]

Çoklu İlaca Dirençli *Klebsiella pneumoniae* İzolatlarında Karbapenemaz Enzim Tespitinde Xpert CARBA-R Testi ve Fenotipik Testlerin Karşılaştırılması

Hüseyin Agah Terzi[1], Özlem Aydemir[1], Ümit Kılıç[2], Tayfur Demiray[1], Mehmet Köroğlu[2], Mustafa Altındiş[2], Ünal Erkorkmaz[3]

[1]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*
[3]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: Bu çalışmada çoklu ilaca direçli (ÇİD) *Klebsiella pneumoniae* izolatlarındaki karbapenemaz tespitinde Xpert CARBA-R testi ve fenotipik doğrulama testlerinin (MHT, CIM, Mastdiscs ve Carba NP) performanslarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çeşitli klinik örneklerden izole edilen 68 adet ÇİD *K. pneumoniae* izolatı çalışmamıza dahil edildi. Bu izolatların tanımlama ve antibiyotik duyarlılık testleri VITEK 2® (BioMérieux, Fransa) otomatize sistemi ile gerçekleştirildi. Xpert CARBA-R test kitleri ve Gene-Xpert cihazı (Cepheid, Sunnyvale, CA, ABD) kullanılarak karbapenemaz enzimi kodlayan bla_{IMP-1}, bla_{KPC}, bla_{NDM-1}, bla_{OXA-48} ve bla_{VIM} gen bölgeleri moleküler olarak araştırıldı. Spesifik inhibitörleriyle birlikte dört antibiyotik diski içeren kombine disk metodu olan Mastdiscs Combi-D70C kullanıldı. Tüm izolatlarda modifiye Hodge testi çalışıldı. Karbapenemaz enzim üretimi tespitinde modifiye karbapenemaz inaktivasyon yöntemi (CIM) ve Carba NP testi kullanıldı.

Bulgular: Moleküler yöntemle (Xpert CARBA-R test) karbapenemaz ürettiği tespit edilen 50 izolatın MHT ile 45'i (%90), CIM ile 39'u (%78), Mastdiscs ile 42'si (%84) saptanırken, Carba NP testi ile 50 izolatın tümü saptanmıştır. Xpert CARBA-R testi referans olarak alındığında Carba NP ile Xpert CARBA-R test arasında anlamlı farklılık bulundu. Diğer fenotipik yöntemler ile Xpert CARBA-R test arasında anlamlı fark bulunmadı. MHT, CIM, kombine disk ve Carba NP testlerinin duyarlılıkları sırasıyla 0,90, 0,78, 0,84 ve 1, özgüllükleri ise 0,83, 0,83, 0,83 ve 0 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca MHT, CIM ve MAST yöntemlerinin kestirim güçleri istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Sonuç: Karbapenemaz tespitinde fenotipik ve moleküler yöntemler olmak üzere çeşitli yöntemler mevcuttur. Her koşulda geçerli olan ve tüm karbapenemazları saptayabilen tek bir tespit yöntemi henüz bulunmamaktadır. Laboratuvarlar kendi ihtiyaçları, ekonomik durumları ve altyapıları doğrultusunda uygun bir karbapenemaz tespit ve doğrulama yöntemi seçmelidirler. Moleküler yöntemlerle karbapenemaz varlığının tespiti her ne kadar hızlı ve güvenilir olsa da bu olanağa sahip olmayan

laboratuvarlarda düşük maliyetli fenotipik testler kullanılabilir. Kombine disk metodunun enzim tipine de tayin edebilmesi önemli bir avantajdır.

Anahtar Kelimeler: ÇİD *K. pneumoniae*, karbapenemaz tespiti, Xpert CARBA-R test

[PS-082]

Sendromik Bazlı Multipleks Real-time PCR Yöntemiyle Viral ve Bakteriyel Menenjit Etkenlerinin Araştırılması

Hüseyin Agah Terzi[1], Özlem Aydemir[1], Hande Toptan[2], Mehmet Köroğlu[2], Mustafa Altındiş[2]

[1]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: Santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonları, yüksek oranda mortalite ve ciddi morbidite riski içeren, hızlı tanı gerektiren hastalıkların başında gelmektedir. PCR gibi amplifikasyon temelli yöntemlerle çok sayıda bakteriyel ve viral etkenin nükleik asitlerinin beyin omurilik sıvısında (BOS) kısa sürede saptanması, SSS enfeksiyonlarının erken tanısında önemli bir dönüm noktası olmuştur. Farklı metodları kullanan ticari kitler ve cihazlarla sonuçlar 1-4 saat gibi sürelerle verilebilmektedir. Bu çalışmada, SSS enfeksiyonları düşünülen olgulardan gönderilen BOS örneklerinde "multipleks real-time PCR" yöntemi ile saptanan viral ve bakteriyel menenjit etkenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Mayıs 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında laboratuvarımıza gönderilen 69 BOS örneği dahil edilmiştir. Örnekler viral transport besiyeriyle (Copan Diagnostics, Corona, CA) laboratuvara ulaştırıldı. Nükleik asit izolasyonu için EZ1 Virus Mini Kit v2.0 (Qiagen, Hamburg, Almanya) ve otomatik izolasyon robotu (EZ 1, Qiagen, Hamburg, Almanya) kullanılmıştır. Viral ve bakteriyel kaynaklı etkenlerin tespiti için multipleks real-time PCR kiti (FTD Neonatal, Bacterial ve Neuro 9, Fast-Track Diagnostics, Lüksemburg) ile Rotor-Gene Q 5Plex HRM real-time PCR cihazı (Qiagen, Hamburg, Almanya) kullanıldı.

Bulgular: Viral enfeksiyondan şüphelenilen toplam 69 örneğin 11'inde (%15,9) bir ya da daha fazla etken saptanmıştır. En sık etkenler; Epstein-Barr virüs (4, %5,7), human herpesvirüs 7 (3, %4,3) iken, 2 (%2,8) örnekte enterovirüs, birer (%1,4) örnekte de human adenovirüs, human parechovirüs, human herpesvirüs 6 pozitif bulunmuştur. Bir örnekte ise enterovirüs ve human herpesvirüs 7 koenfeksiyonu olduğu görülmüştür. Bakteriyel enfeksiyondan şüphelenilen toplam 54 örneğin 6'sında (%11,1) etken tespit edilmiştir. Etkenlerin 5'i (%9,2) *E. coli* ve biri (%1,8) *S. pneumoniae* olarak saptanmıştır.

Sonuç: SSS enfeksiyonları, son yıllarda geliştirilen aşılar ve antimikrobiyal tedavi protokollerine rağmen, yüksek morbidite ve mortalite ile bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bu nedenle etkenin hızlı bir şekilde tespit edilmesi çok önemlidir. Herhangi bir örnekte sendromik paneller şeklinde çok sayıda bakteriyel ve viral etkenin nükleik asitlerinin saptanabilmesi hızlı tanıda çok önemli bir gelişme olup, maliyet yüksek olsa da kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Etkenin erken saptanmasıyla mortalite ve morbiditenin önüne geçilebilmektedir. Bir kısım etkenlerin konvansiyonel yöntemlerle tanısının mümkün olmadığı veya çok zor olduğu düşünüldüğünde bu tip panel testlerin avantajı daha iyi anlaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, moleküler tanı, sendromik panel

[PS-083]

Erken Başlangıçlı Demans Olarak Takip Edilen Nörosifiliz: Olgu sunumu

Fatma Şimşek[1], Nuray Bilge[1], Mehmet Nuri Koçak[1], Fatma Kesmez Can[2]

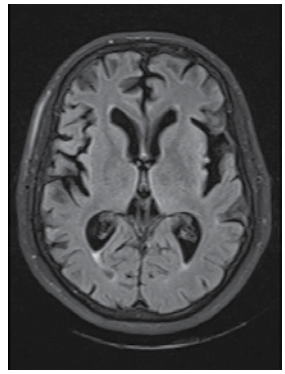
[1]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Erzurum*
[2]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

Giriş: Nörosifiliz, *Treponema pallidum* ile enfekte olan olguların yaklaşık %5'inde gelişmektedir. Hastalığın klinik semptomatolojisi çok geniş olup pek çok hastalığı taklit edebilmektedir. Nörolojik semptom ve bulguları da çeşitlilik gösterebilir. Sekonder demans sebepleri arasında da etiyolojide sifiliz araştırılması gereken faktörlerden biridir. Demansiyel bulgularla kliniğimize başvuran ve nörosifiliz tanısı alan olguyu genç yaşta demansla gelen hastalarda etiyolojik incelemenin önemini vurgulamak için sunduk.

Olgu: Yakınları tarafından nöroloji polikliniğine getirilen 43 yaşında erkek hastanın unutkanlık, anormal davranışlar, konuşmada tutukluk, yürümede güçlük şikayetleri vardı. Son 4-5 aydır bu şikayetlerin başladığı ve gün geçtikçe genel durumunun kötüye gittiği tarif ediliyordu. Zamanla içine kapanık hale gelmiş ve çevreyle iletişim kurmamaya başlamış, aşırı sinirlilik ve aşırı terleme hali, bazen kendi kendine anlamsız gülmeleri olduğu ifade ediliyordu. Özgeçmiş; üç yıldır Hollanda'da kasapta çalışıyordu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde; anlamsız gülmeler ve içine kapanıklık, çevreyle iletişim kurmama şeklinde psikiyatrik bulgular, oryantasyon ve kooperasyon bozukluğu ve kelime bulma güçlüğü vardı. Hasta uyum sağlamadığı için ve sorulara cevap vermediği için mini mental test yapılamadı. Muayenede motor defisiti yoktu fakat hafif ataksik yürüyüşü vardı. Çekilen kraniyal manyetik rezonans görüntülemede belirgin kortikal atrofisi vardı (Şekil 1). Elektroensefalografisi normaldi. Sekonder demans için istenen tetkikler sonrası hastanın kanında ve BOS'de TPHA ve VDRL (+) idi. Serum ve BOS'de diğer enfeksiyon tetkikleri negatifti. Nörosifiliz tanısı ile hastaya 2,4 milyon ünite benzatin penisilin 1x1 başlandı. Demansiyel ve psikiyatrik şikayetler için donepezil ve ketiapin verildi. İki yıllık takipte hastada klinik olarak progresyon durdu fakat hastanın demansiyel bulgularında düzelme olmadığı görüldü.

Sonuç: Genç yaş demans bulguları ile gelen hastalarda vitamin B12 eksikliği, hidrosefali, sifiliz gibi sekonder demansa sebep olan ve tedavisi mümkün olan nedenleri araştırmak gereklidir. Erken tanı ve tedavi hastayı demans olmaktan kurtarabilir.

Anahtar Kelimeler: Demans, nörosifiliz, beyin omurilik sıvısı



Şekil 1. Manyetik rezonans görüntülemede flair kesitte belirgin kortikal atrofi izleniyor

[PS-084]

Geriatrik Hastalarda Malignite Hastane Enfeksiyonunu Arttırıyor

Sabahat Çeken, Duygu Mert, Göknur Yapar Toros, Yüksel Kolukısa, Mustafa Ertek

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

Giriş: Geriatrik hastalarda, enfeksiyon hastaneye yatmayı gerektiren en önemli nedenlerden biridir. Maligniteli hastalarda enfeksiyonlar morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Bu bildiride hastanemizde yatan geriatrik hastalardan malignitesi olanlar ve olmayanların demografik veriler ve klinik bulguları açısından karşılaştırılması amaçlandı.

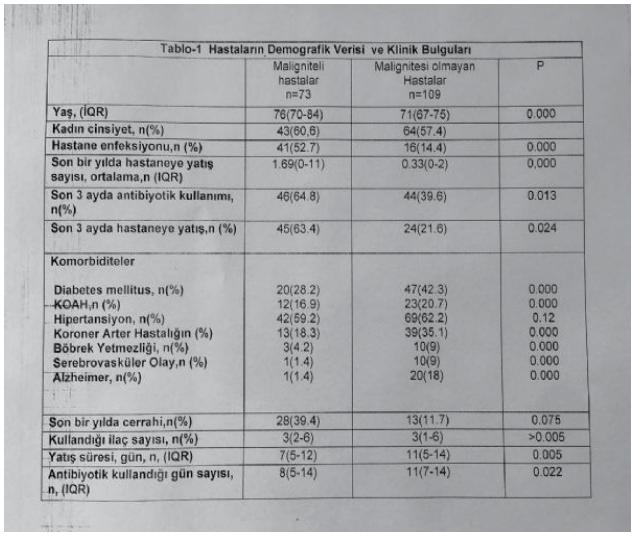
Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 2015-2017 yılları arasında kliniğimizde takip edilen 65 yaş ve üstündeki hastalar malignitesi olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş, cins, komorbidite, varsa primer malignitesi, enfeksiyonun kaynağı gibi demografik veriler kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamıza 182 hasta dahil edildi. Bu hastalardan 73'ünün altta yatan malignitesi mevcuttu (14 hematolojik malignite, 59 solid tümör). Hastalarda en sık görülen enfeksiyonlar pnömoni (63 hasta), üriner sistem enfeksiyonu (60 hasta) ve yumuşak doku enfeksiyonu (35 hasta) idi. Malignitesi olmayan hastaların altta yatan hastalıkları daha fazlaydı ve enfeksiyonlarının çoğu toplum kökenliydi. Maligniteli hastaların yaş ortalaması daha yüksekti, son bir yılda hastaneye yatış sayısı, son üç ayda hastaneye yatış ve son üç ayda antibiyotik kullanımı malignitesi olmayanlardan daha fazlaydı. Hastaların demografik verisi ve klinik bulguları Tablo 1'de gösterildi. Hastaların yedisi hayatını kaybetti (ikisinin malignitesi vardı). Altta yatan kronik böbrek hastalığı olması, başlangıç BUN, beyaz küre ve C-reaktif protein değerinin yüksek olması, albümin değerinin düşük olması ve karbapenem dirençli mikroorganizma ile enfeksiyon olması mortalite ile korele bulundu.

Sonuç: Geriatrik kanser hastalarında hastanede yatış sayısı, sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon sıklığı ve antibiyotik kullanımı malignitesi olmayan hastalardan daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, geriatri, kanser

Tablo 1. Hastaların demografik verisi ve klinik bulguları



Tablo-1 Hastaların Demografik Verisi ve Klinik Bulguları

	Maligniteli hastalar n=73	Malignitesi olmayan Hastalar n=109	P
Yaş, (IQR)	76(70-84)	71(67-75)	0.000
Kadın cinsiyet, n(%)	43(60,6)	64(57.4)	
Hastane enfeksiyonu,n (%)	41(52.7)	16(14.4)	0.000
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı, ortalama,n (IQR)	1.69(0-11)	0.33(0-2)	0.000
Son 3 ayda antibiyotik kullanımı, n(%)	46(64.8)	44(39.6)	0.013
Son 3 ayda hastaneye yatış,n (%)	45(63.4)	24(21.6)	0.024
Komorbiditeler			
Diabetes mellitus, n(%)	20(28.2)	47(42.3)	0.000
KOAH,n (%)	12(16.9)	23(20.7)	0.000
Hipertansiyon, n(%)	42(59.2)	69(62.2)	0.12
Koroner Arter Hastalığın (%)	13(18.3)	39(35.1)	0.000
Böbrek Yetmezliği, n(%)	3(4.2)	10(9)	0.000
Serebrovasküler Olay,n (%)	1(1.4)	10(9)	0.000
Alzheimer, n(%)	1(1.4)	20(18)	0.000
Son bir yılda cerrahi,n(%)	28(39.4)	13(11.7)	0.075
Kullandığı ilaç sayısı, n(%)	3(2-6)	3(1-6)	>0.005
Yatış süresi, gün, n, (IQR)	7(5-12)	11(5-14)	0.005
Antibiyotik kullandığı gün sayısı, n, (IQR)	8(5-14)	11(7-14)	0.022

[PS-085]

Iğdır'da Şarbon Salgını Şüphesi: Deri Şarbonu Tanısı ile Ulaşılan Şarbonlu Etler Bütün Köy Halkı Tarafından Tüketilirse...

Hatun Öztürk Çerik

Iğdır Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Iğdır

Giriş: Şarbon hastalığı bilinen en eski hastalıklardan biri olmasına karşın gelişmekte olan ülkelerde hala görülen ve zaman zaman salgın yapan bir zoonotik hastalıktır. Türkiye'de 2018 yılında şarbon olgularının artığı görülmüştür. Iğdır ilinde de bu yıl içerisinde insan ve hayvanlarda şarbon olguları sayısı artmıştır. İlimizde deri şarbonu tanısı koyduğumuz kasap aracılığı ile ulaştığımız ölmek üzere kesilmiş olan ineğin etinde şarbon saptadık. Ancak bu etlerin bütün köy halkına dağıtılmış olduğunu öğrendiğimizdeki yaklaşım ve tecrübelerimizi bu sunumda paylaşmak istedik.

Olgu: Sol el avuç içinde ağrısız lezyon ile başvuran, hastanın anamnezinde dört gün önce hasta bir ineği kestiği sonrasında bu lezyonun çıktığı öğrenildi. Hastada klinik olarak şarbon düşünüldü. Halk sağlığı bulaşıcı hastalıklar birimi ile görüşülerek hayvanın etinden örnek alındı ve örnekte şarbon PCR pozitif saptandı. Ancak bu süreçte hayvanın eti bütün köy halkına dağıtılmış ve herkes bu hayvanın etini tüketmişti. Halk sağlığı aracılığı ile köyde et teması olanların doktora başvurması için duyuru yapılmış ve 74 kişi hastanemize başvurmuştu. Hastalar et teması, deri lezyonu, çiğ/az pişmiş et tüketimi öyküsü, ateş, ishal, karın ağrısı mide bulantısı varlığı açısından sorgulandı. Şikayeti olan veya riskli teması olan hastalardan kan kültürü, gaita mikroskopisi ve kültürü ve gaitadan şarbon PCR çalışıldı. Hastalar arasında çiğ et tüketimi olan iki kişi ve kemoterapi alma öyküsü olan bir kişi mevcuttu. Hastalardan karın ağrısı dört kişide, ishal dört ve bulantı ise üç kişide mevcuttu. Çiğ et tüketimi olan veya immünosüpresif olan hastalara siprofloksasin profilaksisi verildi. İshal/bulantı/karın ağrısı gibi semptomları olan sekiz hastaya da olası şarbon hastalığı açısından siprofloksasin ile tedavi verildi. Tetkik gönderilen hiçbir hastanın kan/gaita kültürü ve gaita *B. anthracis* PCR tetkikinde şarbon basili saptanmadı. Et teması olan bir hastanın deri lezyonundan alınan örnekte *B. anthracis* PCR pozitifliği saptanarak kesin deri şarbonu tanısı konuldu ve hasta doksisiklin ile tedavi edildi.

Sonuç: Deri şarbonu tanısı konulduğunda sadece hastanın tedavisine odaklanmayıp halk sağlığını korumak için bu hastalara olası et, hayvan, deri teması sorgulanmalı ve enfeksiyon kaynağı bulunmaya çalışılmalıdır. Olası şarbon kaynağının bulunması ve kaynak kontrolünün sağlanması salgınların önlemesi açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: *Bacillus anthracis*, şarbon, şarbon salgını

[PS-086]

Bir Meningokoksemi Olgusu

Cumhur Artuk, Mine Hasırcı, Burcu Çalışkan Demirkıran, Cemal Bulut, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Akut sistemik meningokokal hastalık; menenjit, menenjit tablosunun eşlik ettiği meningokoksemi, menenjit tablosu olmadan görülen meningokoksemi şeklinde klinikte üç farklı spektrumda görülebilir. Hastaların büyük bir kısmı hastaneye başvurduğu ilk 12 saatte septik şok tablosu ile hayatlarını kaybeder. Hayatta kalanlarda ise uzuv nekrozları nedeniyle ampütasyon

sıkça görülür. Bu nedenle erken tanı ve uygun antibiyoterapi ile tedavisi çok önemlidir. Bu olguda menenjit tablosu görülmeden meningokoksemi gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık (Resim 1).

Olgu: Yirmi yaşında erkek hasta, genel vücut ağrısı, ateş, halsizlik şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş; akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla hastaya semptomatik tedavi önerilmiştir. Hasta bir gün sonra artan ağrıları ve önce göz çevresinde başlayan daha sonra tüm vücudunda olan döküntüleri nedeniyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Bilinen herhangi bir kronik hastalık öyküsü olmayan hasta; yaklaşık bir ay önce acemi birlikte askerlik yapmış, bir haftadır ev istirahatindeydi. Hastanın ateşi 36,4 °C, tansiyon: 150/91 mm/Hg, nabız: 123/dk, satürasyonu oda havasında %90 idi. Bilinç konfüze, oryantasyon-kooperasyon kısıtlıydı ancak fizik muayenesinde meninks irritasyon bulgusu yoktu. Genel durumu kötü olan hasta ajite ve takipneikti. Tüm vücudunda yaygın ekimotik döküntüleri ve konjonktival hemorajisi mevcuttu. Ekstremiteleri soğuk ve soluktu. Hastanın kan tetkikleri hemoglobin: 16,1 g/l, lökosit: 8900/µl, platelet: 12000/µl, C-reaktif protein: 212 mg/l, prokalsitonin: 62 ng/ml şeklindeydi. Laboratuvarında böbrek ve karaciğer fonksiyon testi bozukluğu bulunan hastanın koagülasyon parametreleri aPTT: 113 sn ve protrombin zamanı >180 sn olarak saptandı. Hasta tüm bu bulgularla meningokoksemiye bağlı dissemine intravasküler koagülasyon olarak değerlendirildi. Hastadan kan kültürü alındıktan sonra hastaya acil olarak ampirik seftriakson 2x2 gr IV tedavi başlandı. Klinik olarak stabil olmayan hasta entübe edilerek yoğun bakımda takip edilmeye başlanmış; yoğun bakım takibinin sekizinci saatinde hasta arrest olup eks olmuştur. Hastanın alınan kan kültüründe *Neisseria meningitidis* (penisilin dirençli, seftriakson duyarlı) saptandı. Serotip tayini için izole edilen etken, Halk Sağlığı Müdürlüğü referans laboratuvarına gönderildi ve serotiplendirilemeyen olarak sonuçlandı.

Sonuç: Meningokoksemiden şüphe edilen olgularda acil olarak kan ve kontraendikasyon yoksa beyin omurilik sıvısı kültürü alınarak IV antibiyoterapi başlanmalıdır. Antibiyotik başlanma zamanının kısa tutulması hastanın hayatta kalması için çok önemlidir. Meningokoksemi normal seyrinde %50'ye varan ölüm oranları erken tanı ve teşhisle %8-15'lere kadar azaltılabilmektedir. Bu nedenle hastalığın teşhis süreci asla antibiyotik başlanma zamanını geciktirmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Meningokoksemi, DİK, serotiplendirilemeyen serogrup



Resim 1. Menenjit olmadan meningokoksemi

[PS-087]

MSS Toksoplazmozisi ile Prezente Olan HIV Olgusu

Adalet Aypak, Fahriye Melis Gürsoy, Aysel Kocagül Çelikbaş, Servet Güreşçi, Aliye Baştuğ

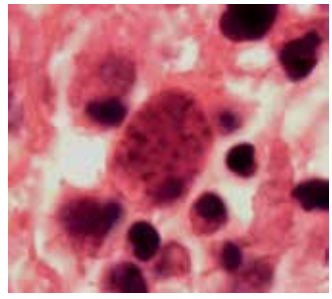
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte bireylerde bakteri, virüs, mantar ve protozoon kaynaklı fırsatçı enfeksiyonlara yakalanma riski belirgin olarak artmıştır. Bazı olgularda HIV enfeksiyonunun tanısı fırsatçı bir enfeksiyonun takibi sırasında konabilmektedir. Bu raporda ateş ve kraniyal kitle nedeni ile başvuran ve araştırmalar sırasında HIV enfeksiyonu tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Yirmi sekiz yaşındaki erkek hasta, birkaç gündür devam eden, bulantı, denge kaybı, nöbet ve ekstremitelerde güçsüzlük şikayetleri ile dış merkeze başvurmuştur. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) kitle saptanması üzerine beyin cerrahisi servisine yatırılan hastanın anti-HIV pozitifliği saptanmıştır. MSS toksoplazmozisi, primer MSS lenfoması ön tanılarıyla levetirasetam 2x1 tb/gün başlanarak kliniğimize yönlendirilmiştir. Fizik muayenesinde, patolojik bulgu olarak yürüme ve denge bozukluğu, bilateral alt ve üst ekstremitelerde kas güçsüzlüğü (2/5) saptandı. HIV-RNA: 528.000 kopya/ml, CD4+ T lenfosit sayısı 56 hücre/µL, anti-toksoplazma IgM negatif, IgG pozitifti. Yapılan tetkiklerle tüberküloz ve mantar enfeksiyonları dışlandı. Kraniyal MRG'de frontoparietalde kontrast tutan ve çevresinde ödematöz alan bulunan nodüler lezyon izlenen hastaya TMP-SMZ 4x160/800 mg/gün IV ve azitromisin 1x1250 mg/hafta, metranidazol 4x500 mg/gün IV, seftriakson 2x2 gr/gün IV ve mannitol 3x150 cc IV tedavileri başlandı. Tanısal amaçlı kraniyal kitle eksizyonu yapıldı. Patolojik incelemede toksoplazma takizoitleri (Şekil 1), doku biyopsi materyalinde Sabin-Feldman Dye testi 1/16 (+) saptandı. Antiretroviral tedavisi (ART) elvitegravir + kobisistat + emtrisitabin + tenofovir 1x1 tb/gün olarak düzenlendi. Tedavisinin 2. haftasında klinik bulguları ve şikayetleri gerileyen hastanın kontrol kraniyal MRG'de mevcut lezyonlarda belirgin regresyon görüldü. Tedavinin 1. ay kontrolünde, HIV-RNA (-), CD4+ T lenfosit sayısı 181 hücre/ml, ve enfeksiyon belirteçleri normal sınırlardaydı. TMP-SMZ tedavisine radyoloji kontrolü ile devam etmesi önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Dünya nüfusunun yaklaşık %25-30'unun *T. gondii* tarafından enfekte olduğu varsayılmaktadır. HIV/AIDS hastalarını kapsayan çalışmalarda seroprevalansın %50'lerde olduğu saptanmıştır. Ülkemizdeki yüksek toksoplazmoz seroprevalansı ve son yıllarda artan HIV/AIDS olguları göz önüne alındığında, MSS toksoplazmozis olgularıyla daha sık karşılaşılabileceği akılda tutulmalıdır. Geçmişte AIDS tanımlayıcı hastalık olarak bilinen MSS toksoplazmozis, günümüzde erken ART başlanması nedeniyle daha az görülmektedir. Nörolojik bulguları olan ve kraniyal MRG'de patoloji saptanan hastalarda HIV enfeksiyonu varlığı araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, MSS enfeksiyonları, toksoplazma



Şekil 1. Patolojik incelemede toksoplazma takizoitleri

[PS-088]

Son Üç Yılda Artvin, Rize ve Trabzon İllerinden Hastanemize Başvuran Hantavirüs Olguları

Enes Dalmanoğlu[1], Uğur Kostakoğlu[1], Ünsal Bağın[1], Dilek Menemenlioğlu[2], Ayşe Ertürk[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize*

[2]*Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı Ulusal Arbovirüs ve Viral Zoonotik Hastalıklar Laboratuvarı, Ankara*

Giriş: Hantavirüsler, Hantaviridae familyası içinde Ortohantavirüs cinsinde yer alan, kemirici (rodent) veya böcekçil (insektivor) kaynaklı, zarflı RNA virüsü grubudur. Her hantavirüs cinsi kendine özgü bir kemirici türü tarafından taşınır. Virüsler, renal sendromla seyreden kanamalı ateş (RSKA) ve hantavirüs kardiyopulmoner sendrom adıyla bilinen iki farklı klinik tabloya neden olmaktadır. Bu yazıda üç yılda takip ettiğimiz RSKA tanılı hantavirüs enfeksiyonlarını irdeledik.

Olgu: Olgularımız, Ocak 2016 ve Aralık 2018 tarihleri arasında hastanemize başvurmuş ve serviste takip edilen hastalardan oluşmaktadır. Yedi olgunun üç tanesi yaz mevsiminde, dört tanesi sonbahar mevsiminde hastanemize başvurdu. Dört hasta Artvin'den, iki hasta Rize'den, bir hasta Trabzon'dan geldi. Hastaların dördü kadın, üçü erkek; ortalama yaşı 39,5 idi. Hastaların tamamında ortak şikayet; ateş, üşüme, titreme, halsizlik, bulantı, kusma ve baş ağrısıydı ve aynı zamanda hepsi evlerinin etrafında fare olduğunu ve dolaylı yoldan temas olabileceğinin belirtti. Üç hastanın hemoglobin (Hgb) yüksekliği mevcut idi ve üç gün sonra Hgb değerleri normale geldi. Altı hastada akut böbrek yetmezliği mevcuttu ve bir hastamızın diyaliz ihtiyacı oldu. Beş hastada aspartat aminotransferaz (AST) ve alanin aminotransferaz yüksekliği vardı ve bu hastalarda AST yüksekliği ön planda idi. Serum örnekleri Ankara Halk Sağlığı Ulusal Arbovirüs ve Viral Zoonotik Hastalıklar Laboratuvarı'nda, indirekt-immünofloresan testi (IIFT) (anti-hantavirüs-IIFT-Mosaic-I, Euroimmun, Almanya) ile değerlendirildi. Pozitif tespit edilen örnekler; Hantavirüs İmmunblot testi (Euroline Anti Hanta Profile-I, Euroimmun, Almanya) ile serotiplendirildi. Dört hastamızda serotipler [Dobrova virüs (DOBV) ve Hantaan virüs] arası ayrım yapılamadı. İki hastamız serotip olarak DOBV olarak sonuçlanıldı. Bir hastamızda DOBV ve Puumala virüsü (PUUV) arası ayrım yapılamadı. Hastalara destek tedavisi (sıvı replasman, kan ürünleri replasmanı, hemodiyaliz) uygulandı ve iyi hal ile taburcu edildi.

Sonuç: Sonuç olarak, hantavirüslerin epidemiyolojik verilerinin bilinmesi tanı koymada ve korunmada önem arz etmektedir. Özellikle yaz ve sonbahar mevsimlerinde ormanlık alanda bulunacak insanların hantavirüs konusunda bilgilendirilmesi ve tedbirli olmasının sağlanması gerekir. Hantavirüs enfeksiyonlarının önlenmesi için ev, iş yeri ve kamp alanında kemirgenler ile temas en aza indirmeye çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hantavirüs enfeksiyonları, Artvin/Türkiye

Tablo 1. Hantavirüs olguları

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5	Olgu 6	Olgu 7
Yaş	30	33	28	66	42	23	55
Cinsiyet	Erkek	Kadın	Kadın	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Adres	Demirciler Köyü/ Borçka/Artvin	Demirciler Köyü/ Borçka/Artvin	Demirciler Köyü/ Borçka/Artvin	Ardeşen/Rize	Of/Trabzon	Hopa/Artvin	Gölyayla köyü/İkizdere/ Rize
Başvurduğu mevsim, yıl	Yaz 2016	Yaz 2017	Yaz 2017	Sonbahar 2017	Sonbahar 2017	Sonbahar 2017	Sonbahar 2018
Klinik özellikler							
Ateş, titreme	+	+	+	+	+	+	+
Bulantı, kusma	+	+	+	+	+	+	+
Baş ağrısı	+	+	+	+	+	+	+
Halsizlik, eklem ağrıları	+	+	+	+	+	+	+
Baş dönmesi	+	-	-	-	-	-	-
Karın ağrısı, ishal	-	+	+	-	+	-	-
Diyaliz ihtiyacı	-	+	-	-	-	-	-
Laboratuvar bulguları							
Lökosit	4770/mm^3	17820/mm^3	10280/mm^3	9790/mm^3	11390/mm^3	13250/mm^3	6460/mm^3
Trombosit	64000/mm^3	87000/mm^3	25000/mm^3	63000/mm^3	33000/mm^3	22000/mm^3	83000/mm^3
Hemoglobin	12,1 g/dl	17,7 g/dl	12 g/dl	9,2 g/dl	20,5 g/dl	18,1 g/dl	14,1 g/dl
Hemoglobin (3, gün)	11 g/dl	12,6 g/dl	10,5 g/dl	7,6 g/dl	11,5 g/dl	12,6 g/dl	12,7 g/dl
CRP	3,2 mg/dl	12,43 mg/dl	3,24 mg/dl	17,51 mg/dl	3,5 mg/dl	14,33 mg/dl	27,3 mg/dl
ALT	16 U/l	30 U/l	52 U/l	232 U/l	53 U/l	185 U/l	14 U/L
AST	41 U/l	73 U/l	91 U/l	285 U/l	85 U/l	369 U/l	14 U/L
Kreatinin	4,1 mg/dl	2,71 mg/dl	1,4 mg/dl	0,59 mg/dl	2,44 mg/dl	1,62 mg/dl	1,52 mg/dl
CK	211 U/l	581 U/l	23 U/l	240 U/l	174 U/l	224 U/l	116 U/l
LDH	332 U/l	653 U/l	306 U/l	512 U/l	658 U/l	1807 U/l	174 U/l
Total bilirubin/direkt bilirubin	0,57/0,24 mg/dl	0,58/0,25 mg/dl	0,44/0,22 mg/dl	4,19/2,05 mg/dl	0,5/0,16 mg/dl	1,67/0,79 mg/dl	0,3/0,15 mg/dl
Proteinüri	+3	+4	+4	+1	+3	+3	+2
Hematüri	6 HPF	51 HPF	8 HPF	6 HPF	322 HPF	4 HPF	16 HF
Hantavirüs serotipi							
	Dobrovavirüs ve hantavirüs arası ayrım yapılamadı	Dobrovavirüs	Dobrovavirüs ve hantavirüs arası ayrım yapılamadı	Dobrovavirüs ve Puumalavirüsü arası ayrım yapılamadı	Dobrovavirüs	Dobrovavirüs ve hantavirüs arası ayrım yapılamadı	Dobrovavirus ve hantavirüs arası ayrım yapılamadı
Leptospirozis birlikteliği							
	-	-	-	+	-	-	-

[PS-089]

Suçiçeğine Bağlı Menenjit Olgusu

Mahmut Sünnetçioğlu, Murat Ünal , Ali İrfan Baran, Tayyar Tarcan, Yusuf Arslan

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Giriş: Suçiçeği etkeni olan Varicella-zoster virüsü (VZV) Herpesviridea ailesinin alfa alt grubunda yer alır. Hastalığın en sık santral sinir sistemi komplikasyonları; aseptik menenjit, ensefalit, serebellar ataksi, miyelit ve post herpetik nevralji olup bu tablolar genellikle döküntülerden sonraki 2-6 gün içinde gelişmektedir. Aseptik menenjit ağır sekel bırakmadan genellikle 24-72 saat içinde düzelmektedir. Bu sunuda aseptik menenjit tablosu gelişen erişkin suçiçeği olgusu sunulmuştur.

Olgu: Otuz dört yaşındaki erkek olgu, ateş, baş ağrısı, bulantı, kusma, fotofobi ve vücutta kaşıntılı veziküllü döküntülerle (Resim 1) başvurdu. Döküntüler; dört gün önce ekstremiteler ve gövdede başlamış, iki gün sonrasında da mevcut tabloya baş ağrısı, ateş, bulantı ve kusma şikayetleri eklenmişti. Özgeçmişinde suçiçeği geçirme öyküsünün olmadığı ancak altı yaşındaki yeğeninin yakın zamanda suçiçeği geçirdiği ve kendisiyle yakın temasta bulunduğu öğrenildi. Olgu izolasyon şartları sağlanarak takibe alındı. Fizik muayenesinde ateş: 38,4 °C idi. Gövde ve ekstremitelerde suçiçeği ile uyumlu lezyonları mevcuttu. Ense sertiliği, kernig ve brudzinski muayene bulguları pozitif olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemesinde; beyaz küre: 6400/mm^3, hemoglobin: 17 g/dl, Plt: 285000/mm^3, C-reaktif protein: 7 mg/dl (0-5 mg/dl) idi. Diğer biyokimyasal testler normal sınırlardaydı. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Lomber ponksiyon (LP) ile alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde; BOS berrak görünümünde, basıncı normal sınırlarda ve BOS'de hücre sayısı 70 lökosit/mm^3 (%95 lenfosit) idi. Biyokimyasal incelemesinde ise protein 75 mg/dl (15-40 mg/dl), glukoz 50 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 90 mg/dl) olarak saptandı. Olgu obez ve uyumsuz olduğundan viral panel çalışacak miktarda BOS numunesi alınamadı ve tekrar LP'ye izin vermedi. Serum VZV IGG ve VZV IGM ise pozitif saptandı. Olgumuza asiklovir (10 mg/kg/gün, 8 saatte 1) tedavisi başlandı. Daha önce başlanan seftriakson tedavisi kesildi. İzlemde ateş bir gün, baş ağrısı yedi gün devam etti. BOS ve kan kültürlerinde üreme saptanmadı. Tedavisi 14 güne tamamlanan olgunun bir ay sonraki kontrolünde yakınması yoktu ve vücuttaki tüm lezyonları kaybolmuştu.

Sonuç: Olgumuzda da olduğu gibi menenjit kliniği ile başvuranlarda döküntü varlığı, temas öyküsü sorgulanıp ayırıcı tanıda aseptik menenjit etkenlerinden VZV akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, döküntü, baş ağrısı



Resim 1. Olgumuzun döküntülerinden örnekler

Birinci resimde sırt, ikinci resimde karın bölgesindeki lezyonlar gösterildi

[PS-090]

Uygunsuz ADH Sendromu ile Seyreden Bir *Listeria monocytogenes* Menenjiti

Mehmet Emirhan Işık[1], Arzu Cennet Işık[2]

[1]*İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*
[2]*İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

Giriş: Uygunsuz antidiüretik hormon (ADH) sendromu klinik uygulamada en sık görülen hiponatremi nedenidir ve tüberküloz menenjitinde daha sık görülmektedir. Listeria menenjiti ise yenidoğan ve yaşlılık dönemlerinde daha sık olmak üzere önemli bir menenjit etkenidir. Bu olgumuzda ateş, titreme bulguları ile başvuran ve uygunsuz ADH sendromu ile seyreden bir bakteriyel menenjit olgusu sunduk.

Olgu: Seksen beş yaşında erkek hasta üç gündür olan ateş ve titreme şikayetleriyle dış merkez aciline başvurdu. Hasta ileri tetkik ve tedavi için kabul edildi. Hastanın ateşi 39 °C, Nb: 108 dk idi. Şuur, ateşli dönemde bulanık, kooperasyon zayıf idi. Ateşli dönem sonrası kooperasyon sağlanıyordu. Fizik muayenede ense sertliği ve meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Solunum sesleri doğal, batın rahat, defans rebound yoktu. Beyaz küre: 23.000 mm^3, Hg: 15,1 g/dl, Plt: 373000 mm^3 idi. Biyokimyasal parametrelerinde Na: 133 mg/dl, C-reaktif protein: 30 kat artmıştı. Hastaya ampirik olarak genel durumunun da kötü olması ve dış merkezde antibiyotik ile cevap alınmaması nedeniyle meropenem 3x1 gr olarak başlandı. Hastanın yatışının 2. gününde baş ağrısı olması üzerine yapılan muayenede ES pozitif olduğu saptandı. Bilgisayarlı tomografi ve göz dibi bulguları normal olması üzerine lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncı artmış, görünüm berrak idi. Lökosit: 260 mm^3, eritrosit: 10 mm^3, protein: 195 mg/dl, glukoz: 47 mg/dl (EKŞ: 117 mg/dl) laktat dehidrogenaz: 57 idi. Hastanın tedavisi menenjit ve ensefalit düşünülerek ampisilin 4x3 gr, asiklovir 3x750 mg, meropenem 3x2 gr intravenöz olarak başlandı. Hastanın sodyumu 120 mg/dl'ye kadar geriledi. Uygun sıvı replasmanına rağmen sodyumda yükselme sağlanamadı. Plazma osmolalitesi <230 mOsm/kg H_2O, idrar osmolalitesi >120 mOsm/kg H_2O idrar Na+ konsantrasyonu >35 mEq/L olması üzerine uygunsuz ADH düşünüldü. Oral alımı zayıf olan hastanın albümin değeri de 2,4 g/dl'ye geriledi. Hastaya proteinden zengin diyet önerildi. Hastanın tedavisinin 2. gününde şuur açıldı, kooperasyon sağlandı. Ateş geriledi ve BOS PCR sonucunda *Listeria monocytogenes* pozitif olarak saptandı. Hastanın tedavisi ampisilin 6x2 gr IV olarak değiştirildi. Hastanın tedavisi 21 güne tamamlanırken, mevcut hiponatremi değeri su kısıtlaması ile düzeldi.

Sonuç: Hastanın mevcut menenjit kliniğinin yanı sıra, plazma ve idrar osmolalitesi ile idrar Na konsantrasyonunun bozukluğu, uygun tedaviye rağmen düzelmemesi, böbrek ve sürrenal fonksiyonlarının normal olması tanı koydurucu olmuştur. Santral sinir sistemi tutulumu olan hastalarda sodyum metabolizmasının bozukluğunda uygunsuz ADH akla gelmeli ve tedavi buna göre düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Uygunsuz ADH, *Listeria monocytogenes*, menenjit

[PS-091]

HIV/AIDS Tanısı Alan Hastalarda Sifilizin Epidemiyolojik Bulguları

Servet Öztürk, Derya Öztürk Engin, Canan Ağalar

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

Giriş: Sifiliz *Trepanoma pallidum*'un neden olduğu, korunmasız cinsel temasla, enfekte anneden bebeğine maternal yolla ve kan ürünü transfüzyonu ile bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Sifiliz klinik olarak primer, sekonder, tersiyer ve latent form şeklinde görülür. En sık korunmasız cinsel temas ile bulaşan sifiliz, HIV/AIDS ile yaşayan hastalarda sağlıklı popülasyondan daha sık görülmektedir. Bu bildiride HIV/AIDS tanısı alan hastalarda sifilizin epidemiyolojik bulgularının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2013-2018 yılları arasında Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde HIV/AIDS tanısı konan hastalarda rutin olarak VDRL-RPR testleri incelendi. VDRL-RPR pozitif saptanan hastalardan doğrulama için TPHA testi gönderildi.

Bulgular: Yapılan retrospektif incelemede toplam beş yılda tanı konan 120 hastanın 23'ünde VDRL-RPR bu hastalarında 22'sinde TPHA pozitif olarak saptandı, bir hasta ise VDRL yalancı pozitifliği olarak değerlendirildi. Hastaların ikisi kadın, 20'si erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 44,9±14,03 idi. Hastaların 13'ü (%59) heteroseksüel, yedisi (%32) MSM, ikisi biseksüel idi. Hastaların 17'si (%77) çoklu cinsel partner tanımlarken beşi (%23) tek partnerli olduğunu belirtti. Hastaların sifiliz tanısı sırasında yedisi (%32) AIDS, 15'i (%68) HIV enfeksiyonu döneminde idi. Hastaların üç tanesi (%13,6) hepatit B ile ko-enfekte idi. İki hasta (%9) primer sifiliz evresinde tanı almışken 20 hasta asemptomatik latent enfeksiyon döneminde tanı aldı. Primer sifiliz tanılı hastalarımızdan birinde penisilin tedavisinden iki saat sonra Jarish Herxheimer reaksiyonu gelişti. Semptomatik tedavi ile semptomlar geriledi. Nörosifiliz tanılı hastamız olmadı. İki hastada penisilin tedavisi sonrasında VDRL düzeylerinde artış tespit edildi. Bu olgular re-enfeksiyon olarak değerlendirilerek tekrar tedavi verildi. Primer sifiliz tanılı hastalara tek doz 2,4 MU benzatin penisilin, latent sifiliz tanılı hastalara ise 2,4 MU benzatin penisilin 3 doz uygulandı.

Sonuç: Son yıllarda yapılan çalışmalarda ve rehberlerde antiretroviral tedavi altında ölçülemez HIV-RNA düzeyleri korunmasız cinsel temas ile HIV bulaşı olmadığı yönünde sonuçlar yayınlanmıştır. Ancak HIV dışında cinsel yolla bulaşabilecek sifiliz, hepatit B, hepatit C, HPV gibi birçok enfeksiyöz ajan vardır. Ko-enfeksiyonlar morbidite, mortalite, ilaç etkileşimleri ve maliyet nedeniyle sorun yaratmaktadır. Bu nedenle HIV ile yaşayan hastaların cinsel korunma önlemlerine uyması çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, AIDS, sifiliz

[PS-092]

Pleositoz Olmayan Pnömokok Menenjitli Hastada Herpes Simpleks Ensefaliti

Servet Öztürk, Semra Kavas, Canan Ağalar

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

Giriş: Bakteriyel menenjit ve viral ensefalit oldukça nadir görülen mortalite ve morbiditesi yüksek santral sinir sistemi enfeksiyonlarıdır. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi santral sinir sistemi enfeksiyonlarında tanı açısından en önemli tetkiktir. Ancak pleositoz olmaksızın bakteriyel menenjit tanısı konulan hastalar rapor edilmiştir. Aynı zamanda bu iki hastalığın birlikte görülme olasılığı çok azdır.

Olgu: Bu olgu sunumunda, 60 yaşında kronik bir hastalığı ve ilaç-madde kullanımı olmayan iki gündür baş ağrısı şikayeti olan ve acil servise bilinç bulanıklığı şikayetiyle getirilen hasta irdelendi. Yapılan muayene ve tetkiklerde sepsis kriterlerini karşılayan ancak enfeksiyon odağı tespit edilemeyen hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS incelemesinde pleositoz saptanmadı. BOS glukoz: 1 mg/dl, mikroprotein: 457 mg/dl olarak sonuçlandı. Hastaya sepsis ve herpes ensefaliti ön tanısıyla meropenem 3x2 gr + vankomisin 2x1 gr + asiklovir 3x750 mg başlandı. Pleositoz olmaması nedeniyle 24 saat sonra lomber ponksiyon tekrarlandı. BOS HSV-DNA, TBC PCR gönderildi. BOS hücre sayımı 1720 lökosit (%95 PNL), Gram-boyamada Gram-olumlu diplokoklar görüldü. Bu bulgularla asiklovir ve meropenem tedavileri kesilerek ve kültür antibiyogram sonuçları çıkana kadar seftriakson 2x2 gr + vankomisin 2x1 gr şeklinde tedavisine devam edildi. Takibin 5. gününde BOS HSV-PCR olumlu gelmesi üzerine hastaya asiklovir tedavisi tekrar başlandı. Pnömokok menenjiti tedavisi 14 güne, herpes ensefaliti tedavisi 21 güne tamamlanan hasta nörolojik defisitlerle taburcu edildi.

Sonuç: Pleositoz menenjit tanısı için en önemli tanı aracı olmasına rağmen, erken dönemde pleositoz olmayabilir. Bakteriyel menenjit tanılı hastalarda viral ko-enfeksiyona bağlı ensefalit ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, ensefalit, ko-enfeksiyon

[PS-093]

Akut Böbrek Yetersizliği ve Trombositopeni ile Seyreden Leptospirozis Olgusu

Servet Öztürk[1], Serpil Öztürk[2], Canan Ağalar[1]

[1]İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Leptospira türleri insanlarda sporadik olgular şeklinde hastalık yapan zoonotik bir spirokettir. Hastalık sıklıkla anikterik kendini sınırlayan enfeksiyona neden olurken, Weil hastalığı denilen ikterik form hayatı tehdit eden sporadik olgular halinde veya küçük salgınlar şeklinde görülebilir.

Olgu: Bir haftadır ateş yüksekliği, halsizlik, kas-eklem ağrısı, bulantı-kusma şikayetleri ile acil servisimize başvuran hastanın sistem muayenelerinde patoloji saptanmamıştı. Yapılan tetkiklerde kreatinin, transaminaz yüksekliği, derin trombositopeni saptanması üzerine TTP (trombotik trombositopenik purpura) şüphesiyle iç hastalıkları kliniğine yatırılarak tetkik edilmiş, TTP dışlanan hasta leptospiroz, KKKA, hantavirüs, Batı Nil virüsü enfeksiyonları ön tanılarıyla kliniğimize alınarak tetkik ve tedavisi başlanmıştı. Leptospira MAT testi-PCR, KKKA PCR ve ELISA, hantavirüs ve Batı Nil virüsü için PCR ve ELISA tetkikleri gönderildi. On gün önce Rize merkez ilçeye bağlı köyüne seyahat öyküsü olan hastanın minimal hiperbilirubinemisi mevcut idi. Ateş yüksekliği, kreatinin yüksekliği, CK yüksekliği ve derin trombositopenisi olan hastanın kırsal bölge seyahati olması nedeniyle leprospiroz ön tanısıyla seftriakson 2x1 gr + doksisiklin 2x100 mg tedavisi başlandı. Trombosit sayısı 11000/mm^3'e kadar gerileyen ve ateş yüksekliği devam eden hastaya havuzlanmış trombosit süspansiyonu uygulandı. Takibin üçüncü gününde kreatinin yüksekliği 5,2 mg/dl'ye kadar yükselen hastanın hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. Sıvı replasmanı ve seftriakson + doksisiklin tedavisi ile kreatinin, alanin aminotransferaz değerlerinin gerilediği, trombositopeninin düzeldiği gözlendi. Hastanın gönderilen Leptospira real-time PCR sonucu pozitif, Leptospira MAT testi negatif olarak sonuçlandı. Akut leptospiroz nedeniyle olduğu düşünülen tetkik sonuçları 15 gün sonra tekrarlandı. Kontrol Leptospira real-time PCR sonucu negatif, Leptospira MAT *L. hardjo-prajitno* 1/200 titrede, *L. patoc patoc* 1'e karşı 1/200 titrede pozitif olarak

sonuçlandı. KKKA, hantavirüs ve Batı Nil virüsü için gönderilen PCR ve ELISA tetkikleri negatif sonuçlandı.

Sonuç: Leptospiroz ikterik formda genellikle hiperbilirübinemi ile seyretmekle birlikte olgumuzda olduğu gibi anikterik akut böbrek yetersizliği ve ağır trombositopeni ile seyredebilir. Akut dönemde PCR çalışılamadığı durumlarda; MAT testi negatif olabileceği için serolojik test iki hafta sonra mutlaka tekrarlanmalıdır. Kırsal bölgede yaşayan veya seyahat öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda leptospiroz düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Leptospiroz, trombositopeni, böbrek yetmezliği

[PS-094]

HIV/AIDS Hastalarında MAC Üremesi Her Zaman Anlamlı mı?

Servet Öztürk, Canan Ağalar

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

Giriş: Non-tüberküloz mikobakteri enfeksiyonları immün yetmezliği olan hastalarda sağlıklı popülasyona göre daha sık görülür. Ancak HIV/AIDS hastalarında artan MAC kültür sonuçları nedeniyle, kolonizasyon-enfeksiyon kararı verilmesinde sorunlarla karşılaşılmaktadır.

Olgu: Ateş yüksekliği, kilo kaybı, kuru öksürük şikayetleri ile 42 yaşında erkek hasta acil serviste değerlendirildi. Anti-HIV pozitifliği ve yaygın interstisyel pnömoni saptanan hasta *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi ön tanısıyla yatırılarak yüksek doz trimetoprim- sulfametoksazol ve steroid tedavisi başlandı. Tedavinin 7. gününde klinik yanıt sınırlı olduğu için hastaya bronkoskopi yapılarak *P. jirovecii* için patoloji ve tüberküloz için mikroskobi, kültür ve PCR numuneleri gönderildi. CD4 sayısı: 16/mm^3 HIV-RNA: 4 983 415 IU/ml olarak tespit edildi. Hasta trimetoprim-sulfametoksazol tedavisinin 21. günü klinik ve radyolojik olarak düzelerek antiretroviral tedavi, trimetoprim-sulfametoksazol ve azitromisin profilaksileri ile taburcu edildi. Taburculuğunun 15. gününde bronkoalveolar lavaj tüberküloz kültüründe *Mycobacterium avium* üremesi olan hastaya bir göğüs hastalıkları hastanesi tüberküloz konseyinde MAC tedavisi kararı verilmesi üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde patoloji olmayan, kontrol toraks tomografisinde konsolidasyon-kavitasyon-LAP saptanmayan hastaya hastanemizde konsey yapılarak tedavisiz takip kararı verildi. Takibinin 40. ayında mevcut antiretroviral tedavi ile CD4 sayısı: 465, HIV-RNA<100 olan hastanın takibi devam etmektedir.

Sonuç: Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın ve derneklerin tüberküloz tanı ve tedavi rehberleri olmasına karşın atipik mikobakteriler açısından bir rehber mevcut değildir. Amerikan toraks ve enfeksiyon hastalıkları derneklerinin ortak kılavuzuna göre atipik mikobakteri üremesi genellikle kolonizasyon olarak değerlendirilmekle birlikte, tek başına üreme olması tedavi için yeterli kriter değildir. Ülkemizde de atipik mikobakteri tanı ve tedavisi için verilerimiz temelinde güncel rehberlere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: HIV, AIDS, MAC

[PS-095]

Enfektif Endokardit: Olgu Sunumu

Ayça İlbak, Sinem Akkaya Işık, Elif Sofuoğlu, Birol Balçın, Mehtap Aydın, Ercan Yenilmez, Rıza Aytaç Çetinkaya, Levent Görenek

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

Giriş: Enfektif endokardit, nadir olarak görülen, gelişmiş medikal ve cerrahi tedavi seçeneklerine rağmen yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahip bir hastalıktır. Enfektif endokardit, enfeksiyon bölgesi, etken mikroorganizma, altta yatan kalp hastalıkları, konağın immün durumu veya emboli, organ işlev bozukluğu gibi etkenlere bağlı olarak değişken klinik özelliklerle görülebilir.

Olgu: Otuz dört yaşında erkek hasta üç gün önce başlayan üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri sonrası ortaya çıkan göğüs ağrısı, saçlı deride kızarıklık, ağrı ve şişlik, el ve ayak bileklerinde ağrı şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. Yapılan muayenesinde ve tetkiklerinde enfektif endokarditten şüphelenilen hasta kardiyoloji kliniğine danışılmıştır. Çekilen ekokardiyografisinde (EKO) hafif eser mitral yetmezlik dışında apse veya vejetasyon görülmemiştir. Ancak enfektif endokardit dışlanamayan hastaya ileri tetkik önerilmiştir. Hasta tarafımıza nedeni bilinmeyen ateş ve enfektif endokardit şüphesiyle danışmıştır. Muayenesinde ateş: 39 °C, nabız: 115/dk, tansiyon: 150/80 mmHg idi. Saçlı deride sağ frontotemporal bölgede yaklaşık 2x2 cm çaplı deriden kabarık kızarıklık, sağ dirsekte 4x3 cm çaplı nodüler lezyon, her iki ayak tabanında çok sayıda milimetrik siyah renkli lezyon, her iki el bileğinde şişlik ve ağrı hassasiyet mevcuttu. Kardiyovasküler sistem muayenesinde sistolik 3/6 üfürüm duyuldu (Resim 1). Obezite nedeniyle batın muayenesi net değerlendirilemedi. Diğer sistemik muayeneler normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 7600/mm^3, nötrofil: %92, trombosit: 58700/mm^3, kreatinin: 1,56 mg/dl EGFR: 57,5 ml/dk/1,73 m^2 üre: 42 mg/dl aspartat aminotransferaz: 74 U/L, alanin aminotransferaz: 80 U/L, laktat dehidrogenaz: 706, C-reaktif protein: 340, ESR: 39/h idi. Hasta enfektif endokardit şüphesi ile interne edildi. Hastanın kültürleri alınarak ampirik seftriakson 2x1 gr ve vankomisin 2x1,5 gr, clexan 2x0,6 tedavisi başlandı. Nöbet şartlarında yatırılan ve TEE yapılamayan hastanın yatışının ikinci günü TEE yapıldı. Mitral kapak prolapsusu ve vejetasyonu, ileri mitral yetersizliği, sol ventrikülde ve aort kökünde genişleme saptandı. KVC tarafından operasyon kararı alınan hasta devir edildi. Kan kültüründe MSSA üremesi olan hastanın antibiyoterapisi sefazol 3x2 gram IV olarak düzenlendi. Kalp ve damar cerrahi tarafından mitral kapak replasmanı operasyonu gerçekleştirilen hastaya coumadin tedavisi başlandı.

Sonuç: Hastanın kontrollerinde ekstremitelerdeki lezyonların kaybolduğu, kontrol EKO'da mevcut vejetasyonların kaybolduğu izlendi. Klinik ve laboratuvar parametrelerinde düzelme görülen hasta, poliklinik takibi önerilerek şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, MSSA



Resim 1. Janeway lezyonu

Enfektif endokardite bağlı olarak el ve ayak tabanlarında görülen hemorajik, maküler, ağrısız lezyonlar

[PS-096]

Palyatif Biriminde Yatan Hastaların Farklı Klinik Örneklerinden 2016-2018 Tarihleri Arasında İzole Edilen Etkenler

Nuran Sarı[1], Melek Kaya[2], Ümit Şahin[2]

[1]Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

[2]Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Palyatif birimleri kanser, AIDS, demans/Alzheimer hastalığı ve serebrovasküler hastalıklar gibi kronik tanılara sahip hastaların destek tedavilerini sağlamak üzere oluşturulmuş birimlerdir. Yatış sürelerinin uzamasına bağlı olarak enfeksiyonlarda artış görülmektedir. 2016-2018 tarihleri arasında palyatif biriminde yatan hastalardaki klinik örneklerden alınan izolatlar değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Palyatif Birimi, daha çok yoğun bakımda takip edilip destek tedavisi devam etmekte olan hastaların izlemi için kullanılmaktadır. 2016-2018 tarihleri arasında yatışı olan hastalardan enfeksiyon odağına göre alınan kan, balgam, yara yeri (dekübit), idrar, derin trakeal aspirat örnekleri alınarak, mikrobiyoloji laboratuvarında değerlendirilmiştir. Hasta numuneleri kanlı agar ve Eozin Metilen Blue agara ekim yapıldıktan sonra 37 °C'de 24 saat inkübe edildikten sonra değerlendirildi. Üremesi olan hastalar VITEK 2 (bioMérieux, Fransa) otomatize sistem ile tiplendirildi.

Bulgular: Palyatif birimde yatan 322 hastanın farklı kültürlerinden izole edilen enfeksiyon etkenlerinden *Escherichia coli* %38 ile ilk sırada yer aldı. İkinci en sık enfeksiyon etkeni %22 oranı ile *Acinetobacter baumannii* oldu. Gram-olumlu bakterilerden *Enterococcus faecalis* %4, *Staphylococcus aureus* %2 oranında izole edildi.

Sonuç: Palyatif birimde yatan hastalardan izole edilen Gram-olumsuz bakteriler en sık enfeksiyon etkeni olarak yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif birim, klinik örnekler, izolatlar

Tablo 1. Palyatif biriminde 2016-2018 tarihleri arasında izole edilen etkenler

İzolatlar	2016 Sayı (yüzde)	2017 Sayı (yüzde)	2018 Sayı (yüzde)
Balgam			
Acinetobacter baumannii	4 (17)	5 (26)	1 (5)
Pseudomonas aeruginosa	4 (17)	4 (21)	5 (25)
Escherichia coli	2 (9)	3 (15)	3 (15)
Klebsiella pneumoniae	6 (26)	3 (15)	7 (35)
Enterobacter aerogenes	6 (26)	1 (5)	2 (10)
Staphylococcus aureus			
İdrar			
Acinetobacter baumannii	4 (17)		
Enterococcus faecalis	3 (13)	2 (14)	35 (76)
Escherichia coli	10 (4)	7 (50)	5 (10)
Klebsiella pneumoniae	3 (13)	3 (21)	3 (8)
Pseudomonas aeruginosa	3 (13)	2 (14)	2 (4)
Proteus mirabilis	1 (4)		
Staphylococcus aureus			
Kan			
Acinetobacter baumannii		1 (13)	
Klebsiella pneumoniae	1 (14)		
Escherichia coli	1 (14)	1 (2)	
Pseudomonas aeruginosa		1 (2)	
Yara			
Acinetobacter baumannii	8 42)		2 (18)
Enterococcus faecalis	2 (10)	2 (13)	
Escherichia coli	2 (10)	1 (7)	1 (9)
Klebsiella pneumoniae	1 (5)		1 (9)
Proteus mirabilis	3 (15)	3 (20)	
Staphylococcus aureus	1 (5)		1 (9)
Pseudomonas aeruginosa			
DTA			
Pseudomonas aeruginosa			7 (25)
Acinetobacter baumannii		3 (100)	7 (25)
Pseudomonas aeruginosa			7 (25)
Staphylococcus aureus			6 (25)
Klebsiella pneumoniae			

[PS-097]

Abdominal Histerektomi Sonrası Gelişen Primer İnsizyonel Cerrahi Alan Enfeksiyonlarında Etken Dağılımının Değerlendirilmesi

Bengü Tatar[1], Ayşin Kılınç Toker[1], Şükran Köse[1], Nevriye Sezgin[2]

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

[2]İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, İzmir

Giriş: Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), yara iyileşmesinde gecikme, antibiyotik kullanımında artış, hastanede yatış süresinde uzama, morbidite ve mortalite oranlarında ve hastane maliyetinde artışa yol açması nedeni ile önemlidir. Bu çalışmada abdominal histerektomi sonrası gelişen CAE etkenlerin dağılımının saptanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Aralık 2018 tarihleri arasında kadın doğum kliniğinde yapılan abdominal histerektomi öyküsü olan hastalar tarandı.

Primer yüzeyel/derin insizyonel CEA tanısı alanlar çalışmaya dahil edildi. Bakteri identifikasyonu ve antibiyotik duyarlılığının belirlenmesinde (VITEK 2 Compact; bioMérieux, Paris, France, and USA PhoenixTM 100; Becton Dickinson, MD, USA) kullanıldı. CEA tanısı hastaya ve laboratuvara dayalı aktif sürveyans yöntemi ile izlendi ve tanıda Centers for Disease Control and Prevention tanı kriterleri kullanıldı.

Bulgular: Toplamda değerlendirilen 3456 hastane enfeksiyonundan 170'i (%4,9) abdominal histerektomi sonrası gelişen primer yüzeyel/derin insizyonel CEA idi. Tespit edilen CEA'ların %41,2'si yüzeyel, %58,8'i derin idi. En sık sırasıyla *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* ve *Pseudomonas aeruginosa* izole edildi. Etken dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Hastanemizde abdominal histerektomi sonrası gelişen primer insizyonel CAE düşük saptandı. Düzenli sürveyans programlarının uygulanması ve enfeksiyon kontrol önlemleri ile yara yeri enfeksiyonlarının daha da düşük oranlarda görüleceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Abdominal histerektomi, primer insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu, etken dağılımı

Tablo 1. Abdominal histerektomi sonrası gelişen primer yüzeyel/derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu etken dağılımı

Etken	Oran (%)
Escherichia coli	35
Klebsiella pneumoniae	14,2
Pseudomonas aeruginosa	13,3
Enterococcus faecalis	11,6
Staphylococcus aureus	6,6
Enterobacter spp.	5,8
Proteus mirabilis	5
Koagülaz-negatif stafilokok	3,3
Acinetobacter baumannii	2,5
Diğer	2,7

[PS-098]

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Hepatit A Seroprevalansının Değerlendirilmesi

Meltem Işıkgöz Taşbakan[1], Deniz Akyol[1], İmre Altuğlu[2], Hüsnü Pullukçu[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: Tıp fakültesi öğrencileri, diğer sağlık çalışanları ile aynı risk grubundadır. Bu grupta da kan, vücut sıvıları ve damlacık-temas yoluyla ulaşabilen hastalıklar açısından aşılama önerilmektedir. Ancak genellikle taramalar eksik yapılmakta, test sonuçları değerlendirilmemektedir. Kliniğimizde 21 yaşında erkek öğrenci akut hepatit A nedeniyle takip edilmiş, fulminan hepatite gidiş nedeniyle karaciğer nakil hazırlıkları yapılmıştır. Yirmi beş günlük yoğun bakım yatışı sonrası kliniği düzelen hasta şifa ile taburcu olmuştur. Bu durum sonrasında staj için gelen öğrencilerin hepatit A enfeksiyonu açısından seroprevalansının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2008-2019 yılları arasında tıp fakültesinde okuyan öğrenciler dahil edilmiştir. Seroloji sonuçları hasta dosyalarından taranmıştır. Hepatit A IgG, kemilüminesans mikropartikül immünoassay test kiti (Architect anti-HAV IgG, Abbott, ABD) ile çalışılmıştır.

Bulgular: Toplam 1867 kişi (%47,7 erkek) (dönem 1-6) çalışmaya alınmıştır. Hepatit A IgG 1597 (%85,5) kişide bakılmıştır. Seropozitiflik oranı anti-HAV IgG %29,4 (471/1597) şeklindedir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarında ortaya çıkan aşı ile önlenebilen enfeksiyonlar doğurdukları tıbbi sonuçların yanı sıra ciddi maliyetlere de neden olmaktadır. Tarama sonuçları dikkatle değerlendirilmelidir. Fakültenin erken dönemlerinde bu kişilerin serolojik açıdan taranması, riskli davranışlardan korunma açısından bilgilendirilmesi ve aşılama programlarının oluşturulması gerekmektedir. Kliniğimizce Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Merkezi'ne bildirilen seronegatif olguların aşılarına devam edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Seroprevalans, tıp fakültesi öğrencileri, aşılama

[PS-099]

Sinsi Seyirli Nekrotizan Fasiit Olgusu

Ümit Gemici, Ayşe Batırel, Şeymanur Topraklı, Ece Ertürk Kocabaş

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Nekrotizan fasiit; deri, subkütan dokular ve fasiyaların ilerleyici nekrozu ile karakterize, immünosüpresif hastalarda sıklıkla gözden kaçabilen, yaşamı tehdit eden yumuşak doku enfeksiyonudur. Bu olguda özefagus malignitesi ve febril nötropenisi olan hastada nekrotizan fasiit olgusunu sunduk.

Olgu: Hastanemiz aciline ateş ve solda daha fazla olmak bilateral gastroknemius kası lokalizasyonunda ağrı şikayeti ile başvuran 37 yaşında kadın hastanın üç yıldır bilinen özefagus malignitesi ve beş gün önce kemoterapi alma öyküsü mevcuttu. Acil serviste ateşi 39,1 °C, nabzı 95/dk, tansiyonu 100/60 mmHg ve solunum sayısı 16/dk olarak tespit edildi. Fizik muayenesinde çap farkı, kızarıklık ve şişlik yoktu, solda daha belirgin olmak üzere basmakla ağrı-hassasiyet mevcuttu ancak krepitasyon yoktu (Resim 1). Hemogramda lökosit: 500/ul, nötrofil: 400/ul, C-reaktif protein (CRP): 372 mg/l, trombosit: 65000/µl ve hemoglobin: 7,2 g/dl olarak tespit edilen hasta febril nötropeni tanısıyla interne edilerek 2 set kan kültürü ve idrar kültürü alınıp ampirik piperasilin-tazobaktam 4x4, 5g intravenöz tedavisi başlandı. Sol gastrokinemiusta ağrısı şiddetlenen hastanın arter-venöz doppleri çekildi, patoloji saptanmadı. Hastanın idrar kültüründe üreme olmadı. Piperasilin-tazobaktam tedavisinin 72. saatinde ateşleri devam etmesi üzerine teikoplanin 1x400 mg intravenöz tedavisi eklendi. Kontrol dopplerde ek özellik saptanmadı. Beş gün sonra kan kültüründe üreme olmayan hastanın sol kruriste ödem, eritem ve ısı artışı olması nedeniyle direkt grafi çekildi. Ortopedi kliniği direkt grafide hava-gaz imajı saptayarak hastanın nekrotizan fasiit ön tanısı ile acil operasyonuna karar verdi. Mevcut piperasilin-tazobaktam tedavisi stoplandı, meropenem 3x1 g ve klindamisin 3x600 mg intravenöz tedavisi durduruldu, teikoplanin tedavisine devam edildi. Operasyonda medial ve distal sol ayak bileği seviyesinde fasiya ve kaslı dokuda nekroze alanlar görüldüğü ve debridman uygulandığı belirtildi. Takiplerinde hastanın sol alt ekstremitedeki ağrı şikayeti geriledi. Kontrol tetkiklerinde CRP: 23 mg/l'ye geriledi, kontrol lökosit: 7800/ul nötrofil 6400/ul olarak saptandı. Ateşi ve akıntısı olmayan, yapılan kontrol görüntülemelerde patolojik görünüm saptanmayan hasta antibiyoterapisi tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Nekrotizan fasiit hızlı ve mortal bir seyir gösterdiğinden özellikle immünosüpresif hastalara yüksek klinik şüpheyle yaklaşılmalı ve gerektiğinde tanı için cerrahi müdahaleye başvurulmalıdır. Tanı sonrası ivedilikle uygun antibiyotik tedavisiyle beraber hızlı ve etkili cerrahi girişim morbidite ve mortaliteyi belirleyen temel tedavi yaklaşımıdır.

Anahtar Kelime: Nekrotizan fasiit



Resim 1.

[PS-100]

Toplum Kaynaklı Üriner Sistem Enfeksiyon Etkenleri ve Antimikrobiyal Direnç

Arzu Şenol

Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ

Giriş: Toplum kaynaklı üriner sistem enfeksiyonlarında (ÜSE) etken %90'ın üzerinde *Escherichia coli (E. coli)*'dir. Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) üreten dirençli *E. coli* ve *Klebsiella* spp. suşları, toplum kaynaklı ÜSE'lerinde giderek artan oranlarda saptanmaya başlamıştır. Bu çalışmada amaç, enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurup, ÜSE saptanan olguların idrar kültürlerinde üreyen *E. coli* ve *Klebsiella* spp. suşlarında siprofloksasin (SİP), trimetoprim/sulfametoksazol (SXT), fosfomisin ve nitrofurantoin direnç oranlarının retrospektif olarak belirlenmesi ve uygun antimikrobiyal tedavi seçiminde yol gösterici olmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Temmuz 2018-Mart 2019 tarihleri arasında enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurup ÜSE tanısı alan olgulardan, idrar kültüründe *E. coli* ve *Klebsiella* spp. üremesi saptanan 146 olgu retrosepektif olarak taranarak SİP, SXT, fosfomisin ve nitrofurantoin direnç oranları belirlendi. Aynı olgudan 15 gün içinde tekrarlayan üremeler çalışma dışı bırakıldı. İdrar kültüründen izole edilen *E. coli* ve *Klebsieella* spp. suşlarının tiplendirilmesi ve antibiyotik duyarlılıkları MicroScan WalkAway 96 otomatize sisteminde değerlendirildi. Veri analiz işlemleri SPSS 22.0 istatistik yazılımı kullanılarak gerçekleştirildi. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerin analizinde Student's t-testleri kullanıldı. Kategorik verilerin analizinde ise "ki-kare testi" kullanıldı. P <0,05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Olguların 90'ı kadın, 56'sı erkekti. Yaş ortalaması 53,6±18,5 (yaş aralığı: 21-89) arasında değişmekteydi. Yüz kırk altı suşun 132'si (%90,4) *E. coli* iken, 14'ü (%9,6) *Klebsiella* spp. idi. *E. coli* suşlarında GSBL oranı %27,7 iken *Klebsiella* spp. suşlarında %42,9 idi. *E. coli* suşlarında SİP, SXT, nitrofurantoin ve fosfomisine karşı direnç oranları sırasıyla %27,7, %2,1, %0; *Klebsiella* spp. suşlarında ise sırasıyla %42,9, %35,7, %21,4, %14,2 olarak saptandı. Fosfomisin ve nitrofurantoin direnç oranları açısından GSBL (+) ve GSBL (-) suşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (p>0,05).

Sonuç: Bu çalışmada, *E. coli* ve *Klebsiella* spp. suşlarında SXT ve SİP direnç oranları yüksek, nitrofurantoin ve fosfomisin direnç oranları düşüktü. Bu durum ampirik tedavide sıklıkla tercih edilen SXT ve SİP'nin kullanımını kısıtlamaktadır. *Klebsiella* spp. suşlarında GSBL ve antimikrobiyal direnç oranları *E. coli'den* yüksek olmasına karşın, her iki suşda da fosfomisin ve nitrofurontoin direnç oranları SİP ve SXT'den düşüktü. Bu nedenle, nitrofurantoin ve fosfomisin ampirik tedavide kullanılabilir. Ancak ampirik tedaviden ziyade antimikrobiyal duyarlılık testinin sonucuna göre tedavi planlanması daha uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: *E. coli, Klebsiella* spp., üriner sistem enfeksiyonu

[PS-101]

Sağlık Hizmetleri Öğrencilerinin Kesici Delici Aletlerle İlgili Bilgi ve Tutumlarının İş Kazası Geçirme Durumlarına Etkisinin Araştırılması

Şemsi Nur Karabela[1], Nesibe Şimşekoğlu[2], Kürşat Nuri Baydili[2], Kadriye Kart Yaşar[1]

[1]İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri, İstanbul

Giriş: Bilginin yaralanmaları önlemeye yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla iş kazası geçiren ve geçirmeyen sağlık hizmetleri öğrencilerinin kesici delici aletlerin (KDA) kullanımına yönelik bilgi ve tutumları karşılaştırıldı.

Gereç ve Yöntem: 2016-2018 yılları arasında sağlık hizmetleri öğrencisi olup klinik uygulamalarda iş kazası geçirenlerin bildirim formları retrospektif olarak incelendi. Bu öğrencilere ve kaza geçirmeyen 125 gönüllü öğrenciye, 10 sorudan oluşan durum tespit anketi ve kesici-delici tıbbi aletlerin güvenli kullanımına yönelik 25 ifade içeren Likert tutum ölçeği uygulandı. Ölçekte bilişsel, duyuşsal ve davranışsal tutum ifadeleri mevcuttu (Tablo 1). İş kazası geçirme, İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) eğitimi alma, cinsiyet, aşı olma gibi durumların tutum ölçeği toplam puan verileriyle ilişkisi SPSS 21 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Hastanelerdeki klinik uygulamalara toplam 1430 öğrenci katılmıştır. İş kazası geçiren öğrenci sayısı 25'dir (%1,75). Yaralanan öğrencilerin %66,6'sı (n=16) KDA yaralanmasına maruz kalmış, %56,2'sinin sebebi enjektör iğnesi olmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin %89,3'ü klinik uygulama öncesi İSG eğitimi almış, %12,7'si (n=19) ramak kala olay yaşamış, %68'i hepatit B, %75,3'ü tetonoz aşısı yaptırmıştır. Yedi öğrenci ile Ameliyathane Hizmetleri, beş öğrenci ile Patoloji Laboratuvar Teknikleri, üç öğrenci ile Diyaliz ve Yaşlı Bakım en sık öğrencisi yaralanan programlardır. Öğrencilerin tutum ölçeği toplam puanının; cinsiyet, mezun olduğu lise türü, kayıtlı olduğu program türü, iş kazası geçirme ve İSG eğitimi alma durumlarından etkilenmediği görülmüştür. Hepatit B ve tetonoz aşısı yaptırma durumları ile iş kazası tutum ölçeği puanları arasında farklılık olduğu, farklılığın hepatit B aşısı yaptıran öğrencilerde; bilişsel ve duyuşsal alt boyut puanları ile toplam ölçek puanlarının yüksek olmasından, tetonoz aşısı yaptıran öğrencilerin yalnızca duyuşsal alt boyut puanlarının yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 1).

Sonuç: Sağlık hizmetleri öğrencileri klinik uygulamalarda iş kazasına maruz kalabilmekte, yaralanmalar çoğunlukla enjektör iğnesine bağlı KDA yaralanması şeklinde olmaktadır. Hastanelerdeki pratik uygulamalarda ramak kala olaylar da yaşanmaktadır. Yaralanan ve yaralanmayan öğrencilerin bilgi düzeylerinde anlamlı fark olmaması hastanelerde el becerisi ve iş tecrübesinin daha önemli olduğunu düşündürmektedir. Aşılanarak sağlığı ile ilgili koruyucu önlemleri yerine getiren öğrencilerin KDA ile ilgili olarak da dikkatli davrandıkları düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kesici Delici Alet Kullanımı Tutum Ölçeği, stajyer öğrenci, iş kazası

Tablo 1. Tutum ölçeği ifadeleri ve bazı bağımsız değişkenlere göre ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamasının karşılaştırılması

Durum tespitine yönelik soruların ölçek puanlamasına göre değerlendirmesi

	Bilişsel		Duyuşsal		Davranışsal		Ölçek Toplam Puanı	
Cinsiyet	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p
Kadın (n=110)	4,71 (3,42-5,00)		4,17 (2,67-5,00)		4,71 (3,43-5,00)		4,60 (3,68-4,84)	
Erkek (n=40)	4,67 (3,33-5,00)	0,353	4,33 (3,33-4,50)	0,837	4,86 (3,43-5,00)	0,874	4,60 (3,80-4,84)	0,6
Toplam (n=150)	4,67 (3,33-5,00)		4,17 (2,67-5,00)		4,79 (3,43-5,00)		4,60 (3,68-4,84)	
Sınıf	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p
1 (n=8)	4,96 (3,92-5,00)		4,33 (3,33-4,50)		4,79 (4,00-5,00)		4,70 (3,80-4,84)	
2 (n=142)	4,67 (3,33-5,00)	0,076	4,17 (2,67-5,00)	0,443	4,79 (3,43-5,00)	0,811	4,60 (3,68-4,84)	0,198
Toplam (n=150)	4,67 (3,33-5,00)		4,17 (2,67-5,00)		4,79 (3,43-5,00)		4,60 (3,68-4,84)	
İş kazası	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p
Hayır (n=125)	4,67 (3,33-5,00)		4,17 (2,67-5,00)		4,86 (3,43-5,00)		4,60 (3,68-4,84)	
Evet (n=25)	4,75 (3,83-5,00)	0,261	4,33 (3,50-4,33)	0,606	4,71 (4,29-5,00)	0,732	4,60 (3,96-4,84)	0,415
Toplam (n=150)	4,67 (3,33-5,00)		4,17 (2,67-5,00)		4,79 (3,43-5,00)		4,60 (3,68-4,84)	
İSG Eğtimi	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p
Hayır (n=16)	4,67 (3,42-5,00)		4,09 (3,67-4,50)		4,72 (4,00-5,00)		4,60 (3,68-4,84)	
Evet (n=134)	4,67 (3,33-5,00)	0,264	4,25 (2,67-5,00)	0,412	4,79 (3,43-5,00)	0,663	4,60 (3,76-4,84)	0,331
Toplam (n=150)	4,67 (3,33-5,00)		4,17 (2,67-5,00)		4,79 (3,43-5,00)		4,60 (3,68-4,84)	
Hepatit B	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p
Hayır (n=48)	4,63 (3,33-5,00)		4,00 (3,33-4,33)		4,64 (3,43-5,00)		4,44 (3,80-4,84)	
Evet (n=102)	4,75 (3,42-5,00)	<0,001*	4,33 (2,67-5,00)	<0,001*	4,86 (3,43-5,00)	0,056	4,64 (3,68-4,84)	<0,001*
Toplam (n=150)	4,67 (3,33-5,00)		4,17 (2,67-5,00)		4,79 (3,43-5,00)		4,60 (3,68-4,84)	
Tetanoz	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p	Med (Min-Maks)	p
Hayır (n=37)	4,67 (3,75-5,00)		4,00 (2,67-4,33)		4,71 (3,43-5,00)		4,44 (3,80-4,84)	
Evet (n=113)	4,75 (3,33-5,00)	0,337	4,33 (3,33-5,00)	0,001*	4,86 (3,43-5,00)	0,367	4,64 (3,68-4,84)	0,131
Toplam (n=150)	4,67 (3,33-5,00)		4,17 (2,67-5,00)		4,79 (3,43-5,00)		4,60 (3,68-4,84)	

Tutum ölçeği ifadeleri

1. Kesici-delici alet ile yaralanma sonrası koruyucu tedavi önemlidir.
2. Enjeksiyon uygulamalarında aseptik koşullara uyulması gerektiğine inanıyorum.
3. Tanık olduğum kesici-delici alet yaralanmalarında yaralanan kişiyi uygun yere yönlendirmem.
4. İnvaziv girişim yapılan birimlerde tıbbi atık kutusu bulundurulmalıdır.
5. Kesici-delici alet ile yaralanırsam enfeksiyon kontrol birimine başvururum.
6. Hastaya uygulanacak her türlü işlemde standart önlemlere uyarım.
7. Hepatit B aşısı yaptırmış sağlık çalışanlarının HBV (+) hastalara verdikleri tetkik, tedavi ve bakım hizmetlerinde önlem almalarına gerek olmadığını düşünüyorum.
8. Çalışma ortamında dış uyaranlar (yüksek ses, gürültü, ışık yetersizliği vb.) varsa kesici-delici aletlerle yaralanma riski artar.
9. Kesici-delici alet yaralanmalarından sonra tıbbi izlemin önemli olduğuna inanıyorum.
10. Kesici-delici alet ile yaralanan birçok sağlık çalışanına enfeksiyon bulaşmadığı için yaralanırsam bana da bulaşmayacağına inanıyorum.
11. Kesici-delici alet yaralanmalarından sonra kaynak hastadan ve sağlık çalışanından serolojik inceleme gereklidir.
12. Kesici-delici alet ile yaralanırsam enfeksiyon kontrol birimine bildirmem.
13. Kan ve vücut sıvılarının üzerime sıçraması bulaş açısından risk oluşturmaz.
14. İlaç hazırlanan yüzeylerin dezenfekte edilmesi gerektiğine inanıyorum.
15. Kullanılmış iğneleri ve diğer kesici-delici aletleri tıbbi atık kutusuna atarım.
16. Enjeksiyon uygularken eldiven kullanılması gerekmez.
17. Elimde açık yara, kesik ve sıyrık varsa, çalışırken kapatmam.
18. Kesici-delici alet kullanımına yönelik hizmet içi eğitime gerek yoktur.
19. Sağlık çalışanlarının tümünün hepatit B aşısı yaptırması gerekir.
20. Kesici-delici alet yaralanmalarıyla sağlık çalışanlarına HBV, HCV ve HIV gibi virüsler bulaşabilir.
21. Kesici-delici alet ile yaralanma riski olan durumlarda daha dikkatli davranmam.
22. Hastaya herhangi bir uygulama yapılacağı zaman hastanın sabit durmasının, kesici-delici alet yaralanmalarını azaltacağına inanıyorum.
23. Kan, diğer vücut sıvılarına göre bulaştırıcılık açısından daha fazla risk taşımaz.
24. Hastanın periferik kateter değişiminde eldiven kullanılması gereklidir.
25. Acil durumlarda kesici-delici aletlerle uygulama yapılırken çevredekilerin uyarılması gereklidir.

[PS-102]

Bir Üniversite Hastanesinde Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sonuçları: Üç Yıllık Analiz

İlknur Erdem[1], Mustafa Doğan[1], Enes Ardıç[1], Birol Şafak[2], Meral Gürcan[3], Nazmiye Budak[3], M Enes Kardan[1], Hatice Gül Sarıkaya[4], İlker Yıldırım[4], Emre Yıldız[1], Nuri Kiraz[2]

[1]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ*
[2]*Namık Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Tekirdağ*
[3]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Kontrol Ekibi, Tekirdağ*
[4]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tekirdağ*

Giriş: Hastane enfeksiyonlarının (HE) kontrolünde her merkezin kendi HE etkenleri, antibiyotik direnç durumları ve enfeksiyon dağılımını belirlemesi kendi enfeksiyon kontrol politikalarını geliştirmesi açısından yol gösterici olacaktır. Bu bildiride hastanemizde 2016-2018 yılları arasında gelişen HE hızları, enfeksiyon etkenleri ve etkenlerin antibiyotik direnç durumlarının sunulması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada 01 Ocak 2016-31 Aralık 2018 tarihleri arasında hastanemizde yatırılarak takip ve tedavi edilen hastalarda gelişen HE'lerine ait laboratuvar ve hastaya dayalı aktif sürveyans yöntemi ile toplanan veriler değerlendirildi. HE'lerinin tanımlanmasında, "Centers for Disease Control and Prevention" tarafından belirlenen tanımlar kullanıldı.

Bulgular: HE hızları 2016 yılında %1,1, 2017 yılında %1,78 ve 2018 yılında %1,33 idi. Enfeksiyonların %49,7'si Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesi kaynaklı idi. Kan dolaşım enfeksiyonları bu sürede her yıl ilk sırayı alırken, bunu 2017 ve 2018'de ventilatör ilişkili pnömoni, 2016'da cerrahi alan enfeksiyonları izledi. HE etkeni olarak izole edilen mikroorganizmaların yıllara göre dağılımı sırası ile Gram-olumsuz bakterilerde %73,8, %65,1, %68,7; Gram-olumlu bakterilerde %20,5, %28,7, %25,1; kandidada %5,6, %6,2, %6,5 idi. 2016-2018 yıllarında en sık HE etkeni olarak izole edilen bakteri *Esherichia coli* idi. *Esherichia coli* izolatlarında genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz oranının yıllara göre dağılımı %55,9, %31,5, %71,1 idi. Karbapenem direncinin yıllara göre dağılımı *Pseudomonas aeruginosa* izolatlarında %38,9, %33, %22,7; *Acinetobacter baumannii* izolatlarında %80, %91, %96; *Klebsiella pneumoniae* izolatlarında %5,8, %26,6, %21,5 idi. Metisilin direnci *Staphylococcus aureus* izolatlarında %16,6, %33,3, %23,8; koagülaz negatif stafilokoklarda %89,5, %95, %96 idi. Enterokoklarda vankomisin direnci %0, %5,9 %16,6 idi.

Sonuç: Hastanemizde HE'lerinin en sık etkeni Gram-olumsuz bakterilerdir, özellikle *Acinetobacter baumannii*'de antibiyotik direnci diğer izolatlara göre daha yüksektir. Non-fermentatif Gram-olumsuz bakterilerin etken olduğu enfeksiyonlarda önceki yıllara göre artış görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane enfeksiyonları, etkenler, direnç

Tablo 1. Hastane enfeksiyon etkenlerinin direnç profillerinin yıllara göre dağılımı

	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)
Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz olumlu *Escherichia coli*	55,9	31,5	71,1
Karbapenem dirençli *Acinetobacter baumannii*	80,0	91,0	96,0
Karbapenem dirençli *Pseudomonas aeruginosa*	38,9	33,0	22,7
Karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae*	5,8	26,6	21,5
Metisilin dirençli *Staphylococcus aureus*	16,6	33,3	23,8
Metisilin dirençli koagülaz negatif stafilokok	89,5	95,0	96,0
Vankomisin dirençli enterokok	0,0	5,9	16,6

[PS-103]

Bir Apse Etkeni Olarak *Candida parapsilosis*

Begüm Bektaş, Yasemin Çağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: *Candida* türleri immünosüpresif hastalarda apse etkeni olarak nadir de olsa bildirilmektedir. Biz bu yazıda immünosüpresif tedavi alan bir hastada *Candida parapsilosis*'e bağlı gelişen apse olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk sekiz yaşında erkek hasta sağ dizden başlayıp tüm baldıra yayılan şiddetli ağrı ve kızarıklık, ateş, üşüme ve titreme şikayetleriyle acil servise başvurmuştu. Hastanın şikayetleri üç gün önce başlamıştı. Fizik muayenesinde TA: 117/85, KTA: 75/dk, ateş: 36,8 °C idi. Özgeçmişinde hastanın evsiz olduğu ve sokaklarda yaşadığı öğrenildi. Ankilozan spondilit tanısıyla her ay intramüsküler betametazon ve non-steroid anti-enflamatuvar ilaç enjeksiyonu yaptırdığını ifade eden hasta son olarak beş gün önce sağ kalçasından eczane şartlarında enjeksiyon yaptırmıştı. Laboratuvar tetkiklerinde, beyaz küre: 29100/mm^3, (%81 nötrofil), hemoglobin (Hb): 12,9 g/dl, Plt: 510000/mm^3, C-reaktif protein (CRP): 15,93 mg/dl (normal: 0-0,5), sedimentasyon: 51 mm/saat olarak saptandı. Gluteal bölge yüzeyel doku ultrasonografide: "Deriden yaklaşık 3 mm derinlikte en derin yerinde 3 cm'ye ulaşan tubuler olarak yaklaşık 6-7 cm'lik uzanımı bulunan hipoekoik içerisinde ekojeniteler barındıran koleksiyon alanı" izlendi. Hastaya meropenem 3x1 gr + daptomisin 6 mg/kg IV tedavi başlandı. Girişimsel radyoloji tarafından yatışının 3. gününde apse drenajı yapıldı. Pürülan apse materyali kültüründe *Candida parapsilosis* üremesi oldu. İlk etapta kontaminasyon olarak değerlendirildi. Ortopedi kliniğince konsülte edilen hasta apsenin eklem ile iştirakı düşünülerek yatışının 15. gününde opere edildi ve VAC uygulaması takıldı. Takiplerinde antibiyoterapi altında ateş yüksekliği devam eden hastanın operasyon esnasında alınan tüm materyallerinde de *C. parapsilosis* üremesi oldu. Hastanın antibiyotik tedavisine kaspofungin 1x70 mg/gün yükleme sonrası 1x50 mg/gün IV ilave edildi. Antifungal tedavinin ikinci gününden itibaren ateş yüksekliği olmadı. Antifungal duyarlılığa göre flukonazol 1x800 mg yükleme sonrası 1x400 mg IV idame tedavisine geçilerek VAC uygulaması sonlandırıldı. Kontrol laboratuvar değerleri beyaz küre: 5600/mm^3, (%51 nötrofil), Hb: 9,3 g/dl, Plt: 359000/mm^3, CRP: 4,73 mg/dl (0-0,5). Uzun süreli yatışı esnasında hastanın ailesi ile dargınlık yaşadığı için evsiz olduğu öğrenildi ve ailesiyle irtibata geçilerek hasta ile barışmaları sağlandı. Hasta yatışının 25. gününde oral

ardışık flukonazol tedavisi ile taburcu edilerek şehir dışında yaşayan ailesinin yanına gönderildi. Taburcu edildikten sonra 10. gününde telefonla ulaşılan hastanın durumunun iyi olduğu, herhangi bir şikayetinin olmadığı öğrenildi. Tedavisi altı haftaya tamamlanarak kesildi.

Sonuç: İmmünosüpresif hastalarda antibiyoterapiye yanıtısız apse mevcudiyetinde *Candida* spp. nadir ancak olası bir etken olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Apse, *Candida parapsilosis*, immünosüpresif

[PS-104]

Hepatit B Enfeksiyonuna Karşı Profilaktik Tedavi Alan İmmünosüprese Hastaların Değerlendirilmesi

Melda Türken, Pelin Adar, Mehmet Ceylan, Şükran Köse

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

Giriş: Malign, enflamatuvar ve otoimmün hastalıklar hepatit B virüs (HBV) reaktivasyonu insidansında belirleyici rol oynar. İmmünosüpresyona bağlı hepatit B reaktivasyon riski hastanın hepatit B serolojisi, virolojik belirteçleri ve kullanılan immünosüpresif ajanlara göre değişmektedir. Çalışmamızda hepatit B enfeksiyonuna karşı profilaktik tedavi başlanan hastaların epidemiyolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çeşitli birimlerden immünosüpresif tedavi başlamadan önce enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirilen anti-HBc IgG pozitif 25 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait bilgiler (yaş, cinsiyet, immünosüpresif tedavi ve süresi, HBV serolojisi, biyokimyasal ve radyolojik bulgular, HBV profilaktik tedavi) hasta dosyalarından kaydedildi. Hastalar HBV reaktivasyonu açısından Amerikan Gastroenteroloji Derneği risk sınıflamasına göre yüksek (%<10), orta (%1-10) ve düşük (%<10) riskli olmak üzere üç gruba ayrıldı.

Bulgular: Tüm hastaların yaş ortalaması 53,1 (26-72) yıl; erkek cinsiyet %64 saptandı. Hastaların immünosüpresif durumları %52 (13) otoimmün bağ doku hastalığı, %24 (6) solid organ malignitesi, %16 (4) hematolojik malignite ve %8 (2) solid organ transplantasyonu olarak saptandı. HBV reaktivasyonu yönünden %24'ü yüksek riskli, %44'ü orta riskli, %32'si düşük riskli olarak değerlendirildi. Hastaların %40'ında HBsAg pozitifliği, %16'sında izole anti-HBc IgG pozitifliği, %44'ünde anti-HBs ve anti-HBc IgG birlikte pozitifliği mevcuttu. En sık tercih edilen profilaktik antiviral ajan sırasıyla entekavir (%68), tenofovir disoproksil fumarat (%16) ve lamivudin (%16) olarak saptandı.

Sonuç: İmmünosüpresif hastalarda HBV reaktivasyonuna karşı antiviral profilaksi hayat kurtarıcıdır. HBsAg pozitif hastalarda reaktivasyon riski izole anti-HBc IgG pozitif hastalara göre daha yüksektir. Anti-HBc IgG pozitif hastalarda anti-HBs antikorunun yüksek titrelerde pozitif olmasının reaktivasyon için koruyucu olduğunu gösteren çalışmalar olmakla beraber, güncel bilgiler ışığında anti-HBs pozitifliği veya titresinin antiviral tedavi planlanmasında karar verdirici olmadığı düşünülmektedir. Çalışmamızda en sık anti-HBs ve anti-HBc IgG pozitifliği (%44) ve HBsAg pozitifliği (%40) olan immünosüpresif hastalarda HBV profilaksisi uygulandı. Tüm hastaların çoğunun (%44) HBV reaktivasyonu açısından orta riskli (%1-10) grupta olduğu saptandı. Profilaksi için en çok (%68) entekavirin tercih edilmesinin, diğer ajanlara göre yan etki ve ilaç etkileşiminin az olmasıından kaynaklandığı düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: İmmünosüpresif, hepatit B, profilaksi

Tablo 1. İmmünosüprese hastaların HBV reaktivasyon riskine göre özellikleri

	Yüksek riskli	Orta riskli	Düşük riskli	Tüm hastalar
Hasta sayısı % (n)	24,0 (6)	44,0 (11)	32,0 (8)	100,0 (25)
Yaş (ortalama)	48,8	52,9	57,5	53,1
Erkek cinsiyet %(n)	33,3 (2)	90,9 (10)	50,0 (4)	64,0 (16)
ALT (ortalama)	16,5	21,0	29,7	22,1
HBsAg pozitif % (n)	33,3 (2)	27,3 (3)	62,5 (5)	40,0 (10)
İzole anti-HBc IgG pozitif	16,7 (1)	18,2 (2)	12,5 (1)	16,0 (4)
Anti-HBs ve anti-HBc IgG birlikte pozitif	50,0 (3)	54,5 (6)	25,0 (2)	44,0 (11)
HBV-DNA pozitif	50,0 (3)	18,2 (2)	62,5 (5)	40,0 (10)
Lamivudin	33,3 (2)	9,1 (1)	12,5 (1)	16,0 (4)
Entekavir	50,0 (3)	81,8 (9)	62,5 (5)	68,0 (17)
Tenofovir	16,7 (1)	9,1 (1)	25,0 (2)	16,0 (4)

[PS-105]

Hematolojik Maligniteli Hastalarda Nötropenik Ateş Ataklarının Değerlendirilmesi

Yekta Özkılıç[1], Esma Eren[1], Muzaffer Keklik[2], İlhami Çelik[1]

[1]*Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri*
[2]*Kayseri Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Kayseri*

Giriş: Hematolojik malignite nedeni ile tedavi alan hastalarda nötropeni ve nötropenik ateş, sık görülen komplikasyonlardandır. Erken tedavi başlanmadığı durumlarda mortalite ve morbiditesi yüksek seyretmektedir. Etken olabilecek patojenlerin profilini bilmek, uygun ampirik tedaviyi başlayabilmek açısından önemlidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, Haziran 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi Hematoloji Ünitesi'nde yatarak tedavi almış ve nötropenik ateş tanısı ile izlenmiş hastalar değerlendirilmiştir. Hastaların alt hastalıkları, etken patojenler, uygulanan antibiyotik tedavileri ve etkinliği değerlendirilmiştir (Tablo 1).

Bulgular: Çalışma süresi boyunca 13'ü kadın ve 28'i erkek olmak üzere toplam 41 hastada, 44 nötropenik ateş atağı gelişmiştir. Hastaların ortalama yaşı 62,7 idi ve %41,5'i akut miyeloblastik lösemi nedeni ile tedavi almaktaydı. Nötropenik ateş atağından önce ortalama nötropeni süresi dört gündür. Yirmi hastaya ampirik olarak piperasilin-tazobaktam, 20 hastaya meropenem, iki hastaya sefoperazon-sulbaktam ve iki hastaya seftazidim ampirik olarak başlanmıştır. Yedi hastadan alınan kan kültürlerinde üreme olmuş, bir hastada ise difteroid basil ile kontaminasyon bildirilmiştir. Üreme olan kan kültürlerinden ikisinde *Escherichia coli*, ikisinde *Pseudomonas aeruginosa* ve birinde ise anaerob kültürde *Fusobacterium* spp. üremiştir. Tanımlanan enfeksiyon odaklarından 13'ü pnömoni, üçü gastroenterit, biri akciğer mantar enfeksiyonu, ikisi yumuşak doku enfeksiyonu ve bir idrar yolu enfeksiyonudur. Altı hasta sepsis, dört hasta ise septik şok tablosunda izlenmiştir. Altı hastaya mekanik ventilasyon desteği verilmiş ve bu hastaların dördü kaybedilmiştir. Bir hastada ise uzamış nötropeni sonrası *Pneumocystis* pnömonisi gelişmiş, tedaviye yanıt alınamamıştır.

Sonuç: Nötropenik ateşli hastaların tanı ve tedavisini yönetmek oldukça zordur. Dikkatli bir anamnez, fizik muayene, mikrobiyolojik tetkikler için

uygun örneklerin alınması ve hastanenin enfeksiyon sürveyans verilerinin göz önünde bulundurarak ampirik antimikrobiyal tedavinin planlanması yaşamsal önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hematolojik malignite, nötropenik ateş

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri	
Hasta sayısı	41
Atak sayısı	44
Kadın/Erkek	13/18
Yaş (ortalama)	62,76 (SD±15,26)
Alt hastalık AML Multipl miyelom Non-Hodgkin lenfoma Diğer	 17 5 5 14

[PS-106]

HIV Pozitif Olgularda HBV Aşı Yanıtına Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

Gül Arslan[1], Başak Dokuzoğuz[2], Aysel Kocagül Çelikbaş[2], Mustafa Necati Eroğlu[2]

[1]Fatsa Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ordu
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV)/AIDS tanısı ile takip edilen ve hepatit B virüs (HBV) ile ilgili tüm serolojik göstergeleri negatif olan olguların aşılanması ve serokonversiyon ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde 1996-2017 tarihleri arasında takip edilen, HIV/AIDS tanısı serolojik olarak doğrulanmış hastaların dosyaları incelenerek hepatit B yüzey antijeni, anti hepatit B çekirdek antikoru immünoglobulin ve anti hepatit B yüzey antikoru (HBs) negatif olgularda 0., 1. ve 6. aylarda toplam üç standart doz hepatit B aşısı uygulandı, en az 1 ay sonra anti HBs değerleri kontrol edildi. Anti HBs düzeyi; 10 IU/ml'nin üzerinde olanlar seropozitif olarak kabul edildi. Olguların demografik özellikleri, ilk doz aşı sırasında bakılan CD4+ T lenfosit sayıları (n/µl), viral yük değerleri (kopya/ml) ve 25-hidroksi vitamin D düzeyleri (ng/ml) değerlendirildi, bu parametrelerin hepatit B aşısına yanıt ile ilişkisinin olup olmadığının belirlenmesi amaçlandı.

Bulgular: Değerlendirilen 212 olgudan HBV serolojisi negatif olan 55'ine üç doz HBV aşısı uygulandı. Aşı uygulanan olguların 45'inin (%81,8) erkek, tüm olguların yaş ortalamalarının 42,1±12,4 yıl olduğu saptandı. Kırk beş olguda (%81,8) aşılama sırasında ölçülen CD4+ T lenfosit sayısı >=350/µl idi. Bağışıklama sonrası 44 olguda (%80) anti HBs>=10 IU/ml saptandı. Aşılama sırasında ölçülen CD4+ T lenfosit sayısının >=350/µl ve HIV-RNA'nın negatif olması serokonversiyon gelişimi ile, aşılama sırasında D vitamini eksikliği ve eşlik eden kronik bir hastalık varlığı aşı yanıtsızlığı ile ilişkili bulundu. Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, sigara, alkol ve madde kullanımının HBV aşı yanıtı ile ilişkisi saptanmadı.

Sonuç: Bulaş yollarının benzer olması nedeniyle HIV ile enfekte olgularda HBV ko-enfeksiyonu sık görülmekte ve mortalitede artışa neden olmaktadır. HBV enfeksiyonu aşı ile önlenebilir bir hastalık olup HIV ile enfekte tüm hastalara önerilmektedir. HBV aşısına yanıtsızlık, bu olgularda sık görülmekte olup bağışıklama planlanan olgularda antiretroviral tedavi ile virolojik ve immünolojik yanıt sağlanması sonrası aşının uygulanması ayrıca olguların tanı anında var olan veya daha sonra gelişebilecek kronik hastalıklar açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Ülkemizde D vitamini eksikliği oldukça sık görülmekte olup HIV ile enfekte olgularda HBV aşı yanıtsızlığını öngörmede etkili olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: HIV, HBV aşı yanıtı

[PS-107]

İnvazif Pulmoner Aspergilloz: Etken *Aspergillus niger*

Musa Göksu, Seda Zor, İlhami Çelik

Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

Giriş: İnvazif pulmoner aspergilloz (IPA) immün sistemi baskılanmış kişilerde %25-50 arasında mortalitesi olan akciğer invazyonu ile nekroza neden olan hastalık olarak bilinir. Nötropenik hastaların yanı sıra kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik steroid kullanımı, dekompanze karaciğer hastalığı olan ve yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalarda sıklığı giderek artmaktadır. IPA'da etken olarak sıklıkla *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus* flavus görülmektedir. *Aspergillus* niger de nadir görülen, tedavisi güç ve mortalitesi yüksek bir etkendir. Bu olguda romatoid artrit (RA) tanısı ile uzun süreli steroid kullanımı sonrası gelişen *A. niger* bağlı IPA olgusu sunulmuştur.

Olgu: Altmış yaşında kadın hasta iki haftadır olan öksürük sarı renkte balgam şikayeti ile dış merkeze başvurmuştur. Özgeçmişinde RA nedeniyle beş yıldır yıldır prednol 1x4 mg ve hidroksiklorokin kullanımı mevcuttur. Dış merkezde levofloksasin tablet reçete edilmiştir. İki hafta düzenli kullanmasına rağmen şikayetlerinin gerilememesi üzerine tarafımıza başvurdu. Vital bulguları stabildi, belirgin bir dinleme bulgusu yoktu. Akciğer grafisinde sol akciğer orta zonda kaviter lezyon, sağ akciğer bazal ve orta zonda nodüler lezyonu vardı. Hasta ileri araştırma için kliniğimize yatırıldı. Balgam kültürü gönderildi. Akciğer tomografisinde her iki akciğer de en büyüğü 30 mm ölçülen çok sayıda dağınık irili ufaklı kaviter lezyonlar saptandı (Şekil 1). Tüberküloz ayırıcı tanısı ile yapılan ppd sıfır mm geldi. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveoler lavaj kültürde *A. niger* üremesi oldu. Hastaya vorikonazol tedavisi baslandı. Antifungal duyarlılık sonucunda vorikonazol duyarlı geldi. İki hafta parenteral tedavi alan hasta vorikonazol tablet ile taburcu edildi. Tedavinin dördüncü haftasında lezyonlarda küçülme görüldü. Lezyonlar kayboluncaya kadar tedavi devamı planlandı.

Sonuç: IPA, nötropenik olmayan, orta derecede immünosüpresif hastalarda da görülen bir fırsatçı enfeksiyondur. Antibiyotik tedavisine cevap vermeyen hastalarda IPA ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Etken mikroorganizmanın izolasyonu ve antifungal duyarlılığın bilinmesi için gerekli örneklemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *A. niger*, steroid kullanımı



Şekil 1. Akciğer tomografisi

[PS-108]

İmmünokompetan Bir Hastada Gelişen *Enterococcus gallinarum* Menenjiti

Ebru Taşpınar, Aliye Baştuğ, Hatice Tezcan, Halide Aslaner, Hürrem Bodur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Enterokoklar; üriner sistem enfeksiyonu, endokardit ve divertikülite yol açan fakültatif anearob Gram-olumlu bakterilerdir. Fırsatçı patojen olan *Enterococcus gallinarum* çoğunlukla immünosüpresif ve/veya ventriküloperitoneal şant operasyonlarına sekonder gelişen nozokomiyal enfeksiyonlara neden olur. Literatürde toplamda 8 *E. gallinarum* menenjiti (EGM) olgusu olup tümünde immünosüpresyon ve/veya cerrahi öyküsü olduğu bildirilmiştir. Bu raporda; kraniyal cerrahi öyküsü olmayan immünokompetan bir hastada nadir görülen EGM sunulmuştur.

Olgu: Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı tanısı olan 80 yaşında erkek hasta, 10 gündür olan ateş, bulantı-kusma ve yürüyememe şikayetleriyle acile başvurdu. Ateşi 38,5 °C, bilinci açık, koopere ve oryante olan hastada meningeal irritasyon bulguları saptanmadı. Tam idrar tetkikinde lökosit pozitif olması nedeniyle ampirik seftriakson tedavisi başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre: 11400/mm^3, nötrofil: %86,1, kreatinin; 0,74 mg/dl, C-reaktif protein: 67 mg/dl ve elektromiyografide duysal ve motor liflerin etkilendiği polinöropati nedeniyle nörolojide yatırılarak takip edilen ve yatışının 5. günde bilinç bulanıklığı, ense sertliği gelişen hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. LP sonucunda beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncı artmış, bulanık görünümde, mikroskobisinde 340 lökosit/mm^3, BOS mikroproteini: 260 mg/dl, BOS/kan glukozu; 26/159 mg/dl saptanması nedeniyle, santral sinir sistemi enfeksiyonu tanısı ile kliniğimize nakil alındı. Öyküsünde kırsal alanda yaşadığı ve ara ara kulak akıntısı ve kaşıntısı nedeniyle kulağını bahçeden bulduğu dal parçaları ile karıştırdığı öğrenildi. Seftriakson kesilerek, ampirik meropenem ve daptomisin tedavisi başlandı. Hastanın BOS kültüründe ampisilin, linezolid, teikoplanin duyarlı, vankomisin dirençli *E. gallinarum* üredi. Daptomisin kesilerek linezolid tedavisi başlandı. Kraniyal manyetik rezonansda; bilateral lateral ventrikül oksipital hornlarında seviyelenme ve difüzyon kısıtlanması gösteren sinyal değişikliği ile solda orta kulak ve mastoid hücrelerde yaygın patolojik sinyal değişikliği izlendi. Kronik otitis media ile uyumlu bulguları nedeniyle, kulak burun boğaz tarafından lokal tedavi başlandı. Takiplerde yutma fonksiyonlarında bozulma olan hastaya enteral beslenme başlandı. Aspirasyon sonrası yoğun bakımda takip edilen hasta, genel durumu düzelmesi üzerine tekrar nakil alındı. Tedavisinin 20. gününde; ateşi olmayan, nazogastrikten beslenmeye devam eden hasta, aspirasyon sonrası gelişen solunum arresti nedeniyle eksitus oldu.

Sonuç: Seftriaksona intrensek dirençli olan *E. gallinarum*; ampisilin duyarlı olmakla birlikte sıklıkla *Van-C* geni taşıması nedeniyle vankomisine dirençlidir. Özellikle vankomisine dirençli EGM'de linezolid tedavisi önerilmektedir. Erken teşhis ve tanı ile rasyonel antibiyotik kullanımı hayat kurtarıcıdır. Literatürde bildirilen EGM olgularında; immünosüpresyon ve/veya cerrahi öyküsü mevcut olup, olgumuz immünokompetan olması nedeniyle dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: *Enterococcus gallinarum*, immünokompetan, menenjit

[PS-109]

Mukormikoziste Tanı Yöntemlerinin Korelasyonu

Adalet Aypak, Saliha Kazcı, Ayşe But, Aysel Kocagül Çelikbaş, Süleyman Koç, Aliye Baştuğ, Esragül Akıncı, Hürrem Bodur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Mukorales takımı içinde yer alan patojen türler, çoğunlukla fırsatçı fatal enfeksiyonlara neden olurlar. Hemen tüm invaziv mukormikozis hastalarında enfeksiyona yatkınlık oluşturan bazı komorbid hastalıklar bulunur. Erken tanı ve tedavi prognoz açısından önemlidir. Tanı, karakteristik mantar elemanlarının histopatolojik olarak dokuda gösterilmesi ve kültür ile konfirmasyonuna dayanır. Tutulum boyutu ve çevre yapıları incelemek için görüntüleme yöntemleri kullanılır. Çalışmamızda; klinik, mikrobiyolojik, patolojik tanı ve görüntüleme yöntemlerinin mukormikozis tanısındaki korelasyonunu araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 1 Ocak 2014 ve 31 Aralık 2018 tarihleri arasında mukormikozis tanısı girilen ve klinik, mikrobiyolojik, patolojik veya görüntüleme yöntemleri doğrultusunda ampirik tedavi başlanan; destekler bulgu yokluğunda tedavisi kesilen hastalar çalışmaya alınmıştır. Hasta kayıtları, hastane veri tabanı üzerinden retrospektif taranmıştır.

Bulgular: Beş yılda, mukormikozis şüphesiyle ampirik tedavi başlanan 15 olgu saptanmıştır. Sekizi kadın olan hastaların yaş ortalaması 54 bulunmuştur. Sekiz hastada en az dört yıllık diabetes mellitus (DM); DM'si olmayan yedi hastanın tümünde immünosüpresyon oluşturan ve/veya immünosüpresif ajan kullanmasına neden olan malignensi ve romatolojik hastalıkların eşlik ettiği görülmüştür. Görüntüleme yöntemleri ile 11 hastanın bilgisayarlı tomografisinde (BT) mantar enfeksiyonu, üç hastada non-spesifik yumuşak doku ve mukozal kalınlaşmalar rapor edilmiştir. Bir hasta, BT çekilemeden eksitus olmuştur. Orbital tutulumu olan iki hasta ve akciğer tutulumu olan bir hasta dışındaki tüm hastalarda, sinüs tutulumu izlenmiştir. Akciğer tutulumu olan olgunun takibinde, *Aspergillus flavus* üremesi saptanmış; orbital tutulum görülen iki olgu ise tanıları doğrulanmadan eksitus olmuştur. Kültürü olmayan 3 hasta dışındaki 12 hastanın hiçbirinde, alınan örnekten *Mucorales* takımı üyeleri üretilememiştir. İki hastada *A. flavus*, iki hastada non-albican *Candida*, bir hastada ise *Cladophialophora* spp. üremesi saptanmıştır. Yedi hasta materyalinin mantar kültüründe üreme izlenmemiştir. Patolojik örneği olmayan dört hasta dışındaki 11 hastanın ikisinde mantar lehine bulgu saptanmazken, dördünde aspergillozisi, dördünde mukormikozisi destekler patolojik bulgu saptanmıştır. Bir hastada ise patolojik olarak aspergillozis ve mukormikozis ayrımı yapılamamıştır. Değerlendirmeye alınan 15 hastanın özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: Mukormikozis tanısı zordur; klinik şüphe, görüntüleme desteği, patolojik kanıt ve mikrobiyolojik konfirmasyonun hepsini her hastada sağlamak çoğunlukla olanaksızdır. Mukormikozisin hızlı fatal seyri nedeni ile tanıyı düşündürecek ve destekleyecek herhangi bir klinik, radyolojik bulgu varlığında ivedilikle etkin antifungal tedavi başlanıp ileri mikrobiyolojik ve patolojik inceleme için gerekli girişimlerin yapılması hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Mukormikozis, tanı yöntemleri

Tablo 1. Tanısal yöntem sonuçları, komorbiditeler ve mortalite dağılımı

	Klinik	Görüntüleme	Kültür	Patoloji	Mortalite
1	DM, akut miyeloid lösemi	Mantar enfeksiyonu?	Negatif	Negatif	Eksitus
2	Sistemik lupus eritematozus	Yok	Yok	Yok	Eksitus
3	DM, kolon karsinomu	Mantar enfeksiyonu?	Yok	Yok	Sağ
4	Akut lenfoblastik lösemi	Mantar enfeksiyonu?	*Aspergillus flavus*	Aspergillozis	Eksitus
5	Akut miyeloid lösemi	Mukozal kalınlaşma	*Aspergillus flavus*	Yok	Eksitus
6	Tiroid medüller karsinom	Mantar enfeksiyonu?	Negatif	Mukormikozis	Sağ
7	DM	Mantar enfeksiyonu?	Negatif	Mukormikozis	Sağ
8	DM	Mantar enfeksiyonu?	*Candida glabrata*	Mukormikozis	Sağ
9	Romatoid artrit, Ailevi Akdeniz ateşi	Mantar enfeksiyonu?	Negatif	Mukormikozis	Sağ
10	DM	Yumuşak doku	Yok	Aspergillozis	Sağ
11	DM	Mantar enfeksiyonu?	Septasız hif	Aspergillozis	Sağ
12	DM	Mantar enfeksiyonu?	*Cladophialophora* spp.	Aspergillozis	Sağ
13	Miyelodisplastik sendrom	Mantar enfeksiyonu?	*Candida crusei*	Negatif	Sağ
14	Kronik lenfositer lösemi	Mukozal kalınlışma	Negatif	Yok	Sağ
15	DM	Mantar enfeksiyonu?	Negatif	Mukormikozis/ Aspergillozis	Sağ

Yok: Tanısal metodun yapılmadığını ifade eder, Negatif: Tanısal metodun yapıldığını, ancak mantar enfeksiyonu açısından anlamlı olmadığını ifade eder, DM: Diabetes mellitus

[PS-110]

Ekstrahepatik Yerleşimli İntraabdominal Kist Hidatik Olgusu

Saliha Kazcı[1], Aliye Baştuğ[1], Servet Güreşçi[2], Esragül Akıncı[1], Hürrem Bodur[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

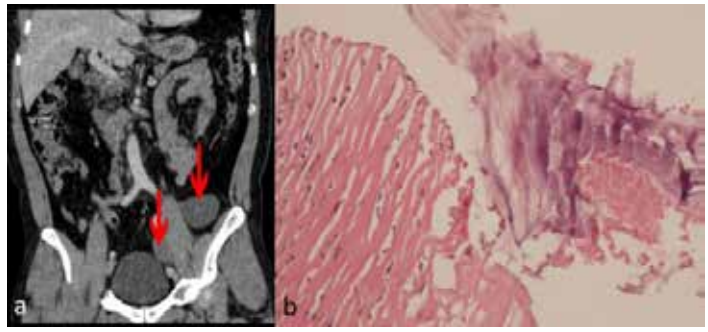
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara*

Giriş: Kist hidatik, *Echinococcus* türlerine ait larvaların oluşturduğu bildirimi zorunlu, zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Kistler sıklıkla karaciğere; daha az sıklıkla akciğer, kalp, böbrek, dalak, beyin, kemik, kas dokusuna yerleşir. Bu raporda, karın ağrısı şikayetiyle başvuran ve malignite araştırılmak üzere sevk edilen; hastanemiz cerrahi bölümünce psoas apsesi etiyolojisi araştırılmak üzere tarafımıza yönlendirilen, ekstrahepatik yerleşimli intraabdominal kist hidatik olgusu sunulmuştur.

Olgu: Kırk dört yaşında, erkek hasta; bir ay önce iki kez olan kısa süreli karın ağrısı ve sol alt kadranda ele gelen ağrısız lezyon ile dış merkeze başvurmuştur. Abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) kitlesel lezyonları olması üzerine örnekleme amacıyla, girişimsel radyoloji bölümü bulunan bir merkeze yönlendirilmiştir. Hastanemizdeki cerrahi polikliniğine başvuran ve psoas apsesi düşünülerek tarafımıza konsülte edilen hasta yatırıldı. Ek hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan hastanın, hayvancılıkla uğraştığı, taze süt-peynir tükettiği öğrenildi. On yıl önce appendektomi sırasında, batında iki adet kitlesel lezyon saptandığı, ancak takibe alınmadığı belirtildi. Fizik muayenede; ateşi 36,3 °C, sol alt kadranda yaklaşık 2-3 cm, hareketsiz, ağrısız ele gelen lezyonu mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; hemogram, biyokimya, akut faz reaktanları, tam idrar tetkiki, prostat spesifik antijen normal, brusella aglütinasyonu negatif tespit edildi, kan kültüründe üreme olmadı. Tümör markerlarından karsinoembriyonik antijen üst sınırda saptandı. BT'de (Şekil 1a): sağ böbrekte 48x49 mm hipodens kistik lezyon, prostat hipertrofik-mesaneye indante görüldü. Psoas kası lateralinde, internal septasyonlar içeren, kapsüllü, 52x64 mm, kontrastlanan, heterojen hipodens kitle; bu lezyonun inferiorunda 39x40 mm ikinci bir kistik lezyon; mesane sol lateraline uzanan, 47x25 mm üçüncü bir lezyon ve mezenterik yağ dokusu içerisinde 19x10 mm boyutunda dördüncü bir nodüler lezyon (nekrotik lenfadenopati?); rektum proksimal ve orta kesimde duvarı belirgin kalın olarak raporlandı. Cerrahi tarafından, batındaki lezyonlardan girişimsel radyoloji bölümünde örnek alınması önerildi. Kistik ve solid komponentler içeren birbiriyle ilişkili 3 kitleden örnek alındı. Materyalin non-spesifik ve tüberküloz kültüründe üreme olmadı. ARB ve Tbc polimeraz zincir reaksiyon negatif sonuçlandı. Patolojisi kist hidatik olarak sonuçlanan (Şekil 1b) ve cerrahi düşünülmeyen hastaya albendazol başlandı. Sonrasında gönderilen kist hidatik İHA 1/1280 (pozitif) saptandı. Tedavinin 1. ayında kontrol planlanan hasta takibe alındı.

Sonuç: *Echinococcus granulosus*'da karaciğer dışı intraabdominal organların primer tutulumu nadirdir, ancak *E. granulosus*'un her organı tutabileceği akılda tutulmalıdır. İntraabdominal hidatik kistin tanısında BT önemli olmakla birlikte bazen tanı cerrahi sonrasında konulabilmektedir. Özellikle endemik bölgelerde kistik kitlelerin ayırıcı tanısında, kist hidatik unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrahepatik, kist hidatik, malignite



Şekil 1. a, b) Kontrastlı abdomen BT (a), kütiküler membran ve içerisinde protoskoleksler (b) (hematoksilen eozin x200)

[PS-111]

Sistemik Lipozomal Amphoterisin B ile Başarılı Şekilde Tedavi Edilen Kutanöz Leishmaniasis Olgusu

Fatma Kaçar, Fatma Çölkesen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Leishmaniasis bazı kum sinekleri ile taşınan parazitik bir hastalıktır. Leishmania türleri intrasellüler yerleşim göstererek farklı klinik tablolar oluşturlar. Bunlar kutanöz, visseral ve mukokutanöz leishmaniasis olarak adlandırılır. Dünyanın bir çok bölgesinde endemik enfeksiyon yapar. Kutanöz leishmaniasis (KL), Türkiye'nin güneydoğu bölgelerinde endemik olarak görülmektedir. Kliniği, parazit ve konak ile ilgili çeşitli faktörlere bağlı olarak oldukça farklılık gösterebilmektedir. Sıklıkla yüz, göz kapağı, alın ve el bileği gibi vücudun açık yerlerinde görülen, nodülo-ülseratif yaralarla seyreden atrofik skatrisle ve/veya şekil bozukluklarıyla iyileşen bir enfeksiyon hastalığıdır. Burada hastanemize başvurusundan 6 ay önce yüz bölgesi ve ekstremitelerde ülseratif lezyonları ortaya çıkan ve lezyondan yapılan

direkt yaymalarında leishmania amastigotları görülen bir hastanın sistemik lipozomal amforterisin B ile başarılı bir şekilde tedavisi sunulmaktadır.

Olgu: On sekiz yaşında Suriyeli erkek hasta her iki gözde, dudakta, kol ve bacaklarda 6 aydır olan yara şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Üç yıldır Türkiye'de yaşadığı öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ alt göz kapağında, sol göz üst kapağında, üst ve alt dudak sağ kenarında ödemli, hafif keratotik eritematöz nodüler lezyonlar mevcuttu. Ayrıca bilateral ayak bileği anteriorunda, sağ kol posteriorunda ve sağ el bileğinde 2 cm çaplı eritematöz, üzeri hafif kurutlu ve deskuame plak şeklinde lezyonlar mevcuttu, diğer sistem muayeneleri doğaldı, organomegali saptanmadı. Tetkiklerinde lökosit sayısı: 7670 hücre/mm^3 (3910-10900 hücre/mm^3), hemoglobin: 18 gr/dl (13,5-16,9 gr/dl), platelet: 525,000 hücre/mm^3 (150,000-450,000 hücre/mm^3), sedimentasyon: 39 mm/saat (0-25 mm/saat), C-reaktif protein: 3 mg/l (0-5 mg/l) saptandı. Hastanın dudaktaki lezyondan alınan kazıntı örneğinde leishmania amastigot formları görüldü. Lezyonların yerleşim yeri nedeniyle lokal tedavi uygulanamamasından dolayı lipozomal amforterisin B 3 mg/kg/gün dozunda 1-5. günler ve sonrasında 14. ve 21. günlerde olmak üzere birer doz daha verildi. Takiplerde lezyonların çok hafif iz bırakarak iyileştiği gözlendi.

Sonuç: Beş değerlikli antimonlar (meglumin antimonat ve sodyum stiboglukonat) erişkin KL hastalarında etkili olup güvenli bir şekilde kullanılmaktadır. Lipozomal amforterisin B KL hastalığında özellikle pentavalan antimonallerin dirençli veya kontrendike olduğu durumlarda tedavide alternatif bir ilaçtır. Bu çalışmada; lezyonların (özellikle alt göz kapağı) yeri dolayısı ile lokal antimon bileşiklerinin kullanılamadığı bu nedenle lipozomal amforterisin B ile başarılı şekilde tedavi edilen hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Amastigot, leishmaniasis, lipozomal amphoterisin B

[PS-112]

Brusella ile Enfekte Hastalarda Tedavi Sonrası Standart Tüp Agglütinasyon Değerlerinin Takip Edilmesi Ne Kadar Yararlı?

Meyha Şahin[1], Esra Zerdali[2]

[1]*Şırnak Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şırnak*
[2]*İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Brusella ile enfekte hastaların tanısında en çok kullanılan yöntem standart tüp agglütinasyonu (STA) testi olup, tedavi takibinde tartışmalı olmakla birlikte yaygın olarak kullanılmaktadır. Biz de çalışmamızda STA değerlerinin tedavi öncesi ve sonrası sonuçlarını ve tedavi takibinde önemini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2017- Aralık 2018 tarihleri arasında bir yıl süre ile Şırnak ilinde ikinci basamak bir hastaneye başvuran ve bruselloz tanısı ile 3-15 ay takip edilen 55 hastanın tedavi öncesi ve tedavi sonrası STA değerleri araştırıldı. STA sonucu 1/160 ve üzerinde pozitif titre veren hastaların değerleri pozitif olarak kabul edildi ve ölçülebilen en yüksek titre değeri ise 1/1280 idi. Tedavi ile birlikte bu değerlerdeki değişim oranları, bu oranların hastaların klinik bulguları ile ilişkileri ve STA'nın tedavi takibindeki önemi araştırıldı.

Bulgular: Brusella ile enfekte 55 hastanın 39'u (%72,7) kadın, yaş ortalaması ise 38,3 (15-84) saptandı. Hastalarımızın %63,5'i akut enfeksiyon tablosunda iken, geri kalanlar subakut tablodaydı. Olgularımız 6 hafta-6 ay arasında tedavi aldı ve hastaların tamamı tedaviye klinik yanıt verdi. Brusella ile enfekte hastaların STA test sonuçları ve tedavi sonrası titre değerleri Tablo 1'de verildiği gibidir. Hastaların %54,5'inde tedavi sonrası STA titrelerinde düşüş izlenirken, sadece %31'inde negatifleşmiştir. Beş hastada sakroileit, üç hastada epididimoorşit ve bir hastada periferik artrit gelişmiş olup hastaların toplam %16,3'ünde organ tutulumu eşlik etmekteydi. Organ tutulumu eşlik edenlerin %66,5'inde titrede düşüş saptanırken, %22'sinde negatifleşti. Sakroileit gelişen iki hasta altı ay tedavi alırken, geri kalan hastalar altı hafta tedavi almıştır. Altı ay tedavi alan hastalardan birinde STA titresinde sadece düşüş izlenirken biri negatifleşti. Hastaların 14'ü (%25,5) daha önce brusella geçirmişti. Relaps gelişen hastaların %42'sinde STA titresinde düşüş izlenirken, %28,5'inde negatifleşme izlendi. Relaps gelişen hastalarda STA değerlerinde gerileme oranlarının naif hastalara göre daha düşük olduğu izlendi.

Sonuç: Brusella ile enfekte hastalarda tedaviye yanıtın değerlendirilmesi ve relaps gelişme ihtimalini öngörmek oldukça zordur. Biz de brusella ile enfekte hastalarda tedavi sonrası takip ettiğimiz STA değerlerinin her zaman hastaların klinik bulguları ile paralel sonuçlanmadığını ve titre artışına klinik kötüye gidiş eşlik etmediğini gözlemledik, ancak STA değerlerindeki değişimin relaps oranları ile ilişkisinin aydınlatılabilmesi için hastaların daha uzun süre takip edilmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, tanı, tedavi takibi

Tablo 1. Brusella ile enfekte hastaların STA test sonuçları ve tedavi sonrası titre değerleri

STA değerleri	Toplam hasta sayısı	Titresi negatifleşenler (%)	Titresi azalanlar (%)	Titresi değişmeyenler (%)	Titresi artanlar (%)
1/160	7	5 (71)		1 (14)	1 (14)
1/320	11	3 (27)	1 (9)	3 (27)	4 (36)
1/640	5	2 (40)		1 (20)	2 (40)
1/1280	32	7 (22)	12 (37,5)	13 (40,5)	
Toplam	55 (100)	17 (31)	13 (23,5)	18 (32,5)	7 (12,5)

[PS-113]

Coronavirüslere Bağlı Gelişen Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

Fatma Zehra Avşar[1], Özge Özgen Top[1], Zeynep Tekin Taş[1], Hasan Selçuk Özger[1], Murat Dizbay[1], Özlem Güzel Tunçcan[1], Gülendam Bozdayı[2], Aylin Altay[2]

[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Giriş: Alfa coronavirüsler (HCoV-229E ve HCoV-NL63), beta-coronavirüsler (HCoV-HKU1, HCoV-OC43, MERS-CoV) ve SARS-CoV (ağır akut solunum yolu coronavirüsü) insanlarda üst solunum yolu enfeksiyonlarına neden olabilmektedir. Coronavirüsler özellikle kış ve ilkbahar aylarında görülen toplum kökenli üst solunum yolu enfeksiyonlarının yaklaşık üçte birine neden olmaktadır. Çocuk ve erişkinlerde pnömoni ve akut solunum yetmezliklerine neden olabildiği gösterilmiştir. Bu çalışmada hastanemizde nazofarengeal örneklerde PCR ile insan coronavirüs (HCoV) saptanan hastalar alt solunum yolu enfeksiyonu gelişimi açısından değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 01.01.2016-31.12.2018 tarihleri arasında yatarak takip edilen ve solunum yolu viral paneli istenilen hastalar geriye dönük olarak değerlendirilmiş ve PCR yöntemi ile HCoV pozitifliği saptanan olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar yapılan radyolojik değerlendirme (PA grafi ± toraks tomografi) sonuçlarına göre pnömoni gelişen ve gelişmeyen olarak gruplandırılmıştır. Hastalar pnömoni gelişimi açısından demografik özellikleri, komorbid hastalıkları, semptom

ve bulguları, laboratuvar değerleri (hemogram, biyokimya, mikrobiyolojik sonuç) ve eşlik eden bakteriyel enfeksiyonlar açısından karşılaştırılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, kategorik olmayan değişkenlerin karşılaştırılmasında ise normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann-Whitney U testi, normal dağılım gösterenlerde ise Student t-test kullanılmıştır ve p<0,05 anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 651 hastadan solunum yolu viral paneli örneği gönderilmiş olup 321 hastada PCR ile pozitiflik saptanmıştır. PCR ile pozitiflik saptanan hastaların 61'inde (%19) insan coronavirüs saptanmıştır. On hasta klinik ve laboratuvar verileri yetersiz olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Elli bir hastanın 26'sında (%50,9) pnömoni saptanmıştır. Malignite varlığı pnömoni gelişimi ile ilişkili bulunmuş, diğer komorbid durumların pnömoni gelişimi ile ilişkisi saptanmamıştır. Pnömoni gelişen hastalarda C-reaktif protein (CRP) düzeyleri yüksek saptanmıştır. Prokalsitonin düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. HCoV-229E serotipi ile gelişen enfeksiyonlarda pnömoni sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Coronavirüs ile ilişkili pnömoni gelişen olgularda yoğun bakım destek gereksinimi, 14. ve 28. gün mortalite sıklığı anlamlı yüksek olarak saptanmıştır. Hastalar pnömoni gelişimi açısından karşılaştırılmış olup Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Özellikle maligniteli hastalarda nazofarengeal ya da diğer solunum yolu örneklerinde özellikle coronavirüs HCoV-229E serotipi saptanması ve CRP düzeylerinin yüksek olması durumunda pnömoni gelişimi açısından dikkatli olunmalı ve yakın klinik takip yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Coronavirüs, PCR, pnömoni

Tablo 1. Coronavirüs saptanan hastaların pnömoni gelişimi açısından karşılaştırılması

	Pnömoni var n=26 (%)	Pnömoni yok n=25 (%)	p değeri
Kadın cinsiyet	11 (%52,4)	10 (%47,6)	0,867
Erkek cinsiyet	15 (50)	15 (50)	
Yaş	59,7±17,1	53,04±17,8	0,350
Komorbid hastalık			
Malignite	12 (46,2)	4 (16)	0,018
Diyabet	9 (34,6)	5 (20)	0,242
Kronik karaciğer hastalığı	2 (7,7)	1 (4,0)	0,571
Kronik böbrek hastalığı	4 (15,4)	2 (8,0)	0,409
Kronik kalp hastalığı	3 (11,5)	3 (12,0)	0,959
Kronik akciğer hastalığı	7 (26,9)	4 (16,0)	0,340
Semptom ve bulgular			
Ateş	16 (61,5)	13 (52,0)	0,492
Öksürük	20 (76,9)	18 (72,0)	0,687
Miyalji	2 (7,7)	7 (28,0)	0,052
Boğaz ağrısı	6 (23,1)	11 (44,0)	0,113
GİS semptomları	3 (11,5)	5 (20,0)	0,404
Laboratuvar bulguları			
Beyaz küre	9947±7868	11204±7359	0,391
Nötrofil yüzdesi	76±22	70±17,3	0,075
Platelet sayısı	178,973±125,900	225,920±90,810	0,080
Alanin aminotransferaz	30,3±24,3	39,6±35,6	0,727
Aspartat aminotransferaz	37,9±32,2	34,2±28,8	0,376
BUN	59,7±20,1	64,0±14,8	0,692
Kreatin	1,6±1,4	1,3±1,5	0,210
C-reaktif protein	116±84	65±60,5	0,008
Prokalsitonin	3,2±8,03	3,1±13,1	0,068
PO_2	59,7±20,1	64,0±14,8	0,474
PCO_2	37,0±8,4	34,1±5,7	0,217
Laktat	1,7±1,0	1,4±0,58	0,685
Coronavirüs serotipi			
HCoV-229E	12 (46,2)	14 (56,0)	0,047
HCoV-HKU1	5 (19,2)	1 (4)	0,047
HCoV-OC43	4 (15,4)	9 (36)	0,047
HCoV-NL63	5 (19,2)	1 (4)	0,047
Viral co-patojen	8 (30,8)	6 (20)	0,558
Kanıtlanmış bakteriyel enfeksiyon	6 (23,1)	6 (24)	0,938
Yoğun bakım yatış	10 (38,5)	3 (12,0)	0,027
14. gün mortalite	6 (23,1)	1 (4,0)	0,038
28. gün mortalite	7 (26,9)	1 (4,0)	0,018

Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, kategorik olmayan değişkenler ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.

[P-114]

Diyabetik Ayak Enfeksiyonu Olan Hastayı Hiperbarik Oksijen Tedavisiyle Major Amputasyondan Koruyabilir miyiz?

Cumhur Artuk, Burcu Çalışkan Demirkıran, Mine Hasırcı, Cemal Bulut, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Diyabetik ayak enfeksiyonu (DAE), diyabetik hastalarda yaşamı tehdit edici ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle periferik nöropatisi, arteriyel veya venöz yetmezliği, ülserleri ve Charcot nöro-osteoartropatileri olan hastalarda bu enfeksiyonların tedavisi zor olabilir. Antibiyotik tedavisi ve yara bakımı uygulaması ile cerrahi müdahale bu enfeksiyonların tedavisinde köşe taşı olmasına rağmen, artan bir oranda hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) gibi yardımcı tedavi yöntemleri de tedavide yer almaktadır. Bu çalışmada HBOT'nin enfeksiyon seyri üzerindeki etkisini ve majör ampütasyona gidişi engelleyebilme etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2017-Ekim 2018 tarihleri arasında kliniğimizde yatan ve tedavi edilen DAE olan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların epidemiyolojik, klinik, laboratuvar ve tedavi verileri kaydedildi. HBOT alıp almadığı ve kaç seans tedavi aldığı kaydedildi. Yaralar Wagner sınıflandırmasına göre sınıflandırıldı. Sintigrafi veya manyetik rezonans ile osteomiyelit tanısı teyit edildi. Doku kültürü alındı. Tedavi süresi osteomiyelit ve yaranın büyüklüğüne göre belirlendi. Ampütasyon sonrası antimikrobiyal tedavi kesildi. İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 kullanıldı.

Bulgular: Çalışma süresince 51 hastada 59 DAE atağı saptandı. Ortalama yaş 60,7-11,5 yıldı (33-85 yıl). Hastaların 12'si kadındı (%20). Altta yatan hastalıklar olarak 28 hastada hipertansiyon, 13'de koroner arter hastalıkları ve 9'da kronik böbrek yetmezliği vardı. Yaraların çoğunluğu, 29 hastada Wagner sınıflandırması 4'dü. Radyolojik görüntülemeyle 28 hastada osteomiyelit tespit edildi. Hastaların epidemiyolojik özellikleri, yara sınıflandırmaları ile HBOT grubu olan ve olmayan hastalarda amputasyon oranları Tablo 1'de özetlendi. HBOT'nin ana kontrendikasyonu kalp yetmezliğiydi.

Sonuç: Ülkemizde HBO tedavisi DAE'de vazgeçilmez bir tedavi bölümü olarak sunulmaktadır. Ancak sonuçlarımız ampütasyon üzerindeki etkisinin sınırlı

olduğunu göstermiştir. Hastalarımızın çoğunluğunun Wagner sınıflamasına göre 3-4 olması ve osteomiyelit oranın da yüksek olması majör ampütasyon sayısının artmasının temel nedeni olarak değerlendirilmektedir. Erken evre hastalığı olan ve osteomiyeliti olmayan hastalarda, HBOT başarılı tedavinin bir parçası olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hiperbarik oksijen tedavisi, diyabetik ayak enfeksiyonu, majör ampütasyon

Tablo 1. Hiperbarik oksijen tedavisi majör ampütasyon üzerine etkisi

	HBOT alan (n=32)	HBOT almayan (n=19)	p
Yaş	62,1±11,1	58,4±12,2	0,273
Cinsiyet (E/K)	24/8	15/4	0,748
Wagner sınıflaması	3,5±0,8	3,4±0,8	0,632
Ampütasyon	15 (47)	6 (32)	0,283

[P-115]

Hastane Enfeksiyonu Etkeni Olarak İzole Edilen *Pseudomonas aeruginosa* Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

İlknur Erdem[1], Mustafa Doğan[1], M. Enes Kardan[1], Nazmiye Budak[2], Meral Gürcan[2], Hatice Gül Sarıkaya[3], Birol Şafak[4], Enes Ardıç[1], İlker Yıldırım[3], Nuri Kiraz[4]

[1]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ*

[2]*Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Kontrol Ekibi, Tekirdağ*

[3]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tekirdağ*

[4]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ*

Giriş: *Pseudomonas aeruginosa* hastane enfeksiyon (HE) etkenleri arasında önemli bir patojendir. Sık karşılaşılan enfeksiyonları pnömoni, kan dolaşım enfeksiyonu (KDE), idrar yolu enfeksiyonları, cerrahi alan enfeksiyonları, kemik ve eklem enfeksiyonları gibi çoğunlukla hastane kaynaklıdır. Artan çoklu antibiyotik direnci *P. aeruginosa* enfeksiyonlarında tedavi seçeneklerini daha da sınırlandırmış, hatta antibiyotik direnci endişe verici düzeye ulaşmıştır. Başlangıç tedavisinde uygun olmayan antibiyotik ile başlamak veya tedavide gecikme morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olmaktadır. Bu bildiride hastanemizde HE etkeni olarak *P. aeruginosa* izole edilen hastaların demografik ve klinik özellikleri, etkenin antimikrobiyal direnç özelliği, başlangıç antibiyotik tedavisi ve bu tedavinin sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 01 Ocak 2012-31 Aralık 2018 tarihleri arasında hastanemizde yatarak takip ve tedavi edilen hastalardaki HE etkeni olarak *P. aeruginosa* enfeksiyonlarına ait laboratuvar ve hastaya dayalı aktif sürveyans yöntemi ile toplanan veriler değerlendirildi. HE'lerinin tanımlanmasında, "Centers for Disease Control and Prevention" tarafından belirlenen tanımlar kullanıldı. Hastada aynı zamanda başka bir enfeksiyon etkeninin belirlenmesi ya da başka bir enfeksiyon odağı olması ya da *P. aeruginosa*'ya bağlı HE gelişen ve tedavi almakta iken başka bir HE gelişen hastaların verileri çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: 2012-2018 yılları arasında 946 hastane enfeksiyonunun 134'ünde (%14,1) etken *P. aeruginosa* idi. *P. aeruginosa*'ya bağlı HE tanısı alan 25 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 16'sı erkek, dokuzu kadın idi. Yaş ortalaması 72,16 (17-100) idi. Enfeksiyonların 10'u (%40) ventilatör ilişkili pnömoni (VİP), yedisi (%35) KDE (ikisi VİP sekonder KDE), üçü (%12) hastane ilişkili pnömoni, ikisi cerrahi alan enfeksiyonu, birisi kateter ilişkili-üriner sistem enfeksiyonu idi. On beş (%60) hasta Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatmakta idi. Dokuz (%45) hastada operasyon öyküsü vardı. İzolatların dokuzu (%36) seftazidim, sekizi (%32) meropenem, beşi (%20) siprofloksasin dirençli idi. Yedi (%24) hastada başlanılan antibiyotik tedavisi değiştirildi. Otuz günlük mortalite %60 idi.

Sonuç: *P. aeruginosa*'nın etken olduğu HE'lerinde olguların daha çok yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalar olduğu ve VİP olgularının diğer HE'lerine göre göreceli olarak daha fazla görüldüğü saptandı.

Anahtar Kelimeler: *P. aeruginosa*, antibiyotik direnci, mortalite

[P-116]

İmmünosüpresif Tedavi Alan Hastalarda Hepatit B Profilaksisi

Nurgül Andiç, Ayşe Betül Uslu Ersöz, Sibel Bolukçu, Meliha Meriç Koç

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Onkolojik/hematolojik, romatolojik hastalıkların izleminde kullanılan immünosüpresif ilaçlar, hastalıklarla mücadelede imkanlar sağlamakla birlikte HBV gibi bazı enfeksiyonların reaktivasyonuna sebep olabilmektedir. Çalışmamızda Onkoloji/Hematoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon/Romatoloji, Dermatoloji kliniklerine başvuran ve immünosüpresif tedavi öncesi yapılan taramalarında HBV reaktivasyonu açısından anti-viral tedavi başlanması uygun görülmüş hasta özelliklerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'ne 1 Ocak 2016-31 Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran >=18 yaş, HBV reaktivasyonu riski olan olgular çalışmaya dahil edildi. HBV reaktivasyonu açısından riskli immünosüpresif ilaçlar literatür bilgisine dayanarak belirlendi. İmmünosüpresif tedavi gereksinimi olan altta yatan hastalıkları, yaş, cinsiyet, HBV tarama testleri (HBsAg, anti-HBs, anti-HBclg ve HBV-DNA), alanine aminotransferaz (ALT), karaciğer biyopsi sonuçları ve anti-viral tedaviler çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya 128 olgu dahil edildi, bunların %54,7'si (n=70) erkek, yaşların ortalaması 53,75±11,7 idi. İmmünosüpresif tedavi alma nedenleri sıklık sırasına göre otoimmün hastalıklar (n=47, %36,7), hematolojik malignite (n=46, %35,9), solid organ tümörleri (n=32, %25) ve solid organ nakilleri (n=3, %2,3) idi. HBV reaktivasyonu açısından olgulardan 50'si (%39,1) orta, 48'i (%37,5) yüksek ve 30'u (%23,4) düşük riskli ilaç kullanımı mevcuttu. HBV reaktivasyonu riskini belirlemek için olguların %97,6'sına HBsAg, %87,4'üne anti-HBs, %64,6'sına anti-HBclg total, %78,1'ine HBV-DNA taraması yapıldı. HBsAg taraması yapılan olguların %70,9'u pozitifti. Olguların sekizinde izole anti-HBclg pozitifken 41'inde HBV-DNA negatifti. HBV-DNA pozitifliği olanların median değeri 2602 IU/ml (276-78178 IU/ml) idi. Biyopsi yapılanların (n=12) altısında histolojik aktivite indeksi >=6 ve beşinde ise fibroz skoru >=2 idi. ALT medyan değeri 21 U/l (15-34,5) idi. Hepatit B reaktivasyonu riski olan hastaların 54'üne entekavir, 39'una lamivudin ve 35'ine tenofovir tedavisi başlandı. Yüksek riskli grupta anlamlı olarak entekavir tedavisi başlandı (p=0,001). Tedavi başlananların 16'sının tedavisi değiştirildi. Bunların ikisinin başlangıç tedavisi tenofovir iken entekavire değiştirildi, 14'ünün altısında lamivudinden tenofovire ve sekizi entekavire değiştirildi.

Sonuç: Kılavuzlarda immünosüpresif tedavi alacak hastalar için HBV reaktivasyonu açısından tarama yapılması önerilmektedir. Düşük riskli (<%1) bir ilaç kullanacak olsalar bile reaktivasyon olması durumunda o kişi için

%100 olacağı ve gelişecek olan karaciğer yetmezliği durumunda hastanın karaciğer nakline kadar ilerleyebileceği, hatta mortalite ile sonuçlanabileceği unutulmamalıdır. Hastaların immünosüpresif tedavi öncesi HBV açısından tarama testlerinin yapılması ve riskli hastalara antiviral tedavi başlanması gerekliliği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, immünosüpresyon

[PS-117]

Klebsiella pneumoniae Etkenli Nekrotizan Fasiit ve Pnömoni Birlikteliği

Uğur Kostakoğlu[1], Sevda Özdemir Al[1], Pınar Erdoğan[1], Maksude Esra Kadıoğlu[2], İlknur Esen Yıldız[1], Beysim Özcan[3], Ayşe Ertürk[1]

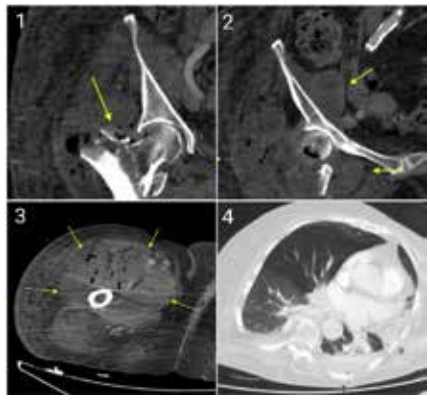
[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize*
[3]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Rize*

Giriş: Nekrotizan fasiit (NF) veya nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu (NYDE) deri, deri altı doku ve yüzeyel fasyadaki yaygın nekroz ile karakterize, nadir görülmesine rağmen mortal seyirli bir hastalıktır. NF olguları çoğunlukla polimikrobiyal olmakla birlikte, yakın zamanda monomikrobiyal olgu raporlarında artış olmuştur. Predispozan risk faktörleri diyabet, kronik karaciğer hastalıkları gibi immünosüpresyona yol açan durumlardır. Hematojen yayılım veya direkt inokülasyon yolu ile oluşan bu enfeksiyonlar klinik olarak; fulminan doku yıkımı, sistemik toksisite bulguları ve yüksek mortalite ile karakterizedir. Doğru tanı ve uygun tedavi, erken cerrahi müdahale ve antibiyotik tedavisini içermelidir. Kliniğimizde takip ettiğimiz monomikrobiyal *Klebsiella pneumoniae* etkenli nekrotizan fasiit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Seksen dört yaşında kadın hasta, bir ay önce travma sonrası sağ femur boyun kapalı kırığı tanısı ile medikal takip edilirken bir haftadır sağ dizde ağrı ve şişlik yakınması ile başvurdu. Bilinen tip 2 diabetes mellitus tanısı ile insülin kullanan obez hastanın genel durumu kötü, şuur konfü, kısmi oryante ve koopereydi. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 36,9 °C, nabız 110 atım/dk, kan basıncı 110/60 mmHg, solunum sayısı 30/dk idi. Dinlemekle akciğerlerin sağ bazalinde raller duyuldu. Sağ diz ekleminde palpasyonda hassasiyet, hiperemi ve krepitasyon saptandı. Sağ alt ekstremitede çap farkı belirgindi. Diğer sistem bulguları normaldi. Hastanın laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de gösterildi. Akciğer tomografisinde sağ bazalde pnömonik infiltrasyon ve parapnömonik efüzyon görüldü (Şekil 1). Eklem ponksiyonunda hava çıkışı olan hastaya çekilen sağ alt ekstremite tomografisinde "sağ femur boyun kesiminde ve proksimal metafizde parçalı fraktür, etrafında hava ve yumuşak dokuda ödem" görüldü (Resim 1). Hastaya pnömoni ve nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu tanısı ile meropenem 3 g/gün, vankomisin 2 g/gün ve klindamisin 1800 mg/gün kombine tedavileri başlanarak acil cerrahi debritman yapıldı. Debritman materyalinin Gram-boyamasında her sahada bol lökosit ve Gram-olumsuz basil görüldü. Doku, püy, balgam ve kan kültürlerinde *K. pneumoniae* üremesi oldu. İdrar kültürü sterildi. Hasta postoperatif yoğun bakım ünitesinde antibiyotik ve destek tedavileri, günlük cerrahi alan bakımı ile entübe takip edilmektedir.

Sonuç: Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları nadir görülmesine rağmen uygun antibiyotik tedavisi altında oldukça mortal seyreden bir kliniktir. Hastamızda olduğu gibi immünosüprese konakta bir enfeksiyon odağından (pnömoni) hematojen yayılımla nekrotizan fasiit gelişebilmektedir. Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları acil cerrahi müdahale ve kombine tedavi gereken, önemli bir klinik tablo olup, akılda tutulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Klebsiella pneumoniae*, monomikrobiyal, nekrotizan fasiit



Şekil 1. 1) Femur boynunda parçalı deplase fraktür. 2) Alt ekstremite koronal bilgisayarlı tomografi görüntüsünde sağ iliopsoas kasından başlayarak uyluk anteriorundaki kas planları boyunca intramüsküler apse odakları ve hava değerleri, 3) Aksiyel kesitte kuadriseps femoris kasının tüm kompartmanlarında apse ve hava değerleri, 4) Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi aksiyel kesitte solda konsolidasyon ve atelektazi alanları (A) ve bu alanlar komşuluğunda efüzyon (B) izlenmektedir

Tablo 1. Hastanın laboratuvar sonuçları

Kan tetkiki	Sonuç	(Normal aralık)
Hemogram		
Beyaz küre sayısı (10^3/µl)	14,5	(4-10)
Nötrofil %	89,7	(50-70)
Hemoglobin (g/dl)	10,0	(11-16)
Trombosit sayısı (10^3/µl)	387	(150-450)
Biyokimyasal testler		
Glukoz	236	(70-110)
Üre (mg/dl)	130	(17-56)
Kreatinin (mg/dl)	1,33	(0,7-1,3)
Aspartat aminotransferaz (U/l)	39	(5-34)
Alanin aminotransferaz (U/l)	22	(0-55)
Gama glutamil transferaz (U/l)	50	(12-64)
Laktat dehidrogenaz (U/l)	410	(125-220)
Alkalen fosfataz (U/l)	100	(40-150)
Albümin (mg/dl)	2,1	(3,5-5)
Total bilirubin (mg/dl)	0,6	(0,2-1,2)
Na	135	(136-145)
Enflamasyon göstergeleri		
Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/s)	85	(0-20)
C-reaktif protein (mg/dl)	17,7	(0-0,5)
Hemostaz		
INR (sn)	1,11	(0,8-1,2)

[PS-118]

Scedosporium apiospermum'a Bağlı Gelişen Bir Merkezi Sinir Sistemi Enfeksiyonu Olgusu

Hazal Erdem[1], Rıdvan Karaali[1], İlker İnanç Balkan[1], Gökhan Aygün[2], Ali Ergün Eryürekli[3], Osman Kızılkılıç[3], Yusuf Tunalı[4], Cihan İşler[5], Mustafa Uzan[5], Bilgül Mete[1], Neşe Saltoğlu[1], Fehmi Tabak[1]

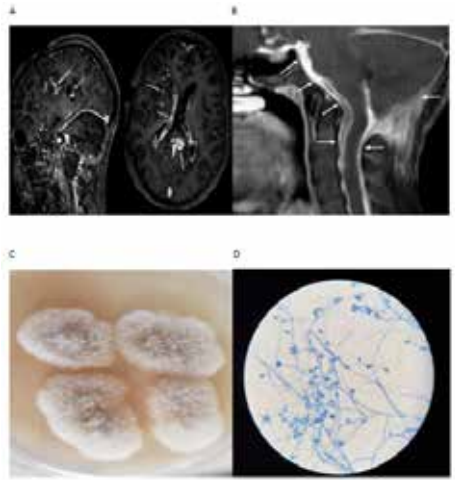
[1]*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mikoloji Bölümü, İstanbul*
[3]*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Nöroradyoloji Bölümü, İstanbul*
[4]*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul*
[5]*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Beyin ve Omurilik Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: *Scedosporium apiospermum* doğada yaygın olarak bulunan saprofit bir mantardır. Genellikle kronik subkutanöz enfeksiyon etkenidir. Merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu nadir görülen bir durumdur. *Scedosporium* spp. ile gelişen MSS enfeksiyonlarının fatalitesi yüksek ve tedavi yönetimi zordur. Bizim olgumuzda postoperatif hastada *S. apiospermum* MSS tutulumunu irdeledik.

Olgu: On beş yaşındaki erkek hasta dış merkezde difüz pilositik astrositom nedeniyle iki kez opere edilmiştir. İkinci operasyondan üç hafta sonra menenjit bulguları ile aynı merkeze başvurmuştur. Spesifik etiyolojik etken üretilemeyen, yaklaşık bir ay süreyle parenteral ve intratekal antibiyoterapiye rağmen yanıt alınamayan hasta kliniğimize interne edildi. Ciddi hidrosefali saptanan hastaya ekstraventriküler drenaj yerleştirildi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde hafif azalmış glukoz, artmış protein düzeyi ve nötrofilik lökositoz görüldü. Gram-boyamada az miktarda lökosit görüldü. Kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntüleme incelemesinde hafif düzeyde menenjit bulguları mevcuttu. Hastaya meropenem (6 g/gün) ve vankomisin (2 g/gün) başlandı. Alınan birden fazla BOS kültürü steril kaldı. Yatışının 8. gününde halen ateşli olan hastanın nörolojik durumunda bozulma olması üzerine tanısal amaçlı posterior fossa cerrahisi gerçekleştirildi. Operasyon sırasında sentetik duraplasti materyalinin etrafında püy gözlendi. Apsenin Gram incelemesinde bol lökosit görüldü. Hemokültür şişesine inoküle edilen örnekte iki gün sonra üreme oldu ve pasaj alındı. İki gün sonrasında tüysü, gri-beyaz kolonilere sahip küf ürediği görüldü. Bu sırada alınan BOS kültüründe de benzer koloniler üredi. Laktofenol pamuk mavisi boyası ile yapılan incelemede *Scedosporium* türlerinin tipik konidi oluşumu gözlendi ve etken MALDI-TOF ile *S. apiospermum* şeklinde doğrulandı. Hastaya intravenöz vorikonazol (6 mg/kg q12h) başlandı. Şerit gradient yöntemi ile bakılan MIK değerleri; vorikonazol, posakonazol, liposomal amfoterisin B ve ekinokandinler için sırasıyla 0,125; 0,50; 4 ve >32 µg/ml bulundu. Hastanın ateşi tedavinin 15. gününde geriledi. Kontrol amaçlı alınan tüm BOS kültürleri (8 kez) steril kaldı. Tedavinin 21. gününde çekilen kraniyal MRG'de bazal menenjite eşlik eden mikroapseler ve devam eden ciddi ventrikülit bulguları izlendi. İki ay sonra oral vorikonazol (2x200 mg) tedavisine geçildi ve ventrikülo-peritoneal şant takıldı. Nörolojik durumu stabil seyreden hastanın en az 1 yıl oral vorikonazol tedavisi ile takibi planlandı.

Sonuç: Postoperatif menenjit olgularında bakteriyel etkenin saptanamaması ve antibakteriyel tedaviye yanıt alınamaması durumunda *Scedosporium* ve diğer küf mantarları akla getirilmelidir. Vorikonazol uzun dönem etkinlik ve güvenlik açısından ilk seçenek tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Postoperatif menenjit, *Scedosporium apiospermum*, vorikonazol



Resim 1. a) T1W aksiyel ve sagittal görüntülerde ventriküllerin ependimal yüzeylerinde kontrast tutan nodüler lezyonlar (ok) ve sağ frontal lobda mikroapse oluşumları (çift başlı ok), b) Medulla spinalis ve posterior fossa çevresindeki leptomeningeal alanlarda kontrast tutulumu (oklar), c) Saboraud dekstroz agarda *Scedosporium apiospermum* kolonileri, d) Laktofenol pamuk mavisi boyası ile boyamada *Scedosporium apiospermum*'un tipik konidileri

[PS-119]

Febril Nötropenik Hastaların Kan Kültürlerinden İzole Edilen Mikroorganizmalar ve Antibiyotik Duyarlılık Profillerinin Belirlenmesi

Ayten İskenderova, Gülşen Yörük, Aysel Karataş, Nagehan Didem Sarı

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Febril nötropenili (FEN) hastalarda en önemli morbidite ve mortalite nedeni enfeksiyonlardır. Bu hastalarda genellikle kültür sonucu beklenmeksizin ampirik antimikrobiyal tedavi başlanmaktadır. Başlangıç antimikrobiyal tedavinin uygunluğu ile gelişen enfeksiyonun mortalitesi arasında yakın ilişki vardır. Çalışmamızda hastanemiz hematoloji kliniğinde takip edilen hastaların FEN atağı sırasında kan kültüründe (KK) üreyen etkenlerin dağılımını, antimikrobiyal duyarlılık-direnç durumlarının saptanmasını, antimikrobiyal seçimi konusunda politikalarımızı belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 1 Ocak 2012-31 Aralık 2017 yılları arasında hastanemizin hematoloji kliniğinde KK'sinde üreme saptanan FEN'li hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hasta bilgilerine hasta dosyalarından, hastane bilgi yönetim sistemi ve laboratuvar bilgi yönetim sistemi kullanılarak ulaşıldı. Çalışmaya >=18 yaşında olan, mutlak nötrofil sayısı <=500/mm³ veya <1000/mm³ olup 24-48 saat içinde <500/mm³ olması beklenen, ateşi >=38,3 °C veya en az bir saattir 38 °C olan, ateşli dönemde KK alınan tüm hastalar dahil edildi. KK'lerinde üremesi olmayan, üç ve üzeri patojen üreyen, tek şişede üreme olup bu üremenin deri flora bakterileriyle kontaminasyon olarak değerlendirildiği hastalar çalışmaya alınmadı. KK'lerinde üremeyi saptayan otomatize BacT/ALERT (BioMerieux, Fransa) sistemi kullanıldı. Bakteriyel etkenlerin antibiyotik duyarlılık testleri AST261, AST262, AST640, AST325, AST326 (BioMerieux, Fransa) kartları ve *Candida* cinsi mayaların antifungal duyarlılıkları Broth mikrodilüsyon yöntemi (Sensititre YeastOne testi, fungal duyarlılık TREK Diagnostic Sistems UK) ile çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya 182 hastadaki 235 bakteremi ve fungemi atağı değerlendirmeye alındı. Kadın/erkek oranı 79/103, ortalama yaş 47 yıldı.

Nötropenik hastaların 139'unda (%76,4) tek, 35'inde (%19,2) iki, altısında (%3,3) üç ve ikisinde (%1,1) dört febril atak görüldü. FEN atağı sırasıyla en sık AML, ALL ve NHL'si olan hastalarda görüldü. Patojen olarak kabul edilen 628 KK şişesinden izole edilen 639 izolat incelendi. İzole edilen klinik kökenlerin %62,9'u Gram-olumsuz bakteriler (GNB), %32,9'u Gram-olumlu bakteriler (GPB), %4,2'si fungal kökenlerden oluşmaktaydı. Patojenlerin sıklığı, sırasıyla koagülaz olumsuz *Staphylococcus* spp. (KNS) (%27,5), *Klebsiella* spp. (%23,8), *Enterococcus coli* (%22,7), *Acinetobacter baumanni* (%7,8), *Pseudomonas* spp. (%5,6), *Candida* spp. (%3,4), *Enterococcus* spp. (%2,7), *Staphylococcus aureus* (%1,6), *Enterobacter* spp. (%1,2) idi. GPB'lerden en sık izole edilen türler KNS %83,8, *Enterococcus* spp. %8,1 ve *Staphylococcus aureus* %4,8 idi. Antibiyotik duyarlılıkları incelendiğinde metisilin direnci KNS'lerde %89,2 iken *S. aureus*'ta %37,5 idi. *Enterococcus* kökenlerinde ampisilin direnci %100, siprofloksasin %89, trimetoprim-sulfametoksazol %73,3, gentamisin %71,4, vankomisin %47 idi. GNB'lerden genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz üretimi *Klebsiella* spp. kökenlerinde %73,8, *E. coli*'de %52,7 idi. *Klebsiella* spp. kökenlerinde %76,1 piperasilin-tazobaktam, %74,3 trimetoprim-sulfametoksazol, %70,5 seftazidim, %56,8 meropenem direnci; *E. coli* kökenlerinde %74,5 trimetoprim-sulfametoksazol, %68,5 gentamisin, %68,3 siprofloksasin; *Pseudomonas* spp. kökenlerinde %60 imipenem ve %54,9 meropenem direnci, *A. baumanni* kökenlerinde kolistin haricinde tüm antibiyotiklere direnç tespit edildi. *Enterobacter* spp. kökenleri ise antibiyotiklerin hemen hepsine %50'den daha fazla duyarlıydı. Fungal kökenlerden en sık *Candida* spp. %81,5 izole edilmiş olup *C. albicans* kökenlerinde %40 flukonazol ve kaspofungin direnci, *Candida* spp. kökenlerinde ise %45,5 flukonazol, %9,1 kaspofungin direnci vardı. Amfoterisin B ve vorikonazol direnci hiç saptanmadı.

Sonuç: FEN atağı geçiren hastalarda ampirik antimikrobiyal protokollerini belirlemek için her merkezin hastalarından izole ettiği mikroorganizmaların sıklığını ve antibiyotik direnç profillerini bilmesi, güncellemelerini yapması gerekmektedir. Bunları dikkate alarak yapılacak antimikrobiyal seçimleri mortalite oranlarını azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Febril nötropeni, kan kültürü, antimikrobiyal duyarlılık

Tablo 1. FEN atağı sırasında kan kültüründe üreyen mikroorganizmaların dağılımı ve yüzdeleri

Üreyen mikroorganizma	n	%
Gram-olumsuz bakteri	402	62,9
Klebsiella spp.	152	23,8
Enterococcus coli	145	22,7
Acinetobacter baumanni	50	7,8
Pseudomonas spp.	36	5,6
Diğerleri	19	3
Gram-olumlu bakteri	210	32,9
KNS	176	27,5
Staphylococcus aureus	10	1,6
Enterococcus spp.	17	2,7
Diğerleri	7	1,1
Funguslar	27	4,2
Candida spp.	22	3,4
Candida albicans	5	0,8

KNS: Koagülaz negatif *Staphylococcus*. *Alan kısıtlaması olduğundan diğer tablolar yüklenemedi

[PS-120]

Geç Tanı Alan Mukokutanöz Layşmanyazis Olgusu

Hatice Tezcan[1], Aliye Baştuğ[1], Sibel Karabulut[1], Aysel Kocagül Çelikbaş[1], İpek Mumcuoğlu[2], Hürrem Bodur[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Giriş: Layşmanyazis; *Leishmania* cinsi protozoonlarla oluşan, deri tutulumu kutanöz ya da mukokutanöz formda olabilen, sistemik tutulumu visseral layşmanyaz (kala azar) olarak adlandırılan klinik şekilleri vardır. Kutanöz ve mukokutanöz layşmanyazis uzun süren nodülo-ülseratif lezyonlarla seyredip atrofik skatris ile iyileşir. Ülkemizde Güney ve Güneydoğu bölgelerinde endemik olarak görülmektedir. Ülkemize Suriye'den artan göçler nedeniyle layşmanyazis daha sık görülmeye başlamıştır. Kutanöz layşmanyazisin klinik spektrumu oldukça geniş olup, birçok deri hastalığını taklit edebilir. Bu raporda; 1 yıldır kutanöz ve mukokutanöz lezyonları nedeniyle çok sayıda merkeze başvuran ancak tanı alamamış bir olgu sunularak farkındalığı artırmak amaçlanmıştır.

Olgu: Dudak sağ üst yarısında krutlu lezyon ile polikliniğimize başvuran 17 yaşında erkek hasta, layşmanyazis düşünülerek lezyondan alınan kazıntı materyalinde amastigotlar saptanması üzerine tedavi amaçlı yatırıldı. Suriye'den bir yıl önce göç eden hastanın sağ dirseğinde o dönemde oluşan, skatris bırakarak kendiliğinden iyileşen lezyonu mevcuttu. Yaklaşık altı ay öncesinde oluşan, hastayı kozmetik açıdan rahatsız eden, üst dudağın sağ yarımında krutlu ödemli lezyon nedeniyle çok sayıda merkeze başvurduğu öğrenildi. Hastanın ampirik olarak başlanan sefuroksim aksetil tablet, amoksisilin-klavulonik asit tablet, fusidik asit + betametazon krem, triamsinolon asetonat pomad, asiklovir krem, levosetirizin tablet gibi çok sayıda ilaç kullanma öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede; ateşi olmayan hastanın sağ üst dudaktan oral mukozaya yayılan, etrafı hiperemik ve ödemli, keskin sınırlı, deriden kabarık, 15x20 mm boyutunda, sarı ve yer yer siyah krutlu lezyonu ile sağ dirsekte hiperemik, deri seviyesinde, 16x22 mm boyutunda skatrisyel lezyonu mevcuttu (Resim 1a). Diğer muayene bulgularında patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre: 5900/µl, nötrofil: %58, hemoglobin: 16,4 g/dl, PLT: 389000/µl, kreatinin: 0,59 mg/dl, alanin aminotransferaz: 24 IU/ml, aspartat aminotransferaz: 24 IU/ml, sedimentasyon: 13 mm/s, C-reaktif protein: 3 mg/l bulundu. Lezyondan alınan kazıntı smear örneğinin Giemsa boyaması ile bol lökosit ve layşmanya amastigotları görüldü (Resim 1b). Hıfzısıhha Merkez Halk Sağlığı Laboratuvarı'na gönderilen serum örneğinde ELISA yöntemiyle *Leishmania* IgM, IgG pozitif ve *Leishmania* spp. IgG dipstick pozitif olarak sonuçlandı. Hastaya 3 mg/kg liposomal amfoterisin B ardışık 5 gün tedavi uygulandı. 14. ve 21. günlerde aynı dozda amfoterisin B tekrarlandı. Tedavi sonrasında lezyon hafif skatris bırakarak iyileşti (Resim 1c).

Sonuç: Son yıllarda komşu ülkelerden artan göçler nedeniyle ülkemizde layşmanyazis olguları daha sık görülmektedir. Bu nedenle endemik olmayan bölgelerde çalışan hekimlerin lezyonu tanıması ve tedavisi konusunda farkındalığın arttırılması önemlidir.

Anahtar Kelime: Mukokutanöz layşmanyazis



Resim 1. a, b, c)

[PS-121]

Sıtmayla Savaş

Elif Sofuoğlu, Sinem Akkaya Işık, Ercan Yenilmez, Ayça İlbak, Burak Sarıkaya, Birol Balçın, Mehtap Aydın, Rıza Aytaç Çetinkaya, Levent Görenek

İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Kilinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bu bildiride ilaç direnci, komorbid hastalıklar ve bazen beklenmeyen yan etkiler gibi durumların olduğu bir arada bulunduran zor bir sıtma olgusunu ortaya koymak amaçlanmıştır.

Olgu: Elli sekiz yaşında erkek hasta, beş gündür aralıklı olarak yükselen ateş, ateşle beraber gelen titreme, terleme, baş ağrısı şikayetiyle acil servise başvurmuştur. Hastanın bir hafta önce iş nedeniyle gittiği Afrika'dan döndüğü öğrenilmesi üzerine sıtma düşünülerek tarafımıza danışıldı. Ayrıntılı anamnezinde hastanın seyahati öncesinde aşılarını ve profilaksi önlemlerini eksiksiz yerine getirdiği öğrenildi. Fizik muayenede ateşi 38,8 °C, nabzı 135/dk idi. Hastanın obezite nedeniyle efektif yapılamayan sistemik muayenelerinde patoloji saptanmadı. Tetkiklerinde beyaz küre (WBC): 7,970/m^3, hemoglobin (Hb): 15,6 g/dl, Plt: 32,000/m^3, C-reaktif protein: 143 mg/l, kreatinin: 2,41 mg/dl olarak saptandı. Hastanın sıtma olduğu düşünülerek "Sıtma Savaş Dairesi" arandı. Taraflarınca hasta başında hızlı antikor testi yapıldı. *Plasmodium falciparum* ve *Plasmodium vivax* pozitif geldi (Resim 1). Hastanın ince ve kalın yayma preperatları incelendi (Resim 2). Hastanın *P. falciparum* ve *P. vivax* tanısı kesinleşmiş oldu. Arthemether ve lumefantrine (20/120 mg) Sıtma Savaş'tan temin edildi. 2x4 tablet PO/gün olacak şekilde başlandı. Primakin de (15 mg) teslim alınarak 1x1 tablet PO/gün başlandı. Hastanın tedaviye rağmen ateşi hiç düşmeden 40 derece civarında seyretti. İdrar çıkışı azaldı, ateşi yükselince bilinci bozulmaya başladı. Plt: 25,000/m^3, kreatinin: 4,39 mg/dl C-reaktif protein (CRP): 234 mg/dl beyaz küre: 12,900/mm^3 iken alanin aminotransferaz (ALT) ve aspartat aminotransferaz (AST) üç kat artmıştı. Sıtma tedavisi oral formdan IV forma yani artesunate 60 mg 2x4 ampul tedavisine geçildi. Mevcut tedaviye rağmen böbrek yetmezliği derinleşen, bilinci kötüleşen ve antipiretik tedaviye rağmen ateşi 38 °C'nin altına hiç düşmeyen, aynı zamanda hipotansif seyreden (AKB: 100/60) hasta, yoğun bakım servisine nakledildi. Yakın takiplerinde mayi desteğiyle kreatinin: 2,32 mg/dl, PLT: 89,000/m^3, CRP: 73 mg/L, Hb: 10,5 g/dl ve ALT-AST 3 kat yüksek idi. Kreatinini düzelen fakat hemoglobin değeri gerilemeye devam eden hasta kanama odağı açısından araştırıldı. Patoloji saptanmadı. Hastanın 2-3 gün içinde Hb'si düzeldiği halde hız kırıcı tedavilere yanıt vermeyen taşikardisi (nabız: 200) gelişti. Cordorone başlandı. Birkaç gün daha yoğun bakımda takip edildi. Ateşi düşen, bilinci düzelen hasta, kliniğimize devralındı. Taşikardisi halen devam ettiğinden artesunate tedavisi 6. gününde (Plt: 316.000/mm^3 Hb: 11 g/dl WBC: 7,100/mm^3 kreatin: 1,09 mg/dl CRP: 55 mg/dl) kesildi. Genel durumu toparlayan hasta kardiyoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Sıtma, hastalık tanımı ve tedavisi açıkça ortaya konmuş olan bir hastalık olmasına rağmen hiç beklenmeyen yan etkilerle karşılaşabileceğimiz bir hastalıktır. Tüm sıtma olguları yakından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sıtma, *Plasmodium falsiparum*, *Plasmodium vivax*



Resim 1, 2. Kalın yayma preperatı

[PS-122]

Kalp Nakil Alıcısında *Campylobacter fetus*'a Bağlı Bakteriyemi

Yasemin Ayşe Tezer[1], Mustafa Akdi[2], Ayhanım Tümtürk[1], Ebru Aykut Arca[4], Ümit Kervan[3]

[1]Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara
[3]Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Kalp Nakil Ekibi, Ankara
[4]Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Solid organ transplant alıcılarında enfeksiyonların gelişiminde zamana bağlı farklılar vardır. Net immünosüpresyon esas belirleyicidir. Postoperatif bir yıldan sonra görülen enfeksiyonlar sıklıkla toplum kökenli enfeksiyonlar olurken, bir nakil alıcısında son üç ay içinde rejeksiyona bağlı immünosüpresif kullanımı graft ve hastayı, transplantın ilk dönemlerindeki risklerle karşı karşıya bırakır. *Campylobacter* türleri Gram-olumsuz, spor yapmayan, hareketli, kıvrımlı basildir. İntestinal ve ekstraintestinal hastalıklara neden olabilirler. Bakteriyemi olgularında etken daha çok *Campylobacter fetus*'tür. Bu oportunistik patojen kronik karaciğer hastalığı, kanser, ileri yaş ve HIV enfekte hastalarda bakteriyemi yaparken solid organ nakli alıcılarında da nadir olmakla beraber bakteriyemi etkeni olarak bildirilmektedir. Sıklıkla endovasküler bulgularla ortaya çıkabilir ve tekrarlayan bakteriyemilere ve uygun antimikrobiyal tedaviye rağmen komplikasyonlara sebep olabilirler. Bu bildiride 11 yıl önce kalp nakli olan bir hastada gelişen *C. fetus*'e bağlı bakteriyemi sunulmaktadır. Araştırmalarımıza göre literatürde bugüne kadar kalp nakil hastalarında raporlanmış *C. fetus*'e bağlı bir bakteriyemi olgusu bulunmamaktadır.

Olgu: Otuz üç yaşında 2007 yılında kalp nakli olan erkek hasta 18.09.2017'de dış merkezden karın ağrısı, bulantı, ateş, baş dönmesi şikayetleri ile merkezimize sevk edildi. Kabulünde ateş 38,9 °C, TA 90/70 mmHg, bilinç açık koopere ve oryente idi. Hikayesinde üç ay içinde rejeksiyon nedeniyle bir kez pulse steroid tedavisi aldığı öğrenilen hasta beş gündür yüksek ateş, bulantı, yaygın karın ağrısı ve baş dönmesi yakınmaları vardı. On sekiz gün önce kurban bayramı nedeniyle hastanın hayvan kesimi sırasında yardımcı olduğu öğrenildi. İzleyen 3. günde elinde hafif bir kızarıklık ve ısı artışı olduğunu belirten hasta herhangi bir travma, yaralanma öyküsü hatırlamadığını belirtti. Fizik muayenesi; yaygın batın hassasiyeti ve ateşi dışında belirgin patolojik bulgu yoktu. Hastadan alınan 4 kan kültüründe üreme oldu. Ampirik seftriakson 2x1 gr olarak başlandı. Gram-boyamasında spiral şekilli Gram-olumsuz basiller görüldü. Katalaz ve oksidaz testleri pozitif idi. VITEK® II otomatize sistem ve kütle spektrometre ile tiplendirme yapıldı. Antibiyotik duyarlılık testi Kirby Bauer disk difüzyon yöntemi ve E test ile çalışıldı. Seftriakson duyarlı olarak raporlanan hastanın tedavisi 14 güne tamamlandı. Olası komplikasyonlar için batın görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilirken transtorasik ekokardiyografi ile ek kardiyak patoloji rastlanmadı. 1,5 yıldır rutin kontrollerinde görülen hastanın *Campylobacter* bakteriyemisine sekonder ek sorunu olmadı.

Sonuç: Rejeksiyon tedavisi sonrası oppurtunistik enfeksiyonlar açısından SON alıcılarında dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalp nakil alıcısı, *Camplobacter fetus,* bakteriyemi

[PS-123]

Akciğer Nakil Olgularında Çok İlaç Dirençli *Acinetobacter baumanii* Enfeksiyonlarında Yüksek Doz Tigesiklin ile Kurtarma Tedavisi

Yasemin Ayşe Tezer[1], Sinan Türkkan[2], Fatmanur Çelik Başaran[2], Mehmet Furkan Şahin[2], Mahmut Subaşı[2], Alkın Yazıcıoğlu[2], Erdal Yekeler[2]

[1]*Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Akciğer Nakil Ekibi, Ankara*

Giriş: Akut böbrek yetmezliği akciğer nakli sonrası erken dönemde sıklıkla ortaya çıkabilen önemli bir komplikasyondur. Akciğer nakli olan hastaların yaklaşık %50 ile 70 arasında gözlenir. Post transplant dönemde survi olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle mümkün olduğunca nefrotoksik ajanlardan kaçınmak gerekir. Çok ilaç dirençli Gram-olumsuz bakteriler tüm dünyada hızla yayılırken tedavi seçenekleri olan antibiyotikler hala kısıtlı sayıdadır. Yüksek MİK değerlerine sahip bu çok ilaca dirençli mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyonlar yüksek mortaliteye neden olmaktalar. Tigesiklin 2005 yılından bu yana Avrupa Gıda ve İlaç Dairesi tarafından deri ve yumuşak doku enfeksiyonu, komplike intraabdominal enfeksiyon ve toplum kökenli pnömonilerde onay almasına rağmen, çok ilaca dirençli ve extensively drug resistant *Acinetobacter baumanii* ve *Enterobactericea* enfeksiyonlarında son başvurulacak antibiyotik olarak endikasyon dışı kullanılmaktadır. Hatta tüm ilaçlara dirençli *A. baumanii'nin* neden olduğu nozokomiyial pnömonilerde de tigesiklin kombinasyonlu tedavi rejimlerinde yüksek doz etkinlik ve güvenirliliği ile ilgili çalışmalar yer almaktadır. Tigesiklin 100 mg yükleme dozunu takiben günde iki kez 50 mg dozunda kullanım için onay almıştır. Yüksek doz uygulamaları literatürde 200 mg yükleme sonrası 2x100 mg idame şeklindedir. Bu olguda yüksek doz tigesiklin ile tedavi olan *A. baumannii* bakteriyemisi sunulmuştur.

Olgu: Elli bir yaşındaki erkek hastaya idiyopatik pulmoner fibrozise bağlı solunum yetmezliği nedeniyle intra operatif santral veno-arteriyel ekstrakorporiyal membran oksijenasyonu (V-A ECMO) desteği ile Mart-2017'de bilateral akciğer nakli yapıldı. Post-operatif periferik V-A ECMO ve mekanik ventilatör desteği ile yoğun bakım takibine alındı. Alemtuzumab ile immünosüpresyon indüksiyonu yapılıp takrolimus + prednizolon ile idame immünosüpresif tedavisi düzenlendi. Antibakteriyel profilaksisi donör kültürleri sonrası meropenem + kolistin inhaler şeklinde devam etti. İntraoperatif hemodinamik instabiliteden kaynaklı böbrek hasarı nedeniyle post-op 28 gün boyunca aralıklı HD uygulandı. Post-operatif ikinci haftada yoğun bakım ünitesinde enflamasyon markerlarında, GFR değerlerindeki yükselme olması ve BAL ile kan kültürlerinde *A. baumanni* üremesi üzerine tedavisi meropeneme tigesiklin (standart dozlarda) eklenmesi ile modifiye edildi. Üremeleri uygun tedaviye rağmen devam eden ve kliniği toparlamayan hastaya endikasyon dışı onayı ile tigesiklin 2x100 mg olacak şekilde yüksek doza geçildi. Takibinde BAL ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Tigesiklin yüksek doz kullanımına bağlı advers bir etki gözlenmedi. Antibiyoterapisi ilaçlara bağlı bir komplikasyon gelişmeden 10 güne tamamlanıp kesildi. Post operatif 2. yılında hasta rutin kontrollleri ile sorunsuz takip edilmektedir.

Sonuç: Tigesiklinin yüksek doz kullanımının etkinlik ve güvenirliliğini araştıran geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tigesiklin, yüksek doz, akciğer nakli

[PS-124]

Yine mi Direnç? HIV (+) Olguda Tedaviye Yanıtsız *Pneumocystis jirovecii* Pnömonisi

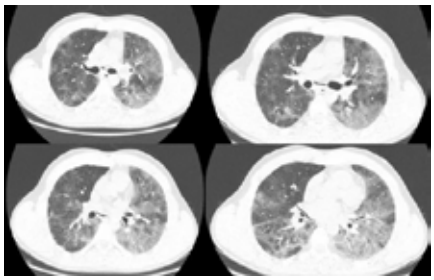
Nazlı Deniz Atik[1], Hüseyin Aytaç Erdem[2], Pervin Korkmaz Ekren[1], Hüsnü Pullukçu[2], Nevin Turgay[3], Mert Döşkaya[3], Selda Erensoy[4], Gülşen Mermut[2], Feza Bacakoğlu[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[3]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Parazitoloji Bilim Dalı, İzmir*
[4]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Viroloji Bilim Dalı, İzmir*

Giriş: HIV ile enfekte olmuş hastalarda *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi sıklığı erken dönemde başlanan etkin antiretroviral tedavi ile azalmış olmasına rağmen, özellikle tedavi almayan veya düşük CD4 T lenfosit sayılı hastalarda hala en sık görülen fırsatçı solunum yolu enfeksiyonudur.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü tariflemeyen 26 yaşında erkek hasta, 1 yıl önce HIV enfeksiyonu tanısı almış fakat tedavi almamıştır. Nefes darlığı, ateş şikayeti ile dış merkeze başvuran hastaya damar içi yolla seftriakson + levofloksasin + oseltamivir tedavisi verilmiştir. Hasta kendi isteği ile merkezimize başvurdu. Gelişinde CD4 T lenfosit sayısı 37 hücre/mm^3, HIV viral yükü 3117000 kopya/ml olarak saptanan hastaya antiretroviral tedavi (tenofovir disoproksil ve emtrisitabin 245 mg/200 mg, dolutegravir 50 mg/gün) başlandı. Dış merkezde çekilen yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografisinde *Pneumocystis jirovecii* ve sitomegalovirüs (CMV) pnömonisi düşünülen hastanın ağız çalkantı suyunda *Pneumocystis jiroveci* gerçek zamanlı PCR sonucu pozitif saptandı (Şekil 1). Trimetoprim/sulfametoksazol 20 mg/kg/gün ve gansiklovir 2x5 mg/kg tedavisi damar içi yolla başlandı. İzlemde kısa sürede non-invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hasta tip 1 solunum yetmezliği tanısı ile yoğun bakım izlemine alındı. IV metilprednizolon beş gün 80 mg, beş gün 40 mg, beş gün 20 mg alması planlandı. İzlemde hastada pnömotoraks gelişmesi üzerine bilateral tüp torakostomi + kapalı su altı drenajı uygulandı. Tedavisinin 11. gününde bronkoalveolar lavaj örneğinde gram weigert boyası ile *Pneumocystis jirovecii* kistleri, Giemsa boyası ile bol miktarda *Pneumocystis jirovecii* intrakistik cisimler ve trofozoitleri görülen hastada trimetoprim/sulfametoksazol direnci düşünüldü. Primakin 1x30 mg + klindamisin 4x600 mg + anidulafungin 1x200 mg yükleme, 1x100 mg idame tedavisi başlandı. Tedavisinin 10. gününde gönderilen BAL örneğinde direkt bakıda kist ve trofozoitler görülmedi. CMV-DNA izlemde sırasıyla 2984, 1363, 1246, 9027, 19180 pozitif olarak sonuçlanan hastada, miniBAL örneğinde de CMV-DNA pozitif olarak gelmesi nedeniyle gansiklovir tedavisinin 18. gününde direnç olabileceği düşünülerek, valgansiklovir 450 mg 2x2 başlandı (direnç testi gönderilmiş ancak teknik aksaklıklar nedeniyle o dönemde çalışılamamıştır). Klinik tablosu gerileyen hastanın takibinde CMV-DNA negatifleştiği görüldü. Ancak ilerleyen dönemde izleminde hastane enfeksiyonu nedeniyle çoklu antibiyoterapi uygulanan hastanın solunum yetmezliğinin progrese olması nedeniyle entübe edildi. Uzun süre invaziv mekanik ventilatör ile izlenen ve trakeostomi açılan hasta yoğun bakım yatışının 96. gününde hayatını kaybetmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Pneumocystis jirovecii*, klindamisin, ekinokandin



Şekil 1. Yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografi

[PS-125]

Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Bakteremilerin Değerlendirilmesi

Salih Atakan Nemli, Tuna Demirdal

Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Çalışmamızda hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) 2018 yılında saptanan kan dolaşımı enfeksiyonlarının, izole edilen etkenlerin dağılımının, klinik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2018 - 31.12.2018 tarihleri arasında Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi YBÜ'lerinde en az 48 saat süreyle yatarak izlenen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar enfeksiyon kontrol hekimi ve hemşirelerinden oluşan ekip tarafından prospektif olarak aktif sürveyans takibine alındı. Kan dolaşımı enfeksiyonu (KDE) tanısı "Centers for Disease Control" tanı kriterlerine göre konuldu. Hastaların demografik özellikleri, izole edilen mikroorganizmalar, klinik sonuçları değerlendirmeye alındı.

Bulgular: Çalışma periyodu boyunca kriterleri sağlayan 71 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların 40'ı (%56,3) erkek, yaş ortalamaları 64,4 (±13,5; 28-88), ortalama yatış süresi 96,9 (±89,2; 10-374) gün olarak saptandı. Olgularda toplam 87 bakteremi atağı izlendi, bu ataklarda toplam 123 mikroorganizma izole edildi. *Klebsiella pneumoniae* (n=24; %19,5), *Acinetobacter baumannii* (n=17; %13,8) ve *Escherichia coli* (n=12; %9,8) en sık izole edilen mikroorganizmalar olarak bulundu (Tablo 1). Mortalite oranları değerlendirmeye alındığında, 14 günlük mortalite oranı %28,7 (n=25), 28 günlük mortalite oranı %36 (41,4) olarak saptandı.

Sonuç: KDE, YBÜ'lerde önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Merkezlerin epidemiyolojik verilerini bilmesi, ampirik tedavi başlarken bunların göz önüne alınması önem taşımaktadır. Enfeksiyon kontrol önlemlerine azami uyumun sağlanması, etkin bir antimikrobiyal yönetim programının uygulanması gibi önlemler bu oranların geriletilmesinde ve mortalite oranlarının geriletilmesinde faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım üniteleri, bakteremi, mortalite

Tablo 1. İzole edilen mikroorganizmaların dağılımı

	n	%		n	%
Klebsiella pneumoniae	24	19,5	*Proteus mirabilis*	3	2,4
Acinetobacter baumannii	17	13,8	*Providencia stuartii*	3	2,4
Escherichia coli	12	9,8	*Serratia marcescens*	3	2,4
Enterococcus faecalis	10	8,1	*Enterococcus raffinosus*	2	1,6
Koagülaz negatif stafilokoklar	8	6,5	*Stenotrophomonas maltophilia*	2	1,6
Staphylococcus aureus	8	6,5	*Acinetobacter lwoffii*	1	0,8
Enterococcus faecium	7	5,7	*Enterococcus spp.*	1	0,8
Pseudomonas aeruginosa	7	5,7	*Klebsiella oxytoca*	1	0,8
Enterobacter aerogenes	6	4,9	*Morganella morganii*	1	0,8
Burkholderia cepacia	3	2,4	*Pseudomonas fluorescens*	1	0,8
Enterobacter cloacae	3	2,4			

[PS-126]

Bakteriyemi ile Seyreden Multifokal Tutulumlu *Staphylococcus aureus* Olgusu

Kader Görkem Güçlü, Sinan Öztürk, Şenol Çomoğlu, Zeynep Şule Çakar, Lütfiye Nilsun Altunal, Ayşe Serra Özel, Ayten Kadanalı

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: *Staphylococcus aureus*, toplum kökenli ve hastane kaynaklı bakteriyemiye neden olabilir. Metisilin dirençli *S. aureus* bakteriyemisinin mortalitesi, metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus* (MSSA) göre daha yüksektir. Olgumuzda MSSA bakteriyemili; femoral ve epidural apsenin eşlik ettiği spondilodiskit olgusu sunulmuştur.

Olgu: Kronik hastalığı olmayan 81 yaşındaki erkek hasta; sol bacakta şişlik, kızarıklık şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde; 15 yıldır olan deri lezyonları mevcuttu. Deri biyopsisinde patoloji saptanmamış. Bir ay önce deri lezyonları için prednizolon tedavisi başlanmış 13 gün önce kesilmiştir. Fizik muayenesinde; dinlemekle akciğerde kaba ralleri saptandı. Vücut korpusunda maküler target lezyon benzeri döküntü, skrotumda hiperemi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın yapılan tetkiklerinde; C-reaktif protein (CRP): 22 mg/l, prokalsitonin: 3,1 ng/ml, beyaz küre 18.400/mm^3 (%92 nötrofil), hemoglobin: 10,8 gr/dl, diğer tetkikleri normal sınırlarda saptandı. Doppler ultrasonografide; popliteal vende derin ven trombozu (DVT) saptandı. Hastaya skrotal kontakt dermatit, DVT, selülit ön tanılarıyla piperasilin-tazobaktam ve vankomisin IV başlandı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide sağ akciğerde üst lobda 11x7 mm boyutta kaviter nodüller izlendi, septik emboli ile uyumlu olduğu düşünüldü. Sol alt lobda buzlu cam dansiteleri saptandı. Yapılan tüberkülin deri testi anerjik saptandı. Alınan üç balgamında da EZN boyama ile aside dirençli basillerin görülmedi. Vankomisin tedavisi sonrasında akut renal yetmezliği gelişen hasta diyalize alındı. Vankomisin tedavisi kesilerek linezolid tedavisine geçildi. Yapılan trans torasik ekokardiyogramda vejetasyon saptanmadı. Yatışında alınan iki set kan kültüründe ve idrar kültüründe MSSA üremesi oldu. Antibiyoterapinin beşinci gününde alınan kan kültüründe tekrar MSSA üremesi gerçekleşti. Odak araştırmak amacıyla kemik, eklem görüntülemesine karar verildi. Piperasilin-tazobaktam ve linezolid tedavisinin 7. gününde tedavi ampisilin-sulbaktam ve linezolid olarak değiştirildi. Çekilen manyetik rezonansta, "sol femur çevresinde 10 cm boyutunda apse, L3-S1 anteriorepidural mesafede 12 mm*63 mm sıvı lokülasyonları, sağ psoasda 15 mm boyutlu apse izlendi (Şekil 1). Spondilodiskitle uyumlu olduğu düşünüldü. *Brucella* tüp aglünitasyon negatif, RF negatif sonuçlandı. Beyin cerrahisi tarafından operasyon planlandı. Epidural apse drenajı yapıldı. Per-operatif alınan kültürlerinde üreme olmadı. Tedavinin 13. gününde linezolid stoplandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı ve diyaliz ihtiyacı kalmayarak hemodiyaliz kateteri çekildi. CRP: 9 mg/l'ye, sedimentasyon: 32 mm/saate geriledi, tedavinin 47. gününde amoksisilin-klavulonik asit ile taburcu edildi. Takiplerine poliklinikten devam edilmektedir.

Sonuç: MSSA bakteriyemi ile birlikte spondilodiskite yol açabilmektedir. Yaşlı ve immünosüpresan hastalarda risk artmaktadır. Uzamış ateşi olan ve antibiyoterapiyle *Staphylococcus aureus* bakteriyemisinin kontrolü sağlanamayan olgularda kemik eklem enfeksiyonları ve yumuşak doku apseleri mutlaka akılda tutulmaldır.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, *Staphylococcus aureus*



Şekil 1. Lomber manyetik rezonans

[PS-127]

Ateş ve İkterle Seyreden Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu! Enfeksiyon mu? Kanser mi?

Seçil Deniz[1], Nurgül Ceran[2], Serpil Erol[2]

[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli
[2]İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: HIV/AIDS tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de ciddi bir sağlık sorunudur. HIV ile enfekte hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar yanısıra kanser gelişme riski de artmıştır. Bu çalışmada, bir HIV/AIDS olgusunda ateş ve ikter tablosu ile ortaya çıkan primer kemik iliği Hodgkin lenfoması sunulmuştur.

Olgu: Bir haftadır süren, üşüme titreme ile yükselerek 41 °C'yi bulan ateş yükseklikleri ile başvuran 32 yaşındaki erkek hastanın bütün vücutta sararma, idrar renginde koyulaşma, bulantı kusma ve ishal şikayetleri mevcuttu. Hasta, iki yıldır AIDS tanısı ile izlenmekte, emtrisitabin-tenofovir disoproksil ve lopinavir + ritonavir tedavisi almaktaydı. Öyküsünde son bir yıldır, yaklaşık 20 günde bir üşüme titreme ile yükselen ve 5-6 günde gerileyen ateş yüksekliklerinin olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta-iyi, bilinci açık, koopere görünümdeydi. Vücut sıcaklığı 38,4 °C, kan basıncı 100/60 mmHg olarak ölçüldü. Skleralarda ve deride yaygın ikteri mecvuttu. Sol servikal bölgede 0,5-1 cm çaplı bir iki adet lenfadenopati ve hepatosplenomegali tespit edildi. Yapılan tetkiklerde periferik kanda lökosit sayısı: 1850/ul, hemoglobin: 9,3 g/dl, trombosit sayısı: 19,000/ul, kan glukozu: 91 mg/dl, kreatinin: 0,69 mg/dl, aspartat aminotransferaz: 179 IU/l, alanin aminotransferaz: 96 IU/l, gama glutamil transferaz: 56 IU/l, total bilirubin 5 mg/dl, direkt bilirubin 3,7 mg/dl, C-reaktif protein: 9,40 mg/dl, prokalsitonin: 3,64 ng/ml, sedimentasyon: 31 mm/saat, HIV-RNA negatif, CD4 hücre düzeyi: 191 hücre/mm^3 olarak tespit edildi. Ultrasonografik değerlendirmelerde servikal, supraklavikular, aksiller ve inguinal bölgelerde 23 mm'yi geçmeyen reaktif görünümlü lenf nodları, toraks bilgisayarlı tomografide mediastende milimetrik boyutta lenf nodları, bilateral plevral efüzyon, akciğer parankiminde yaygın retiküler ve nodüler dansite artışları tespit edildi. Batın radyolojik değerlendirmelerinde hepatosplenomegali dışında safra yollarına ait patoloji saptanmadı. Hastanın Epstein-Barr virüs, sitomegalovirüs, toksoplazma, HHV-8, Tbc açısından yapılan değerlendirmelerinde spesifik enfeksiyon bulgusu saptanmadı. Kemik iliğinin histopatolojik ve immünohistokimyasal incelemesi ise ön planda Hodgkin lenfoma ile uyumlu bulundu. Klinik durumu hızla bozularak akut solunum sıkıntısı sendromu gelişen hasta kısa sürede kaybedildi.

Sonuç: Maligniteler, HIV/AIDS hasta grubunda morbidite ve mortalitenin önde gelen sebeplerindendir. HAART'nin yaygın kullanımı ile sık görülen Kaposi sarkomu ve non-Hodgkin lenfoma insidanslarında önemli bir azalma olmakla beraber, Hodgkin lenfoma oranlarında bir artış gözlenmektedir. Bu olgu, HIV/AIDS olgularında AIDS tanımlayıcı maligniteler arasında öncelikli olmamakla birlikte farklı klinik tablolar sergileyerek, hızlı ve ilerleyici seyir gösterebilen Hodgkin lenfomaya dikkat çekmek için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ateş, HIV/AIDS, ikter

[PS-128]

Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Etkenlerinin Dağılımı ve Çoklu Direnç Profili

Saliha Kazcı[1], Başak Dokuzoğuz[1], İpek Mumcuoğlu[2], Halime Araz[1], Aysel Kocagül Çelikbaş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Kan dolaşım enfeksiyonu (KDE) şüphesiyle kan kültürleri alınan hastalara, enfeksiyonun ağır seyri nedeniyle mikrobiyolojik sonuçlar beklenmeden ampirik tedavi başlanmalıdır. Bu hastaların yönetimi, genel olarak mikrobiyolojik verilerden önce ampirik tedavinin başlatılmasından ve mikrobiyolojik verilerle tedavide yapılan değişikliklerden oluşur. Antimikrobiyal direncin arttığı bu dönemde bakteriyemik hastaların tedavisi karmaşık hale gelmektedir. Her hasta için uygun antimikrobiyal rejimin belirlenmesinde çeşitli faktörlerin değerlendirilmesi gerekir. Yerel patojen dağılımı ve direnç profili de bu noktada önem arz eder. Çalışmamızda, kan dolaşım enfeksiyonu etkeni mikroorganizmaların dağılımını ve çoklu direnç varlığını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, tüm klinik bölümlerinde yatırılan, kabulü sırasında veya yatışının devam ettiği sürede alınan kan kültüründe üreme sinyali tespit edilen ve kan dolaşım enfeksiyonu tanısı konulan ardışık 100 hasta çalışmaya alınmıştır. Kan dolaşım enfeksiyonu tanısı, CDC/NHSN (Centers for Disease Control and Prevention/National Healthcare Safety Network) 2018 tanı kriterlerine göre konmuştur. Her mikroorganizma için etkili antibiyotik sınıfından 3 veya daha fazla grupta bir antibiyotiğe direnç olması multidrug resistant (MDR) olarak, en fazla (<=2) iki grupta yer alan antibiyotiğe duyarlılık ve diğer tüm antibiyotiklere direnç varlığı extensively drug resistant (XDR), tüm antibiyotik sınıflarına direnç varlığı pandrug resistant (PDR) olarak sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 100 hastanın 12'sinde polimikrobiyal kan dolaşım enfeksiyonu saptanmıştır. Polimikrobiyal kan dolaşım enfeksiyonu etkenleri eklendiğinde, toplam 114 KDE etkeni mikroorganizmanın direnç profili çalışılmıştır. Kan dolaşım enfeksiyonlarında etkenlerin çoğunun Gram-olumlu mikroorganizma (n=60, %52,6) kaynaklı olduğu görülmüştür. Gram-olumsuz mikroorganizmaların oranı %43,8 (n=50) ve mayaların oranı %3,5 (n=4) saptanmıştır. Tüm etkenlerin yarısından MDR olmayan mikroorganizmalar sorumluyken, kalan yarısından MDR veya XDR etkenler sorumlu bulunmuştur. Hiçbir mikroorganizmada PDR saptanmamıştır. Mikroorganizmaların dağılımı ve direnç varlığı Tablo 1'de ayrıntılı gösterilmiştir.

Sonuç: Dirençli mikroorganizmalarla enfeksiyonlarda artışın önemli bir problem haline geldiğini, 2017 yılı içinde hastanemizde çoklu direnç profilini gösteren bu çalışma da ortaya koymaktadır. Kritik ve hastanede yatan hastalarda enfeksiyöz durumlar için yetersiz tedavinin, uzamış hospitalizasyon süresi yanı sıra daha fazla morbidite ve mortalite dahil kötü sonuçlarla ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Kan dolaşımı enfeksiyonlarında ampirik tedavi seçiminde olası patojenleri ve direnç profillerini öngörmek, sonuçları iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Direnç, kan dolaşım enfeksiyonu

Tablo 1. Direnç durumlarına göre etken mikroorganizmaların dağılımı

	Direnç durumu			
	MDR değil (n=57)		MDR veya XDR (n=57)	
	n	%	n	%
GRAM POZİTİF				
S.aureus (n=33)	16	28,1	17	29,8
Koagülaz Negatif Stafilokok (n=4)	1	1,8	3	5,3
Enterococcus spp. (n=15)	11	19,3	4	7,0
Streptococcus spp. (n=6)	5	8,8	1	1,8
Corynebacterium striatum (n=2)	0	0,0	2	3,5
GRAM NEGATİF				
E.coli (n=27)	10	17,5	17	29,8
Klebsiella spp. (n=7)	3	5,3	4	7,0
Enterobacter spp. (n=2)	2	3,5	0	0,0
Morganella morganii (n=1)	1	1,8	0	0,0
Acinetobacter spp. (n=6)	0	0,0	6	10,5
Pseudomonas spp. (n=4)	3	5,3	1	1,8
Serratia marcescens (n=1)	0	0,0	1	1,8
Achromobacter spp. (n=2)	1	1,8	1	1,8
MANTAR				
Candida spp. (n=4)	4	7,0	0	0,0
Gram pozitif	33	56,1	27	47,4
Gram negatif	20	36,8	30	52,6
Candida spp.	4	7,0	0	0,0

[PS-129]

Genişlemiş Spektrumlu Beta-laktamaz Olumlu *Klebsiella* spp. Suşlarında Karbapenem Direncinin Araştırılması

Hatice Kılıç, Sedat Kaygusuz, Ergin Ayaşlıoğlu Açıkgöz, Ayşegül Tuna, İlknur Akkuş

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) salgılayan *Klebsiella* spp. hastane kaynaklı enfeksiyonların önemli nedenlerinden biridir. Tedavide karbapenem grubu antibiyotikler iyi bir tercih olmasına rağmen, günümüzde giderek artan direnç söz konusudur. Bu çalışmamızda hastanemizde yatan veya ayaktan başvuran hastalardan, kültürlerinde GSBL olumlu *Klebsiella* spp. üretilen hastalarda karbapenem duyarlılıklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Laboratuvarımıza 1 Ocak-31 Aralık 2018 tarihleri arasında ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalardan, klinik semptomları olan hastalardan, Gram-boyalamalarında nötrofil saptanan ve enfeksiyon etkeni olarak kabul edilen örnekler incelenmiştir. Üreme tespit edilen örnekler VITEK® 2 Microbial ID/AST testing system -2018 (ABD) ile tiplendirilmiş ve antibiyotik duyarlılıkları elde edilmiştir. Aynı hastaya ait tekrarlayan örnekler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bulgular: Alınan örneklerden 67'sinde GSBL olumlu *Klebsiella* spp. izole edilmiştir (örneklerin 30'u toplum kökenli, 34'ü hastane kökenli). GSBL olumlu *Klebsiella* spp. her iki grupta da en sık idrar örneklerinden izole edilmiştir. Toplum kökenli enfeksiyon etkeni olan suşların karbapenem direnci bulumazken, hastane kökenli enfeksiyon etkeni olan suşların %14'ünde karbapenem direnci tespit edilmiştir (Tablo 1).

Sonuç: Özellikle hastane kökenli enfeksiyonlara neden olan etkenler içinde önemli yer tutan *Klebsiella* türlerinde giderek artan karbapenem direnci mevcuttur. Bu durum tedavi seçeneklerini önemli oranda azaltmaktadır. Bu nedenle enfeksiyon kontrol yöntemleri taviz verilmeden uygulanmalı, her ünite tarafından kendi bakteriyel etken dağılımı ve antibiyotik duyarlılıkları mutlaka takip edilmeli, akılcı antibiyotik kullanımı kurallarına uyulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: GSBL, karbapenem, *Klebsiella*

Tablo 1. GSBL olumlu *Klebsiella* spp. karbapenem direnç durumu

Örnekler	Toplum kökenli n (%)	Toplum kökenli karbapenem direnci (%)	Hastane kökenli n (%)	Hastane kökenli karbapenem direnci (%)
İdrar	27 (90)	0	18 (52)	0
Kan	-	-	5 (14)	1 (20)
Yara	2 (6)	0	8 (23)	3 (37)
Diğer	1 (3)	0	6 (17)	1 (16)
Toplam	30	0	34	5 (14)

[PS-130]

Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde 2018 Yılında Gözlenen Sağlık Bakımı İlişkili Enfeksiyonların Değerlendirilmesi

Bahar Örmen[1], Şenay Onat[2], Nesrin Türker[1], Nurbanu Sezak[1], Serap Ural[1], Sibel El[1]

[1]Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir
[2]Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, İzmir

Giriş: Bu çalışmada hastanemiz beyin cerrahisi yoğun bakım ünitesinde (BCYBÜ) 2018 yılında tespit edilen sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonların (SBİE) değerlendirilmesi ve sürveyans verilerinin paylaşımı amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Enfeksiyon Kontrol Komitesi çalışmaları kapsamında üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanemizde BCYBÜ'de 1 Ocak 2018-31 Aralık 2018 arası bir yıllık dönemde SBİE yönelik sürveyans verileri prospektif ve kesitsel olarak değelendirildi. Hastalar, hastaya ve laboratuvara dayalı aktif sürveyansla takip edildi. SBİE tanısı Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tanı kriterleri doğrultusunda kondu.

Bulgular: Sürveyans verileri değerlendirildiğinde 407 hasta, 2717 hasta gününde, tüm enfeksiyonlar başlığında takip edildi. SBİE hızı (SBİEH) %18,67, insidans dansitesi 27,97 olarak saptandı. Laboratuvar tarafından doğrulanmış kan dolaşımı enfeksiyonu, nozokomiyal pnömoni, alt solunum yollarının enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu hızları sırasıyla %5,41, %5,65, %2,21, %4,91 olarak tespit edildi. SBİE etkeni olarak izole edilen mikroorganizmalar arasında Gram-olumsuz bakterilerden *Klebsiella pneumoniae* (%22), *Acinetobacter baumannii* (%18), *Pseudomonas aeruginosa* (%13) ilk sıralarda yer aldılar. Kandida türleri %11, enterokok türleri %10 oranlarında tespit edildi. *Klebsiella* türlerinde genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz üretimi %80, karbapenem direnci %78 idi. *Acinetobacter baumannii* suşlarında karbapenem direnci %97, kolistin direnci %6 oranında tespit edildi. Enterokoklarda vankomisin direnci saptanmadı. Stafilokoklarda metisilin direncine rastlanmadı.

Sonuç: BCYBÜ 2018 verileri değerlendirildiğinde hasta sayısında ve SBİE hızında geçen yıla göre artış gözlendi. Özellikle çok ilaca dirençli Gram-olumsuz bakteri enfeksiyonları en önemli ve çözümü zor problem olmaya devam etmektedir. BCYBÜ birinci basamak yoğun bakım kriterlerini karşılamasına rağmen hasta yoğunluğu ve izlenen hasta profilinin özelliği

gereği ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım hizmeti vermektedir. Bu nedenle invaziv araç ilişkili enfeksiyonlara sık rastlanmaktadır. SBİE önlemede başta el hijyeni olmak üzere enfeksiyon kontrol önlemlerine tam uyum gereklidir. Yoğun bakım ünitesinin fizik şartlarının iyileştirilmesi ile de SHİE oranlarında azalma sağlanacağı umulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon, direnç

[PS-131]

Hastanemizde Yatan Hastalardan Alınan Kan Kültürlerinde Üreyen *Candida* Türlerinin Kaspofungin ve Flukonazol Duyarlılıklarının İncelenmesi

Hatice Kılıç, Sedat Kaygusuz, Serdar Gül, Ayşegül Tuna, Gökçe Ayvaz

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinin (YBÜ) hasta profilinin değişimi özellikle ileri yaş, immünosüpresyonu veya malignitesi olan hastaların artışı kandidemi insidansını giderek artırmaktadır. Kandidemi hastanelerde yüksek mortalite ve morbidite sebebidir. YBÜ'lerde uygulanan invaziv girişimlerin sıklığı, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, altta yatan hastalıkların ağırlığı gibi durumların yanı sıra nozokomiyal bulaş da kandidemi riskini artıran faktörlerdendir. Çalışmamızda kan kültürlerinde üreyen *Candida* türlerinin kaspofungin ve flukonazol duyarlılıkları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Laboratuvarımıza 1 Ocak-31 Aralık 2018 tarihleri arasında gelen kan kültürlerinden üreme tespit edilen örnekler VITEK® 2 Microbial ID/AST testing system-2018 (ABD) ile tiplendirilmiş ve antifungal duyarlılıkları elde edilmiştir.

Bulgular: Alınan 4387 örnekten 11 hastaya ait kan kültüründe *Candida* spp. üretilmiştir. Aynı hastaya ait eş zamanlı ve tekrarlayan kan kültürleri çalışmaya dahil edilmemiştir. Dahil edilen 15 kan kültürü içinde en sık üretilen suş *Candida parapsilosis* olarak belirlenmiştir (%40). İzole edilen etkenlerde kaspofungin veya flukonazole direnç saptanmamıştır (Tablo 1).

Sonuç: Kandidemi, mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olması sebebiyle hastane enfeksiyonları içinde önemli bir yere sahiptir. İzole edilen kandida türünün antifungal direnç gelişimi olabileceğinden duyarlılık testlerine de gereksinim giderek artmaktadır. Kan kültürü sonuçları çıkmadan önce uygulanacak antifungal tedaviye karar vermek ve uygun ilaç seçimini yapmak için prevalans ve antifungal duyarlılık durumu göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Candida*, kan kültürü

Tablo 1. Kan kültürlerinde üreyen *Candida* spp. ve antibiyotik duyarlılıkları

Candida spp.	n (%)	Flukonazol H (%)	Flukonazol İ (%)	Flukonazol D (%)	Kaspofungin H (%)	Kaspofungin İ (%)	Kaspofungin D (%)
Candida albicans	4 (27)	4 (100)	-	-	3 (75)	1 (25)	-
Candida parapsilosis	6 (40)	6 (100)	-	-	6 (100)	-	-
Candida glabrata	4 (27)	1 (25)	3 (75)	-	4 (100)	-	-
Candida tropicalis	1 (6)	1 (100)	-	-	1 (100)	-	-
Toplam	15	-	-	-	-	-	-

[PS-132]

Yurtdışı Kaynaklı Sıtma: Dört Olgu Sunumu

Firuze Soyak, Emine Basınlı, Sevgi Özan, Merve Arslan, Tuğba Sarı, Suna Seçil Öztürk Deniz, Hüseyin Turgut

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli

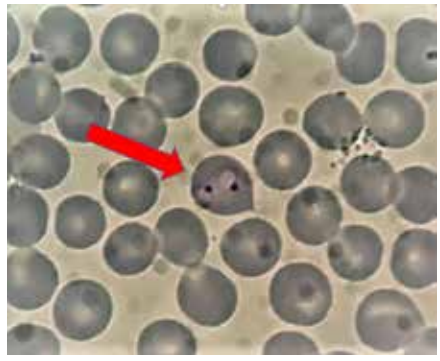
Giriş: Sıtma; *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium falciparum* ve *Plasmodium malariae*'nın en sık etken olduğu, Anopheles cinsi sivrisinekler, organ transplantasyonu veya enfekte kan (transfüzyon, transplasental yol) ile bulaşan bir hastalıktır. Burada kliniğimizde izlenen dört yurtdışı kaynaklı sıtma olgusu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem: 2018-2019 yıllarında kliniğimizde sıtma tanısıyla izlenen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Ateşli dönemde alınan kan örneklerinden Giemsa yöntemi ile boyanan ince ve kalın damla preparatlarda, ışık mikroskobunda parazitin gösterilmesi ile tanı konuldu ve İl Sağlık Müdürlüğü tarafından doğrulandı (Resim 1). Ulusal Sıtma Referans Laboratuvarı'nda dipstick testi yapıldı ve PCR ile elde edilen üç hastanın DNA örnekleri, "18S small-subünit rRNA" geni hedeflenerek, *P. vivax*, *P. falciparum*, *P. ovale* ve *P. malariae* türlerine özgül primerler kullanılarak genotiplendirildi.

Bulgular: Üç erkek, bir kadın olan olguların, yaş ortalaması 26,2±10,7 (19-42) idi. Hastaların tamamında saptanan ateşe en çok halsizlik ve ikter eşlik ediyordu. Laboratuvar değerlerinde en dikkat çeken bulgular; bilirubin düzeylerinde artış, Uluslararası normalleştirilmiş oran yüksekliği ve trombositopeniydi. Bir hasta *P. vivax* ve *P. falciparum*'a bağlı mikst sıtma tanısı alırken, iki hasta *P. vivax* ve bir hasta *P. falciparum*'a bağlı sıtma tanısı aldı. Olgu 1'in ateş öyküsü ile olan ilk başvurusunda, hasta yedi gün takip edildi, ateş yüksekliği saptanmadı ve yayma incelemeleri negatif bulunup taburcu edildi. Ancak iki hafta sonra ateş yüksekliği nedeniyle tekrar başvuran hastanın yayma incelemelerinde *P. vivax* ve *P. falciparum*'a ait gametosit ve trofozoid formları görülmesi ile miks sıtma tanısı konuldu. *P. falciparum*'a bağlı sıtma tanısı alan olgu 2'ye sadece artemeter + lumefantrine (20/120 mg, 2x2 tablet, 3 gün) verilirken diğer hastalara artemeter + lumefantrine (20/120 mg, 2x2 tablet, 3 gün), doksisiklin (2x100 mgr, 14 gün) ve primakin (0,5 mg/kg/gün, 14 gün) tedavileri verildi. Hiçbir hastada relaps gözlenmedi. Olguların demografik, klinik ve epidemiyolojik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Ülkemizde 2014 yılından itibaren yerli sıtma olgusu bildirilmemiş olsa da ülkemizin coğrafi konumu, iklim koşulları ve küreselleşen dünyada gittikçe artan endemik bölgelere seyahat edenler nedeniyle yeni salgınlara karşı dikkatli olunmalıdır. Olgu 1'in ilk takibinde ateşinin olmaması, *P. falciparum* ve *P. vivax* ile birlikte enfeksiyon görülmesi, anti-malaryal ilaçlara karşı olası bir direnç durumunda iki organizma arasında farklılık olabileceği hususları önemlidir. Ayrıca daha öncesinde ilaç kullanım öyküsü olan, ancak sonrasında tekrarlayan olgularda rekürren enfeksiyon ve sıtmanın edinildiği bölgedeki ilaç direnci düşünülmeli, tedavi tercihinde bu hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sıtma, *Plasmodium*, anopheles



Resim 1. Periferik yayma kan örneğinin mikroskobisinde parazit görünümü

Tablo 1. 2018-2019 yılında kliniğimizde izlenen yurtdışı kaynaklı sıtma olgularının demografik, epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar bulguları

	Olgu 1	**Olgu 2**	**Olgu 3**	**Olgu 4**
Yaş	20	24	42	19
Cinsiyet	Erkek	Erkek	Erkek	Kadın
Seyahat öyküsü	3 hafta önce Etiyopya	3 gün önce Sierra Leone	1 hafta önce Etiyopya	4 ay önce Sierra Leone
Meslek	Harita mühendisi	Din görevlisi	Tır şoförü	Öğrenci
Sivrisinek teması	Var	Var	Var	Var
Profilaksi öyküsü	Yok	Yok	Yok	Yok
Geçirilmiş sıtma öyküsü/tedavi	1 kez/tedavi almış	Yok	1 kez/tedavi almış	4 kez/tedavi almış
Klinik	Ateş, üşüme, titreme	Ateş, ishal, halsizlik	Ateş, bulantı	Ateş, sarılık, idrarda koyulaşma, halsizlik
Fizik muayene	Ateş (39,2 °C), skleralar ikterik, splenomegali	Ateş (39 °C)	Ateş (39,2 °C)	Ateş (39,6 °C), skleralar ikterik
Hb (g/dl)	13,1	13,7	17,1	14,3
Beyaz küre (K/ul)	4610	7300	9700	5900
Platelet sayısı (K/ul)	118000	190,000	133,000	185,000
Sedimentasyon (mm/sa)	45	26	32	29
C-reaktif protein (mg/dl)	5,3	0,9	5,1	4,0
Glukoz (mg/dl)	115	96	116	94
BUN (mg/dl)	17	10	17	8
Kreatinin (mg/dl)	1,24	1,04	1,02	0,77
ALT/AST (IU/l)	25/27	8/15	61/39	7/11
ALP (IU/l)	63	63	60	52
LDH (U/l)	318	195	348	253
Total bilirubin (mg/dl)	4,64	0,59	0,4	2,78
INR	1,6	1,4	1,05	1,31
Mikroskobik inceleme	*Plasmodium falciparum* ve *Plasmodium vivax*'a ait taşlı yüzük trofozoidleri ve gametositler	*Plasmodium falciparum* taşlı yüzük trofozoidleri	*Plasmodium vivax*'a ait taşlı yüzük trofozoidleri	*Plasmodium vivax*'a ait taşlı yüzük trofozoidleri
Plasmodium Dipstick (kromotografi)	-	Pozitif	Pozitif	Negatif
PCR	-	*Plasmodium falciparum*	*Plasmodium* vivax	*Plasmodium* spp.
Tedavi	Artemeter-lumefantrine, doksisiklin, primakin	Arthemeter-lumefantrine	Artemeter-lumefantrine, doksisiklin, primakin	Artemeter-lumefantrine, doksisiklin, primakin

[PS-133]

Genişletilmiş Spektrumlu Beta-laktamaz Pozitif veya Karbapenem Dirençli Gram-Olumsuz Bakterilerle Gelişen Üst Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Tedavisinde Seftriakson/Sulbaktamın Yeri

Damla Akdağ[1], Oğuz Reşat Sipahi[1], Hüsnü Pullukçu[1], Tansu Yamazhan[1], Sabire Şöhret Aydemir[2], Esra Erdem Kıvrak[3], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[3]*Edremit Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Balıkesir*

Giriş: Bu çalışmada, seftriakson/sulbaktamın (S/S) genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (ESBL) üreten veya karbapenem dirençli *Enterobacteriaceae* (CRE) ile ilişkili üst üriner sistem enfeksiyonları (ÜÜSE) tedavisindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Hastane kayıt sistemi analiz edilerek, Şubat 2014-Kasım 2018 arasında ÜÜSE tanısı ile S/S önerilen ve idrar kültüründe ESBL veya CRE üreyen toplam 70 olgu tespit edildi. Çalışmaya 72 saatten fazla S/S almış olan yirmi iki hasta dahil edildi. Tüm hastalara 12 saat ara ile 1 gr seftriakson ve 8 saat ara ile 1 gr sulbaktam verildi ve bu tedaviden 2-4 gün sonra kontrol idrar kültürü alındı. ESBL tespiti VITEK® 2 otomatik antimikrobiyal duyarlılık testleri (bioMerieux, Fransa) ve çift diskli sinerji testleri ile yapıldı. İmipenem, ertapenem ve meropenem direnci, e-test (bioMérieux) ile test edildi. Sonuçlar, EUCAST kriterlerine göre yorumlandı. Klinik başarı kontrol ziyaretindeki semptomların düzelmesi, mikrobiyolojik başarı ise steril kontrol idrar kültürü olarak tanımlandı. Genel başarı, tedavinin bitiminden sonraki gün klinik ve/veya mikrobiyolojik başarı olarak tanımlandı ve tedavinin sonuna kadar herhangi bir nedenden dolayı değişiklik olmadı.

Bulgular: Yirmi iki hasta (ortalama yaş 61±16,15; 10 kadın, 12 erkek) çalışmaya dahil edildi. Etiyolojide yer alan patojenler ajanlar şu şekildeydi: 18 ESBL pozitif *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. veya *Enterobacter* spp. (4'ü seftriaksona orta derecede dirençli ve 14'ü dirençliydi) ve 4 CRE (Tablo 1). Tüm hastalarda en az bir komplike edici faktör vardı (tekrarlayan idrar kateterizasyonu: 14, immün yetmezlik: 7, ürolojik cerrahi: 7, diabetes mellitus: 4). ESBL salgılayanlar ve CRE'deki genel klinik ve mikrobiyolojik başarı sırasıyla %66,6 (12/18) ve %25 (1/4) idi. Eşlik eden kan kültürü dördünde pozitifti. Hiçbir durumda terapi değişikliği gerektiren ciddi yan etki gözlenmedi. Yirmi sekiz günlük takipte nüks veya re-enfeksiyon olmadı.

Sonuç: S/S, seçilmiş olgularda ESBL üreten *Enterobacteriaceae*'ya bağlı ÜÜSE'nin ampirik/kurtarma tedavisinde bir alternatif olabilir.

Anahtar Kelimeler: Seftriakson, sulbaktam, üriner sistem enfeksiyonu

Tablo 1. Etiyolojik ajanlara göre tedavi başarısı

Etiyolojik ajan	N	Genel başarı
ESBL pozitif *E.coli* (seftriakson I*)	4	2 (50%)
ESBL pozitif *E.coli* (seftriakson R**)	10	8 (80%)
ESBL pozitif *Klebsiella spp.* (seftriakson R**)	3	1 (33%)
ESBL pozitif *Enterobacter spp.* (seftriakson R**)	1	1 (100%)
CRE	4	1 (25%)
Total	22	13 (59%)

*: orta düzey dirençli

**: dirençli

[PS-134]

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitesinden İzole Edilen Enterokok Türleri ve Antibiyotik Direnç Oranlarının Dağılımı

Hatice Kılıç, Ergin Ayaşlıoğlu Açıkgöz, Birgül Kaçmaz, Burçin Tuncel, İlknur Akkuş

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Vankomisin dirençli enterokok (VRE), hastanelerde yatan hastalarda kolonizasyon ve enfeksiyona neden olan dirençli bir mikroorganizmadır. Uzun süreli hastane yatışı, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, altta yatan ağır hastalık, kemoterapi, immünosüpresyon gibi risk faktörleri hastalarda VRE görülme sıklığını artırmıştır. Bu bildiride, hastanemizin yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan hastalardan alınan örneklerden izole edilen enterokok türleri ve antibiyotik direnç durumlarının araştırılması ve 2017 yılı verileri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 1 Ocak-31 Aralık 2018 tarihleri arasında YBÜ'den, semptomları olan hastalardan laboratuvarımıza gelen ve enfeksiyon etkeni olarak kabul edilen örneklerin kültürü yapılmıştır. Üreme olan örnekler VITEK® 2 Microbial ID/AST testing system-2018 (ABD) ile tiplendirilmiş ve antibiyotik duyarlılıkları elde edilmiştir. Bu sonuçlar aynı yöntemle 2017'de yapılan araştırma sonuçları ile kıyaslanmış, ki-kare testi ile p değeri hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda 2018 yılında YBÜ'de takip edilen hastalardan alınan klinik örneklerden elde edilen 97 *Enterococcus* spp. incelenmiş olup, en fazla izolasyon kan örneklerinden yapılmıştır (%51). İzole edilen enterokok suşlarının %7'si vankomisine dirençli olarak saptanmıştır. VRE suşlarının çoğunu hem 2017 hem de 2018 yılında, *Enterococcus faecium* oluşturmuştur. İki çalışmanın karşılaştırılması sonucunda, 2017 yılında vankomisin direnci %26 iken, 2018 yılında %7 olarak saptanmış olup hastanemizde VRE oranında azalma olduğu görülmüştür (p=0,0006). Enterokok türlerinin 2017 ve 2018 yılındaki antibiyotik direnç durumları Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir.

Sonuç: VRE yayılımını önlemek için izolasyon önlemlerine uyulması, akılcı antibiyotik kullanımının sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Enterokok, VRE

Tablo 1. Enterokok türlerinin dağılımı ve antibiyotik direnç oranları

	E. faecalis 2017 n (%)	*E. faecalis* 2018 n (%)	*E. faceium* 2017 n (%)	*E. faceium* 2018 n (%)	*E. hirae* 2017 n (%)	*E. hirae* 2018 n (%)
Toplam	41 (46)	51 (52)	49 (53)	44(45)	-	2
Ampisilin direnci	17 (41)	2 (4)	35 (71)	24 (55)	-	0 (0)
Vankomisin direnci	1 (4)	1 (2)	22 (44)	6 (14)	-	0 (0)
Tigesiklin direnci	1 (2)	1 (2)	11 (22)	5 (11)	-	0 (0)

Tablo 2. 2018 yılında üretilen enterokok türlerinin izolasyon yerleri

	Kan n (%)	İdrar n (%)	Yara n (%)	Periton n (%)	Diğer n (%)	Toplam
Enterococcus faecalis	32 (64)	10 (29)	3 (100)	2 (67)	4 (67)	51 (52)
Enterococcus faceium	16 (32)	25 (71)	-	1 (33)	2 (33)	44 (45)
Enterococcus hirae	2 (4)	-	-	-	-	2 (2)
Toplam	50 (51)	35	3	3	6	97

[PS-135]

Dang Ateşi: Üç Olgu Sunumu

Vahibe Aydın, Esra Zerdali, Filiz Pehlivanoğlu, Ayşegül İnci Sezen, Melike Nur Kültür, Mustafa Yıldırım

İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Dengue virüsünün (DENV) dört serotipinden birinin neden olduğu, insanlara Aedes cinsi sivrisineklerle bulaşan, tropikal ve subtropikal ülkelerde görülen, akut, epidemik, febril bir hastalıktır. Kırılmış gibi kemik ağrılarına neden olduğu için "Kırık Kemik Humması" adı da verilir.

Olgu 1: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 41 yaşındaki erkek hasta halsizlik, ateş ve yaygın eklem ağrısı, bilateral alt ekstremitelerde makülopapüler döküntü ile müracat etti. Anamnezinde 11 gün önce Güney Amerika'dan döndüğü, döndükten iki gün sonra şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Yapılan tetkiklerinde lökosit (WBC): 9000 u/l, Trombosit (PLT): 77000 u/l, C-reaktif protein: 70 mg/l, alanin aminotransferaz (ALT): 59 u/l, aspartat aminotransferaz (AST): 42 u/l saptandı. Sistem muayeneleri doğaldı. Halk Sağlığı Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Ulusal Arbovirüs ve Viral Zoonotik Hastalıklar Laboratuvarı'na gönderilen DENV IgM ve PCR pozitif saptandı. Yatışının 3. gününden itibaren ateşi olmadı. Hastanın takiplerinin 5. gününde PLT: 306000 u/l, CRP: 1,6 mg/l, AST: 19 u/l ALT: 15 u/l saptanması üzerine hasta taburcu edildi. Hastanın yaygın vücut ağrıları 6. haftanın sonunda düzeldi.

Olgu 2: Önceden sağlıklı olduğu bilinen 43 yaşında erkek hasta Endonezya seyahati sırasında ateş, halsizlik, yaygın eklem ağrıları ile bir sağlık kurumuna müracaat etmiştir. Yapılan tetkiklerinde NS1 antijen testinde pozitifliğin saptanması üzerine Dang ateşi tanısı konulmuştur. Hasta Endonezya'dan dönerek kliniğimize müracaat etti. Sistem muayeneleri doğaldı. Halk Sağlığı Referans Laboratuvarı'na gönderilen DENV IgM ve PCR pozitif saptandı. Tetkiklerinde beyaz küre: 1500 u/l, Plt: 34000 u/l, AST: 77 u/l saptandı. Yatışından itibaren ateşi olmadı. Takibinin 7. gününde Plt: 322000 u/l, WBC: 5000 u/l, AST: 41 u/l saptandı ve 10. günde hastanın kliniği düzeldi.

Olgu 3: Halsizlik ve yaygın eklem ağrısı yakınmaları ile acil servisimize başvuran 61 yaşındaki erkek hastanın olgu 2 ile birlikte beş gün önce Endonezya'dan döndüğü öğrenildi. Tetkiklerinde beyaz küre: 2900 u/l, PLT: 140000 u/l, AST: 30, ALT: 35 saptandı. Halk Sağlığı Referans Laboratuvarı'na gönderilen DENV IgM ve PCR pozitif saptandı. Ayaktan takip edilen hastanın 5. günde PLT: 247000 u/l, WBC: 7300 u/l saptandı ve kliniği düzeldi.

Sonuç: Ulaşım ve seyahat imkanlarının artmasıyla birlikte seyahat ilişkili enfeksiyonlar önem kazanmaktadır. Endemik bölge seyahat öyküsü olan, ani başlayan, en az 2-7 gün süren ateş, baş ağrısı, gözlerde ağrı, kas ağrısı, eklem ağrıları olan ve tetkiklerde trombositopeni, lökopeni, karaciğer enzim yüksekliği saptanan hastalarda Dang ateşi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dang ateşi, tropikal bölge

[PS-136]

HBsAg Pozitifliği Saptanan Kişilerin Çocuklarının, Eşlerinin ve Diğer Akrabalarının HBV ile Karşılaşma Durumlarının Değerlendirilmesi

Emine Silcan Aydın[1], Selma Tosun[2]

[1]*İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği Uzmanı, İzmir*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*

Giriş: HBsAg pozitifliği saptanan kişilerin çocuklarının, eşlerinin ve diğer akrabalarının HBV ile karşılaşma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hepatit Polikliniği'nde izlenmekte olan 300 HBsAg pozitif hasta oluşturmuş, bu kişilere Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında yüzyüze görüşerek veya telefon ile arayarak anket uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 18-85 arası, 145'i (%48,3) kadın olan toplam 300 kişi katılmıştır. Çalışma grubundaki olguların %85,3'ü eşlerine, %79,8'i tüm çocuklarına, %3,1'i bazı çocuklarına, %42,3'ü annesine, %31,3'ü babasına, %54,4'ü kardeşlerine "HBV ile tetkik yaptırdınız mı?" sorusuna "evet" cevabını vermiştir. Olguların eşlerinin yapılan ilk tetkiklerinde sadece %1,7'si anti-HBs pozitif iken, daha sonra yapılan tetkiklerinde %61,6'sının anti-HBs pozitif olduğu anlaşılmıştır. Olguların yaşları arttıkça aile bireylerine HBV tetkiki yaptırma ve durumları hakkında farkındalıklarının azalmakta olduğu, eğitim durumları arttıkça ve ailede başka bir HBsAg pozitif kişi olması durumunda ise anne, baba ve kardeşe tetkik yaptırma durumlarının arttığı anlaşılmıştır. Eğitim durumu, meslekleri, ailede başka HBsAg pozitif kişi olması gibi durumların eş ve çocuklarına hepatit tetkiki yaptırma ve aşılatma durumunu etkilemediği; kişilerin bu faktörlerden bağımsız olarak hem çocuklarına hem de eşlerine tetkik ve aşı yaptırma konusuna daha fazla özen gösterdikleri anlaşılmıştır. Bekar olan olguların anne, baba ve kardeşlerine tetkik yaptırma oranları daha yüksek bulunmuş ve muhtemelen bu aile bireyleriyle aynı evde yaşadıkları için bu oranın daha yüksek olduğu düşünülmüştür. Olguların çocuk ve eşlerinin HBV durumlarını önemsediği, tetkik yaptırdığı ve aşılattığı anlaşılmış olup anne, baba ve kardeşlerinin durumları hakkında pek fazla ilgili olmadığı ve HBV ile ilgili durumlarını bilmediği anlaşılmıştır.

Sonuç: Çalışma verilerimizde HBsAg pozitif kişilerin çocuklarına ve eşlerine genel olarak tetkik yaptırdığı ve aşılattığı anlaşılmış olup anne, baba ve kardeşlerinin durumları hakkında pek ilgili olmadıkları ve bilgi sahibi olmadıkları anlaşılmıştır. Hepatit B virüsünün geçiş yolları göz önüne alındığında HBsAg pozitif kişilerin birinci derece akrabaları başta olmak üzere tüm aile bireylerinin HBV açısından riskli olması nedeniyle bu kişilere de HBV ile ilgili tetkik yapılması, olası yeni olguların erken tanı ve tedavisinin sağlanması, seronegatif olanların aşılanarak korunması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle gerek kendisinde gerekse ailesinde HBsAg pozitifliği olan kişilere konunun öneminin ısrarla vurgulanmasının ve farkındalıklarının arttırılmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: HBV, aile içi geçiş, aşılama

[PS-137]

Pakistan'dan Gelen Tifo Tanılı Hastalara Ampirik Tedavi Yaklaşımı

Melike Nur Kültür, Esra Zerdali, İnci Yılmaz Nakir, Vahibe Aydın, Mustafa Yıldırım

İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Tifo; *Salmonella typhi*'nin etken olduğu, fekal-oral bulaşan, bazı bölgelerde endemik olan, salgınlara yol açabilen, insanlara özgü, tedavi edilmezse çeşitli komplikasyonları ile ölümle sonuçlanabilen bir hastalıktır ve enterik ateş tablolarının en tipik örneğidir. Bu posterde kliniğimizde tedavi olan Pakistan'dan gelmiş iki kaçak göçmen hastanın klinik özellikleri ve ampirik tedavi yaklaşımları sunulmuştur.

Olgu 1: Yirmi bir yaşında erkek hasta, kulaklarından kan gelmesi üzerine acile başvurdu. Tetkiklerinde Hgb: 14,4 g/dl, trombosit (Plt): 2000/ul, aspartat aminotransferaz (AST): 323 U/l, alanin aminotransferaz (ALT): 134 U/l, total bilirubin: 4,4 mg/dl saptandı. Solunum seslerinde dinlemekle ral ve ronkus

duyulması üzerine çekilen toraks tomografisinde bilateral akciğer bazalinde infiltrasyon saptandı. Pnömoni ve trombositopeni nedeniyle interne edildi. Ateş yüksekliği sebebiyle kan ve idrar kültürleri alındı. İdrar kültüründe *S. typhi* üremesi olması üzerine kan, idrar ve gaita kültürleri tekrarlandı. Kültür duyarlılık sonucunda; siprofloksasin dirençli, seftriakson minimum inhibitör konsantrasyonu (MİK) <=1 mg/l (hassas), meropenem MİK <=0,125 mg/l (hassas) bulundu. Hastanın kan ve dışkı kültürlerinde üreme olmadı. Yatışında ampirik olarak başlanan seftriakson tedavisinin 5. gününde klinik ve laboratuvar yanıt olmaması üzerine meropeneme geçildi. Toplam tedavinin 6. gününde alınan kontrol kültürlerinde üreme olmadı. Meropenemin 13. gününde klinik ve laboratuvar düzelmesi üzerine tedavi kesildi.

Olgu 2: Yirmi yaşında erkek hasta, karın ağrısı ile acile başvurdu. Tetkiklerinde Hgb: 6,5 g/dl, Plt: 140000/ul, AST: 435 U/l, ALT: 120 U/l, total bilirubin: 15 mg/dl olması üzerine akut biliyer pankreatit ön tanısı ve anemi tetkik amaçlı interne edildi. Ateş yüksekliği sebebiyle alınan kan ve idrar kültürlerinde *S. typhi* üredi. Kültür duyarlılık sonucunda siprofloksasin dirençli, seftriakson MİK <=1 mg/l (hassas), meropenem MİK <=0,125 mg/l (hassas) bulundu. Seftriakson tedavisinin 3. gününde ateşleri devam etmesi üzerine alınan kontrol kan kültüründe de *S. typhi* yeniden üredi. Seftriaksonun 5. gününde meropenem tedavisine geçildi. Meropenemin 3. gününde ateşi düştü. Kontrol kan, idrar ve dışkı kültürlerinde üreme olmadı. Tedavisi 15 güne tamamlanarak kesildi.

Sonuç: Olgularımız enterik ateş semptomları ve bazı komplikasyonlarla seyretti (Tablo 1). Pakistan'da *S. typhi* için yaygın ilaç direncine rastlanabildiği için ampirik tedavide karbapenem grubu bir antibiyotik önerilmektedir. Olgularımızın kültür sonuçlarında seftriakson hassas görüldüğü halde karbapenem tedavisi ile hastaların kliniği ve laboratuvar değerleri düzelmiştir. Ülkemizin çok göç alması göz önüne alınarak, özellikle Pakistan'dan gelen hastalarda açıklanamayan uzamış ateş durumlarında ayırıcı tanıda tifo düşünülmeli ve özellikle ciddi tifo semptomları veya komplikasyonları olan hastalarda ampirik olarak karbapenem grubu bir antibiyotik ile tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karbapenem, Pakistan, tifo

Tablo 1. Olgularda tespit edilen klinik bulgular ve komplikasyonlar

Klinik bulgular	Olgu 1	Olgu 2
Ateş	+	+
Karın ağrısı	-	+
Baş ağrısı	+	+
Diyare	-	-
Kabızlık	-	-
Hepatomegali	-	+
Splenomegali	+	+
Döküntü	-	-
Sarılık (hiperbilirubinemi)	+	+
Hepatit (KCFT artışı)	+	+
Pnömoni	+	-
Spontan kanama (trombositopeniye bağlı)	+	-

[PS-138]

Bakteriyel ve Viral Menenjitlerin Ayrımında C-reaktif Protein/Albümin Oranının Tanı Değeri

Oğuz Karabay[1], Cihangir Çakır[2], Cem Uzun[1], Ertuğrul Güçlü[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

[2]Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kocaeli

Giriş: Menenjitler hayatı tehdit eden ciddi enfeksiyonlardır. Bakteriyel ve viral menenjit ayrımı bazı olgularda zordur. Bu durumlarda kolay uygulanan testlere ihtiyaç vardır. Bu araştırmada menenjitli hastalarda C-reaktif protein (CRP)/albümin oranının bakteriyel ve viral menenjit ayrımındaki rolünün ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda geriye dönük olarak 01.01.2015-01.01.2019 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'ne menenjit tanısı ile yatan 40 yetişkin hasta incelendi. Akut bakteriyel menenjit hastalarının tanısı; öykü, fizik muayene bulguları (Kernig ve Brudzinski, fokal nörolojik bulgu, ateş, baş ağrısı, bulantı, kusma, ense sertliği, konvülsiyon, döküntü) ve beyin omurilik sıvısı (BOS) özellikleri (BOS'un Gram, Giemsa, Ehrlich-Ziehl-Neelsen boyama sonuçları, basınç, görünüm, hücre sayısı ve tipi, BOS'nin serolojik incelenmesi, protein, glukoz düzeyleri, BOS kültürü ve polimeraz zincir reaksiyonu) ile yapıldı. Viral menenjitli hastalarda ise klinik, BOS bulguları (berrak görünüm, lenfosit hakimiyeti, BOS'da ölçülen glukozun eş zamanlı plazma glikozuna oranı, BOS proteinin düzeyinin normal veya hafif artmış olması), PCR ile BOS örneğinde HSV tip 1 pozitif olması, BOS kültürü negatifliği ile tanı konuldu. Olgular radyolojik olarak kraniyal bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile değerlendirildi. Lomber ponksiyon öncesinde kafa içi basınç artışı açısından göz dibi bakısı yapılarak papil ödem araştırıldı. Hastaların klinik belirti ve bulguları, yaş, cinsiyet, tedavi süresi, yatışının 1. ve 7. günlerinde çalışılan beyaz küre, nötrofil sayıları ile CRP ve albümin düzeyleri tarandı. Veriler MS Excell programında tablolaştırıldı ve istatistik olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 40 olgu dahil edildi. Bunların 25 bakteriyel menenjit ve 15'i viral menenjit grubunda idi. Sonuçlarımız Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: CRP/albümin oranı bakteriyel menenjitli hastalarda yaklaşık 3 kat yüksek iken başarılı tedavi ile 7. günde fark kalmamaktadır. CRP/albümin oranı bakteriyel/viral menenjit ayrımında yardımcı bir test olarak kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Albümin, CRP, menenjit

Tablo 1. Bakteriyel menenjit ve viral menenjit olgularının özellikleri

Parametre	BM n=25	VM n=15	p değeri
Cinsiyet (erkek)	15	11	0,392041
Ortalama yaş	56	63	0,116585
1. gün CRP/albümin	35,1	12,1	0,0001
7. gün CRP/albümin	11	16	0,37792
Lökosit ortalama 1. gün	14100	10400	0,026
Nötrofil ortalama 1. gün	11714	8188	0,023
Lökosit ortalama 7. gün	9,448	8106	0,7
Nötrofil ortalama 7. gün	6427	5866	0,3
Tedavi süresi (gün)	14	12	0,4

[PS-139]

Pnömokok Menenjitine Eşlik Eden Tüberküloz Menenjiti Olgusu

Ayşegül Akkol Çamurcu, Serpil Erol, Seniha Şenbayrak, Saliha Ayan, Ayşe Yüksel

İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

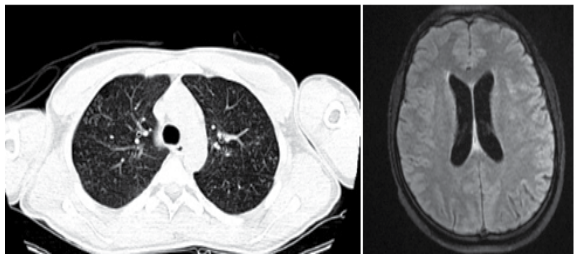
Giriş: Tüberküloz menenjit, tüberkülozun nadir klinik formlarından biri olup, non-spesifik klinik bulgularla seyretmesi ve mikrobiyolojik tanıda güçlükler

nedeniyle yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir. Burada akut menenjit bulguları ile başvuran ve eş zamanlı pnömokok ve tüberküloz menenjit tanısı alan bir olgu sunduk.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında Afgan uyruklu erkek hasta, iki gündür olan baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle acil servise başvurmuştu. FM'de genel durumu bozuk, letarjik, ateşi 37,1 °C, nabzı 78/dk, solunumu 18/dk, ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları pozitif, sağ alt ekstremite kas gücü 3/5 idi. Kraniyal bilgisayarlı tomografide (BT) ventriküler sistemde hafif dilatasyon ve ılımlı hidrosefali mevcuttu. Yapılan lomber ponksiyonda beyin omurilik sıvısı (BOS) bulanık, 1280 hücre/mm^3, %90 nötrofil, protein 475 mg/dl, glukoz 7 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 120 mg/dl) idi. Gram-boyamada mikroorganizma görülmedi. EZN boyama ile aside dirençli basil negatifti. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 10,900 mm^3 (%90 nötrofil), sedimentasyon: 19 mm/h, C-reaktif protein: 0,8 mg/dl idi. PA akciğer grafide bilateral bazallerde 1-2 mm çaplı nodüler opasiteler mevcuttu. Bakteriyel menenjit ön tanısı ile yatırılan hastaya seftriakson, vankomisin, deksametazon tedavisi başlandı. Yatışının 24. saatinde bilinç durumunun kötüleşmesi üzerine çekilen kraniyal BT'sinde hidrosefalinin artmış olduğu saptandı. Toraks BT'de ise her iki akciğerde periferik ve peri-bronşiyal alanlarda yaygın tomurcuklanmış ağaç görünümü ve asiner nodüler tipte difüz dansite artışı mevcuttu (Şekil 1). Tüberkülin deri testi anerjikti. Beyin cerrahi kliniği tarafından hastaya kraniyal ekstra-ventriküler drenaj kateteri (EVD) takıldı ve tedaviye mannitol eklendi. EVD'den alınan BOS örneğinde; 330 hücre/mm^3 (%80 nötrofil), protein 155 mg/dl, glukoz 28 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 104 mg/dl) idi. Non-spesifik BOS kültüründe üreme olmayan hastanın, bilinç durumunun bozulması, kliniğinin kötüleşmesi ve toraks BT bulguları ile tüberküloz menenjitinin dışlanamaması sebebiyle ek olarak 4'lü antitüberküloz tedavi başlandı. Farklı zamanlarda alınan iki ayrı BOS örneğinde, PCR yöntemiyle *S. pneumoniae* ve *M. tuberculosis* kompleks pozitif saptandı. İki ayrı BOS kültüründe "*M. tuberculosis* kompleks" üredi. Tüberküloz tedavisi devam eden hastanın seftriakson ve vankomisin tedavisi 14 güne tamamlandı. Anti-tüberküloz tedavinin 20. gününde EVD çekildi. Genel durumu iyiye gitmekte olan hastanın tedavisi kliniğimizde devam etmektedir.

Sonuç: Eş zamanlı iki etkenin birlikte olduğu menenjit son derece nadir rastlanan bir durum olmakla birlikte literatürde az sayıda olgu bildirilmektedir. Hastaların, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularının birlikte dikkatlice değerlendirilmesi bu tür nadir olguları tanımakta önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz menenjiti, pnömokok menenjiti



Şekil 1. Toraks ve kraniyal bilgisayarlı tomografi

[PS-140]

İnfluenza Basit Bir Solunum Yolu Enfeksiyonu mudur? Son İki Yıldaki Etken Dağılımı ve Hastaların Değerlendirilmesi

Cansu Bulut Avşar[1], Hüsnü Pullukçu[1], Candan Çiçek[2], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1], Sercan Ulusoy[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

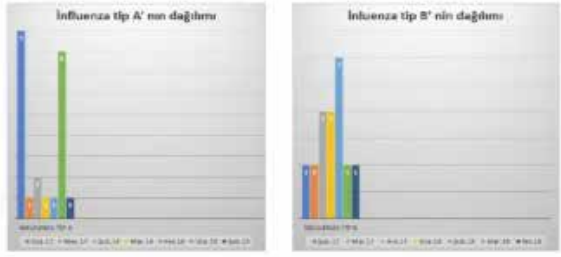
Giriş: Viral solunum yolu enfeksiyonları için *rhinovirüs*, *coronavirüs*, *influenza*, *parainfluenza*, *respiratuvar sinsityal virüs*, *adenovirüsün* dahil olduğu yaklaşık 200 virüs etiyolojide yer almaktadır. İnfluenza, primer viral pnömoni, sekonder bakteriyel pnömoni, ensefalit, parotit, miyokardit, transvers miyelit, Guillain Barre sendromu gibi komplikasyonlara yol açabilmesi ve bu viral etkenlerin içinde antiviral tedavi seçeneği de bulunması nedeniyle tanımlanması önem taşıyan bir etkendir. Çalışmamızda, ateş yüksekliği ve/veya eşlik eden üst ve alt solunum yolu yakınmaları olan hastalardan gönderilen nazofarengeal sürüntü örneklerinde saptanan etkenler, aylara göre dağılımı, influenza pozitif saptanan hastaların altta yatan immünosüpresif durum varlığı, mortalite oranları açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2017-Şubat 2019 tarihleri arasında, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi'nde yatan ateş yüksekliği ve/veya eşlik eden solunum yolu yakınmaları olan hastalardan solunum virüsleri multipleks PCR (FTD respiratory 21 kiti ile) çalışılmak üzere gönderilen nazofarengeal sürüntü örneklerinin sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 231 nazofarengeal sürüntü örneği değerlendirilmiş, 82 örnekte pozitiflik saptanmıştır. Saptanan etkenlerin yıl ve aylara göre dağılımı grafiklerde gösterilmiştir. Pozitif saptanan 82 örnek değerlendirildiğinde, 23 hastada influenza tip A, 11 hastada influenza tip B pozitif (34 olgu, 21 erkek-13 kadın, ortalama yaş 54,2±16,9, minimum: 20, maksimum: 91) saptanmıştır (Şekil 1). İnfluenza saptanan hastaların 11'inde herhangi bir kronik hastalık yok, 13 hastada altta yatan immünosüpresif durum, dört hastada kardiyovasküler hastalık, üç hastada kronik pulmoner hastalık, bir hastada diabetes mellitus, bir hastada kronik böbrek yetmezliği, bir hastada da musküler distrofi saptanmıştır.

Sonuç: Grip her sene yaptığı mevsimsel salgınlar ve bu salgınların sonucunda hastanelerde iş yükünde artış, ekonomik yükte artış ve riskli hasta gruplarda ise morbidite ve mortalite ile sonuçlanması nedeniyle neden olduğu mortalite ve yüksek morbidite oranları nedeniyle önemini korumaktadır. Gripten korunmanın en etkin yolu aşılanmadır. Aşılanmanın iş kayıplarını, hastane kaynaklı bulaşı azalttığı, mortalite oranlarını düşürdüğü ve maliyet etkin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Grip, influenza



Şekil 1. İnfluenza tip A ve B'nin aylara göre dağılımı

[PS-141]

Spondilodiskit: Enfektif Endokardit için İpucu Olabilir mi?

Ayşe Yüksel, Saliha Ayan, Serpil Erol, Merve Aykan, Asuman İnan

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

Giriş: Enfektif endokarditin birçok organ ve sistemi etkileyebilmesi nedeniyle hastalarda farklı klinik formlar görülebilir. Spondilodiskit de bu farklı klinik formlardan biridir.

Olgu: Yaklaşık üç aydır sırt ağrısı şikayeti ile beyin cerrahi kliniğine başvuran 67 yaşındaki kadın hastanın çekilen kontrastlı manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) torakal ve servikal vertebralarda spondilodiskit saptanması üzerine tanımlanan lezyonlardan biyopsi alınmış, biyopsi sonuçlarının beklendiği sürede hasta ağrılarının şiddetlenmesi sebebiyle tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın öyküsünde sırt ağrısı, gece terlemesi ve iki gündür olan bulantı kusma şikayetleri mevcut olup, ateşi yoktu. Fizik muayenesinde ateş: 36,3 °C, nabız: 100/dk, TA: 140/70 mmHg idi ve diğer fizik muayene bulguları normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit: 17900 mm^3/ml (parçalı %86), hemoglobin: 9,2 g/dl, sedimentasyon: 128 mm/saat, C-reaktif protein: 17 mg/dl tespit edildi. Torakal ve servikal vertebra MRG'sinde C4-C5 ve T6-T7 intervertebral disk ve vertebra korpuslarında spondilodiskit ile uyumlu yoğun kontrast madde tutulumu mevcuttu. Dış merkezde yapılan pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografide spondilodiskit dışında tutulum saptanmamıştı. Hastaya yatış verildikten sonra kan kültürleri alınarak parenteral ampisilin-sulbaktam tedavisi başlandı. Yatışının ikinci gününde laboratuvar tarafından ön rapor olarak tek kan kültüründe Gram-olumlu kok üremesi olduğu bildirildi. Enfektif endokardit şüphesiyle yapılan transtorasik ekokardiyografide, mitral kapakta 1,5*1,2 cm ve aortik kapakta 0,9*0,6 cm olmak üzere 2 adet vejetasyonla uyumlu hareketli kitle saptandı. Henüz etken identifikasyonu yapılmadığı ve antibiyogramı bilinmediği için tedavisine daptomisin eklendi. Yapılan transözofajiyal ekokardiyografide aort ve mitral kapakta perforasyon saptanan hastanın acil bir şekilde ileri bir Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi'ne nakli yapıldı. Daha sonra etkenin identifikasyonunda vankomisin, gentamisin ve ampisilin duyarlı bir *Enterococcus faecalis* olduğunun tanımlanması üzerine sonuçlar, nakledildiği merkeze tedavisinin modifiye edilmesi için bildirildi. Tedavisi ampisilin-sulbaktam ve seftriakson olarak düzenlenen hasta, aort ve mitral protez kapak operasyonu sonrasında spondilodiskit tedavisinin devamı amacıyla operasyon sonrası 24. günde kliniğimize devir alındı. Spondilodiskit tanısı ile yapılan torakal biyopsi materyalinde üreme olmadığı ancak operasyon esnasında alınan kalp kapak kültüründe *Enterococcus faecalis* üremesi olduğu öğrenildi. Eşlik eden spondilodiskit nedeniyle tedavi üç aya tamamlandı. Şikayetleri tamamen gerileyen hastanın tedavisinin üçüncü ayında yapılan kontrol MRG'de tama yakın regresyon saptandı.

Sonuç: Spondilodiskit kliniği ile gelen hastada eşlik eden enfektif endokardit enfeksiyonunun altta yatan neden olarak akılda tutulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Endokardit, spondilodiskit

[PS-142]

Selülit ile Sıklıkla Karışan Panniküllit: İki Olgu Sunumu

Ali İrfan Baran, Tuba Aydın, Murat Ünal, Tayyar Tarcan, Deniz Ulutaş

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Giriş: Panniküllitler subkütan yağ dokusunu tutan heterojen enflamatuvar hastalıklardır. Panniküllitler klinik olarak sıklıkla selülit ile karışır. Bu sunuda selülit ile karışan iki panniküllit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu 1: Kırk sekiz yaşında erkek hasta yaklaşık bir aydır sol bacakta kızarıklık, ısı artışı, şişlik şikayeti gelişmiştir. Dış merkezde bir haftalık amoksisilin-klavulonik asit tedavisi almıştır. Özgeçmişinde diabetes mellitus mevcuttu. Fizik muayenesinde; ateş 36,5 °C, tansiyon 110/70, nabız 72, ekstremite muayanesinde; sol bacakta, tüm bacağı saran, ayak bileğinden dize kadar uzanan kızarıklık, ısı artışı ve ödem mevcuttu. Laboratuvar testlerinde beyaz küre 5100/mm^3, %11 eozinofil, hb: 16,4 g/dl, trombosit 179000, alanin aminotransferaz (ALT): 277 U/l, aspartat aminotransferaz (AST): 201 U/l, kreatinin 1,2 mg/dl, glukoz 133 mg/dl, C-reaktif protein: 3 mg/l, sedimentasyon: 6 mm/saat idi. Alt ekstremite Doppler ultrasonografide patoloji yoktu ve yüzeyel ultrasonografide deri ve deri altı ödematöz görünümlü idi. Olguya selülit öntanısı ile sefazolin başlandı yanıt alınamaması üzerine piperasilin tazobaktam ve 6. günde bu tedaviye tigesiklin eklendi. Bu tedavilerden de yanıt alınamayan olguda bakılan total IgE 1090'dı. Diğer immünolojik ve romatolojik markerlar normaldi. Hastaya panniküllit ayırıcı tanısı ile metil prednizolon 60 mg/gün başlandı. Takiplerde yüksek ateş olmayan olgunun karaciğer enzimleri normal değerlere geriledi. Alınan deri biyopsisi eozinofilik panniküllit ile uyumlu raporlandı.

Olgu 2: Seksen yaşında erkek hasta yirmi gündür sağ bacakta kızarıklık, ödem, ısı artışı olması dolayısı ile dış merkezde dokuz günlük ampisilin sulbaktam ve siprofloksasin, sonrasında beş günlük piperasilin tazobaktam ve daptomisin tedavisi verilmiştir (Resim 1). Kliniği gerileyen olgu bir hafta sonra şikayetleri tekrarlaması üzerine tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde ateş 36,9 °C, tansiyon 120/80 mmHg, nabız 82/dk, sağ ayak bileğini saran kızarıklık, ödem, ısı artışı mevcuttu. Laboratuvar değerleri; beyaz küre 7800/mm^3, hgb: 11,2 g/dl, trombosit 377.000, sedimentasyon 51 mm/saat, ALT: 16 U/l, AST: 76 U/l, kreatinin 1 mg/dl, C-reaktif protein 25 mg/l, total IgE 1370'di. Yüzeyel ultrasonografisi ayak bileği düzeyinde deri ve deri altı dokuda yaygın ödematöz görünümlüydü. Doppler ultrasonografisi normaldi. Hastaya piperasilin tazobaktam ve siprofloksasin başlandı. Klinik yanıt alınamayan olguya deri biyopsisi yapıldı ve eozinofilik panniküllit ile uyumlu raporlanması üzerine metil prednisolon 40 mg/gün başlandı ve hızlı klinik iyileşme görüldü.

Sonuç: Eozinofilik panniküllit, panniküllitlerin nadir görülen formudur. Özellikle antibiyotik tedavisiyle yanıt alınamayan olgularda panniküllit ayırıcı tanısı mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik panniküit, selülit



Resim 1. Eozinofilik pannikülit (olgu 2)

[PS-143]

Yetişkinde Akut Otitis Media Zemininde Gelişen Pürülan Menenjit ve İşitme Kaybı

Merve Aykan, Saliha Ayan, Seniha Şenbayrak, Serpil Erol, Ayşegül Akkol Çamurcu

İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Menenjit, kronik otit ve mastoiditlerin en sık rastlanan intrakraniyal komplikasyonu olmasına rağmen akut otitis media (AOM) tanılı hastalarda da görülebilir. Burada yetersiz tedavi alan AOM tanılı hastada gelişen akut bakteriyel menenjit olgusu sunulmuştur.

Olgu: Altmış yedi yaşında erkek hasta, baş dönmesi, halsizlik, üşüme titreme ve sağ kulakta ağrı, akıntı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Öyküsünde üç gündür şikayetlerinin olduğu, bir gün önce kulak burun boğaz kliniğine başvurduğu ve AOM tanısıyla bir doz ampisilin-sulbaktam uygulandığı öğrenildi. Fizik muayenede ateş 38,5 °C, sağ kulakta pürülan akıntı mevcuttu, meningeal irritasyon bulguları yoktu. Laboratuvar incelemesinde C-reaktif protein: 16 mg/dl (normal: 0-0,5 mg/dl), lökosit: 17220/mm^3 (%94 nötrofil), prokalsitonin: 27 ng/ml saptanan hasta parenteral tedavi amacıyla yatırıldı. Kan kültürü alınarak ampisilin-sulbaktam başlandı. Yatışının 16. saatinde muayenede hasta apatik görünümdeydi. Meningeal irritasyon bulguları pozitif bulunması üzerine lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omur ilik sıvısı (BOS) incelemesinde görünüm bulanık, 1400 hücre/mm^3, %90 nötrofil, protein 369 mg/dl, glukoz 23 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 130 mg/dl) idi. Gram-boyamada mikroorganizma görülmedi. EZN boyama ile ARB negatifti. Bakteriyel menenjit ön tanısıyla seftriakson, vankomisin, ampisilin ve deksametazon başlandı. kulak burun boğaz kliniğine danışılarak temporal kemik bilgisayarlı tomografi ile mastoidit araştırıldı. Kronik mastoidit saptanmadı. Tek set kan kültüründe metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus* üremesi olan hastada metastatik odak saptanmadı. Non-spesifik BOS kültüründe ve tekrarlanan kan kültürlerinde üreme olmadı. Yatışının 6. gününde kontrol amaçlı yapılan lomber ponksiyonda BOS berrak görünümde, 52 hücre/mm^3, %80 lenfosit, protein 70 mg/dl ve glukoz 50 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 96 mg/dl) bulundu. Hastanın klinik durumu iyiyken tedavinin 13. gününde işitme kaybı gelişti. Odyometride bilateral ileri düzeyde sensörinöral işitme kaybı saptandı. İntratimpanik ve oral metilprednizolon tedavisi başlanan hastanın tedavinin üçüncü gününde odyometri ile sağ kulakta 20 db sol kulakta 15 db kazanç sağlandı. Hastaya bilateral miringotomi yapıldı, sonrasında steroid dozu azaltılarak iki haftada kesildi. Hastanın antibiyotik tedavisi tamamlanarak aşı programına alındı.

Sonuç: AOM'ye bağlı menenjit erişkinde nadir görülen bir durumdur. Akut bakteriyel menenjit nedenli steroid tedavisi de almış olan AOM tanılı hastada tedavi sonlanmasına doğru ortaya çıkan işitme kaybının nadir bir durum olması nedeniyle bu olguyu vurguladık.

Anahtar Kelimeler: İşitme kaybı, menenjit, otit

[PS-144]

Çok İlaca Dirençli Kemik-Eklem Tüberkülozu: Tanı ve Tedavide Zorlu Süreç

Meltem Işıkgöz Taşbakan[1], Sinan Mermer[2], Cengiz Çavuşoğlu[3], Mehmet Sezai Taşbakan[4], Gülşen Mermut[1], Hüsnü Pullukçu[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[2]Çine Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Aydın
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Tüberküloz, dünyada bilinen en eski hastalıklardan birisi olup özellikle ülkemizde halen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Tanı ve izlemdeki gelişmelere rağmen anti-tüberküloz ilaçlara karşı oluşan direnç günümüzde de ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu bildiride çok ilaca dirençli bir kemik-eklem tüberkülozu olgusu sunulmuştur.

Olgu: Dört yıl önce akciğer tüberkülozu, iki yıl önce de sağ diz kemik-eklem tüberkülozu tanısı ile anti-tüberküloz tedavi alan 26 yaşında kadın hasta sağ dizde ağrı ve şişlik şikayetinin tekrarı ile üniversitemiz ortopedi kliniğine başvurmuştur. Diz manyetik rezonans görüntülemede belirgin efüzyon, sinovyal proliferasyon ve tibial rezorbsiyon saptanmış ve hasta opere edilmiştir. Operasyon materyalinin patolojisi non-kazeifiye granülomatöz sinovit olarak yorumlanan hasta kliniğimize yönlendirilmiş. Operasyon materyalinde çalışılan TBC-PCR testi pozitif saptanan ve kültürde *Mycobacterium tuberculosis* kompleks üreyen hasta nüks kemik-eklem tüberkülozu olarak değerlendirildi ve hasta için anti-tüberküloz ilaç duyarlılık testleri çalışıldı. Üreyen kökenin; izoniyazid, rifampisin, streptomisin ve etambutole dirençli olduğu saptanırken kanamisin, ofloksasin, moksifloksasin ve amikasine duyarlı olduğu belirlendi. Hastaya amikasin 15 mg/kg/gün, moksifloksasin 400 mg/gün, pas 150 mg/kg/gün, protionamid 15 mg/kg/gün, sikloserin 15 mg/kg/gün dozları ile beşli tedavi başlandı. Aylık odyometri ve KCFT takipleri yapılan hastada tedavinin üçüncü ayında kulak ağrısı olması üzerine amikasin kesilerek KBB kliniği ile değerlendirildi, sağ kulakta perforasyon saptanan hastanın tedavisine linezolid eklendi. İzlemde odyometri testleri olağan olan hasta için KBB kliniğinin de görüşü alınarak amikasin tekrar başlandı ve linezolid kesildi. Diz ponksiyon sıvısının kontrol incelemesinde ARB ve TBC-PCR testleri negatif saptandı. Hastanın anti-tüberküloz tedavisi amikasin için altı ay, pas + protionamid + moksifloksasin + sikloserin için 24 ay planlandı ve aylık poliklinik takibine alındı. Tedavisi biten ve bir yıldır nüks görülmeyen hastanın halen takibi devam etmektedir.

Sonuç: Tüberküloz tanısı her ne kadar kolay gibi görünse de özellikle çok ilaca dirençli tüberküloz olgularının saptanabilmesi için duyarlılık testlerine ihtiyaç vardır. Bu testleri her merkezin yapma imkanı olmadığından bilhassa seçilmiş yüksek riskli olgular (standart anti-tüberküloz tedavinin üçüncü ayında yayma ARB pozitifliği devam edenler, anti-tüberküloz tedaviye rağmen hastalığı klinik ve radyolojik olarak progresyon gösterenler, ÇİD-tüberküloz hastaları ile temas öyküsü olanlar, relaps gelişen ve tedaviyi tamamlamayan olgular) duyarlılık testlerinin yapılabildiği merkezlere yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çok ilaca dirençli tüberküloz, kemik-eklem tüberkülozu, *Mycobacterium tuberculosis* kompleks

[PS-145]

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Mesleki Yaralanmalarının İncelenmesi

Hilal Kellegöz, Selma Tosun, Neslihan Genç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Bu çalışmada bir eğitim araştırma hastanesinde son iki yıl içinde mesleki yaralanmaya maruz kalan sağlık çalışanlarının yaralanma şekilleri, zamanları, koruyucu ekipman varlığı, maruziyet nedenleri ve diğer özellikleri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde son iki yılda mesleki yaralanma nedeniyle enfeksiyon kontrol hemşirelerine başvuran ve bunlara yönelik izlem formu doldurulan toplam 118 hastane çalışanının verileri incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 118 sağlık çalışanının %76'sı kadın %24'ü erkektir. Katılımcıların 48'i hemşire, 23'ü stajyer, 20'si temizlik personeli, 13'ü uzman doktor, 8'i asistan doktor, altısı diğer çalışanlardır. Çalışma alanları açısından; 118 kişiden 47'sinin dahili kliniklerde, 31'inin cerrahi kliniklerde, 17'sinin de ameliyathanede çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Yaralanmaların %89'u kesici delici alet yaralanması, %11'i ise kan ve vücut sıvılarına temas ile gerçekleşmiştir. Mesleki yaralanma gerçekleştikten sonra en geç ilk 48 saat içerisinde enfeksiyon kontrol komitesine başvurular yapılmıştır. Toplam 105 delici kesici alet yaralanmasından 72'si iğne ucu, 12'si bistüri, altısı lanset ile gerçekleşmiştir. Yaralanma esnasında delici kesici alet ile yaralanan 105 kişinin 95'inde koruyucu ekipman bulunmakta olup bu ekipmanların 92'si sadece eldivendir. En çok eller ve parmaklar yaralanmıştır. Kan ve vücut sıvılarına temas yaralanmalarının 12'si göze sıçrama şeklinde olmuştur. Olay saatlerini değerlendirdiğimizde ise yaralanmaların en çok 10:00 ile 14:30 arasında olduğu belirlenmiştir. Maruz kalan 118 çalışanın olay anındaki mevcut hepatit B tetkik durumları incelendiğinde 77'si önceden aşılı, ikisi doğal bağışık olduğunu ifade etmiştir; 39 kişi ise HBV durumunu bilmediğini ifade etmiştir. Yaralanmayı takiben yapılan kan tetkiklerinde ise sadece bir sağlık çalışanı HBsAg pozitif, 106 çalışanda ise anti-HBs pozitifliği olduğu belirlenmiştir. Çalışanların tamamında anti-HCV ve anti-HIV negatiftir. Yaralanmaya yol açan 84 hastanın %14'ünde HBsAg pozitifitir. Beş hastada anti-HCV pozitifliği saptanmış olup hiçbir hastada HIV pozitifliği saptanmamıştır. Bir çalışana hepatit B immünoglobulini ve aşısı, 14 çalışana ise sadece HBV aşısı uygulanmıştır. Çalışanlar 1. ayında, 3. ayında ve 6. ayında değerlendirilmiş bulaş gözlenmemiştir.

Sonuç: Bu çalışmada sağlık alanında çalışanların daha çok delici kesici aletlerle yaralandıkları, çoğunluğu hemşirelerin ve stajyerlerin oluşturduğu görülmektedir. Bu durum onların daha çok delici kesici alet kullanmasına bağlıdır. Yaralanmalara yol açan hastaların %14'ünde HBsAg pozitifliği saptanmış olup, bu durum sağlık çalışanlarının önceden HBV için tetkiklerinin ve aşılarının yapılmasının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Maruziyet, profilaksi

[PS-146]

Nozokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Tedavisinde Oral Seçenekler Tükeniyor mu?

Çiğdem Ataman Hatipoğlu[1], Mihriban Yücel[2], Günay Ertem[1], Serap Yağcı[2], Fatma Şebnem Erdinç[1], Cemal Bulut[3], Necla Tülek[1], Bedia Dinç[2], Sami Kınıklı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Giderek artan direnç problemi nedeni ile hastane kaynaklı enfeksiyonu olan hastaların çoğu hastanede yatırılarak tedavi edilmekte ve maliyet de buna bağlı olarak artmaktadır. Bu yazıda son beş yılda hastanemizde kateter ile ilişkili üriner sistem enfeksiyonu tanısı konulan ve idrarda *Escherichia coli* ve *Klebsiella pneumonia* izole edilen hastaların tedavisinde kullanılabilecek oral antibiyotiklerin duyarlılık oranları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 2014-2018 yılları arasında kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu etkeni olarak izole edilen 250 *E. coli* ve 182 *K. pneumonia* izolatı çalışmaya dahil edildi. Hastane enfeksiyonu tanıları CDC kriterlerine göre konuldu. İzolatların tanımlanması ve antibiyotik duyarlılık testleri VITEK® 2 otomatize sistemi kullanılarak yapıldı. Çalışmaya alınan *E. coli* ve *K. pneumonia* izolatlarının trimetoprim sulfametoksazol (TMP-SXT), siprofloksasin, nitrofurantoin ve fosfomisin duyarlılıkları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 250 *E. coli* izolatının %87'si yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan hastalardan izole edildi. Bu izolatların %56'sında ESBL enzimi saptandı, karbapenem direnci %3 idi, kolistin dirençli izolat saptanmadı. Yüz seksen iki *K. pneumonia* izolatının ise %92'si YBÜ hastalarından izole edildi. ESBL oranı %77, karbapenem direnci %48, kolistin direnci %11 olarak tespit edildi. *E. coli* ve *K. pneumonia* izolatlarında TMP-SXT duyarlılığı sırasıyla %53 ve %33, siprofloksasin duyarlılığı %58 ve %32, nitrofurantoin duyarlılığı %96 ve %34, fosfomisin duyarlılığı ise %97 ve %69 olarak saptandı. Son beş yılda saptanan antibiyotik duyarlılık oranları yıllara göre incelendiğinde belirgin bir değişim gözlenmedi. *E. coli* izolatlarının yarısının TMP-SXT ve siprofloksasine duyarlı olduğu, neredeyse tamamının ise nitrofurantoine ve fosfomisine duyarlı olduğu; *K. pneumonia* izolatlarının ise sadece 1/3'ünün TMP-SXT, siprofloksasin ve nitrofurantoine duyarlı olduğu, 2/3'ünün fosfomisine duyarlı olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda nozokomiyal üriner *E. coli* ve *K. pneumonia* izolatlarının tedavisinde fosfomisinin halen en duyarlı antibiyotik olduğunu saptadık. Nitrofurantoinin ise *E. coli* izolatlarında iyi bir seçenek iken *K. pneumonia* izolatlarının sadece 1/3'ünde sonuç verebileceğini gördük. Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları için ampirik oral tedavi başlanacak olan hastalarda antibiyotik duyarlılık oranlarının bilinmesinin uygun tedaviyi hızla başlayabilmek açısından önemli olduğu sonucuna vardık. Siprofloksasin ve TMP-SXT verilen hastaların tedavi yanıtı açısından yakından takip edilmesi gerektiğini düşündük.

Anahtar Kelimeler: Nozokomiyal, üriner sistem enfeksiyonu, direnç

[PS-147]

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane Enfeksiyonları Nokta Prevalans Çalışması

Hüseyin Aytaç Erdem[1], Damla Akdağ[1], Ayşe Uyan Önal[1], Deniz Akyol[1], Nurhayat Kepeli[3], Nilgün Deniz Küçükler[3], Behiye Ulusoy[3], Şükran Akşit Barık[3], Bilgin Arda[1], Oğuz Reşat Sipahi[1], Feriha Çilli Hall[2], Sercan Ulusoy[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[3]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemşireliği, İzmir*

Giriş: Hastane enfeksiyonları (HE) ya da sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar özellikle orta ve büyük ölçekli sağlık kurumlarında artan mortalite ve morbiditenin yanısıra uzamış yatış süresi, maliyet, antibiyotik direnci gibi birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Nokta prevalans çalışmaları ile hastanelerdeki enfeksiyon sorunu ivedilikle ortaya konabilir ve bu verilere göre etkili enfeksiyon kontrol önlemleri alınabilir. Bu çalışmada bir üçüncü basamak eğitim hastanesi olan hastanemizde 26 Aralık 2018 tarihinde yatan hastalardaki hastane enfeksiyonu prevalansı araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 26 Aralık 2018'de hastanemizde yatmakta olan hastalardan HE tanısı ile izlenmekte olan hastalar altta yatan hastalıklar, risk faktörleri, uygulanan girişimler, enfeksiyon odakları ve etken mikroorganizmalar açısından sorgulayan bir form ile kaydedilmiştir. Veriler SPSS 20 paket programı kullanılarak girilip değerlendirilmiştir.

Bulgular: 26 Aralık 2018 tarihinde yatan hasta sayısı 1292, hastane enfeksiyonu prevalansı %6,11 olarak saptandı. HE saptanan 80 hastanın 55'i (%68,75) erkek, 25'i (%31,25) kadındır. Hastaların yaş ortalaması 43,8 (yaş aralığı 94-0,1 yıl) (±27,45) yıl idi. HE prevalansı yoğun bakım ünitelerinde %18,46 (36 hasta) iken servislerde %4,01 idi (44 hasta) (p<0,05). HE'lerin kliniklere göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalarda en sık görülen hastane enfeksiyonu pnömoni olup, diğer enfeksiyon odakları sırasıyla cerrahi alan enfeksiyonları, ventilatör ile ilişkili pnömoni ve bakteriyemi şeklinde sıralandı (Tablo 2). Hastane enfeksiyonları etkenleri sıklık sırasına göre *Pseudomonas aeruginosa* (%17,2), *Escherichia coli* (%14,8), *Klebsiella pneumoniae* (%14,8) ve *Acinetobacter baumannii* (%12,3) idi.

Sonuç: Hastanemiz gibi tüm kliniklerde hastaya dayalı, aktif sürveyans yapılamadığı durumlarda, uygun aralıklarla tekrarlanan nokta prevalans çalışmalarının HE izleminde ve etkili enfeksiyon kontrol önlemleri alınmasında yararlı olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Hastane enfeksiyonu, nokta prevalans

Tablo 1. Hastane enfeksiyonu tanısı alan hastaların kliniklere göre dağılımı

Klinik	Yatan Hasta sayısı	Hastane Enfeksiyonu sayı	%
Üroloji YB.po	3	2	%66
Göğüs Hastalıkları YB	9	5	%55
Nöroloji YB	10	5	%50
Yanık	2	1	%50
Beyin Cerrahisi YB	13	5	%38
Çocuk Hastalıkları YB	17	6	%35
Yanık YB	3	1	%33
Organ nakli YB	6	2	%33
Anestezi YB	26	5	%19
Kalp Damar Cerrahisi YB	11	2	%18
Çocuk Cerrahisi	16	3	%18
Kalp Damar Cerrahisi	36	6	%16
Gastroenteroloji YB	14	2	%14
Dahiliye	94	9	%9,5
Yenidoğan YB	13	1	%7,6
Genel Cerrahi	57	4	%7,1
Plastik Cerrahi	16	1	%6,2
Beyin Cerrahisi	34	2	%5,8
Ortopedi	55	3	%5,4
Onkoloji	20	1	%5
Organ nakli	42	2	%4,7
Çocuk Hastalıkları	141	6	%4,2
Kardiyoloji	36	1	%2,7
Kulak Burun Boğaz	37	1	%2,7
Fizik Tedavi ve Reh.	41	1	%2,4
Üroloji	41	1	%2,4
Gastroenteroloji	42	1	%2,3
Kadın Hast. ve Doğum	135	1	%0,7
Toplam	1292	80	%6,11

Tablo 2. Hastane enfeksiyonu tanısı alan hastaların enfeksiyon odakları

Tanı	Hasta sayısı	%
Pnömoni	20	25
Cerrahi alan enfeksiyonu	16	20
Ventilatör ile ilişkili pnömoni	10	12,5
Bakteriyemi	8	10
Kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu	8	10
Üriner sistem enfeksiyonu	7	8,8
Üriner kateter ilişkili enfeksiyon	6	7,5
İntraabdominal enfeksiyon	1	1,3
Şant enfeksiyonu	1	1,3
Menenjit	1	1,3
Peritonit	1	1,3
Diğer	1	1,3
Toplam	80	100

[PS-148]

Kan Kültüründe Kalite Yönetim Sisteminin Önemi: Kontaminasyon Oranları

Neziha Yılmaz, Nuray Arı, Emine Yeşilyurt Şölen

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

Giriş: Kan dolaşımı enfeksiyonlarının tanısı, klinik mikrobiyoloji laboratuvarlarının en acil ve önemli işlerinden biridir. Gerçek etkenlerin saptanması ve tüm pozitif bulguların olabildiğince hızlı bir şekilde klinisyene bildirilmesi, ampirik tedaviden etkene yönelik tedaviye geçiş süresini azaltarak morbidite ve mortaliteyi doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle kan kültürleri ile ilgili kalite göstergeleri sürekli olarak izlenmeli ve gerektiğinde doğru uygulamaların yapılmasını sağlamak için kan kültürlerinin alınışı ve laboratuvarda yapılan işlemler ile ilgili önlemler alınmalıdır. Kan kültürü kalite yönetim sistemi içerisinde gösterge olarak kullanılan parametrelerden birisi kontaminasyon oranlarıdır ve hastanelerde %3'ün altında olmalıdır. Bu çalışmamızda, kan kültürlerinde kontaminasyona neden olabilen preanalitik etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na 17.05.2017-01.02.2019 tarihleri arasında gelen örnekler otomatize kan kültürü sistemi (BACT/ALERT) ile incelendi. Üreme sinyali veren örnekler boyama sonrası bakteriyel kültür yapılarak otomatize sistem (VITEK®-2 Biomerieux, Fransa) ile identifikasyon ve antibiyograma alındı. Sonuçlar kan dolaşım enfeksiyonuna neden olduğu bilinen etkenler ve kontaminantlar açısından analiz edildi.

Bulgular: Toplam 3450 kan kültür örneğinin 510'unda (% 14,8) üreme saptandı. Üreme gösteren örneklerin 398'i (%11) kontaminant olarak rapor edildi. Kontaminasyon oranı kadınlarda %10,7 iken erkeklerde %12,06 olarak bulundu. Yaş gruplarına göre kıyaslandığında kontaminasyon oranı 18 yaş üstü grupta en yüksek (%13,54) iken 5-18 yaş grubunda en düşük (%4,47) olarak bulundu. Klinik branşlara göz önünde bulundurulduğunda yoğun bakım servislerinde kontaminasyon oranın en fazla (%24) olduğu görüldü (Tablo 1 ve 2).

Sonuç: Bu çalışmada kalite yönetim sisteminin göstergelerinden olan kan kültür pozitifliği ve kontaminasyon oranları standartlara göre yüksek bulunmuştur. "Kontaminasyon", kanda organizma olmadığı halde kültürde üreme olması durumudur ve en önemli nedeni, deri florasında bulunan mikroorganizmaların kan kültürü şişelerine inokülasyonudur. Bunun dışında hastane ortamı, kateterden alınan kan kültürlerinde kateteri kolonize eden mikroorganizmalar, kanı alan personelin elleri ve kan kültürü alımında kullanılan ekipmanlar da kontaminasyon kaynağı olabilir. Etkin deri antisepsisi uygulamak ve mevcut intravenöz kateterlerden kan kültürü almamak kontaminasyonun önlenmesinde en önemli faktörlerdir. Bu nedenle kan kültürünün eğitilmiş sağlık personeli tarafından alınması kontaminasyon oranlarının düşürülmesinde anahtar rol oynar.

Anahtar Kelimeler: Kan kültürü, kontaminasyon

[PS-149]

Toksik Şok Sendromu ile Seyreden *Streptococcus pyogenes* Pnömonisi

Gül Arslan

Fatsa Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastansei ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ordu

Giriş: *Streptococcus pyogenes* ilişkili invaziv enfeksiyonların yaklaşık 1/3'ünde streptokokal toksik şok sendromu gelişebilmektedir. Bu olgu; sık karşılaşılmayan ancak oldukça hızlı ilerleyen ve mortal seyreden streptokoksik toksik şok sendromuna (STŞS) dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Olgu: Diabetes mellitus öyküsü olan 45 yaşında erkek hasta, dört gündür olan ateş, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Antibiyotik kullanım öyküsü olmayan hastanın ateşi 38, tansiyonu 100/60, solunum sayısı: 15/dakika idi. Fizik muayenesinde oskultasyon ile sağ akciğer orta zonda ince ralleri vardı. Laboratuvar bulgularında; lökosit sayısı: 26,720/mm^3 (%85 nötrofil), kan üre nitrojen 50 mg/dl, kreatinin: 2,5 mg/dl, C-reaktif protein: 414 mg/l, laktat 3 mmol/l idi. İnfluenza hızlı antijen testi negatif olarak sonuçlandı. Akciğer bilgisayarlı tomografi bulgularının sağ akciğer orta lob pnömonisi ile uyumlu olduğu görüldü. Hasta pnömoniye sekonder sepsis tanısı ile yoğun bakım ünitesine kabul edildi. İntravenöz sıvı ve norepinefrin infüzyonu ile antibiyoterapi olarak piperasilin tazobaktam ve klaritromisin kombinasyonu başlandı. Tedavinin ikinci gününde hasta akut solunum sıkıntısı sendromu; gelişmesi nedeniyle entübe edildi. Anüri gelişmesi nedeniyle hemodiyaliz uygulandı. Kan kültürlerinde *S. pyogenes* izole edilen hastanın tedavisine klindamisin eklendi. Hasta şok ve multiorgan yetmezliği ile tedavisinin dördüncü gününde kaybedildi.

Sonuç: İnvaziv *S. pyogenes* enfeksiyonlarına bağlı gelişen STŞS'de; uygun tedaviye rağmen %30-80 mortalite görülmektedir. En sık deri yumuşak doku enfeksiyonlarının komplikasyonu olarak görülse de diğer *S. pyogenes* enfeksiyonları ile de görülebilmektedir. *S. pyogenes* toplum kökenli pnömonilerde sık görülen bir etken olarak karşımıza çıkmamaktadır. Ancak yüksek mortalite ve hızlı klinik seyri nedeniyle benzer klinik tablolarda ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir etken olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Streptococcus pyogenes,* toksik şok sendromu

[PS-150]

Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Edilen Selülitli Hastaların İrdelenmesi

Semra Kavas, Merve Kaçar, Derya Öztürk Engin, Servet Öztürk, Onur Çolak, Büşra Meral, Canan Ağalar

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

Giriş: Selülit başlıca Gram-olumlu bakterilere bağlı olarak gelişen, deri altı dokulardaki derin lenfatikleri tutan bakteriyel enfeksiyondur. Akut başlangıçlı bir tablo olarak değerlendirilen selülit bölgesel olarak eritem, ödem, ağrı ve ateşe yol açmakta, hastanın günlük yaşamını etkilemektedir. Bu bildiride hastanemizde yatarak tedavi edilen selülit olgularının özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Eylül 2018 ile 1 Şubat 2019 tarihleri arasında Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'ne yatırılarak takip edilen 48 selülit hastasının verileri retrospektif olarak irdelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), akut faz reaktanlarının sonuçları, lezyon bölgeleri, altta

yatan hastalıklar, travma öyküsü, tinea pedis varlığı, venöz yetersizlik ve kullanılan antibiyotikler değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %77'si erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 65,25±1,4 olarak saptandı. VKİ ortalama 28,85±1,41 idi. En sık başvuru şikayetleri kızarıklık (%100), ağrı (%88), şişlik (%78), ödem (%68) ve ateş yüksekliği (%52) idi. Tutulum bölgeleri sırasıyla kruris (%64,5), femoral böge (%14,5), ayak (%10,4) ve üst ekstremite (%10,6) idi. Lezyonların %10,4'ü pürülan görünümde idi. Hastaların medyan lökosit sayısı 11200 (6000-38000)/mm^3 ve medyan C-reaktif protein değeri 11,9 (0,2-34) mg/dl idi. Tinea pedis (%77) en sık predispozan faktör olarak saptandı. Hastaların %16'sında venöz yetersizlik vardı ve %6 olguda travma öyküsü mevcuttu. Hastaların %52'sinde diabetes mellitus, %35'inde koroner arter hastalığı, %18'inde kronik böbrek yetersizliği, %14,5'inde konjestif kalp yetersizliği vardı. İmmünosüpresif ilaç kullanımı, HIV/AIDS hastalığı hiçbir hastada saptanmadı. Olguların %42'sinde yatış öncesi antibiyotik kullanım öyküsü mevcut idi. Hastalara ampirik olarak ampisilin, ampisilin/sulbaktam, amoksisilin/klavulanat, klindamisin, siprofloksasin, seftriakson, tigesiklin, daptomisin tedavileri uygulandı. Hastaların %48'inde monoterapi ile tedavi yanıtı alınamadığı için kombinasyon tedavisine geçildi.

Sonuç: Sellülit gelişimini önlemek için özellikle risk faktörleri olan hastalarda ayak bakımı, ayakta mantar enfeksiyonunun tedavisi ve kan şekeri regülasyonu önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Selülit, antibiyotik tedavisi

[PS-151]

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların Değerlendirilmesi

Sevil Alkan Çeviker[1], Pınar Korkmaz[1], Duru Mıstanoğlu Özatağ[1], Mustafa Yılmaz[1], Halil Aslan[1], Esin Yalınbaş[2]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya
[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kütahya

Giriş: Günümüzde tıp alanındaki gelişmeler riskli yenidoğanların yaşama oranlarını artırmakla beraber, özellikle yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) kazanılan sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (SHİE) yenidoğanın hastanede yatış sürelerinin uzamasına, artmış hastane maliyetine, mortalite ve morbidite artışına neden olmaktadır. SHİE, yenidoğanın kendisine ait risk faktörleri olan immün sistem immatüritesi, düşük doğum ağırlığı, prematürelik gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilse de çoklu invaziv girişimler de bu enfeksiyonlara neden olabilir. SHİE'de etken dağılımının ve antimikrobiyal direnç profilininin saptanması ampirik tedavilerin düzenlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 1 Ocak 2014-1 Aralık 2018 tarihleri arasında yenidoğan YBÜ'de gelişen SHİE'lerin retrospektif olarak değerlendirmesi amaçlandı. Hastanemizde 2 adet toplamda 26 yataklı yenidoğan YBÜ bulunmaktadır. SHİE "CDC" (Centers for Disease Control and Prevention) kriterlerine göre tanımlandı.

Bulgular: Çalışmamızda toplam 17 SHİE tespit edildi. Enfeksiyonların yıllara göre dağılıma değerlendirildiğinde; 2014 yılında 1, 2015 yılında 2, 2016 yılında 7, 2017 yılında 4, 2018 yılında ise 3 SHİE tespit edildi. En sık tespit edilen SHİE laboratuvar/santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonuydu (KDE) (%76,4). En sık saptanan etken *Klebsiella pneumoniae* (%64,7) idi. *Klebsiella* suşlarının %29,4'ünde genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL), %41'inde karbapenemlere direnç saptandı.

Sonuç: Çalışmamız çoğul dirençli bakterilere bağlı SHİE'lerin yenidoğan YBÜ'lerinde önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Gereksiz invaziv alet kullanımından kaçınılması, akılcı antibiyotik kullanımı, enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulması, el hijyenine özen gösterilmesi ve görevli personelin eğitimi bu enfeksiyonların gelişimini azaltabilmesi bakımından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon, yenidoğan, yoğun bakım ünitesi

Tablo 1. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişen SHİE ve etken dağılımı

SHİE	n (%)
Laboratuvar tarafından kanıtlanmış KDE	7 (41,1)
Umblikal kateter ilişkili KDE	4 (23,5)
Semptomatik üriner sistem enfeksiyonu	3 (17,8)
Santral venöz kateter ilişkili KDE	2 (11,7)
Menenjit olmaksızın spinal apse	1 (5,9)
Etkenlerin dağılımı	n (%)
Klebsiella pneumoniae	11 (64,7)
Koagülaz-negatif stafilokok	2 (11,7)
Citrobacter spp.	1 (5,9)
Candida parapsilosis	1 (5,9)
Acinetobacter baumannii	1 (5,9)
Acinetobacter spp.	1 (5,9)

[PS-152]

Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesindeki Beş Yıllık Enfeksiyon Oranları

Handan Köksal Alay, Emine Parlak, Fatma Kesmez Can, Mehmet Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde gelişen enfeksiyonlar tüm nozokomiyal enfeksiyonların %20'sinden fazlasını oluşturmaktadır. İleri yaş, bilinç bozukluğu, altta yatan kronik hastalıklar (kronik böbrek yetmezliği, diabetes mellitus vb.), santral venöz kateter ve diğer invaziv kateter uygulamaları, uzun süreli hastanede yatış gibi pek çok faktör dirençli patojenlerle olan enfeksiyon riskini artırmaktadır. Neredeyse her kliniğin kendine özel yoğun bakım ünitelerinin olması hekimlerin enfeksiyon etkenleri ve uygun enfeksiyon kontrol önlemlerini alması konusunda dikkatini çekmektedir. Çalışmamızda dahiliye yoğun bakım ünitesindeki enfeksiyon oranlarımızı ve etken patojenleri belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 9 yataklı Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde, 01.01.2014-31.12.2018 tarihleri arasında takip edilen ve sağlık bakım ilişkili enfeksiyon olarak kayda geçen hastalar değerlendirildi. Dahiliye yoğun bakım ünitesindeki enfeksiyon sayıları, hızları ve patojen etkenleri Ulusal Hastane Enfeksiyon Sürveyans Kontrol Birimi verileri doğrultusunda belirlendi.

Bulgular: Çalışmamızda 2014, 2015, 2016, 2017 ve 2018 yıllarındaki hasta sayısı ve hasta günleri sırasıyla 504/2582, 445/2616, 452/1942, 347/1841, 479/2402'dir. Yıllara göre hastane enfeksiyon hızları sırasıyla 4,76, 6,29, 7,74, 1,73, 1,46 olarak tespit edildi (Tablo 1). 2014 ve 2015 yıllarında en sık hastane enfeksiyonu türü üriner sistem enfeksiyonu; sırasıyla 13 (EH: 2,58), 15 (EH: 3,37), 2016 yılında kan dolaşımı enfeksiyonu 8 (EH: 1,77); 2017 yılında kan dolaşımı enfeksiyonu 2 (EH: 0,58), pnömoni 2 (EH: 0,58), üriner sistem enfeksiyonu 2 (EH: 0,58); 2018 yılında kan dolaşımı enfeksiyonu 4 (EH: 0,84), pnömoni 2 (EH: 0,42) ve üriner sistem enfeksiyonu 1 (EH: 0,21) olarak tespit ettik (Tablo 1). Hastane enfeksiyonu etkenlerinde en sık saptanan mikroorganizmalar *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* ve *E. coli* olarak tespit ettik. El hijyeni enfeksiyon kontrol önlemlerinin olmazsa

olmazıdır. Yoğun bakım ünitelerinde invaziv işlem sayısının azalması, yatış süresinin azalması gibi birçok risk faktörünün düzeltilmesinin yanında el hijyen takibi de yerinde habersiz gözlemler olarak uygulanmaktadır.

Sonuç: Yoğun bakım ünitesindeki en yaygın enfeksiyonlar kalıcı cihazlar, kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu, ventilatör ilişkili pnömoni ve intravasküler kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarıdır. Kullanımlarını en aza indirmenin yanında yerleştirilmesi ve bakımıyla da ilgili uygun stratejilerin uygulanması enfeksiyon riskini azaltacaktır. Etkin el hijyeni sağlanması, dirençli organizmalara yönelik temas önlemlerinin alınması, invaziv müdahaleleri en aza indirmek enfeksiyonların önlenmesi ve yoğun bakım ünitesindeki dirençli organizmaların yayılmasının önüne geçmek için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, nozokomiyal enfeksiyon, el hijyeni

Tablo 1. Yıllara göre enfeksiyon türleri ve enfeksiyon hızları

	2014 n (EH)	2015 n (EH)	2016 n (EH)	2017 n (EH)	2018 n (EH)
Deri yumuşak doku enfeksiyonu			5 (1,11)		
Kan dolaşımı enfeksiyonu	5 (0,99)	6 (1,35)	17 (3,76)	2 (0,58)	4 (0,84)
Pnomoni	6 (1,19)	7 (1,57)	5 (1,11)	2 (0,58)	2 (0,42)
Üriner sistem enfeksiyonu	13 (2,58)	15 (3,37)	8 (1,77)	2 (0,58)	1 (0,21)
Toplam	24 (4,76)	28 (6,29)	35 (7,74)	6 (1,73)	7 (1,46)

[PS-153]

Türkiye'de 2007-2017 Yılları Arasında *Pseudomonas aeruginosa* Kaynaklı Kan Akımı Enfeksiyonlarında Antibiyotik Direnç Oranları; 1421 İzolatın Meta Analizi

Sinem Akkaya Işık, Rıza Aytaç Çetinkaya, Ercan Yenilmez, Levent Görenek

Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

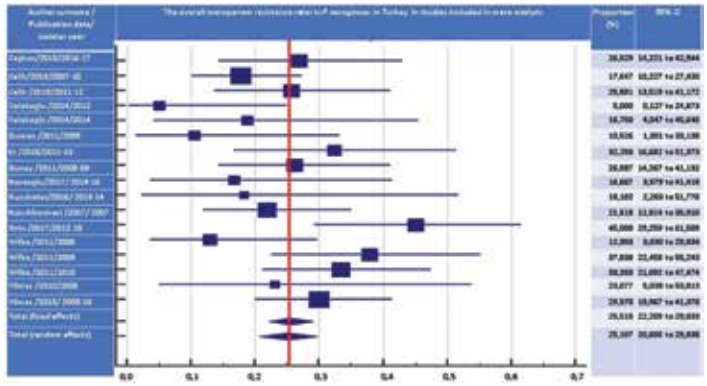
Giriş: *Pseudomonas aeruginosa* prevalansı son yıllarda sabit kalırken dirençli suşların prevalansında belirgin bir artış vardır. Bu meta-analizde, son 11 yılda Türkiye'de kan kültürlerinden izole edilen *P. aeruginosa* suşlarını analiz edip antimikrobiyal duyarlılıklarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yayın taraması; Google Akademik (scholar), PubMed, Web of Science, Türk Medline ve YÖK tez merkezi veri tabanlarında yapıldı. Arama kelimeleri "*Pseudomonas*"; "*Pseudomonas aeruginosa*", "sepsis", "blood culture", "kan kültürü", "bacteremia", "Turkey", "Türkiye" ve "*P. aeruginosa*", kelimeleri ile İngilizce ve Türkçe olarak yapıldı. Veri tabanlarında tarama 1 Eylül ve 31 Ekim 2018 tarihleri arasında yapıldı. Meta-analiz amacıyla Medcalc® software version 17.9.7 programı kullanıldı. Araştırmada, Türkiye'deki kan kültürlerinden izole edilen *Pseudomonas aeruginosa* türleriyle 2007-2017 yılları arasında yapılan orijinal araştırmalar meta-analiz edildi. Çalışmalar katılım kriterlerine göre değerlendirildi ve PRISMA'da gösterildi. 2007 ve 2016 yılları arasındaki veriler grup 1 (2007-2011) ve grup 2 (2012-2016) olarak ikiye ayrıldı. Antibiyotik direnç oranlarındaki farklılıklar grup 1 ve grup 2 arasında analiz edildi.

Bulgular: Meta-analize 25 çalışmada toplam 30 çalışma verisi dahil edildi. Türkiye'de *Pseudomonas aeruginosa*'da MEM direnç prevalansı oranı, 637 izolatın meta analizine göre %25,1 (%95 CI: 20,65 ila 29,83) idi. Grup 1 ve grup 2'deki MEM direnç oranları sırasıyla %23,4 (%95 CI: 18,34 ila 28,99) ve %29,3 (%95 CI: 21,23 ila 38,23) idi. Türkiye'de *Pseudomonas aeruginosa*'da IMP direnci prevalansı oranı 1421 izolatın meta analizine göre %26,8 (%95 CI: 23,40 ila 30,35) idi. Grup 1 ve grup 2'deki IMP direnç oranları sırasıyla %26,2 (%95 CI: 22,41-30,27) ve %28,4 (%95 CI: 21,57 ila 35,88) idi. Siprofloksasin direnç oranı 1388 izolatta %27,04 (%95 CI: 21,88-32,52) idi.

Sonuç: Türkiye'de *P. aeruginosa*'da antibiyotik direnç oranları yüksektir. Ayrıca, *P. aeruginosa*'da meropenem ve piperasilin-tazobaktama karşı direnç kullanımında sık kullanımdan dolayı belirgin bir artış vardır. Bu enfeksiyonların tedavisinde anti-pseudomonal aktiviteye sahip diğer antibiyotiklere öncelik verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Pseudomonas aeruginosa*, kan kültürü, meta-analiz



Şekil 1. Meta-analize dahil edilen çalışmalarda Türkiye'de *P. aeruginosa*'da genel meropenem direnç oranları

Tablo 1. ASP'ye göre *P. aeruginosa* izolatlarında antibiyotik direnç oranları

Grup	Antibiyotik	Toplam izolat sayısı	Toplam direnç oranı %	Toplam %95 CI	Grup 1 izolat sayısı	Grup 1 direnç oranı %	Grup 1 %95 CI	Grup 2 izolat sayısı	Grup 2 direnç oranı %	Grup 2 %95 CI
A	CAZ	1374	35,201	28,259-42,472	1153	35,033	28,147-42,248	221	34,981	14,120-59,451
A	GN	1210	23,313	17,532-29,643	1025	25,201	18,131-33,003	185	18,692	9,348-30,350
A	TZP	1030	29,205	21,058-38,088	833	26,060	17,767-35,319	197	38,235	18,482-60,274
B	AK	1288	10,550	7,683-13,810	1068	10,851	7,657-14,524	220	9,925	3,881-18,349
B	ATM	472	54,642	39,645-69,220	472	54,642	39,645-69,220	NA	NA	NA
B	FEP	1175	34,560	27,189-42,325	956	36,271	27,579-45,441	219	30,505	16,193-47,075
B	CIP	1388	27,042	21,888-32,526	1145	30,761	24,352-37,566	243	18,626	10,721-28,117
B	LEV	269	21,117	13,453-29,978	161	21,068	15,116-28,089	108	20,109	5,629-40,565
B	IMP	1421	26,808	23,406-30,353	1184	26,254	22,419-30,278	237	28,457	21,572-35,887
B	MEM	637	25,107	20,655-29,838	480	23,463	18,348-28,999	157	29,372	21,236-38,232
Diğer	PIP	214	51,680	26,836-76,088	214	51,680	26,836-76,088	NA	NA	NA

CAZ: Ceftazidime, GN: Gentamicin, TZP: Piperacillin-Tazobactam, AK: Amikacin, Aztreonam (Küçükbasmacı et al.), FEP: Cefepime, CIP: Ciprofloksacin, LEV: Levofloxacin, IMP: İmipenem, MEM: Meropenem, PIP: Piperacillin, ASP: Antibiotic stewardship programs, According to the CLSI M100-ED28: 2018 Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing

[PS-154]

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Bir Hastada Enfektif Endokarditi Takiben Gelişen Karbapeneme Dirençli *Acinetobacter baumannii*'ye Bağlı Olarak Gelişen Peritonit

Pınar Gürkaynak[1], Salih Cesur[1], Şerife Altun Demircan[1], Şükran Sevim[1], Çiğdem Ataman Hatipoğlu[1], Sami Kınıklı[1], Gül Gürsoy[2]

[1]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Ankara*

Giriş: *A. baumannii* ve diğer Gram-olumsuz basillere bağlı PD ile ilişkili peritonit literatürde nadiren bildirilmektedir. Burada, periton diyalizi uygulaması sırasında karbapeneme dirençli, çoklu ilaca dirençli, kolistine duyarlı *A. baumannii*'ye bağlı peritonit gelişen bir olgu sunuldu.

Olgu: Altmış yaşında kadın hasta hipotansiyonu olması nedeniyle hemodiyalizi tolere edemediğinden hemofiltrasyon için dahiliye yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Anamnezinde 8 yıldır böbrek yetmezliği olduğu, 6 yıldır hemodiyalize girdiği ve diyabetinin olduğu öğrenildi. Hastanın yatışının 4. gününde 38,5 °C ateşi oldu, fizik muayenede belirgin enfeksiyon odağının saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde; lökosit sayısı 12.500/mm^3, C-reaktif protein: 299 mg/dl (normali 0-5 mg/dl) idi. Hastaya kateter enfeksiyonu ön tanısıyla kateter içi ve periferik ven kan kültürleri alındıktan sonra daptomisin tedavisi başlandı. Hipotansiyonu devam eden hastaya pozitif inotrop olarak norepinefrin tedavisi başlandı. Tansiyonu stabil hale gelen hasta hemodiyaliz programına tekrar alındı. Periferik venöz kan ve kateter içi kan kültürlerinde ampisiline duyarlı enterokok üremesi rapor edildi, mevcut tedavi devam edildi. Femoral kateteri çekilerek subklavian kateter takıldı. Bakteriyemi odağı açısından istenen ekokardiyografide (EKO) mitral kapakta ventrikül tarafında 0,5 cm boyutunda hareketli, vejetasyonla uyumlu kitle saptandı. Tedavinin dokuzuncu gününde hastanın ateşi 39 °C oldu. Tedavinin 10. gününde subklavian kateter içi ve periferik ven kan kültürlerinde *Enterococcus faecalis* ve *Klebsiella pneumoniae* üremesi rapor edildi. Birden fazla kan kültüründe aynı etkenlerin izole edilmesi ve EKO'da vejetasyon saptanması nedeniyle (iki majör Duke kriteri) hastaya enfektif endokardit tanısı kondu. Antibiyogram sonucuna göre meropenem, gentamisin ve ampisilin tedavisi başlandı, daptomisin tedavisi kesildi ve subklavian kateteri çekildi. Hemodiyaliz uygulanamayan hasta periton diyalizi programına alındı. Periton diyalizinin 5. gününde karın ağrısı olan, periton sıvısı bulanık saptanan hastanın periton sıvısında 4000 hücre/mm^3 sayıldı, periton sıvısı kültürü gönderildi. Periton sıvısı kültüründe karbapenemlere (imipeneme ve meropenem için MİK değeri >8 1 µg/l), amikasin, siprofloksasin, tigesiklin ve trimetoprim-sulfametoksazole dirençli, kolistine duyarlı (MİK değeri <=1 µg/l) *A. baumannii* üremesi üzerine intraperitoneal tedavileri kesilerek, meropenem, ampisilin ve gentamisin tedavisine intravenöz kolistin eklendi. Tedavinin 5. gününde periton sıvısında lökosit saptanmadı, periton sıvısı kültüründe üreme olmadı. Tedavinin 9. gününde genel durumu kötüleşen hasta kardiyopulmoner yetmezlik sonucu kaybedildi.

Sonuç: Sonuç olarak, yoğun bakım ünitesinde yatan ve periton diyalizi uygulanan hastalarda nozokomiyal patojenlere bağlı PD ile ilişkili peritonit gelişiminin engellenmesi için periton diyalizi uygulaması esnasında asepsi-antisepsi kuralları ve enfeksiyon kontrol önlemleri sıkı bir şekilde uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Acinetobacter baumannii*, çoklu ilaca direnç, peritonit

[PS-155]

Sağlık Çalışanlarının İnfluenza Aşısına Yaklaşımı

Gülnur Kul[1], Nesibe Korkmaz[2]

[1]*Kırıkhan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ağrı*
[2]*Ağrı Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ağrı*

Giriş: Ülkemizde sağlık çalışanlarına, 2002 yılından itibaren, isteğe bağlı olarak, her yıl ücretsiz influenza aşısı temin edilmesine rağmen, aşılanma oranları düşük seyretmektedir. Bu çalışma 2017-2018 influenza sezonunda 2 farklı hastanede bulunan sağlık çalışanlarının aşılama oranlarının düşük olması nedeniyle hastane çalışanlarının, influenza aşısına yaklaşımlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

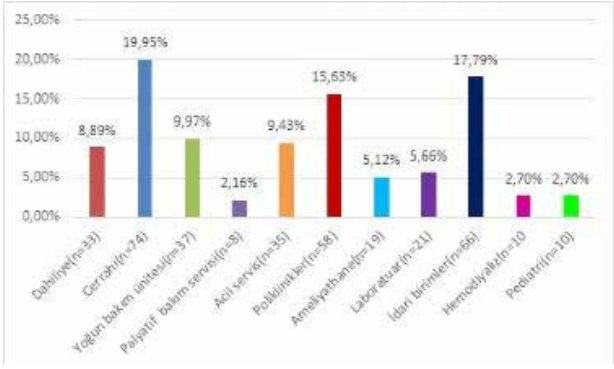
Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 2-9 Ocak 2019 tarihlerinde iki farklı merkezde çalışanlara ait demografik özellikler ve influenza aşısıyla ilgili on soruya, yüzyüze görüşülerek alınan cevapların anket formuna kaydedildiği, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Veriler SPSS programı kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel açıdan p değeri <0,05 düzeyi anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: İki farklı merkezde yapılan anket çalışmasına katılan 371 katılımcının verileri incelendi. Katılımcıların 207'si (%56) kadın, 164'ü

(%44) erkekti. Çalışmaya katılanların yaş, meslek ve çalıştıkları bölümlere göre dağılımları incelendi. Katılımcılar arasında 31 doktor, 215 yardımcı sağlık personeli, 72 diğer sağlık personeli ve 52 şirket personeli mevcuttu. Katılımcılara influenza aşısı yaptırıp yaptırmadıkları soruldu ve 134'ünün (%36,1) hayatında en az 1 kez aşı yaptırdığı öğrenildi. Aşı yaptıranlar incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça aşı yaptırma oranın arttığı görüldü. İnfluenza aşısını yaptırmak istememe nedenleri Tablo 1'de görülmektedir. İnfluenza aşısının etkinliği ve güvenilirliği hakkında soru yöneltildiğinde katılımcıların 257'si (%69,5) olumlu veya olumsuz fikir bildirmişken, 113 (%30,5) katılımcı ise fikrinin olmadığını belirtmiştir. Bu konuda fikir sahibi olmayan katılımcıların 29'u (%25,7) aşı olmuştur. Fikir sahibi olmayanlarda aşı olma oranı anlamlı oranda daha düşüktür (p 0,003). İnfluenza aşısının etkin ve güvenilir olduğunu düşünenlerin 57'si (%55,3), bu aşının etkisiz ve güvensiz olduğunu düşünenlerin ise 55'i (%29,9) aşı olmuştur (p<0,001). Aşı olmayan katılımcıların çoğu etkinlik ve güvenilirlik ile ilgili anlamlı olarak daha yüksek oranda olumsuz kanaate sahiptir. İnfluenza aşısından korunma yolları sorulduğunda %64 düzenli beslenme, spor yapma ve C vitamini takviyesi alma, %15,2 influenza olandan uzak durma, %4,9 hiçbir şey yapmama ve %10,2 diğer yöntemler diye cevap verirken yalnızca %5,7'si influenza aşısı olma cevabını vermiştir.

Sonuç: İnfluenza aşısı ile ilgili yapılacak eğitimlerle, çalışmamızda ve diğer çalışmalarda saptanan aşı olmama nedenleri de göz önünde tutularak, aşıların gerekliliğinin, etkinliğinin, düşük yan etkilerinin iyi anlatılması gerekir. Aynı zamanda hastane çalışanlarından öneriler alınarak konu ile ilgili bilgilerin aktarılması için yeni stratejiler geliştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, influenza



Şekil 1. Çalışmaya katılanların çalıştıkları birimlerin değerlendirilmesi

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının influenza aşısı yaptırmak istememe nedenleri

	Sayı	(%)
Yan etki profilinden korkma	84	18,3
Aşının gerekliliğine inanmama	119	26
Aşının yeterince denenmemiş olduğunu düşünme	52	11,4
Grip hastalığının riskli bir hastalık olduğunu düşünmeme	23	5
Enjeksiyondan korkma	18	3,9
Aşının grip yaptığına inanma	27	5,9
Gripten antibiyotikle korunabileceğini düşünme	14	3,1
Diğer korunma yollarını tercih etme	101	22,1
Kişisel inançlar	20	4,4

[PS-156]

Serratia marcescens'e Bağlı Bakteremi ile Seyreden Üriner Sistem Enfeksiyonu Gelişen Olgu

Şükran Sevim, Salih Cesur, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Şerife Altun Demircan, Esra Kaya Kılıç, Sami Kınıklı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *Serratia marcescens*, *Enterobactericea* ailesinde yer alan Gram-olumsuz basil olup, sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar ve yoğun bakımda salgınların önemli bir etkenidir. Bu yazıda yoğun bakımda yatarken *S. marcescens*'e bağlı olarak bakteremik üriner sistem enfeksiyonu gelişen kalıcı idrar sondası olan yatağa bağımlı 82 yaşında bir kadın hasta sunularak literatür gözden geçirildi.

Olgu: Seksen iki yaşında kadın hasta konuşamama, genel durumunda bozulma, uykuya meyil ve vücudunda şişlik şikayetleri ile acile başvurdu. Anamnezinden Alzheimer, Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı (KOAH) ve hipertansiyon olduğu, idrar inkontinansı nedeniyle sondalı izlendiği öğrenildi. Acil yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaya KOAH alevlenme ön tanısıyla göğüs hastalıkları tarafından inhaler tedavi başlandı. Yatışının 12. gününde 39 °C ateş, lökositoz (lökosit sayısı 18,57/mm^3 ve C-reaktif protein değerlerinde yükseklik (C-reaktif protein değeri 44 mg/l) olan hastada enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı. İdrar sondasından alınan idrar örneğinde mikroskopisinde 80 lökosit saptanan hastadan idrar ve kan kültürleri alındıktan sonra ampirik olarak piperasilin-tazobaktam tedavisi 3x4,5 mg/gün dozda başlandı. Kliniğe yatışının ikinci gününde idrar ve kan kültürlerinde *Serratia marcescens* rapor edildi. Antibiyogram sonucunda hem kan kültüründen hem de idrar kültüründen izole edilen etken piperasilin-tazobaktama dirençli, amikasin ve tigesikline duyarlı, diğer antibiyotiklere ise dirençli idi. Hastaya amikasin 1x1 gr IV ve tigesiklin 100 mg yükleme sonrasında 2x50 mg dozda IV yolla başlandı. Tedavinin 2. gününde ateşi olmadı. Kontrol idrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Laboratuvar testlerinde; lökosit sayısı 7,43/mm^3, C-reaktif protein 4,5 mg/l idi. Mevcut tedavisi 10 güne tamamlanan hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi. *Serratia* cinsi içerisinde *Serratia marcescens* en sık karşılaşılan etkendir. *Serratia marcescens*'e bağlı enfeksiyonlar açısından risk altında olan hastalar; yatağa bağımlı ağır hastalığı olan veya immün sistemi baskılayan hastalığı olanlar, geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedavi edilen ve yoğun bakım ünitesinde invazif alet uygulanan hastalardır. Kalıcı idrar sondası enfeksiyon için önemli bir risk faktörüdür. Sunduğumuz hastada altta yatan Alzheimer hastalığı ve kalıcı idrar sondasının olması *Serratia marcescens* enfeksiyonu için risk faktörleri idi. Üriner istem enfeksiyonu olan hastaların %15'inde enfeksiyon esnasında bakteriyemi olduğu tahmin edilmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak, özellikle kalıcı idrar sondası olan, yatalak hastalarda *Serratia marcescens*'in bakteriyemi ile seyreden üriner sistem enfeksiyonlarına neden olabileceği akılda tutulmalı ve bu hastalarda idrar kültürü ile birlikte mutlaka kan kültürleri de alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Serratia marcescens*, bakteriyemi, üriner sistem enfeksiyonu

[PS-157]

Artemisinin Bazlı Kombinasyon Tedavisi Sonrası Tekrarlayan Mikst Sıtma Olgusu

Aliye Baştuğ, Ömer Aydos, Adalet Aypak, Hürrem Bodur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Sıtma, tüm dünyada ölümlere sebep olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde, 2011 yılından beri yerli olgu görülmemesine karşın, uluslararası seyahatlerin artması sonucu importe olgular görülebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, *P. falciparum* sıtmasında ilk seçenek tedavi rejimi olarak artemisinin bazlı kombinasyon tedavilerini (AKT) önermektedir. Bununla birlikte; Mekong alt bölgesinde bildirilen artemisinin direnci, tedavi başarısızlığına neden olabilmektedir. Bu bildiride; oral artemether-lumefantrine kombinasyon tedavisi sonrası şikayetleri tekrarlayan sıtma olgusu bildirilmiş, direnç ve miks enfeksiyona bağlı rekürrens tartışılmıştır.

Olgu: Çad Cumhuriyetine seyahat öyküsü olan 44 yaşında erkek hasta, ataklar halinde olan ateş ve titreme şikayetleriyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Öyküsünde; Türkiye'ye döndükten iki hafta sonra şikayetlerinin başladığı ve aynı nedenle başvurduğu dış merkezde *P. falciparum* sıtması tanısı ile yatırılarak AKT tedavisini uygun doz ve süre kullandığı öğrenildi. Tedavi sonrası kontrol periferik yaymasında şizont ve trofozoid görülmeyen hasta, taburculuğundan 15 gün sonra şikayetlerinin tekrarlaması nedeniyle yatırıldı. Fizik muayenesinde; ateşi 39 °C, bilinci açık, koopere ve oryante idi. Abdomen muayenesinde dalak kot altında 1-2 cm palpable idi. Diğer sistem muayenelerinde, patolojik bir bulgu saptanmadı. Periferik yaymada tek ve çift taşlı yüzük saptanan hastada; dirençli *P. falciparum* ve miks enfeksiyon olasılığı düşünülerek oral kinin sülfat, doksisiklin ve hipnozoit formlara yönelik primakin tedavisi başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre 5200/mm^3, hemoglobin 8,4 mg/dl, trombosit 159.000/mm^3 olarak saptandı. Takiplerinde ateşi 41 °C'ye yükselen hastanın trombosit 133.000/mm^3, hemoglobin 6,8 mg/dl'ye gerileyen hastaya eritrosit replasmanı yapıldı. Hematüri saptanmadı. Tedavinin beşinci gününde bakılan periferik yaymasında trofozoid ve şizont saptanmadı. Klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta kinin ve doksisiklin tedavisi yedi, primakin tedavisi 14 güne tamamlanması önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Optimal ilaç dozu ile tedavisi tamamlanan, kusma ya da ilacın emilim problemi olmadığından emin olunan hastalarda, tedavi sonrası ilk 28 gün içinde tekrarlayan *P. falciparum* enfeksiyonuna bağlı parazitemi ve ateş görülmesi halinde, dirençli enfeksiyon ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hasta grubunda, kinin içeren tedavi rejimleri ile tekrar tedavi başlanmalıdır. İlk tanıda gözden kaçan *P. vivax* veya *P. ovale* gibi ikinci bir *Plasmodium* türü ile miks enfeksiyon nedeniyle hipnozoit ilişkili rekürrens olabileceği de akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Artemisinin direnci, kinin, *P. falciparum*



Şekil 1. İncelenen periferik yayma örnekleri. Hastanın periferik yaymasında görülen tek taşlı ve çift taşlı yüzük görüntüleri

[PS-158]

Antiretroviral Tedavi Naif HIV Enfekte Olgularda HDL, LDL, Total Kolesterol, Trigliserid Düzeyleri

Ayşe İnci, Nagehan Didem Sarı, Gülşen Yörük

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu için kullanılan antiretroviral tedavi (ART), HIV ile enfekte olmuş kişilerde yaşam beklentisinde belirgin iyileşmeye yol açmıştır. Özellikle kardiyovasküler hastalıkların HIV enfeksiyonu ve ART'nin uzun süreli etkileriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Dislipidemi, HIV enfekte hastalar arasında oldukça yaygındır ve bu durum bu hasta popülasyonunda artmış kardiyovasküler hastalık riski doğurabilir. Bu çalışmada amacımız ART başlanmamış yeni tanılı HIV enfekte olgularda yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), toplam kolesterol (TK), trigliserid (TG) düzeyleri ve HIV enfeksiyonunun lipidler üzerine etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvurmuş olan yeni tanı almış 53 HIV enfekte hastanın dosyaları incelenerek yaş, cinsiyet başvuru anında ART öncesi serum TK, TG, HDL, LDL kaydedildi. Olguların TK, TG, HDL ve LDL değerleri açısından ortalama değerleri ve normal sınırlarda ve normal sınırlar dışında kalma durumuna göre oranları belirlendi.

Bulgular: Bu çalışmada retrospektif olarak incelenen toplam 53 HIV enfekte olgunun 42'sinin (%79,2) erkek 11'inin (%20,8) kadın olduğu belirlendi. Yaş dağılımına bakıldığında en fazla olgunun 26-35 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yeni tanı almış ART naif hastalarda HDL, TG, TK ve LDL ortalama değerleri sırasıyla 34,41 mg/dl, 164,16 mg/dl, 155,58 mg/dl ve 96,43 mg/dl ayrıca HDL değeri normalin altında olan hastaların oranı %58,3, LDL yüksek TK yüksek TG yüksek hastaların oranları sırasıyla %28,3, %30,2 ve %47,2 olduğu belirlenmiştir. Hastalarımızın sonuçları Tablo 1 ve 2'de görülmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak sigara kullanımı, vücut kitle indeksi (VKİ) gibi KVS açısından diğer risk faktörlerinin bulunmaması ve hastaların lipid değerleri ile CD4, HIV-RNA korelasyonun belirlenmemiş olması çalışmamızın eksiğidir. Ancak olgu sayımız az olsa da çalışmamızda ART naif hastalarda TG yüksekliği ve HDL düşüklüğü belirlenmiştir. HIV enfekte hastalarda kullanılan ART'nin lipid profili üzerine etkileri düşünüldüğünde konuyla ilgili daha fazla hasta sayısı içeren çalışmaların yapılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: HIV, LDL, HDL

Tablo 1. ART naif olgularımızın HDL, LDL, TK ve TG değerleri (ortalama)

	HIV enfekte olgular
HDL (mg/dl)	34,41
LDL (mg/dl)	96,43
TK (mg/dl)	155,58
TG (mg/dl)	164,16

TK: Total kolesterol, HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein, LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein, TG: Trigliserit

[PS-159]

Renal Transplant Sonrası İki Yıllık İzlemde Gelişen Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Tuğba Sarı[1], Belda Dursun[2], Mevlüt Çeri[2], Hüseyin Turgut[1], İlknur Kaleli[3], Murat Özban[4]

[1]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli*

[2]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Denizli*

[3]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli*

[4]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Denizli*

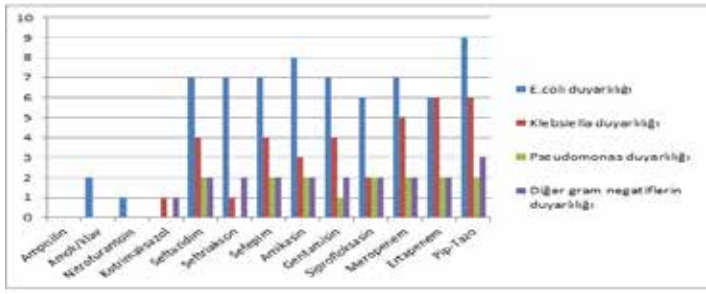
Giriş: Renal transplantasyon sonrası, %23-75 oranında üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) görülmektedir. Bu çalışmada böbrek nakli sonrası ÜSE sıklığı, neden olan patojenler ve antimikrobiyal direnç oranlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2016-2017 yılları arasında hastanemizde renal transplant yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Postoperatif immünosüpresif tedavileri; basiliksimab, mikofenolat mofetil, takrolimus ve prednizolon kombinasyonundan oluştu. Perioperatif antibiyotik profilaksisinde bir hastada klindamisin, diğerlerinde sefuroksim aksetil kullanıldı. Tüm hastalara üriner kateterizasyon ve anastomoz esnasında double-J stend kullanıldı. Hastalara postoperatif dönemde 6 ay boyunca *Pneumocystis jirovecii* ve ÜSE profilaksisi için trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SXT) verildi.

Bulgular: Böbrek transplantasyonu yapılan 25 hasta çalışmaya dahil edildi. ÜSE saptanan 12 (%48) ve saptanmayan 13 (%52) hastanın özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. ÜSE saptanan bir hastanın nörojenik mesane, üç hastanın tıkayıcı üropatisi mevcuttu. Sekizinde en az iki ÜSE atağı mevcuttu. Toplam 38 ÜSE atağında; 7 (%18,4) nitrit pozitifliği saptandı. On beşinde (%39,5) transplantasyon sonrası ilk 3 ay içerisinde, %57,9'unda ilk 6 ay içerisinde ÜSE saptandı. İdrar kültürlerinin 7'sinde (%18,4) Gram-olumlu, 27'sinde (%71,1) Gram-olumsuz bakteri üremesi olurken, 4'ü (%10,5) kontaminasyon olarak bulundu. Üreyen etkenler arasında en sık *Escherichia coli* 13 (%34,2) [2'si (%15,3) genişlemiş spektrumlu beta laktamaz (GSBL) pozitif], *Klebsiella pneumoniae* 8 (%21,1) (6'sı (%75) GSBL pozitif), *Enterococcus faecium* 7 (%18,4), *Pseudomonas aeruginosa* 2 (%5,3) ve diğer Gram-olumsuz üropatojenler 4 (%10,5) ve 4'ü (%10,5) kontaminasyon olarak bulundu (Şekil 1). Otuz örnekten 28'i (%73,7) TMP-SXT dirençli, 25 örnekten 15'i (%39,5) seftriakson dirençli, 27 örnekten 15'i (%39,5) kinolon dirençli, 19 örnekten 3'ü (%7,9) ise karbapenem dirençli bulundu (Şekil 1). GSBL oranı %36, iki ve üzeri ÜSE atağı geçirenlerde %100 olarak bulundu. ÜSE öncesi bazal ve ÜSE sırasındaki GFR (glomerüler filtrasyon hızı) düzeyleri karşılaştırıldığında, ÜSE sırasında saptanan GFR değerlerinin öncesine göre anlamlı derecede azaldığı saptandı (p=0,00). ÜSE tedavisinde en sık tercih edilen antibiyotikler ertapenem %42,1, levofloksasin %10,5, seftriakson %10,5 ve fosfomisin %10,5 idi.

Sonuç: ÜSE renal transplant yapılanlarda cerrahi travma, üriner kateterizasyon ve yoğun immünosüpresif tedavi nedeniyle en sık ilk 3-6 ay içinde saptanmaktadır. Transplant alıcılarında profilaksi ve tedavi amaçlı antibiyotiklerin kullanımına bağlı üropatojenlerin direnç oranları arttığından; risk faktörleri, antibiyotik dirençleri, ampirik tedaviler gözden geçirilmeli ve tedavi başarısının arttırılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Renal, transplant, ÜSE



Şekil 1. Çalışmada değerlendirilen Gram-olumsuz üropatojenlerin antibiyotik duyarlılıkları

Tablo 1. Renal transplantasyon alıcılarının demografik ve klinik özellikleri

	Toplam (n=25)	ÜSE saptanan (n=12)	ÜSE saptanmayan (n=13)	p değeri
		Ortalama ± SD ya da n		
Cinsiyet				0,07
Kadın	17	6	11	
Erkek	8	6	2	
Yaş	46,5±13	49,8±11,9	43,5±13,7	0,2
Transplantasyon yaşı	45±13,1	48,1±12,2	42,07±13,7	0,2
Double-J stent süresi	66,3±18,2	72,6±19,8	63,5±18,4	0,5
Donör				0,4
Canlı	16	7	9	
Kadaverik	9	5	4	
KBY nedeni*				0,6
HT*	9	4	5	
DM*	6	4	2	
Kronik interstisyel nefrit	4	1	3	
Kronik glomerüler hastalık	4	2	2	
Obstrüktif üropati	2	2	0	
Diyaliz tipi				0,5
Hemodiyaliz	21	10	11	
Periton diyalizi	3	2	1	
Diyaliz yok	1	0	1	
Transplantasyon öncesi ortalama diyaliz süresi	80,04±62,7	95,4±55,8	65,8±67,5	0,2
Obstrüktif üropati varlığı	5	3	2	0,4
Gecikmeli graft fonksiyonu				0,2
İlk bir hafta içinde diyaliz ihtiyacı var	2	2	0	
İlk bir hafta içinde diyaliz ihtiyacı yok	23	10	13	

KBY: Kronik böbrek yetmezliği, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus

[PS-160]

İmmün Sistem Baskılanmış Konakta CMV Pnömonisi

Yeliz Çiçek[1], Mustafa Kemal Çelen[1], Serdar Keskin[2], Mehmet Durgun[2], Emine Çelik[2], Mazlum Dursun[2]

[1]*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır*

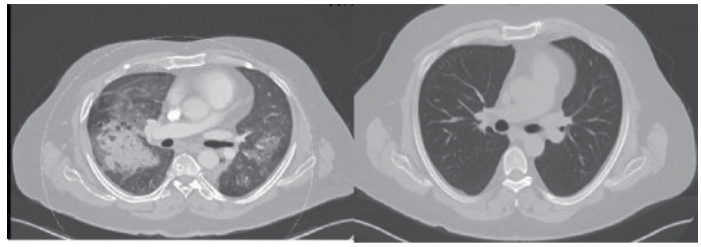
[2]*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır*

Giriş: Sitomegalovirüs (CMV) Herpesviridae ailesinin beta alt grubundan olup; yalnızca insanlarda hastalığa neden olur. Herpes virüs ailesinin diğer üyeleri gibi CMV'de de akut enfeksiyon sonrasında latensi gözlenir. İmmünosüpresif bireylerde CMV pnömonisi insidansı; yoğunlaştırılmış immünosüpresyon, uzamış survey ve gelişmiş teşhis deneyimlerinin sonucu artmıştır. Dermatomiyozit tedavisi sonrası CMV pnömonisi gelişen hastamızı immünosüpresif hasta grubunda latent viral enfeksiyonların reaktivasyonun akılda tutulması ve böylelikle erken tanı ve tedavi ile olası komplikasyonların önüne geçilmesinin önemine vurgu yapmak amacıyla sunduk.

Olgu: Kırk üç yaşında erkek hasta mekanik tipte bel ağrısı, topuk ağrısı, proksimal yutma güçlüğü şikayetleri ile romatoloji polikliniğine başvuruyor. Hastanın kliniğinin uyumlu olması ve ENA profilinde anti-jo1 ++ saptanması üzerine dermatomiyozit ön tanısı ile prednol ve azatioprin tedavisi başlanılıyor. Yaklaşık iki ay boyunca mevcut tedaviyi alan hastada halsizlik, non-produktif öksürük, dispne gelişmesi üzerine ön planda dermatomiyozit AC tutulumu düşünülüp azatioprin tedavisi rituksimaba ile revize edilip hasta göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları kliniğine danışılıyor. Hastanın değerlendirmesinde pozitif bulgu olarak fizik muayenesinde bilateral ral, kan gazında hipoksemi, bigisayarlı toraks tomografisinde bilateral intertisyel tutulum, periferik yaymada atipik büyük lenfositlerin görülmesi ve hastanın immünosüprese olması üzerine ön planda viral enfeksiyon düşünüldü. EBV, CMV, HSV serolojisi ve CMV PCR istendi. CMV PCR'nin $6,81x10^4$ kopya pozitifliği, mevcut immünosüpresyon ve klinik uyum nedeniyle CMV pnömonisi düşünülüp 2x900 mg valgansiklovir tedavisi başlanarak; endikasyon dışı ilaç başvurusu yapıldı (gansiklovir temin edilememesi ve hastanın genel durumunun kötü olması sebebiyle). Tedavi 10. gününde klinik olarak fayda görmeye başlayan hastanın viral yükü kademeli olarak düşüp üçüncü haftanın sonunda ikinci negatif CMV PCR sonucu görülen hasta poliklinik kontrolü ve önerilerle taburcu edildi. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan olumsuz yanıt alınan hasta tedaviyi kendi imkanları ile karşıladı.

Sonuç: Özellikle yoğun bakımda takip edilen hastalarda yatışın 10. gününden sonra; mekanik ventilasyon, sepsis, yanık, travma, kan transfüzyonu, malignensi, kronik böbrek yetmezliği, immünosüpresif tedavi (steroid, kemoterapi) uç yaşlar, siroz gibi reaktivasyon risk faktörleri söz konusu olduğunda klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak tedaviye kısmı ve-veya geç yanıtlı hastalarda CMV başta olmak üzere latent viral enfeksiyonların reaktivasyonu düşünülmelidir. Bu hasta grubunda zamanında uygun tedavi ile yoğun bakım yatış ve mekanik ventilasyon süresinin mümkün olduğunca kısa tutulması ve böylelikle nozokomiyal enfeksiyon ve mortalite azaltılması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: CMV, immünosüpresyon, valgansiklovir



Şekil 1. CMV pnömonisi. Klinik bulgular ilk oluştuğu zaman (non-spesifik interstisyel pnömoni)/tedavi sonrası kontrol tomografi

[PS-161]

Ekstrapulmoner Tüberküloz Hastalarında Mortalite ile İlişkili Faktörler

Dilek Karamanlıoğlu[1], Pınar Aysert Yıldız[1], Hakan Katı[2], Hasan Selçuk Özger[2], Özlem Güzel Tunçcan[2], Murat Dizbay[2]

[1]*Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Giriş: Ekstrapulmoner tüberküloz (EPTB) olgularında tutulum bölgelerine, demografik özellikleri ve laboratuvar verilerine göre mortalite üzerine etki faktörlerinin araştırılması.

Gereç ve Yöntem: Mart 2010-Kasım 2017 tarihleri arasında EPTB tanısı ile takip edilen 183 hastanın verilerinin retrospektif olarak hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden değerlendirilmiştir. Mortalite üzerine etkili faktörler tek değişkenli analiz ile incelenmiş ve anlamlı bulunan faktörlere çok değişkenli analiz uygulanmıştır.

Bulgular: Toplam 183 EPTB tanısı alan hastanın en sık tutulum yeri lenf nodu (%30) olarak daha sonra kemik (%19) ve üçüncü sırada santral sinir sistemi (%13) olarak saptanmıştır. Lenf nodu tutulumlarının içinde ise en sık olarak servikal (%29) ve aksiller (%10) tutulum izlenmiştir. Hastaların %7,6'sı mortalite ile sonuçlanmıştır. Çok değişkenli analiz ile değerlendirme yapıldığında ileri yaş, sedim yüksekliği ve merkezi sinir sistemi tutulumu ile mortalite arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Ekstrapulmoner tüberküloz saptanan, ileri yaşlı, sedim yüksekliği olan hastalarda ve merkezi sinir sistemi tutulumu olanlarda mortalite açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Demografik özellikler, ekstrapulmoner tüberküloz, mortalite

[PS-162]

2017-2018 Yılı Nefroloji Klinik Hastalarının İdrar Kültürlerinde Karbapenem Direnç Durumu Karşılaştırması

Zülal Aşçı Toraman[1], Sümeyra Kayalı[1], Fatma Günbey[1], Merve Ayyıldız[1], Hatice Handan Akbulut[2]

[1]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ*

[2]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi İmmünoloji Anabilim Dalı, Elazığ*

Giriş: Karbapenem dirençli Gram-olumsuz basil grubundaki bakteriler sınırlı tedavi seçeneği olan, ciddi mortalite ve morbidite ile seyreden enfeksiyonlara neden olmaktadır. Son yıllarda karbapenem dirençli Gram-olumsuz basil grubundaki bakterilerin neden olduğu enfeksiyonlar dünya genelinde ve

ülkemizde artarak bildirilmektedir. Bu çalışmada 2017-2018 yılı nefroloji klinik hastalarının idrar kültürlerinde üreyen bakteri dağılımı ve üreyen Gram-olumsuz basillerdeki karbapenem direncinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Nefroloji poliklinik ve kliniğinden mikrobiyoloji laboratuvarımıza gelen idrar örneklerinin bakteriyolojik kültürlerinden üreyen mikroorganizmaların tanımlanması ve antibiyotik duyarlılık testleri, BD Phoenix 100 (ABD) otomatize sistemi ile yapılmış, buna göre karbapenem direnci saptanan örnekler karbapenem direnci yönünden disk difüzyon testi ile tekrar çalışılmıştır.

Bulgular: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2017 yılında nefroloji poliklinik ve klinik hastalarından laboratuvarımıza gelen toplam 691 idrar örneğinin bakteriyolojik kültüründen 150 Gram bakteri, 38 Gram-olumlu bakteri ürerken, 471 örnekte üreme olmadı ve 32 örnekte ise kontaminasyon saptandı. Yetmiş altı Gram-olumsuz bakterinin 21'inde karbapenem direnci saptandı. 2018 yılında ise, laboratuvarımıza gelen toplam 938 idrar örneğinin bakteriyolojik kültüründen 179 Gram-olumsuz, 48 Gram-olumlu bakteri ürerken, 668 örnekte üreme olmadı ve 43 örnekte ise kontaminasyon saptandı. Yetmiş altı Gram-olumsuz bakterinin 33'ünde karbapenem direnci saptandı.

Sonuç: Karbapenem direncinin neden olduğu enfeksiyonlar artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili olmaları ve sınırlı tedavi alternatifleri nedeni ile sıkı kontrol önlemleri alınması gereken bir sağlık bakım sorunudur. Hastanemiz nefroloji kliniğinden gönderilen idrar kültürlerinde üreyen Gram-olumsuz bakterilerde 2017 yılı için saptadığımız karbapenem direnci %14'ten 2018 yılı için %18,4'e yükselmiştir. Karbapenem dirençli enfeksiyonlarının kontrolünde, klinik izolatlar için antibiyotik duyarlılık testlerinin uygulanması ve akılcı antibiyotik kullanımı esastır.

Anahtar Kelimeler: Karbapenem direnci, idrar kültürü, antibiyogram

[PS-163]

2019 Yılı Solunum Yolu Enfeksiyonlu Hastalarda Viral Etkenlerin Multipleks PCR ile Araştırılması

Sibel Doğan Kaya, Yeşim Uygun Kızmaz, Deniz Taşdelen Öğmen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bu çalışmada, akut üst solunum yolu semptomlu hastalarda test edilmiş "viral solunum paneli" sonuçlarını değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 1 Aralık 2018 ile 28 Şubat 2019 tarihleri arasında üst solunum yolu enfeksiyonu ön tanılı yatan veya ayaktan hastalarda nazofarengeal sürüntü örnekleri alınmış ve (FilmArray) multipleks PCR sistemi ile çalışılmıştır. Retrospektif olarak sonuçlar incelenmiştir.

Bulgular: Toplam 50 üst solunum yolu enfeksiyon semptomlu hastanın alınan nazofarengeal örneklerinde 29'unda (%58) virüs etken olarak tespit edildi. Yedi hasta çocuk polikliniğinden (%14), 1 hasta (%2) akciğer nakli, 1 hasta (%2) kalp nakli hastasıydı. On beşi kadın hasta (%30), 35'i erkek hasta (%70) idi. Etken dağılımı ise: *Rhinovirüs*: Dört hasta (%8), *influenza A*/H1: Üç hasta (%6), *influenza A*: Üç hasta (%6), RSV: İki hasta (%4), human *metapneumovirüs*: Bir hasta (%2), *coronavirüs*: Bir hasta (%2) iken, çift etken virüs saptanan *influenza A* + *influenza A*/H3: On beş hasta (%30) olarak bildirildi.

Sonuç: Üst solunum yolu enfeksiyonları virüslerinin hızlı tanısının, gelişen antiviral tedavilerle birlikte önemi artmıştır. Hızlı viral tanı testleri, klinisyenin doğru tedavi kararı almasına olanak sağlayarak gereksiz antibiyotik kullanımını azaltmakta, enfeksiyonun yayılmasını sınırlamakta ve hastanede yatış süresini kısaltabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Solunum yolu enfeksiyonları, multipleks PCR

Tablo 1. Multipleks PCR sistemi. Etken patojenler

Virüsler	Bakteri	
Adenovirus Coronavirus 229E Coronavirus HKU1 Coronavirus OC43 Coronavirus NL63 Human Metapneumovirus Human Rhinovirus/Enterovirus Influenza A	Influenza A/H1 Influenza A/H1-2009 Influenza A/H3 Influenza B Parainfluenza 1 Parainfluenza 2 Parainfluenza 3 Parainfluenza 4 RSV	*Bordetella pertussis* *Chlamydophila pneumoniae* *Mycoplasma pneumoniae*

Tablo 2. Virüslerin dağılımı	
Tek etken virüsler ve dağılımı	**Çift etken virüsler ve dağılımı**
Rhinovirüs: 4 İnfluenza A/H1: 3 İnfluenza A: 3 RSV: 2 Human metapneumovirüs: 1 Coronavirüs: 1	İnfluenza A + influenza A/H3: 15
Etken dağılımı	

[PS-164]

Yoğun Bakımda Yatan Hastada Antibiyotik Tedavisi Altında Kan Kültüründe Çok İlaca Dirençli *Klebsiella pneumoniae* (Bakteriler Bizden Daha İyi Çalışıyor Olabilir mi?)

Gülcan Gül

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

Giriş: Çok ilaca dirençli (ÇİD) bakteriler; uzun süreli yatış, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, ileri yaş, komorbid hastalıklar ve invaziv girişimler nedeniyle yoğun bakımda takip edilen hastalarda büyük bir sorun oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların daha sık görülme nedenlerinden biri de bu ünitelerde uygulanan invaziv girişimlerdir.

Olgu: Yoğun bakımda serebrovasküler infarkt tanısı ile yatan 65 yaşında erkek hastaya santral ve üriner kateter girişimi yapılmıştır. Yatışının 2. günü entübe edilmiş. Onuncu gününde ateşi ve trakeal sekresyonlarda artış olmuştur. Hastanın kültürleri alınarak ampirik piperasilin tazobaktam 3x4,5 gr IV başlanmıştır. Hastanın kan kültüründe tüm antibiyotik gruplarına duyarlı *Klebsiella pneumoniae*, trakeal aspirat kültüründe sadece tigesiklin ve kolistin duyarlı *Acinetobacter baumanii* üremesi olmuştur. Yoğun bakımda takip edilen hastada akciğerde eşlik eden infiltrasyonda artış mevcuttu. Piperasilin tazobaktam durduruldu. Kolistin 2x150 mg IV ve meropenem 3x2 gr IV başlandı. Takipte C-reaktif protein geriledi, ateş düştü. Sekresyonları azaldı. Bu tedavinin 12. günü hastanın tekrar ateşi oldu. Kültürleri alındı. Kateterden ve periferden alınan kan kültüründe ÇİD *Klebsiella pneumoniae* üredi. Meropenem, ertapenem, kolistin, tigesiklin, siprofloksasin, piperasilin tazobaktam, trimetoprim sulfametoksazol dirençli, imipenem gentamisin, amikasin duyarlı olarak tespit edildi. Kolistin ve tigesiklin tedavisi 14. gününde durduruldu. Meropenem durdurularak, imipenem 4x500 mg IV ve amikasin 1x1 gr IV başlandı. Hastanın takibinde ateşi geriledi. Akut faz reaktanları geriledi. Hastanın kateteri çekildi, kültüründe ÇİD *Klebsiella pneumoniae* üremesi oldu.

Sonuç: Gram-olumsuz bakteriler tüm dünyada ve ülkemizde sağlık hizmeti

ile ilişkili enfeksiyonların önemli etkenleri arasında yer almaktadır. Bu mikroorganizmaların hastane ortamında genetik madde aktarımı ya da antibiyotiklerin seçici baskısı ile çoğul direnç özelliği kazanması enfeksiyonların tedavisinde sorun oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde geniş spektrumlu antibiyotiklerin uzun süreli kullanımı, invaziv uygulamalar gibi nedenlerle bizim olgumuzda olduğu gibi, izole edilen bakterilerde çoğul antibiyotik direnci saptanabilmektedir. Bu nedenle klinisyenler olarak direnç problemini göz ardı etmemeli, antibiyotiklerin rasyonel kullanımı kadar el hijyeni, invaziv girişimlerin azaltılması gibi enfeksiyon kontrol önlemleri uygulamaları ile dirençli mikroorganizmaların gelişiminin önlenmesi için yoğun bakım çalışanları ile iş birliği yapmalıyız.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, çoklu ilaç direnci, *Klebsiella pneumoniae*

[PS-165]

İmmünosüpresif Tedavi Alan Hastada *Listeria monocytogenes* Menenjiti: Bir Olgu Sunumu

Tuba Damar Çakırca[1], Mehmet Reşat Ceylan[1], Ahmet Uyanıkoğlu[2], Burak Turaç[1], Mehmet Bayraktar[3]

[1]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa*

[2]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa*

[3]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa*

Giriş: İmmünosüpresif hastalarda enfeksiyonlar genellikle atipik seyirli ve toplumda sık görülmeyen etkenlerle olmaktadır. Bulguların silik olması tanı ve tedavide gecikmeye neden olarak mortaliteyi arttırmaktadır. Bu yazıda immünosüpresif tedavi altında gelişen bir *Listeria* menenjiti olgusu sunuldu.

Olgu: On dokuz yaşında kadın olgu üç gün önce başlayan ateş, baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma ve kanlı dışkılama şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Olgunun genel durumu orta, bilinci açık, oriyente ve koopereydi. Aksiller vücut ısısı: 38,0 °C, nabız: 90/dk idi. Batın sol alt kadranda ve suprapubik alanda hassasiyet dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. Özgeçmişinden 6 ay önce ülseratif kolit tanısı aldığı öğrenildi. Azatiyoprin ve metilprednizolon tedavileri sonrası ülseratif kolit atakları devam eden hastaya infliksimab tedavisi verilmiş ve en son dozunu 5 gün önce almıştı. Hasta ülseratif kolit atağı ön tanısı ile gastroenteroloji servisine yatırıldı. Laboratuvar incelemesinde; beyaz küre: 5628/mm^3, Hb: 10,4 g/dl, Plt: 549.000/mm^3, C-reaktif protein: 2 mg/dl (0-0,8 mg/dl), ESH: 71 mm/saat, ferritin: 1438 ng/ml saptandı. Yatışının ikinci günü ateşleri devam eden, bulantı-kusmaları artan ve ense sertliği gelişen hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. BOS incelemesinde; görünüm opelasan, basınç hafif artmış, hücre sayımında beyaz küre: 150/mm^3 (%80 nötrofil), glukoz: 10 mg/dl [eş zamanlı kan glukozu (EKŞ): 87 mg/dl] ve protein: 170 mg/dl saptandı. Hastaya seftriakson ve asiklovir tedavileri başlandı. Hastanın takibine enfeksiyon hastalıkları servisinde devam edildi. Beyin omurilik sıvısı (BOD) multipleks PCR'de *L. monocytogenes* saptanan olgunun tedavinin 2. gününde de BOS kültüründe de *L. monocytogenes* üredi. Hastanın asiklovir ve seftriakson tedavisi kesildi, ampisilin 6x2 gr IV ve gentamisin 3x(2 mg/kg) IV tedavisine geçildi. Genel durumu kötü ve bilinci kapalı olan hasta menenjit tedavisinin dördüncü gününde entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı. Kontrol LP yapılmak istenen olgunun çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografisinde; hidrosefali saptandı. LP yapılamayan olguya eksternal ventriküler drenaj kateteri takıldı. Tedavinin altıncı gününde kateterden alınan BOS incelemesinde; glukoz: 67 mg/dl (EKŞ: 98 mg/dl), protein: 83 mg/dl olup hücre sayımında beyaz küre: 60/mm^3 idi. Antibiyoterapinin 10. gününde bilinç durumunda düzelme olmayan, konvülziyonları olan ve entübasyonu devam eden hasta anestezi ve reanimasyon kliniğine devir edildi. Tedavinin 10. ve 14. gününde bakılan BOS'de beyaz küre görülmedi, glukoz ve protein normal idi. Tedavi 3 haftaya tamamlandı. Hidrosefali ve komplikasyonlarına bağlı olarak hasta yatışının 44. gününde kaybedildi.

Sonuç: *L. monocytogenes*, immünosüprese hastalarda, yaşlılarda, gebelerde ve yenidoğanlarda önemli bir bakteriyel enfeksiyon etkenidir. Bağışıklığı baskılanmış hastalarda menenjit etkenleri arasında göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İmmünosüpresyon, *L. monocytogenes*, menenjit

[PS-166]

Agresif Seyreden Deri Şarbonu Olgusu

Sedef Başgönül

Biga Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çanakkale

Giriş: Hayvancılığın yaygın olduğu kesimlerde hala endemik olan şarbonun ayırıcı tanılarımız içerisinde bulunmasını sağlamaktır.

Olgu: Elli iki yaşında kadın hasta sol el 1. parmakta 1 haftadır olan yaranın büyümesi nedeniyle Kars Harakani Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne başvurdu (Resim 1). Lezyonun önce küçük bir sivilce şeklinde başladığını, giderek yayılarak tüm parmağı kapladığını ve karardığını, önceleri ağrı yokken son zamanda el üzerinde ağrı oluştuğunu anlattı. Dış merkezde sodyum fusidat tablet reçete edilmiş ancak faydası olmadığını belirtti. Kronik hastalık tariflemiyordu, hayvancılıkla uğraştığı öğrenildi. Kurban bayramı olması nedeniyle bol miktarda et kesmiş olduğunu belirtti. Hasta acil serviste görüldüğünde sol el 1. parmakta diffüz ön kola kadar uzanan deri altı ödem, parmakta yaygın hiperemik zemin üzerinde hemorajik büller görüldü. Aksiller lenfadenopati saptandı. Hareket kısıtlılığı ve ağrı tarifleyen hasta kompartman sendromu dışlanması için ortopedi bölümüne konsülte edildi. Mevcut haliyle girişim düşünülmediği bildirildi ancak takibinde oluşabilecek girişim ihtiyacı nedeniyle hastanın 3. basamak hastaneye sevk edilmesi önerildi. Hastaya 1 doz Td aşısı uygulandı. Vitalleri stabil, ateşi: 36,9 °C idi. Hastanın laboratuvar parametrelerinden beyaz küre: 6300/mm^3, Hb: 11,4 g/dl, Plt: 163000/mm^3, kreatinin: 0,9 mg/dl, aspartat aminotransferaz: 41 U/l, alanin transaminaz: 47 U/l, C-reaktif protein: 6,5 mg/dl (0-0,5), sodyum: 131 mmol/l, potasyum: 3,7 mmol/l olarak raporlandı. Bölgemizde hayvancılığın yaygın olması, şarbon olgularının insanlarda da hayvanlarda da sık görülmesi, hastanın lezyonunun başlangıcından itibaren şarbon lezyonu ile uyumlu progresyonu nedeniyle hasta deri şarbonu ön tanısı ile interne edildi. Hastaya piperacilin tazobactam 3x4,5 gr IV başlandı. Destek tedavi, elevasyon ve venöz dönüş hareketleri uygulandı. Alınan kan kültürleri ileri tarihlerde kontaminasyon olarak raporlandı. Uzun bayram tatili nedeniyle bül materyalinden mikrobiyolojik tetkik istenemedi. Hasta yatışının 2. günü Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne ambulansla sevk edildi. Orada mevcut tedaviye ek olarak IV prednizolon verildiği, takiplerinde kompartman sendromu gelişmediği, ödemin gerilediği öğrenildi. Yaklaşık iki haftalık tedavinin ardından hasta polikliniğimize kontrole geldiğinde, 1. parmak derisi diffüz nekrotik, el sırtında ödem ve hiperemi görüldü. Laboratuvar parametrelerinden beyaz küre: 4700/mm^3, Hb: 12 gr/dl, Plt: 348000/mm^3, aspartat aminotransferaz: 23 U/l, alanin transaminaz: 23U/l, C-reaktif protein: 0,76 mg/dl, kreatinin: 0,69 mg/dl olarak raporlandı. Ardışık tedavi olarak siprofloksasin 2x500 mg tablet ile tedaviye 1 hafta daha devam edildi. Kontrolünde lezyonda regresyon oluşmuştu.

Sonuç: Ülkemiz için şarbon hala sorun oluşturmakta, özellikle hayvancılığın yaygın olduğu, denetlemelerin az olduğu doğu illerinde şarbon olguları çok sık karşımıza çıkmakta ve tutulumu agresif seyredebilmektedir. Hayvanlara uygulanacak etkin aşılama ve denetlemelerle bu hastalığın önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Deri şarbonu, malign ödem, malign püstül



Resim 1. İlk başvuru

[PS-167]

Akut Böbrek Hasarı ile Başvuran İki Akut HIV Enfeksiyonu Olgusu

Hatice Kübra Bağış, Melike Çıvak, Nagehan Didem Sarı, Gülşen Yörük, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bu çalışmada, literatürde çok nadir görülen, HIV ilişkili böbrek hastalıklarına bağlı akut böbrek hasarı (ABH) ile prezente olan iki akut HIV enfeksiyonu olgusu sunulmuştur.

Olgu 1: Yirmi yedi yaşında MSM (men having sex with men), bulantı, kusma, idrar çıkışında azalma ile başvuran hastanın beş hafta önce korunmasız cinsel temas öyküsü mevcuttu. TA: 140/75 mmHg olup bilateral postaurikular 1,5 cm çaplarında lenfadenopati, pretibial ödem saptandı. Başvurusunda üre: 153 mg/dl, kreatinin: 5,9 mg/dl, glomerüler filtrasyon hızı: 12 ml/dk/1,73 olup nefroloji ile konsülte edildi. İki kez hemodiyalize alındı, 4 ünite TDP verildi ve prednizolon 0,5 mg/kg IV ve alfa blokör 4 mg 2x1 po başlandı. ELISA testlerinde anti-HIV reaktif saptanıp 2,5 ay önce non-reaktif olduğunun öğrenilmesi üzerine akut HIV enfeksiyonu ön tanısıyla servisimize yatırıldı. HIV-RNA: 1.190 000 kopya/ml, CD4 sayısı: 435/mm^3, HLAB5701 negatif saptanan hastaya ABC/3TC/DTG başlandı. Takibinin dördüncü gününde idrar çıkışı başlayan, altıncı gününde eGFR: 118 ml/dk/1,73, üre: 66 mg/dl, kreatinin: 0,8 mg/dl saptanan hasta, yatışının sekizinci gününde taburcu edildi. Yapılan böbrek biyopsisinin sonucu Tablo 1'de gösterilmiştir.

Olgu 2: Otuz yaşında MSM, 10 gündür olan nefes darlığı ve vücutta şişlik ile başvuran hastanın 16 yıldır tip 1 DM tanısı ve 2 ay önce korunmasız cinsel temas öyküsü vardı. TA: 149/85 mmHg, bilateral servikal 1-1,5 cm çaplarında LAP'ları ve pretibial ödemi mevcuttu. Solunum sesleri bilateral bazallerde azalmıştı. Başvurusunda üre: 105 mg/dl, kreatinin: 1,36 mg/dl, eGFR: 65 ml/dk/1,73 olup bilateral plevral effüzyon saptandı. Plevral mayi transuda vasfındaydı. ELISA testlerinde anti-HIV reaktif saptanıp üç ay önce non-reaktif olduğunun öğrenilmesi üzerine akut HIV enfeksiyonu ön tanısıyla servisimize yatırıldı. HIV-RNA: 1.055.107 kopya/ml, CD4 sayısı: 214/mm^3, VDRL + TPHA + 1/640 olarak saptandı. TAF/FTC + EVG/c ve sifiliz tanısı ile 2,4 milyon Ü benzatin penisilin IM verildi. Nefroloji önerisiyle ACE inhibitörü başlandı. Klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta yatışının 10. gününde taburcu edildi. Yatışının sekizinci gününde yapılan böbrek biyopsisinin sonucu Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: ABH'ye HIV enfekte bireylerde sık rastlanmakla birlikte, nadiren HIV ilişkili böbrek hastalıklarına bağlı gelişmektedir. Akut HIV enfeksiyonunda HIVAN ile ilgili literatürde yalnızca 2 olgu bildirilmiş olup, HIVICK olgusu bulunmamaktadır. ABH gelişen risk grubundaki bireylerde HIV enfeksiyonu ve ilişkili renal hastalıklar akla getirilmeli ve nadir de olsa akut HIV enfeksiyonunun bir parçası olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, HIVAN, HIVICK

Tablo 1. HIVAN ve HIVICK olgularının demografik ve laboratuvar özellikleri

Özellikler	Olgu 1-HIV ilişkili nefropati (HIVAN)	Olgu 2-HIV ilişkili immünokompleks (HIVICK)
Yaş	27	30
Cinsiyet	Erkek	Erkek
CD4 sayısı/mm^3	435	214
HIV-RNA (kopya/ml)	1.190.000	1.055.107
DM	Yok	Var
HT	Yok	Yok
HBV koenfeksiyonu	Yok	Yok
HCV koenfeksiyonu	Yok	Yok
Sifiliz	VDRL-, TPHA-	VDRL+, TPHA +1/640
eGFR (ml/dk/1,73)	12	65
Proteinüri (mg/24 saat)	2212,5	10230
Renal histopatoloji	Glomerüllerde visseral epitel hipertrofisi, mitozlar, bir glomerülde segmental sklerotik lezyon, bir glomerülde erken segmental skleroz HIV ilişkili FSGS lezyonları olarak düşünülmüştür. Yoğun endotel şişkinliği ve mezengiolizis; tipik trombüsler ve hiperplastik damar değişiklikleri olmamakla beraber bir trombotik mikroanjiyopatinin de geçirilmiş olduğuna işaret etmektedir	İntrakapiller eksüdatif değişiklikler, segmental bazal membran kalınlaşması gösteren eksüdatif proliferatif glomerülonefrit, interstisyel odaksal mikst iltihabı hücre infiltrasyonu (HIV Assosiye İmmünokompleks hastalığı), ağır hyalin arteriol değişiklikleri (hastanın öyküsünde mevcut diabetes mellitus ile ilişkilendirilmiştir).

[PS-168]

KKKA Endemik Bölgede Ayırıcı Tanıda Unutulmaması Gereken Hastalıklar

Özlem Akdoğan, Derya Yapar, Şengül Üçer, Nurcan Baykam

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çorum

Giriş: Çorum ili Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) için endemik bir bölgedir. Ateş, halsizlik, kas-eklem ağrıları, bulantı, ishal gibi non-spesifik bulgularla başlayıp mortal seyredebilen KKKA, hastalığın başlangıcında birçok enfeksiyon hastalığı ile karışabilmektedir. KKKA ön tanısı ile hospitalize edilip hantavirüs enfeksiyonu ve leptospiroz tanısı konan iki olguyu ayırıcı tanı açısından dikkat çekmek için sunmaya değer bulduk.

Olgu 1: Kırk beş yaşında mevsimlik işçi olarak çalışan ve çadırda yaşayan erkek hasta, üç-dört günlük ateş, öksürük, balgam çıkarma, kırgınlık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Acil serviste ilk değerlendirmede elektrokardiyografi değişikliği ve troponin değerinin yüksek çıkması nedeni ile akut koroner sendrom düşünülerek kardiyoloji tarafından yatırıldı. Hastanın takibinde ateşinin yüksek seyretmesi ve trombositopeni gelişmesi nedeni ile yatışının 2.

gününde kliniğimize KKKA ön tanısı ile devir alındı. Platelet değeri 75 000/mm^3 ve alanin transaminaz (ALT) yüksekliği 89 U/l olan hastada 3. günde akut böbrek yetmezliği gelişti. Hastanın kreatinin değeri 6,6 mg/dl'ye kadar arttı. Eş zamanlı olarak istenen KKKA RT-PCR sonucu negatif, hantavirüs antikoru IgM ve IgG sonuçları pozitif olarak sonuçlandı. Hemodiyaliz ihtiyacı olmadan hastanın değerleri normale dönerek hasta 15 gün sonra taburcu edildi.

Olgu 2: Yetmiş yaşında, 3 günlük halsizlik, yaygın kas-eklem ağrısı, karın ağrısı ve iştahsızlık şikayeti ile başvuran ve pansitopenisi yanı sıra ALT, kreatinin, bilirubin yüksekliği olan hasta KKKA ön tanısı ile yatırıldı. Plt: 11.000/mm^3, Hb değeri: 8,4 g/dl, total bilirubin: 8,75 mg/dl, direkt bilirubin: 5,70 mg/dl, kreatinin: 3,8 mg/dl olarak tespit edildi. Karın ağrısı olan hastanın batın ultrasonografisinde karaciğer etrafında 13 mm serbest mayi; dispne ve O_2 satürasyonu düşük olan hastanın toraks tomografisinde ise sağda 3 cm plevral mayi tespit edildi. KKKA RT-PCR negatif, leptospira RT-PCR pozitif olarak sonuçlandı. Seftriakson 2x1 g IV tedavisi ile klinik tablosu düzelen hasta on gün sonra taburcu edildi.

Sonuç: KKKA için endemik bölgelerde KKKA ön tanısı ile takip edilen hastalar değerlendirilirken, klinik tablo ve laboratuvar bulguları ile benzerlik gösteren, daha nadir görüldüğü için ayırıcı tanıda gözden kaçabilen hantavirüs enfeksiyonu, leptospiroz gibi zoonotik hastalıklar da her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: KKKA, ayırıcı tanı

[PS-170]

Ağrı İlinde Bulunan Afganistan ve Pakistan Uyruklu Göçmenlerde Hepatit ve HIV Serolojisi

Nesibe Korkmaz[1], Osman Necati Volkan[2]

[1]*Kahramankazan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

[2]*Ağrı Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ağrı*

Giriş: Çok eski zamanlardan beri halk sağlığının her tür nüfus hareketliliğinden etkilendiği bilinmektedir. Bu sebeple göç etme süreci ile ilişkili enfeksiyonların tanınması, teşhisi ve yönetimi konusunda farkındalık sahibi olunmalıdır. Çalışmalar arasında farklılıklar olmasına rağmen ülkemizde hepatit B görülme sıklığı %2,7-4 arasında değişmektedir. Hepatit C seroprevalansı ise hepatit B'ye göre daha düşük olup %0,9 olarak saptanmıştır. HAV IgG pozitiflik oranı %85-100 arasında bildirilmiştir. Bu çalışmada sınır ili olan Ağrı ilinde göç hareketi esnasında taranan 247 Afgan ve Pakistan uyruklu göçmenin hepatit A, B, C ve HIV seroloji sonuçları irdelenmek istendi.

Gereç ve Yöntem: Çalışma retrospektif olarak hastane sistemi verileri kullanarak elde edilmiştir. Mart 2018 ve Nisan 2018 tarihleri arasında Ağrı Devlet Hastanesi'ne tarama amaçlı getirilen 247 Afgan ve Pakistan uyruklu göçmenin seroloji sonuçları incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen göçmenlerin hepsi erkek cinsiyetti ve yaş ortalamaları 20,5 olarak saptandı. Pakistan uyruklu hasta sayısı 58 (%23,39) olarak bulundu. Hastaların 7'sinde (%2,82) hepatit B yüzey antijeni olumlu olarak tespit edildi. Altmış bir (%24,60) hastada anti-HBs pozitif olarak bulundu. Anti-HCV 5 (%2,02) hastada pozitif olarak saptandı ve bu 5 hastanın hepsi Pakistan uyruklu olarak saptandı. Hiçbir hastada HIV pozitifliği saptanmadı. HAV-IgG 241 (%97,18) hastada pozitif bulundu.

Sonuç: Pakistan'dan yapılmış bir çalışmada hepatit C prevalansının %16-24 arasında olduğu bildirilmiştir. Göçmenlerdeki özellikle hepatit C prevalansının ülkemize göre yüksek oranda olduğu saptanmıştır ve özellikle de Pakistan uyruklularda bu oran oldukça yüksektir. HCV'de tedaviyi belirleyen en önemli unsurun genotip olduğu bilinmektedir. Bulaşın kan ve cinsel yolla olması da göz önünde bulundurulacak olursa bu değişimin tedavi protokollerinde göz önünde bulundurulması önemlidir. Hepatit B prevalansı ülkemiz oranlarıyla aynı saptanmıştır. Hepatit A da muhtemelen kötü sanitasyon koşulları nedeniyle 6 hasta dışında diğer tüm hastalarda pozitif olarak saptanmıştır. Ülkemize göçen sığınmacıların geldikleri bölgelere göre değişen viral, bakteriyel ya da paraziter enfeksiyonların olduğu göz önüne alınacak olursa sınırlarda ayrımcılık gözetmeden yapılan taramaların hem halk sağlığı açısından hem de hastalık tespit edilen olguların ilgili kurumlara yönlendirilmesi açısından önemli olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit, HIV, göçmen

Tablo 1. Afgan ve Pakistan uyruklu göçmelerde hepatit ve HIV serolojisi

	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HCV	Anti-HIV	Anti-HAV
Afganistan n=189	6	45	0	0	185
Pakistan n=58	1	16	5	0	56
Toplam n=247	7 (%2,82)	61 (%24,6)	5 (%2,02)	0	241 (%97,18)

[PS-171]

Tüberkülozda Paradoksal Yanıt, Peki Ama Ne Zaman?

Halime Araz, Aliye Baştuğ, Aysel Kocagül Çelikbaş, Süleyman Koç, Adalet Aypak, Hürrem Bodur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

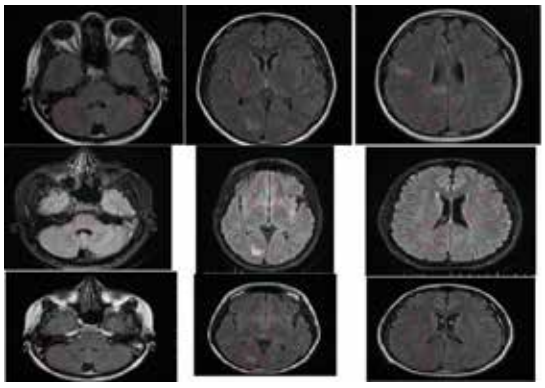
Giriş: Tüberküloz halen önemli bir halk sağlığı sorunu olup tanı, tedavi ve takibi dikkat gerektirmektedir. Tedavi sırasında konağın verdiği immün yanıta bağlı, paradoksal yanıt sonucu yeni semptom veya klinik/radyolojik bulgular görülebilmektedir. Bu durum, hekimde tanının doğruluğu ve tedavi başarısı konusunda endişe uyandırdığından önemlidir. Bu bildiride; paradoksal yanıtın beklenenden daha geç görülebileceğine dikkat çekmek istedik.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta, dört gün önce başlayan ateş, baş ağrısı, üst ekstremitelerde uyuşma şikayetleri ile yatırıldı. Anamnezinde; gebe kalamadığı, ailesinde geçirilmiş tüberküloz öyküsü olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde ateş dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit: 3000/mm^3, nötrofil: %72, eritrosit sedimentasyon hızı 10 mm/h, C-reaktif protein: 13 (0-5) mg/l bulundu. Tüberkülin deri testi anerjik, Quantiferon negatif olarak sonuçlandı. Göz dibi incelemesinde; bilateral papil ödemi saptanan hastaya lomber ponksiyon (LP) yapılamadı. Ampirik meropenem, vankomisin ve asiklovir başlandı. Takipte ateşi 39,9 °C'ye kadar yükseldi. Multidisipliner konseyde; kraniyal MRG'de saptanan multipl ring tarzında kontrast tutan lezyonlar, tüberküloz lehine yorumlandı. Babasında geçirilmiş tüberküloz öyküsü de olan hastaya dörtlü anti-tüberküloz ve steroid tedavisi başlandı. Tüberküloz tedavisinin yedinci gününde ateşi gerileyen hasta ateşsiz 10. gününde taburcu edildi. Tedavinin 5. ayında çekilen kontrol MRG'de çoklu yeni lezyon saptanan hasta tekrar yatırıldı. Herhangi bir semptom ve laboratuvar bulgusu olmayan hastaya LP yapıldı. Beyin omurilik sıvısından (BOS) *Toxoplasma gondii* Sabin Feldman boya testi, kriptokok PCR, kantitatif VDRL ve *Brucella* tüp aglütinasyon testleri ve sitolojik incelemeleri negatif saptandı. Bir ay sonra tekrarlanan MRG'de lezyonların gerilediği görüldü. Tedavinin beşinci ayında, klinik belirti olmaksızın kraniyal MRG kontrolünde saptanan lezyonların paradoksal yanıt olarak değerlendirildi.

Sonuç: Paradoksal reaksiyon genellikle (%83) ekstrapulmoner tüberkülozda ve sıklıkla tedavinin ikinci ayında ortaya çıkmaktadır. Literatürde altı aya

kadar görülebileceği bildirilmektedir. Ülkemizde ilaç direnci önemli bir sorun olduğundan, benzer olgularda direnç ilişkili tedavi yanıtsızlığı ve progresyon düşünülebilir. Bu durum, tedavinin etkisiz kabul edilerek kesilmesine yol açabilir. Paradoksal yanıt tanısı öncesinde; hastanın ilaçlarını düzenli alıp almadığı, başka bir hastalık varlığı ve direnç olasılıkları ekarte edilmelidir. Sonuç olarak, olgumuz santral sinir sistemi tüberkülozu olan hastaların takibinde geç dönemde paradoks yanıtın gelişebileceğini göstermesi bakımından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Paradoksal yanıt, tüberküloz menenjit, tüberküloz tedavisi



Şekil 1. MR görüntüleri. Tüm MR görüntülemeleri aynı seviyede ve Ax T2 FLAIR sekansındadır. Yatay ilk sıradaki görüntüler hastanın 04/05/2018'deki tanı anındaki MR görüntüleridir. İkinci sıra yatay eksendeki görüntüler 14/09/2018'deki paradoksal yanıtın görüldüğü görüntülerdir. Üçüncü sıra görüntüler 16/10/2018'deki regresyon gösteren kontrol görüntülerdir

[PS-172]

Bir Diyabetik Ayak Yarası Tedavisinde İntralezyoner Epidermal Büyüme Faktörü Uygulaması Deneyimi: Olgu Sunumu

Tuba İlgar[1], Yasemin İmamoğlu[2], Ünsal Bağın[1], İlknur Esen Yıldız[1], Uğur Kostakoğlu[1], Ayşe Ertürk[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Diyabetik ayak yarası ve enfeksiyonu, diyabetin sık karşılaşılan ve ciddi sonuçları olabilen bir komplikasyonudur. Yara iyileşme sürecinde güçlüklerle karşılaşılabilmektedir. Epidermal büyüme faktörü (EGF), yara iyileşmesini hızlandırabilmekte ve diyabetik ayak yaralarının tedavisinde kullanılabilmektedir. Biz de bu yazıda antibiyoterapi sonrasında intralezyoner EGF uygulanan bir olguyu sunduk.

Olgu: Yetmiş sekiz yaşında kadın hasta, 15 gün önce başlayan sol ayak tabanında ağrı, kızarıklık ve yara şikayetlerine üç gündür bulantı, kusma ve ateş şikayetleri eklenmesi üzerine hastanemize başvurmuş. Hastanın 15 yıldır tip 2 diabetes mellitus olduğu öğrenildi. Vücut sıcaklığı 36,4 ˚C, nabız 80/dk, kan basıncı 110/60 mmHg olarak saptandı. Sol pretibial bölgede kızarıklık ve ısı artışı vardı. Sol ayak tabanında 8x10 cm genişliğinde fluktuasyon veren alan, sol 1. metatarsal falanks tabanında 2x2 cm nekroze alan mevcuttu (Resim 1). Laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de görülmektedir. Hasta diyabetik ayak enfeksiyonu öntanısıyla kliniğimize yatırıldı. Hastaya ampirik olarak piperasilin tazobaktam 4x2,25 g (IV) ve teikoplanin 400 mg 12 saat arayla üç doz yükleme, 1x400 mg idame olacak şekilde antibiyoterapi başlandı. Yüzeyel doku ultrasonografisinde apse saptanmadı. Plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi (PREC) bölümüne danışıldı, doku kültürü alındı, ayak tabanı debride edildi. Dokunun Gram-boyamasında bazı alanlarda 3-4 lökosit görülürken mikroorganizma görülmedi. Kültürü kontaminasyon olarak sonuçlandı. Manyetik rezonans görüntülemesi plantar fasiit olarak raporlandı, osteomiyelit düşünülmedi. Ortopedi ve travmatoloji servisine danışıldı, girişim düşünülmedi, PREC bölümü tarafından seri debritmanlarına devam edildi. Endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları bölümü tarafından insülin dozları düzenlendi. Tedavisinin 30 gününde enfeksiyonu gerileyen hastanın antibiyoterapisi kesildi. Ayak tabanında halen açık lezyonu olan hastaya haftada üç kez 75 mg intralezyoner EGF tedavisi planlandı. Uygulamalar öncesinde hastaya intravenöz parasetamol ve anti-histaminik uygulandı, sonrasında hastanın herhangi bir şikayeti olmadı. PREC bölümü tarafından debritmanlarına devam edildi. Tedavi altında yara kenarlarında granülasyon oluşumu gözlendi. EGF tedavisi 12 doz uygulandıktan sonra önerilerle taburcu edildi. Tedavi tamamlandıktan 45 gün sonra lezyonunun tamamen kapandığı gözlendi (Resim 1).

Sonuç: Çalışmalarda enfeksiyon kontrolü sağlandıktan sonra intralezyoner EGF uygulanmasıyla iyileşmede artış olduğu, amputasyon yüzdelerinde düşme olduğu bildirilmiştir. Hastamızda da antibiyoterapi verilmesi, seri debritmanların yapılması ve kan şekeri regülasyonu sağlanmasıyla beraber uygulanan EGF tedavisi ile yarada tamamen kapanma sağlanabilmiştir. EGF uygulamasının diyabetik ayak yaralarında ek tedavi yöntemi olarak akılda tutulabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak, epidermal büyüme faktörü



Resim 1. Hastanın ayaktaki lezyonunun görünümleri

A: Tedaviye başlamadan önce, B: İlk debritman sonrası, C: Antibiyoterapi tamamlanınca, EGF tedavisi öncesi D: EGF tedavisinin 12. dozu tamamlandıktan sonra, E: Tedavi tamamlandıktan 45 gün sonra

Tablo 1. Hastanın başvurusunda istenen laboratuvar tetkik sonuçları

Laboratuvar Tetkiki	Sonuç
Beyaz küre sayısı	12350/µl
Glukoz	315 mg/dl
Kreatinin	1,25 mg/dl
C-reaktif protein	19,3 mg/dl
Eritrosit sedimentasyon hızı	48 mm/s
HbA1c	%13,8

[PS-173]

Preoperatif Pnömoni Açısından Yeterince Dikkatli miyiz?

Hilal Ekici, Zeynep Türe, İlhami Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

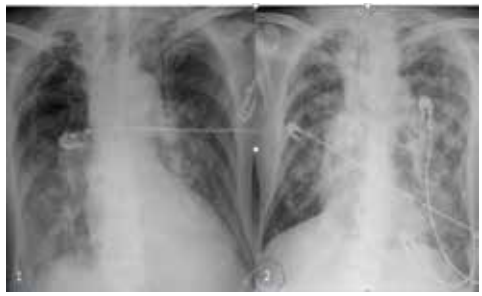
Giriş: Postoperatif pulmoner komplikasyonlar içerisinde pnömoni insidansı %6-7 civarında olup önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Preoperatif akciğer grafisi, altta yatan sessiz bir hastalık durumunun belirlenmesine, postoperatif dönemde karşılaştırmalı değerlendirme yapılmasına olanak sağladığı için önerilmektedir. Altmış yaş üzerinde, kardiyak ya da pulmoner sorunu olanlarda, postoperatif pulmoner komplikasyon için yüksek risk grubunda olanlara mutlaka preoperatif dönemde akciğer grafisi (PAAG) önerilmektedir. Pürülan balgam, balgam karakterinde değişiklik ve altta kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi hastalığı olanlarda tedavi tamamlanıncaya kadar cerrahi iptal edilmelidir. Çünkü postoperatif solunum yetmezliği olan hastaların, olmayanlara göre preoperatif pnömoni tedavisini alma oranları daha yüksektir. Bu sunumda hastanemiz anestezi yoğunbakım ünitesinde (YBÜ) takip edilen iki preoperatif pnömoni olgusunu sunarak preoperatif pnömoniye dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu 1: Doksan yaşında erkek hasta femur boyun kırığı nedeniyle acil servise başvurmuş. Tıbbi özgeçmişinde KOAH'ı vardı. Başvuru sırasında öksürük ve nefes darlığı da olan hastanın lökositozu (13,410/mm^3) ve C-reaktif protein yüksekliği (320 mg/l) mevcuttu. Preoperatif çekilen akciğer tomografisinde; her iki akciğerde interlobüler septal kalınlaşma ve alt lob bazal segmentlerde periferal yerleşimli lineer fibrodansite artımları mevcuttu. Balgam incelemesinde pürülan kriter pozitifliği olan hastaya piperasilin tazobaktam 3x4,5 gr ve klaritromisin 2x500 mg tedavisi başlandı. Antibiyotik tedavisinin üçüncü gününde protez yerleştirilmesi için opere edildi. Postoperatif YBÜ takibinde PAAG de infiltrasyonda artış izlendi. Anti-biyotik tedavisine devam edildi. YBÜ takibi sırasında non-invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı oldu. Postoperatif dönemde altı gün YBÜ'de takip edilen hasta onuncu günde taburcu edilmiştir.

Olgu 2: Seksen beş yaşında erkek hasta da femur boyun kırığı ile acil servise başvurmuştur. Başvurusunda lökositozu olan (15600/mm^3) hastanın C-reaktif protein yüksekliği (49 mg/l) mevcuttu. Acil şartlarda kalça protezi operasyonu yapılmıştır. Hastaya preoperatif akciğer grafisi çekilmemiş olup postoperatif ikinci gününde çekilen akciğer grafisinde pnömonik infiltrasyon saptandı (Şekil 1). Hastaya seftriakson 2x1 gr IV + klaritromisin 2x500 mg IV tedavisi başlandı. Tedavi öncesi alınan endotrakeal aspirat kültüründe üreme olmadı. Ventilatör ilişkili pnömoni nedeneiyle ilerleyen günlerde tedavi değişikliği yapıldı. Otuz iki gün mekanik ventilatörde takip edilen hasta kaybedildi.

Sonuç: İlk olguda preoperatif dönemde pnömoni tedavisi yeteli sürede verilmemiş ikinci olguda ise preoperatif PAAG çekilmemiştir. Gerek mortalide de artış gerekse postoperatif dönemde hastanede kalış süresinde uzama nedeniyle preoperatif pnömoni değerlendirmesi akılda bulundurulması gereken bir konudur.

Anahtar Kelimeler: Preoperatif pnömoni, pnömon



Şekil 1. İkinci olgudaki preoperatif ve postoperatif karşılaştırmalı PAAC'de infiltrasyon artışı görülmektedir

[PS-174]

Türkiye'den Bildirilen *Anaplasma phagocytophilum*, *Babesiosis* ve *Ehrlichia* Prevalans Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Doğan Barış Öztürk

Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi, Ankara

Giriş: *Anaplasma phagocytophilum*, *Babesiosis* ve *Ehrlichia* ülkemizde görülebilecek zoonotik hastalıklardandır. Bu çalışmada ülkemizden bildirilen prevalans çalışmaları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Yayınlar www.ncbi.nlm.nih.gov ve Google Scholar veri tabanlarında "Anoplasma, Turkey", "Babeiesis, Turkey"," *Ehrlichia*, Turkey" anahtar kelimeleriyle tarandı. İnsanda hastalık yapmayan etkenlerle yapılan çalışmalar dahil edilmedi. Çalışmalar, nerede, hangi grupta yapıldığı, varsa risk faktörleri havuz analizi yapılarak değerlendirildi.

Bulgular: *Anaplasma phagocytophilum* için bir tanesi insan prevalans çalışması olmak üzere toplam 12 çalışma vardır, insan prevalas çalışması Antalya'da yapılmıştır ve %8 oranında pozitiflik saptanmıştır. İstanbul ve Trakya bölgesinde; kenelerde yapılan çalışmalarda 2,7 ile 17,5 arasında, köpeklerde %4 oranında, pozitiflik bulunmuştur. Karadeniz bölgesinde yapılan çalışmalarda, farelerde pozitiflik bulunamamış, büyükbaş hayvanlarda 1-30,8 arasında değişen oranlarda (en sık Bartın'da) ve küçükbaşlarda yapılan tek çalışmada ise 14,8 pozitiflik bulunmuştur. Yine Karadeniz bölgesinde kenelerde yapılan çalışmalarda %6,78-11,6 arasında değişen oranlarda pozitiflik bulunmuştur. Bunun dışında Çorum'da kenelerde %0,31, Aydın'da büyükbaş hayvanlarda %34,9 oranında pozitif bulunmuştur. On sekiz ilden toplanan küçükbaş hayvanlarda ise %0,4 oranında pozitiflik saptanmıştır. *Babesiosis* insan prevalans çalışması Sinop'ta yapılmış ve %6,3 oranında *B. microti* pozitif bulunmuştur. Bunun dışında Karadeniz ve İç Anadolu'da kenelerde ve büyükbaş hayvanlarda yapılan çalışmalar mevcuttur. Karadeniz'de büyükbaş hayvanlarda %0,81 oranında *B. divergens*, kenelerde %3,3 oranında *Babesiosis* spp. Çorum'da kenelerde %0,93 oranında *B. microti* bulunurken, İç Anadolu'da Kayseri'de büyükbaş hayvanlarda ve kenelerde yapılan çalışmada *B. divergens* bulunamamış, Ankara'da kenelerde yapılan çalışmada ise insanı enfekte etmeyen %2,4 oranında *Babesiosis* türü tespit edilmiştir. *Ehrlichia* ile ilgili olarak genelde köpeklerde yapılmış çalışmalar mevcuttur. İstanbul ve Trakya'yı kapsayan çalışmalarda %6, Erzurum'da %9,8, Ankara'da ateşi olan köpeklerde %25 oranında *E. canis* tespit edildi. Yine köpeklerde yapılan 10 ili kapsayan bir çalışmada %4,9 oranında *E. canis* izlenmiştir. Konya'da yapılan çalışmada köpeklerde *E. canis* izlenmemiştir. Karadeniz bölgesi ve Çorum'da kenelerde yapılan çalışmalarda ise %3,6 ve %0,9 oranlarında *Ehrlichia* spp. izlenmiştir.

Sonuç: *A. phagocytophilum*, *Babesiosis* ve *Ehrlichia* ülkemizde görülmesi muhtemel, bulaş için olası vektörlere sahip zoonotik hastalıklardır. Az sayıda yapılan prevalans çalışmalarında seropozitiflik izlenmiş, ancak makale olarak olgu bildirimi olmamıştır. Hem prevalans çalışmalarının genişletilerek hastalık için olası yerlerin belirlenmesine, hem de farkındalık yapılarak varsa olguların tespitine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: *A. phagocytophilum, Babesiosis, Ehrlichia*

[PS-175]

İntravenöz Fosfomisin Deneyimi: Karbapenem/Kolistin Dirençli *K. pneumoniae* Bakteremili İki Olgu

Serkan Sürme, Rıdvan Karaali, İlker İnanç Balkan, Hazal Erdem, Bilge Çağlar, Ahmet Furkan Kurt, Bilgül Mete, Neşe Saltoğlu, Fehmi Tabak

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Karbapenem (±kolistin) dirençli *Klebsiella pneumoniae* (CRKp) ile gelişen kan dolaşımı enfeksiyonlarında tedavi seçeneği sınırlı, fatalite ise çok yüksektir. İntravenöz fosfomisin, bu olguların tedavisi için etkili bir seçenek olabilir. Bu çalışmada; üniversite hastanemizde 2018 yılı sonunda biri kolistine dirençli iki CRKp kökeni ile gelişen ve intravenöz fosfomisin ile klinik başarı elde edilen iki sepsis olgusu sunulmuştur.

Olgu 1: Morbid obezite nedeniyle laparoskopik gastrik by-pass operasyonu yapılan 30 yaşında kadın hasta, operasyon sonrası gelişen plevra-peritoneal fistül ve karın içi apse nedeniyle 5 haftadır meropenem almakta iken; postoperatif 54. günde ateşinin tekrarlaması ve C-reaktif protein artışı saptanması üzerine enfeksiyon hastalıklarına danışıldı. Tedavisine kolistin eklenen hastanın kan kültürlerinde aminoglikozid, karbapenem ve kolistin dirençli (meropenem MİK: >32 µ/ml, kolistin MİK: 4 µ/ml), *Klebsiella pneumoniae* üredi. Tedavisine önce tigesiklin (MİK: 1,5 µ/ml), 24 saat sonra klinik yanıt görülmemesi üzerine fosfomisin 4x3 gr IV eklendi. Meropenem, kolistin, tigesiklin ve fosfomisin kombine tedavisiyle klinik ve laboratuvar yanıtı alınan hastanın tedavisine 10 gün devam edildi. Hasta >180 gündür, yoğun bakımda non-invaziv solunum desteğiyle antibiyoterapisiz olarak takip edilmektedir.

Olgu 2: Beş yıldır AML/MDS tanısı ile izlenen 83 yaşında erkek hasta, altıncı febril nötropeni atağı nedeniyle yatırıldı. Ampirik meropenem ve amikasin tedavisi başlanan hastanın tedavisine, kan kültüründe Gram-olumsuz çomak görülmesi üzerine, kolistin eklendi. Kan kültüründe kolistin ve gentamisin duyarlı CRKp üredi. Yatışının 5. gününde ateşi ve kan kültür pozitifliği devam eden hastanın tedavisi imipenem (MİK: 32 µ/ml) + kolistin (MİK: 0,125 µ/ml) +gentamisin (duyarlı) ve fosfomisin olarak düzenlendi. Yatışının 7. gününde kan kültürü negatifleşen ve 11. gününde ateşi gerileyen hasta yatışının 17. gününde antibiyoterapisi kesilerek taburcu edildi. Taburculuğunu izleyen dönemde sadece 6 gün boyunca yeni bir febril nötropeni atağı gelişmedi. Refrakter AML/MDS nedeniyle nötropeniden çıkamayan hastada >150 günlük takibi süresince tekrarlayan (iki kez CRKp) bakteremi atakları kaydedildi.

Sonuç: Sunulan her iki CRKp bakteremi/sepsis olgusunda da kolistinli kombinasyon tedavilerine yanıt alınamamış, tedaviye ampirik olarak fosfomisin IV eklenmesi ile klinik ve mikrobiyolojik yanıt elde edilmiştir. Ampirik kullanımda başarılı bulunmakla birlikte; fosfomisin IV'nin hedefe yönelik tedavilerde güvenle kullanılabilmesi için duyarlılık testlerinde standart agar dilüsyon yönteminin kullanılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Klebsiella pneumoniae* bakteremisi, karbapenem ve kolistin direnci, fosfomisin

Tablo 1. Fosfomisin ile tedavi edilen karbapenem (±kolistin) dirençli iki *K. pneumoniae* bakteremi olgusu



[PS-177]

İntravezikal BCG Uygulaması Sonrası Gelişen Miliyer Tüberküloz Olgusu

Damla Akdağ[1], Mehmet Sezai Taşbakan[2], Tansu Yamazhan[1], Naim Ceylan[3], Hüsnü Pullukçu[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*
[3]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: Bacillus Calmette-Guérin (BCG) canlı, zayıflatılmış *Mycobacterium bovis* suşu içeren bir aşıdır. İntravezikal olarak kullanıldığında, makrofaj ve lökosit infiltrasyonuna sebep olarak lokal, kronik enflamatuvar yanıt oluşturur ve bu sebeple mesane karsinomunun intravezikal tedavisinde kullanılmaktadır. Başta dizüri, mesane irritasyonu, idrar sıklığında artış gibi lokal yan etkiler görülmekle birlikte nadiren sistemik yan etkiler de gelişebilir. Bu yazıda intravezikal BCG uygulaması sonrası miliyer tüberküloz gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Mesane karsinomu (ürotelyal karsinom, papiller, yüksek dereceli) tanısı ile takip edilen 72 yaşında erkek hastaya üç ay önce transüretral tümör rezeksiyonu uygulanıp dokuz kez intravezikal BCG verilmiştir. Yaklaşık 20 gün önce başlayan ateş yüksekliği ve eşlik eden öksürük ve beyaz renkli balgam çıkarma, kilo kaybı (son 20 günde 8 kilo) olması üzerine kliniğimize yatışı yapıldı. Akciğer grafisinde iki taraflı yaygın retiküler dansite artışı olan hastaya, pnömoni ön tanısı ile ampirik olarak levofloksasin tedavisi başlandı. Ancak, klinik ve radyolojik yanıtı olmaması üzerine bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi ve her iki akciğerde yaygın miliyer paternde mikronodül infiltrasyonları ve sağ akciğer üst lobda küçük bir kaviter düzensiz konturlu nodül izlendi. Bu radyolojik bulguları ile öncelikli olarak miliyer tüberküloz düşünülen hastadan bronkoskopik yöntem ile alınan solunum örnekleri bakteriyoloji ve mikobakteriyoloji laboratuvarlarına gönderildi ve dörtlü anti-tüberküloz tedavisi başlandı. Alınan solunum örneklerinin direkt bakısında asidorezistan basil görülmedi, polimeraz zincir reaksiyonu ile pozitiflik saptanmadı. Üç gün üst üste gönderilen sabah ilk idrarında da tüberküloz basili saptanmadı. Anti-tüberküloz tedavi başlandıktan sonra klinik ve radyolojik yanıt sağlandı. Tedavinin altıncı gününde kanda ürik asit yüksekliği (kaç oldu) saptandı, bunun üzerine intravezikal uygulanan BCG'de bulunan *M. bovis*'in pirazinamide doğal dirençli olduğu göz önünde bulundurularak pirazinamid tedavisi kesildi. İzoniazid ve rifampisini 6 ay, etambutolü 2 ay kullanmak üzere taburcu edildi. İzlemde mikobakteriyoloji kültürlerinde üreme olmadı. Hasta, tedavisinin beşinci ayında komplikasyonsuz olarak takip ediliyor.

Sonuç: BCG reaksiyonu, BCG'ye maruziyetten sonra ortaya çıkan sistemik granülomatöz bir hastalıktır. Ateş yüksekliği, pnömoni, hepatit, sepsis veya genitoüriner sistem dışında organ disfonksiyonu yapan granülomatöz enflamasyon tablolarından biri olması ve bu durumu açıklayacak başka bir patoloji olmaması ile tanı konur. Yaygın BCG enfeksiyonu olan ve sıklıkla sepsis ile ilişkili olan bazı hastalarda rutin göğüs radyografik incelemelerinde, miliyer nodüler veya interstisyel tutulum gözlenebilir. İntravezikal BCG uygulaması sonrası bu gibi sistemik semptomları/bulguları olan hastalarda mutlaka BCG reaksiyonu ve miliyer tüberkülozun araştırılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: BCG, miliyer tüberküloz, *Mycobacterium bovis*

[PS-178]

Sağlık Çalışanlarında Hepatit B, Hepatit C ve HIV Enfeksiyonu Seroprevalansı

Fethiye Akgül, Nazife Duygu Demirbaş, Abdulkadir Daldal

Batman Bölge Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Batman

Giriş: Sağlık çalışanları kan ve vücut sıvılarıyla sık karşılaşmalarından dolayı enfekte olma riski altındadırlar. Bu çalışmada, Batman Bölge Devlet Hastanesi'nde 2018 yılında çalışmakta olan sağlık personelinin hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV) seroprevalansının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık çalışanlarına yönelik 2018 yılında yapılan tarama sonuçları retrospektif olarak taranmıştır. Toplam 1355 sağlık çalışanından alınan kan örneklerinde mikropartikül enzim immüno assay metodu (Architect i2000-Abbott, ABD) ile hepatit B yüzey antijeni (HBsAg), hepatit B yüzey antikoru (anti-HBs), HCV antikoru (anti-HCV) ve HIV antijen ve antikoru (HIVAg/Ab) araştırılmıştır.

Bulgular: Taramaya katılan 1355 personelin 459'u sağlık memuru/hemşire/ebe, 133'ü doktor, 131'i temizlik personeli, 91'i güvenlik görevlisi, 254'ü otomasyon görevlisi, 40'ı sağlık teknikeri, 25'i mutfak çalışanı, 9'u fizyoterapist ve 213'ü diğer olarak sınıflandırılan personeller idi. Bunların 58'inde (%4,2) HBsAg (+)/anti-HBs (-), 1229'unde (%90,7) HBsAg (-)/anti-HBs (+), 67'sinde (%4,9) HBsAg (-)/anti-HBs (-) ve üç (%0,22) kişide anti-HCV pozitifliği saptanmıştır. Bütün personelde HIV Ag/Ab negatif olarak bulundu. HBsAg (+) olan 58 sağlık personelinin 45'i (%77,6) erkek,13'ü (%22,4) kadın idi. Yaşları 24 ile 53 arasında değişiyordu ve ortalaması 36,3 idi. HbsAg pozitif olan 58 kişiden ikisi (%3,45) doktor, 16'sı (%27,59) hemşire/sağlık memuru, 10'u (%17,24) otomasyon görevlisi, sekizi (%13,79) temizlik personeli, 6'sı (%10,34) güvenlik görevlisi, üçü (%5,17) sağlık teknikeri, ikisi (%3,45) fizyoterapist, 11'i (%18,97) diğer birimlerde çalışmaktaydı. Anti-HCV pozitifliği saptanan üç kişide (%0,22), antikor titrelerinin düşük olması ve doğrulama amacıyla yapılan HCV-RNA nükleik asit amplifikasyon testi sonuçlarının negatif bulunması nedeniyle sonuçlar yalancı pozitiflik ya da geçirilmiş HCV olarak değerlendirildi.

Sonuç: Hastanemizde hepatit B'ye karşı yüksek bağışıklık oranına rağmen duyarlı personellerin olması endişe vericidir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde HBsAg pozitifliği normal popülasyonda %6,7, ülke genelinde sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda ise bu oran %0,4-%3,6. Çalışmamızda HBsAg pozitifliği oranı %4,2 saptandı. Hastanemizdeki sonuçları bu çalışmalar ile karşılaştırdığımızda normal popülasyondan daha düşük ancak Türkiye geneli sağlık çalışanlarının prevelansından daha yüksek olduğu görüldü. HBV, HCV ve HIV gibi sağlık personeli için risk taşıyan hastalıklardan korunmak için işlemler sırasında temizlik ve dezenfeksiyona yeterli özenin gösterilmesi, kan ve vücut sıvılarıyla temasın önlenmesi, eldiven takılması gibi standart enfeksiyon önlemlerine dikkat edilmesinin gerekliliği tüm personele eğitimlerle hatırlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, hepatit B, hepatit C

[PS-179]

Epilepsinin Arkasına Saklanan *Echinococcus alveolaris*: Olgu Sunumu

Fatma Şimşek[1], Mustafa Ceylan[1], Fatma Kesmez Can[2]

[1]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Erzurum*

[2]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

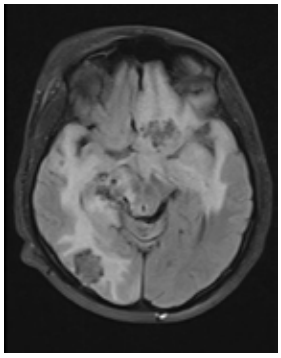
Giriş: *Echinococcus alveolaris* genellikle kuzey yarımkürede izlenmekte olup Türkiye'de de Doğu Anadolu, Trakya ve İç Anadolu'nun soğuk bölgelerinde görülmektedir. *E. alveolaris* çoğunlukla fatal bir enfeksiyon olup kan damarı invazyonu yolu ile uzak organ metastazı yapabilir. Hastaların sadece %1'inde beyine metastaz bildirilmiştir. Epileptik nöbet ile gelen ve *E. alveolaris*'i beyin tutulumu tespit edilen olgumuzu nadir bir neden olması sebebiyle sunduk.

Olgu: Yirmi beş yaşında erkek hasta aynı gün içinde üç defa tekrar eden sol kolda kasılma ile başlayıp sonrasında şuur kaybı ve idrar kaçırmanın olduğu nöbet geçirme şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Sekonder jeneralize epileptik nöbet olarak etiyoloji tespiti için yatırılan hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Yapılan biyokimya, hemogram, sedim ve C-reaktif protein tetkikleri, elektroensefalografisi normaldi. Hastaya çekilen beyin manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol frontoparietal ve sağ frontal bölgede kortikal yerleşimli multipl sayıda, etrafında ödem etkisi bulunan lezyon alanları izlendi. Halkasal kontrast tutulumu olan lezyonlar radyoloji tarafından metastaz olarak değerlendirildi. Hastanın kardeşinde karaciğerde kist hidatik öyküsü vardı. Etiyolojik incelemede çekilen batın ultrasonografisinde karaciğer sol lobda solid görünüm izlendi. Lezyon natürünü belirlemek içi genel cerrahi kliniği tarafından opere edilen hastanın histopatolojik incelemesi multiloküler ekinokokkus alveoleris olarak raporlandı. İndirekt hemaglütinasyon testi pozitifti. *E. alveolaris*'te beyin tutulumu nadir olduğu için beyindeki lezyonların natürünü belirlemek için beyin cerrahi kliniği tarafından hastanın sağ frontal bölgedeki kortikal lezyonu çıkarılarak histopatolojik incelemeye gönderildi ve sonuç *E. alveolaris* ile uyumlu idi. Akciğer tutulumu için yapılan bronkoalveolar lavaj normaldi.

Epileptik nöbetleri devam eden hastaya nöbet tedavisi için karbamazepin ve *E. alveolaris* için albendazol tedavisi başlandı. Klinik olarak sürekli progresyon gösteren ve epileptik nöbetleri devam eden hastanın çekilen kontrol beyin MRG'de lezyonların sayısında ve boyutunda belirgin artış izlendi. İlaç tedavisinden fayda görmeyen ve lezyonların boyutunda belirgin büyüme olan hasta önerilen beyin operasyonlarını kabul etmediği için takibine ilaç tedavisi ile devam edildi. Genel durum bozukluğu ile somnale olarak yakınları tarafından getirilen hastanın çekilen kontrol MRG'de lezyonların şifte neden olduğu izlendi (Şekil 1). Beyin herniasyonuna bağlı hasta üç yıllık takip sonrasında eks oldu.

Sonuç: *E. alveolaris*, karmaşık histopatolojik bir yapıya sahiptir. Diğer paraziter hastalıklarla ayırıcı tanısı güç olup klinik, radyolojik ve histopatolojik olarak veriler birbirini desteklemelidir. Serebral kitle lezyonlarının ayırıcı tanısında nadir sebeplerden olan *E. alveolaris* unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Echinococcus alveolaris*, epilepsi, manyetik rezonans görüntüleme



Şekil 1. Hastanın T1 MRG sekansında sol frontoparietal ve sağ oksipital bölgede düzensiz sınırlı, heterojen görünümlü hipointens multiloküler lezyon alanları, etrafında hiperintens ödem ile uyumlu alanlar ve lezyonların şifte neden olduğu izleniyor

[PS-180]

Somali'de Viral Hepatit Epidemiyolojisi

Hasan Karsen

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Bu bildiride Afrika kıtasında yer alan Somali'de viral hepatit epidemiyolojisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu amaçla 2018 yılı Ocak-Haziran ayları arasında Somali'nin başkenti Mogadişu Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde viral hepatit epidemiyolojisi araştırıldı. Güvenlik nedeniyle hastane dışına çıkamadığımızdan çalışma polikliniğe ve kan bankasına başvuranlardan, ayrıca hastane personeli ve bir yüksek okul öğrencilerinde ELISA yöntemiyle viral hepatit B, C ve D araştırıldı. Ayrıca anti-delta ve RNA, HCV-RNA ve HBV-DNA testleri Somali'de yapılamadığından Türkiye gönderilip çalışıldı.

Bulgular: Bu süre içerisinde yaklaşık poliklinikte 3000 hastadan 332 hastada (203 erkek, 129 kadın) hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) pozitif bulundu (%11). On beş hastada HCV pozitif (%0,5). HBsAg pozitif olguların hiçbirinde delta hepatiti pozitif çıkmadı (%0). Kan vermek için 2017-2018 yılları arasında kan bankasına başvuran toplam 7235 hastanın 35'i kadın 7200'ü erkek idi. Bunlarda HBsAg pozitifliği (%3), HCV (%0,05), HIV (%0,04) idi. Yüksek okul öğrencilerinden 104 kişiden 2 kişide HBsAg pozitif (%0,19) idi. Hastanede eğitime başlayan 40 asistandan 2 kişide HBsAg pozitif (%2,5) idi.

Sonuç: Yaklaşık 20 yıldır iç savaşla boğuşturulan Somali'de gerçek bir prevalans çalışması yapmak mümkün değildir. Güvenlik sorunu nedeniyle son 20 yılda ciddi ve kapsayıcı bir çalışma yapılamamıştır. Ancak her hafta ortalama bir hastanın viral hepatite bağlı dekompanse siroz nedeniyle başvurduğunu düşünürsek prevalansın başkent dışında çok yüksek olması muhtemeldir. Yapılan lokalize bazı çalışmalarda hepatit (B ve D) prevalansı >%20 olarak ifade edilmiştir. Somali'de hepatit B'yi önlemek için aşılama kampanyalarına ve dost ülkelerin yardımına ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Somali, viral hepatit, epidemiyoloji

[PS-181]

Brusella Epididimoorşiti: İnsidans Beklenilenden Daha Yüksek Olabilir mi?

Hatun Öztürk Çerik[1], Latif Mustafa Özbek[2], Abubekir Böyük[2], Selçuk Erdem[3]

[1]Iğdır Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Iğdır
[2]Iğdır Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Iğdır
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Brusella enfeksiyonu, insanlara enfekte hayvanlardan bulaşan, dünyada yaygın görülen bir zoonozdur. Bruselloz, geniş klinik spektrumlu, morbititesi yüksek, sistemik bir enfeksiyondur. Epididimoorşit erkeklerde brusellozun en sık görülen genitoüriner komplikasyonudur ve insidansı %2-20 olarak bildirilmiştir. Türkiye brusella enfeksiyonu açısından endemik bir bölgedir. Özellikle İç Anadolu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinde bu hastalığa sık rastlanılmakta olup insidansı 23/100000 olarak bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Türkiye'de *brusella* enfeksiyonunun çok sık görüldüğü Iğdır ilinde *brusella epididimoorşiti* insidansını, klinik ve laboratuvar değerlerini ve tedavi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamız prospektif olup 2018 yılı içerisinde Iğdır Devlet Hastanesi'nde tanı konulan *brusella epididimoorşiti* olguları prospektif olarak kayıt altına alınmıştır.

Bulgular: Brusella enfeksiyonu tanısı alan hasta sayısı 275 olup bu hastaların %63'ü (n=174) erkek hasta idi. *Brusella epididimoorşiti* insidanı %7,5 (n=13) olarak saptandı. Epididimoorşit olgularının %77'si enfeksiyon hastalıkları dışı polikliniklere başvurmuştu (üroloji kliniği n=9, enfeksiyon hastalıkları: n=3 ve genel cerrahi n=1). Hastaların yaş ortalaması 38,2 olup bu hastaların 8'i hayvancılık yapan çiftçi, 1 hasta ise veteriner hekimdi. On hastada hayvan teması, 5 hastanın hayvanında yavru atma öyküsü vardı. Hayvancılık yapan hastaların 7'si hayvanlarına brusella aşısı yaptırmamıştı. Çiğ sütten yapılan taze peynir tüketimi ise 5 hastada vardı. Hastaların hepsi akut skrotumla başvurdu ve fiziki muayenede bütün hastalarda skrotal ağrı ve şişlik saptandı. Ateş %84, titreme ve gece terlemesi %90 oranında saptandı. Hastaların %63'ünde kilo kaybı vardı. Kas ve eklem ağrısı hastaların %72'sinde mevcuttu. Tek taraflı epididimoorşit tutulumu 11 hastada görülürken bilateral epididimoorşit bir hastada, bir hastada da bilateral orşit saptandı. Lökosit (beyaz küre) ortama 10545/mm^3, C-reaktif protein 4,9 mg/l olarak hesaplandı. Hastalara aminoglikozid doksisiklin/rifampisin veya siprofloksasin ile 2'li veya 3'lü kombine tedaviler verildi. İki hastaya hidroselektomi yapıldı. Bir hastada relaps görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğu önce üroloji bölümüne başvurmuş olup bu hastaların yönlendirilmesi ile tanısı konulmuştur. Tedaviye dirençli epididimoorşit hastalarında üroloji hekimlerimizin brusella enfeksiyonu açısından farkındalığının olması bu hastaların tanı almasını sağlamış olabilir. Bu nedenle gerçek *brusella epididimoorşit* insidansının daha fazla olabileceğini düşünmekteyiz. Hastaların tanı alabilmesi için

özellikle endemik bölgelerde epididimoorşit ile başvuran hastalarda brusella enfeksiyonu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Brusella, epididimoorşit, brusella epididimoorşiti

[PS-182]

Nekrotizan Fasiit Olgularında Multidisipliner Yaklaşım ile Hızlı Yara İyileşmesi

Cumhur Artuk, Burcu Çalışkan Demirkıran, Mine Hasırcı, Cemal Bulut, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Nekrotizan fasiit, subkutan doku ve fasyalara hızlı yayılım gösteren, yaşamı tehdit eden yumuşak doku enfeksiyonudur. Hastaların yönetiminde hızlı teşhis, agresif cerrahi müdahale, antibiyoterapi ve hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) önem taşımaktadır. Bu olguda kliniğimizde nekrotizan fasiit nedeniyle takipli hastanın antibiyoterapi ile eş zamanlı seri debridman, negatif basınçlı yara kapama (V.A.C.) ve HBOT ile yara iyileşmesini sunmak istedik.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 20 yaşında erkek hasta bel ağrısı nedeniyle yapılan gluteal enjeksiyon sonrası sol bacakta ödem ve kızarıklık sonrası dış merkez ortopedi kliniğinde selülit ön tanısıyla on gün yatarak takip edilmiştir. Yatışı sırasında meropenem ve vankomisin kullanılmıştır. Takibinde böbrek fonksiyonlarında bozulma, tibia lateralinde ve uyluk medialinde deri nekrozu gelişen hasta hastanemize sevk edilmiştir. Nekrotizan fasiit, olarak değerlendirilen hastanın beyaz küre: 46.000 /mm^3 (%95 nötrofil) sedim: 80 mm/sa C-reaktif protein: 141 mg/dl prokalsitonin: 9 ng/ml Na: 131 mEq/l albümin: 1,66 g/dl idi. Yatış kanı baz alınarak hesaplanan LRINEC (nekrotizan fasiit için laboratuvar risk belirteçleri) skoru 5 idi. Hastaya plastik cerrahi tarafından debridman ve VAC uygulandı. Eş zamanlı HBOT başlandı ve toplam 40 seans uygulandı. Doku kültürlerinde *A. baumanii, S. pyogenes, E. coli, K. pneumoniae* üremeleri oldu. Polimikrobiyal üreme nedeniyle tip 1 nekrotizan fasiit olarak sınıflandırıldı. Meropenem ve vankomisin 13, daptomisin ve kolistin 43, siprofloksasin 26 gün kullanıldı. Yedi kez VAC uygulaması sonrası sağ uyluk lateralinden alınan greft ile onarım yapıldı. Elli dokuz gün hospitalizayonu süresince 13 ünite eritrosit süspansiyonu, 6 ünite taze donmuş plazma verildi. Albümin ve beslenme desteği sağlandı. Takiplerinde doku reddi gözlenmedi. Yara iyileşmesi sağlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Nekrotizan fasiitte klinik semptomlara göre; erken evrede etkilenen bölgede şişlik kızarıklık ve gerginlik, ikinci evrede büller ve üçüncü evrede krepitasyon, anestezi ve deri nekrozu görülmektedir. Üçüncü evre patognomoniktir. Mikrobiyolojik olarak 4 tipte sınıflandırılır. Tip 1 sıklıkla görülen tiptir ve polimikrobiyal etkenler sorumludur. Tip 2 monomikrobiyal enfeksiyonlardır, sıklıkla *S. aureus* ve *S. pyogenes* görülmektedir. Tip 3 *Clostridium* türleri, Gram-olumsuz ve vibrio türlerini içereren monomikrobiyal enfeksiyondur. Tip 4'de ise sıklıkla *Candida* türleri ve *Zygomycetes* olmak üzere fungal enfeksiyonları kapsamaktadır. Yatak başı parmak testi ile küçük bir insizyondan derin fasiya palpasyonunda kanama olmaması, doku direnci ve kötü koku nekrotizan fasiit lehine değerlendirilebilir. Altın standart tedavisini, erken cerrahi debridman, geniş spektrumlu antibiyotik, HBOT, nütrisyonel ve hemodinamik destek oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan fasiit, negatif basınçlı yara kapama, hiperbarik oksijen tedavisi



Resim 1. Nekrotian fasiit olgusu

[PS-183]

İnfluenza Pnömonisine Sekonder Gelişen Bakteriyel Pnömoni ve Komplikasyonları

Tuğba Özdemir[1], Sanem Özçelik[1], Mercan Taştemur[2]

[1]*Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Ankara*

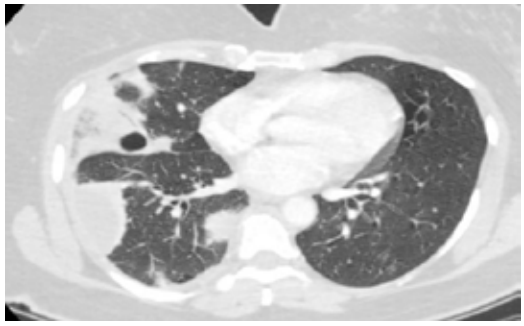
Giriş: İnfluenza kış aylarında epidemilerle seyreden viral bir enfeksiyondur. Görülen en sık komplikasyonu pnömonidir. Bu olguda toplum kaynaklı sekonder bakteriyel MRSA pnömonisi ve pnömoniye bağlı komplikasyonlarla seyreden influenza olgusundan bahsedilecektir.

Olgu: Elli yaş kadın hasta boğaz ağrısı, öksürük, halsizlik, yaygın vücut ağrısı ve ateş şikayetiyle başvurdu. İş arkadaşının bir hafta içinde influenza geçirdiğini ifade etmekteydi. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın başvuru anında açlık kan şekeri 246 mg/dl, kreatin 1,64 mg/dl, AST 88 U/l, ALT 56 U/l, beyaz küre 7100/mm^3 %95 polimorf nüveli lökosit hakimiyetinde, trombosit 273000/mm^3, C-reaktif protein 18,5 mg/l olarak tespit edildi. İnfluenza ön tanısıyla yapılan hızlı kart testi sonucu influenza A pozitif olarak saptandı. Çekilen akciğer grafisinde belirgin infiltrasyon olmayan hastaya oseltamivir tedavisi başlanarak, hospitalize edildi. Ateşi olması nedeniyle kan, idrar kültürü alındı, alınan kan kültüründe Gram-olumsuz basil üremesi ve ateş sıklığının artıp, yeni akciğer grafisinde infiltrasyon olması nedeni ile tedaviye meropenem ve levofloksasin eklendi. Hastanın kan kültüründe *Enterobacter cloacae* üredi ve influenza PCR testi H3N2 olarak sonuçlandı. Oseltamivir tedavisi beş güne tamamlanıp kesildi, meropenem ve levofloksasin tedavisi 6. gününde çekilen kontrol akciğer grafisinde plevral mai görüldüğünden hastaya torasentez uygulandı. Plevra sıvısı laktat dehidrogenaz 1054 U/l, protein 6649 mg/dl, mikroskopide 4920/mm^3 eritrosit, 110/mm^3 lökosit görüldü ve alınan balgam örneği mikroskopisinde çok sayıda Gram-olumlu kok görülmesi nedeniyle levofloksasin tedavisi kesilerek linezolid başlandı. Hastanın çekilen toraks tomografisinde pnömatosel ve ampiyem saptandı. Linezolid tedavisinden sonra infiltrasyonları regrese olan hasta, 3 haftalık tedavi sonunda sekelsiz iyileşti ve taburcu edildi.

Sonuç: İnfluenza komplikasyonlarla seyredebilen bir enfeksiyon olup bizim olgumuzda da sekonder bakteriyel pnömoni komplikasyonu gözlenmiştir. Pnömoni komplikasyonu primer influenza pnömonisi ve sekonder bakteriyel pnömoniler olarak ikiye ayrılmaktadır. Sekonder bakteriyel pnömoni gelişmesi mortalite ve morbiditeyi artırması nedeni ile önemli bir komplikasyondur. İnfluenza virüsü trakeobronşiyal epitel hücrelerinin boyutunda ve siliya fonksiyonunda azalmaya neden olur. Bu nedenle kolonize olan bakterilerin enfeksiyon oluşturması kolaylaşır. Özellikle etkenin metisiline dirençli *S. aureus* olması durumunda immünokompetan ve genç popülasyonda

mortalite yüksek bulunmuştur. Bu nedenle metisiline dirençli *S. aureus* etken olarak mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, komplikasyon, pnömoni



Şekil 1. Toraks tomografi, ampiyem ve pnömatosel

[PS-184]

Acinetobacter baumanii Menenjitinde İntravenöz Fosfomisinli Kombinasyon Tedavisinin Etkinliğine Dair Bir Olgu Deneyimimiz

Zeynep Oktay, Bircan Kayaaslan, İmran Hasanoğlu, Ayşe Kaya Kalem, Dilek Asiltürk, Müge Ayhan, Hatice Rahmet Güner

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: *Acinetobacter baumannii* son birkaç dekatta sıkça karşılaştığımız ve hastane kökenli enfeksiyonlara neden olan en önemli etkenlerden biridir. Kraniyal operasyon geçirmiş veya eksternal ventriküler drenaj (EVD) uygulanmış hastalarda *A. baumannii* ile ilişkili merkezi sinir sistemi enfeksiyonları gözlenebilir. Antibiyotik seçeneklerinin kısıtlı olması nedeniyle tedavide güçlükler yaşanmaktadır. Bu bildiride fosfomisin ve gentamisin kombinasyonu ile hızlı mikrobiyolojik eradikasyon sağlanan ve etkin bir şekilde tedavi edilen nozokomiyal *A. baumanii* menenjit olgusu ile deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi yaş kadın intrakraniyal kitle nedeniyle beyin cerrahi servisinde posterior fossa kitle eksizyonu yapılan ve EVD ile takip edilen hasta postoperatif 20. gününde ateş yüksekliği ve bilinç değişikliği olması üzerine tarafımıza danışıldı. Nozokomiyal ESBL + *Klebsiella pneumoniae* menenjiti ile takip edilen ve tedavisi meropenem ve intratekal amikasin şeklinde düzenlenen hasta, tedavinin 21. gününde antibiyotiklerin kesilmesi planlanırken ateş yüksekliği, bilinç değişikliği nedeniyle tekrar tarafımıza danışıldı. Fizik muayenede; ateş 38,2 °C, bilinç konfü, oryantasyon ve kooperasyon yoktu, ense sertliği operasyon bölgesi olması nedeniyle değerlendirilemedi. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 7420 K/Ul, C-reaktif protein 37 mg/l olan ve ek enfeksiyon odağı saptanamayan hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) görünümü berrak, basıncı artmış, mikroskobik incelemede beyaz küre: 120/mm^3, protein 246 mg/dl, BOS/kan glukozu 54/170 mg/dl saptandı. Dirençli *Klebsiella* spp. ve stafilokok düşünülerek hastanın tedavisine fosfomisin 4x4 gr I ve linezolid 2x600 mg IV eklenen hastanın BOS kültüründe MDR *A. baumannii* üremesi oldu. Kültür anti-biyogram sonuçlarına göre hastanın tedavisi meropenem, gentamisin, fosfomisin, intratekal gentamisin olarak düzenlendi, EVD değişimi önerildi. Tedavinin üçüncü gününde yapılan kontrol lomber ponksiyonda BOS görünümü berrak, basıncı normal, hücre görülmedi, protein 70 mg/dl, BOS/kan glukozu 80/156 mg/dl saptandı. Tekrarlanan BOS kültürlerinde üreme saptanmadı. Takiplerinde ateş yüksekliği olmayan hastanın tedavisi 23 güne tamamlanarak kesildi.

Sonuç: *A. baumannii* invaziv kraniyal girişimi olan hastalarda gelişen nozokomiyal menenjitlerde etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Artan direnç oranları, antibiyotik seçeneklerinin sınırlı olması ve antibiyotiklerin BOS geçişinde farklılıklar nedeniyle tedavide güçlükler yaşanabilmektedir. İntravenöz fosfomisin ülkemizde yeni kullanıma giren, beta-laktamaz ve karbapenemaz üreten bakteriler de dahil olmak üzere geniş etki spekturumuna sahip bir antibiyotiktir. BOS geçişi yüksek olması nedeniyle dirençli patojenlerle gelişen MSS enfeksiyonlarında kombinasyon tedavilerinin akılda tutulması gereken önemli bir bileşenidir.

Anahtar Kelimeler: *A. baumannii*, IV fosfomisin, MDR

[PS-185]

Paraparezi ile Başvuran Menenjit Olgusu

Fatma Çölkesen[1], Filiz Aktaş[2], Emin Fatih Vişneci[3]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Konya*

[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Konya*

Giriş: Akut menenjitler, beyin zarlarının çeşitli mikroorganizmalar tarafından enfekte olması sonucunda beyin omurilik sıvısında (BOS) hücresel ve biyokimyasal değişikliklerle kendini gösteren ve yaşamı tehdit eden merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonlarıdır.

Olgu: Altmış iki yaşında erkek hasta 2 haftadır olan iştahsızlık, halsizlik, yürüyememe ve 2 gündür olan ateş şikayetleriyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde huzurevinde yaşadığı, diabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği nedeniyle insülin ve antiasidoz kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu ortaydı, vital bulguları stabildi. Bilinci uykuya meyilliydi ancak oryantasyon kooperasyon tamdı. Dinlemekle bilateral akciğer bazallerinde ral mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yapılan tetkiklerinde; lökosit sayısı: 23800 hücre/mm^3 (3910-10900), hemoglobin: 8,9 gr/dl (13,5-16,9), platelet: 470.000 hücre/mm^3 (150.000-450.000), sedimentasyon: >140 mm/sa (0-25), C-reaktif protein: 284 mg/l (0-5), kreatinin: 4,13 mg/dl (0,81-1,44), üre: 209 mg/dl (17-43), rutin idrar tetkiki normal olarak saptandı. Pnömoni ön tanısı ile çekilen toraks BT'de pnömonik infiltrasyon saptanmadı. Hasta sepsis ve akut böbrek yetmezliği ön tanıları ile servise yatırıldı. Kan kültürleri alındıktan sonra ampirik olarak seftriakson 2x1 gr dozunda intravenöz olarak başlandı. Tedavi başlandıktan 12 saat sonra hastanın ateşi düştü, bilinci düzeldi. Çift kan kültüründe *Streptococcus dysgalactiae* spp. equisimilis üredi (Resim 1). Enfektif endokardit açısından transtorasik ekokardiyografi yapıldı ancak vejetasyon saptanmadı. Tedavinin 2. günü yürüyememe şikayeti devam eden hasta nöroloji ile konsülte edildi. Hastanın nörolojik muayenesinde babinski solda lakayttı, derin tendon refleksleri hipoaktifti, duyu defisiti yoktu, motor gücü bilateral 2/5 paraparazik olarak değerlendirildi. Nöroloji önerisiyle kontrastlı beyin, servikal ve torakal MR çekildi ve EMG yapıldı. MR'de patoloji saptanmadı. EMG'de polinöropati bulguları saptandı. Polinöropati ayırıcı tanısı için lomber ponksiyon (LP) yapılarak BOS'de protein bakılması planlandı. BOS görünümü bulanık, basıncı hafif artmıştı. BOS mikroskopisinde silme lökosit görüldü. BOS biyokimyası normaldi. Hastada pürülan menenjit düşünülerek seftriakson dozu 2x2 gr IV olarak düzenlendi. BOS'tan gönderilen kültür, menenjit paneli ve tüberküloz tetkikleri negatif geldi. Nöroloji önerisi ile hastaya 0,4 mg/kg/gün dozunda IVIG başlandı. Takiplerinde paraparezisi sebat etti. Kontrol LP'sinde BOS bulguları düzeldi. Hasta takibi sırasında gastrointestinal sistem kanama geçirdi, endoskopide mide karsinomu saptandı. Menenjit tedavisi tamamlanan hasta opere edilmek üzere genel cerrahi kliniğine devredildi.

Sonuç: Literatür taraması yaptığımızda paraparezi ile başvuran menenjit olgusuna rastlamadık. Bu nedenle olgumuz paraparezi ile başvuran ilk akut bakteriyel menenjit olması nedeniyle önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, paraparezi

[PS-186]

İmmünosüpresif Hastada *Burkholderia cepacia*'ya Bağlı Gelişen Port Enfeksiyonu Olgusu

Ayşe Serra Özel[1], Lütfiye Nilsun Altunal[1], Zeynep Şule Çakar[1], Şenol Çomoğlu[1], Sinan Öztürk[1], Betül Yıldız Karataş[1], Arzu İrvem[2], Ayten Kadanalı[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbı Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: *Burkholderia cepacia* virülansı düşük olan, hastanede kullanılan solüsyonlarda (serum sıvıları, ilaç solüsyonları vs) kolonize olabilen ve sağlıklı bireylerde nadiren hastalık etkeni olan bir mikroorganizmadır. Hastane enfeksiyonları arasında daha nadir görülmekle birlikte immünosüpresif hastalarda ciddi morbidite ve mortalite ile seyredebilmektedir. Burada kemoterapi sonrası *Burkholderia cepacia* ilişkili port enfeksiyonu ile takip edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş üç yaşında erkek hasta 2 gün önce acil servise ateş, bulantı ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde prostat kanseri, mide kanseri ve atrial fibrilasyon tanıları olan hastaya mevcut port kateterinden bir hafta önce kemoterapi verilmiş. Fizik muayenesinde özellik olmayan hastanın port kateter girişi ve sistostomi çevresi temiz olup akıntı ve hiperemi yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 10380 K/uL (%80 nötrofil), C-reaktif protein 16 mg/dl, prokalsitonin 200 ng/mL olup port enfeksiyonu ön tanısı ile yatırıldı. Hastanın tedavisi sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon düşünülerek meropenem ve daptomisin IV olarak düzenlendi. Anti-biyoterapi öncesi port ve periferden alınan kan kültürlerinde *B. cepacia* üremesi oldu. VITEK 2 otomatize bioMérieux ile identifikasyon ve antibiyogram yapılan hastanın antibiyogram sonucuna göre tedavisinde de-eskalarasyon yapılarak daptomisin ve meropenem tedavisi kesilerek sefepime geçildi. AF sebebi varfarin kullanan hastanın port kateteri, toplam tedavisinin 11. gününde çekilebildi. Port kateter kültüründe de *B. cepacia* üredi. Port çekilmesi sonrasında kaynak kontrolü sağlanabilen hastanın anti-biyoterapisi toplam 18 güne tamamlandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Port ve santral kateteri olan, sağlık bakımı alan immünosüpresif hastalarda gürültülü bir enfeksiyon kliniği olmaksızın bakteriyemi gelişebileceği unutulmamalıdır. Nazokomiyal enfeksiyonlarda daha nadir görülmekle birlikte *B. cepacia*'nın da etken olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İmmünosüpresif hasta, *Burkholderia cepacia*, port enfeksiyonu

[PS-187]

Anti-microbial Resistance in Biofilm Producing *Pseudomonas aeruginosa* strains isolated from Clinical Isolates

Semra Hajizade[1], Akif Gurbanov[2], Sabina Hasanova[2], Hashimova Leyla[2]

[1]*Charite University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Berlin Germany*
[2]*Azerbaijan University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Baku, Azerbaijan*

Introduction: Comparison of three *in vitro* phenotypic methods: tissue culture plate, tube method, and Congo red agar, for detection of biofilm formation in *Pseudomonas aeruginosa* and assessment of relationship between biofilm formation and anti-microbial resistance.

Materials and Methods: The study included 60 isolates of *Pseudomonas aeruginosa*. All the isolates were identified by VITEK® MS (Healthcare, BioMérieux, USA) system based on MALDI-TOF Mass Spectrometry. Susceptibility tests were performed on VITEK® 2 Compact automated system (Healthcare, BioMérieux, USA) and confirmed with E-tests (BioMérieux, Marcy-l'Étoile, France) in cases of inconclusive results. Interpretation of results was based on EUCAST (The European committee on antimicrobial susceptibility testing) breakpoints. Detection of biofilm formation in *Pseudomonas aeruginosa* was made using tissue culture plate, tube method, and Congo red agar.

Results: Tissue culture plate, tube method, and Congo red agar detected 74%, 42.7%, and 1.3% biofilm producing strains respectively. Sensitivity of tube method was 51.4%, specificity - 82.1%. As for Congo red agar, sensitivity was very low (0.9%), however specificity was 97.4%. Biofilm producers were mostly isolated from blood specimens (82.6%) and detected in extended spectrum beta-lactamase positive strains - 29/60 (48.3%). They were resistant to most antibiotics except amikacin and colistin.

Conclusion: Tissue culture plate is a more reliable method for detection of biofilm producing *Pseudomonas aeruginosa* compared to tube method and Congo red agar. Hence, these methods can be used as a screening method for biofilm detection. All biofilm producing strains were susceptible to amikacin and colistin.

Keywords: Biofilm, antibiotic resistance

[PS-188]

Solid Organ Transplantasyonu Uygulanmış Septik Şok Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi

Deniz Akyol, Uğur Önal, Cansu Bulut Avşar, Damla Akdağ, Günel Guliyeva, Dilşah Başkol, Merve Mert, Gamze Şanlıdağ, Bilgin Arda, Meltem Işıkgöz Taşbakan, Tansu Yamazhan, Oğuz Reşat Sipahi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Bu çalışmada bir üçüncü basamak üniversite hastanesi olan kurumumuzdaki septik şok tanısı ile izlenen hastalardan solid organ transplantasyonu uygulanmış olanlarda başta mortalite olmak üzere prognostik faktörler ile klinik özelliklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Septik şok tanısı (sepsis + vazopressör ajan alma + arteryal kan gazında laktat >2 mmol/l (18 mg/dl) 3. Uluslararası Sepsis ve Septik şok Uzlaşma Raporu Kriterleri esas alınarak konuldu. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji konsültan hekimleri tarafından Aralık 2013-2018 tarihleri arasında hastanemizde değerlendirilmiş septik şok tanısı alan kalp, karaciğer ve böbrek transplantasyonu uygulanmış olan olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma sırasında septik şok tanısı alan 527 hastadan solid organ transplantasyonu uygulanmış toplam 16 hasta (%3) (ortalama yaş 48,5±12,03 yıl (min: 23 maks: 66) ve %50 kadın) çalışmaya alındı. En sık eşlik eden komorbid hastalıklar hipertansiyon (%43,7) ve tip 2 diabetes mellitus (%25) idi. Yedi hastaya dilate kardiyomiyopati nedeniyle kalp nakli, üç hastaya kronik hepatit B, bir hastaya toksik hepatit ve bir hastaya da primer biliyer siroz nedeniyle karaciğer nakli, dört hastaya da kronik böbrek hastalığı nedeniyle böbrek nakli uygulanmıştı. Karaciğer nakli uygulananların ikisinde, böbrek naklinde ise üçünde donör kadaverik idi. Nakil sonrası rejeksiyon gelişimi kalp nakli sonrası bir hastada, karaciğer için üç hastada, böbrek için de iki hastada ortaya çıkmıştı. Septik şok nakil sonrası ortalama 260 gün (min: 1 max: 2400) iken, septik şok tanısı konulduğu zamandaki ortalama laktat, lökosit sayısı C-reaktif protein, qSOFA ve SOFA değerleri sırasıyla 6,5 mmol/l, 16920/mm^3, 20 mg/dl, 2, 18 ve 13, 18 olarak hesaplandı. En sık uygulanan vazopressör ajanlar noradrenalin (15/16) ve dopamin (9/16) idi. Enfeksiyon odakları, üreyen etkenler, uygulanan ampirik antibiyoterapiler ve tedavi süreleri ile 1 aylık sağ kalımları Tablo 1'de gösterilmiştir. Toplam 15 hastada kültür gönderilmiş, yedi hastanın çeşitli örneklerinde üreme oldu. Ortalama tedavi süresi 11,3 gün (min: 2, max: 32) olup, 11 hastada kültür sonuçlarına göre tedavi değişikliği yapıldı. Tüm hastalar içinde kalp nakli uygulanan iki hastada (%12,5) tedavi sonu başarı ve bir aylık sağ kalım elde edildi.

Sonuç: Günümüzde giderek artan solid organ transplantasyonu sıklığı beraberinde zorlaşan enfeksiyon yönetimini ve yüksek mortalite oranlarını getirmektedir. Daha geniş örneklem büyüklüğüne sahip çalışmalar ile ilgili epidemiyolojik verilerin arttırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Septik şok, solid organ transplantasyonu, mortalite

Tablo 1. Bulgular

Olgu no	Nakil tipi	Enfeksiyon odağı	Üreyen etken	Ampirik tedavi	Tedavi süresi	1 aylık sağkalım
1	Kalp	Pnömoni	Üreme yok	Meropenem+teikoplanin + mikafungin	10	Var
2	Kalp	Pnömoni, KİKDE	S. aureus	Meropenem+teikoplanin + mikafungin	24	Yok
3	Kalp	Pnömoni	Üreme yok	Sefaperazon/sulbaktam + teikoplanin	32	Var
4	Kalp	Pnömoni	Üreme yok	Kolistin+tigesiklin+ teikoplanin	4	Yok
5	Kalp	İYE, pnömoni	K. pneumoniae, C. striatum	Meropenem+ertapenem + flukonazol	2	Yok
6	Kalp	İAİ+pnömoni	Üreme yok	Meropenem+teikoplanin +mikafungin+kolistin	20	Yok
7	Kalp	İAİ	Üreme yok	Meropenem+teikoplanin	13	Yok
8	Karaciğer	İAİ	A. baumannii	Meropenem+teikoplanin	2	Yok
9	Karaciğer	Pnömoni+İAİ	Üreme yok	Meropenem+teikoplanin + anidulafungin	3	Yok
10	Karaciğer	İYE, KİKDE	K. pneumoniae	Kolistin+tigesiklin	16	Yok
11	Karaciğer	İAİ	Koagülaz negatif stafilokok	Meropenem+teikoplanin +anidulafungin	9	Yok
12	Karaciğer	İAİ, KİKDE	K. pneumoniae, E. coli	Meropenem+teikoplanin	3	Yok
13	Böbrek	Pnömoni	Kültür gönderilmemiş	Meropenem+teikoplanin + oseltamivir+ klaritromisin	1	Yok
14	Böbrek	İAİ	Üreme yok	Meropenem+teikoplanin	9	Yok
15	Böbrek	Pnömoni, İYE	*K. pneumoniae, S. maltophilia*	İmipenem+levofloksasin +vorikonazol	10	Yok
16	Böbrek	Pnömoni	Üreme yok	Meropenem+teikoplanin	23	Yok

*KİKDE: Katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, İAİ: İntraabdominal enfeksiyon, İYE: İdrar yolu enfeksiyonu

[PS-189]

Diyabetli Bireyde Gelişen Her Ayak Yarası Diyabetik Ayak mıdır? Kaposi Sarkomu Olgusu

Şevki Çetinkalp[1], Sinan Mermer[2], İlgen Ertam Sağduyu[3], Meltem Işıkgöz Taşbakan[4]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Çine Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Aydın*
[3]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[4]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: Kronik yaralar, iyileşme süreci oldukça uzun ve güç olan, aynı zamanda genellikle tekrar etme eğiliminde olan yaralardır. Etiyolojisinde sıklıkla diyabet, basınca maruz kalma, arteriyel stenoz ya da oklüzyon, venöz yetmezlik, radyasyon hasarı, bağ doku bozuklukları gibi nedenler yer alsa da nadiren maligniteler de kronik yaralara sebep olabilmektedir. Bu bildiride tip 2 diyabetli ve ayak yarası ile başvuran bir kaposi sarkomu olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş yaşında; bilinen tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon ve hiperlipidemi tanıları olan kadın hasta, yaklaşık 6 aydır devam sağ ayak tabanında akıntılı yaralar ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinden daha önce başvurduğu dış merkezlerce başlanan ismini bilmediği çeşitli oral antibiyotikler kullandığı ancak yaralarının devam ettiği öğrenildi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Diyabetik Ayak Konseyi'nde değerlendirilen hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ ayak tabanında klasik diyabetik ayak yarasından farklı görünümde hiperemik zeminli sarı-mor renkli hiperkeratotik papüler lezyonlar, yüzeylerinde yer yer seropürülan akıntı, sağ bacakta çap artışı ve gode bırakmayan ödem saptandı. İleri tetkik için yatırılan hastanın laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 6900/mm^3, Hb: 10,2 gr/dl, Plt: 292000/mm^3, C-reaktif protein: 0,91 mg/dl, sedim: 11 mm, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri olağan saptandı. Çekilen direkt grafide osteomyelit lehine bulgu saptanmadı. Lezyonlu alandan doku örneği alınarak mikrobiyoloji ve patoloji laboratuvarlarına numune gönderildi. Alınan doku kültüründe üreme olmadı. Doku biyopsisinin patoloji bakısı kaposi sarkomu ile uyumlu olarak raporlandı. Hastanın HIV, hepatit B, hepatit C ve VDRL serolojisi negatif saptandı. Malignite evrelemesi amacıyla çekilen toraks ve batın bilgisayarlı tomografide patoloji saptanmadı. Yapılan tetkiklerin sonuçlarıyla onkoloji tarafından değerlendirilen hastaya radyoterapi planlandı. Radyasyon onkolojisi kliniğinde sağ ayağına 1 seans radyoterapi uygulanan hasta idame tedavi için onkoloji kliniğine devredildi.

Sonuç: Diyabetik ayak patogenezinde her yara nöropati-enfeksiyon-iskemiye bağlı olmayabilir. Kuşkulu durumlarda yaradan doku biyopsisi alınarak patolojik değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diabetes mellitus, diyabetik ayak, kaposi sarkomu



Resim 1. Kaposi sarkomu

[PS-190]

Erişkinde Aile İçi Salgına Neden Olan Sitomegalovirüs Hastalığı

Dilşah Başkol[1], Hüsnü Pullukçu[1], Ayşin Zeytinoğlu[2], Tansu Yamazhan[1], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: Daha çok genç erişkin ve adölesanlarda asemptomatik olan, bazen de ateş, farenjit ile *sitomegalovirüs* (CMV) mononükleozu şeklinde görülen bu enfeksiyon orta ve ileri yaşta nadiren akut enfeksiyon şeklinde görülmektedir. Farklı zamanlarda ateş ile başvuran, yakın akrabalık bağı olan immün sistemi sağlam, orta yaşlı üç kişide görülen CMV hastalığı olguları sunulmuştur.

Olgu 1: Bilinen kronik hastalığı olmayan 36 yaşında erkek olgu, yirmi gündür olan ateş şikayetiyle başvurdu. Ateş: 38,1°C ve ılımlı karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) yüksekliği görüldü. Batın ultrasonografisinde (USG) ılımlı hepatosplenomegali saptandı. CMV IgM ve CMV IgG pozitif, CMV IgG avidite testi düşük avidite ve CMV-DNA titresi 2993 kopya/ml idi. Ateş nedeni olarak CMV hastalığı düşünülen hastaya destek tedavi verildi.

Olgu 2: Birinci olgunun başvurusundan yaklaşık kırk gün sonra, bir aydır ateş şikayeti olan ilk olgunun 58 yaşındaki babası tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde epigastrik hassasiyeti, sol akciğerde dinlemekle krepitan ralleri vardı. KCFT üç kat yüksekti, kan periferik yaymasında lenfosit hakimiyetindeydi. Batın USG'de ılımlı splenomegali saptandı. Kanda CMV IgG ve CMV IgM pozitif saptandı; IgG avidite testinde düşük avidite ve CMV-DNA titresi 2152 kopya/ml görüldü. Hastanın yaşı itibari ile CMV enfeksiyonunun reaktivasyon olabileceği düşüncesiyle malignite taraması yapıldı. İzlemde KCFT artışı olan hastaya gansiklovir tedavisi başlandı. Herhangi bir malignite saptanmayan hastanın takipte KCFT değerleri geriledi. On bir süre ile tedavi verilen olgu kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Olgu 3: Otuz dokuz yaşında ikinci olgunun kızı olan hasta, babasının hastane başvurusundan yaklaşık bir ay sonra tarafımıza başvurdu. Dört gün önce başlayan özellikle akşama doğru artan ateş, terleme, halsizlik, yorgunluk şikayetleriyle vardı. Yaklaşık iki ay önce erkek kardeşi, bir ay önce de babası CMV hastalığı tanısı ile tarafımızca takip edilmişti. Fizik muayenesinde ateş 38,4 °C, diğer vital bulguları olağandı. Biyokimyasal tetkiklerinde KCFT olağan sınırlarda izlendi, kan periferik yaymasında lenfosit hakimiyetinde görüldü. Aile öyküsü olan olgudan istenen CMV IgM zayıf pozitif, CMV IgG pozitif olarak görüldü. Semptomatik tedavi önerilen hastanın şikayetleri geriledi.

Sonuç: Kliniğimize yaklaşık bir ay arayla ateş yakınmasıyla başvuran aynı aileden üç erişkinde akut CMV enfeksiyonu saptanmıştır. Olguların ikisi ateş etiyolojisi araştırılması için yatırılmış, üçüncü olguda ise aile öyküsü nedeniyle konservatif yaklaşılmıştır. Orta yaşlarda bireylere sahip bir ailede aile içi CMV salgını literatüre bakıldığında çok az görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Sitomegalovirüs*, ateş, antiviral tedavi

Tablo 1. Olguların başvurusundaki hemogram, karaciğer fonksiyon testleri ve CMV serolojileri			
Gösterge	**Olgu 1**	**Olgu 2**	**Olgu 3**
Lökosit (/mm^3)	8310	9280	8760
Nötrofil (%)	33,4	32,6	34
Lenfosit (%)	59,8	58,5	59,4
AST/ALT (U/lt)	55/95	150/154	29/44
GGT/ALP (U/lt)	90/130	42/96	10/50
C-reaktif protein (n=0-0,5 mg/dl)	2,28	0,85	Bakılmadı
CMV IgM/IgG	+/+	+/+	+/+
CMV IgG avidite (%)	41,6	42	Bakılmadı
CMV DNA (kopya/ml)	2993	2152	Bakılmadı

[PS-191]

Aksiller Lenfadenopati ile Seyreden Tularemi Olgusu

Sait Kitaplı[1], Enes Dalmanoğlu[2], Züleyha Güler Bataroğlu[2], Uğur Kostakoğlu[2], Ayşe Ertürk[2]

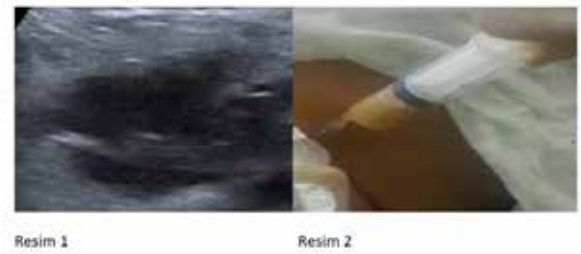
[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Tularemi; aerobik, haraketsiz ve Gram-olumsuz bir bakteri olan *Francisella tularensis*'in neden olduğu zoonotik enfeksiyondur. Kontramine su, çamur ve hayvan ürünleri ile temas ana bulaş yollarıdır. Bu yazımızda Artvin/Ardanuç'tan gelen, küçükbaş hayvan kesimi sırasında kemik batması sonrası gelişen aksiller lenfadenopati (LAP) şikayeti ile başvurup glandüler tularemi tanısı alan olgumuzu irdeledik. Kontamine su ile bulaş olmayanı ve klinik olarak aksiller LAP ile başvurması olgumuzu ilginç kılmaktadır.

Olgu: Altmış iki yaşında erkek hasta, Artvin'in Ardanuç ilçesine bağlı köyünde yaşamaktadır. Yaklaşık üç hafta önce, küçükbaş hayvan kesimi sırasında sağ eline hayvanın kemiği battığını ve kesimden iki gün sonra üşüme ve titremeyle yükselen ateş şikayeti başladığını belirtti. Başvurduğu hastanede hastaya amoksisilin-klavulanat tablet verildiği öğrenildi. Hasta, 15 gündür amoksisilin-klavulanat kullanmasına rağmen sağ aksiller bölgede ağrılı şişlik, ateş, üşüme ve titreme şikayetlerinin geçmemesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede ateş 36,5 °C, kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 72/dakika olarak bulundu. Sağ aksiller bölgede yaklaşık 3x4 cm boyutlarında palpasyonla ağrılı, mobil sert LAP saptandı. Kan beyaz küre sayısı 11 103/ul, trombosit 285 103/uL, hemoglobin 11,3 gr/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 29 mm/saat, C-reaktif protein 1,1 mg/dl idi. Aksiller bölgenin ultrasonografisinde (USG) 4x5 cm ölçülerinde yoğun içerikli granülamatöz, enflamasyona bağlı ekojenite artışı ve ödem paterni izlendi (Resim 1). ELISA, sitomegalovirüs IgM, toksoplazmozis IgM, rubella IgM ve Epstein-Barr virüsü non-reaktif sonuçlandı. Serumdan *Brucella* tüp aglütinasyonu ve tularemi mikro-aglütinasyon testi çalıştırıldı. *Brucella* tüp aglütinasyonu negatif sonuçlandı. Hasta ayırıcı tanı olarak lenfoma açısından periferik yayma değerlendirildi. Hastanın başka yerinde LAP olmayıp periferik yaymasında atipik hücreye rastlanmadı. Periferik yaymasında enfeksiyona sekonder nötrofili hakimiyeti ve toksik granülasyon mevcuttu. Hastanın aksiller bölgesinde var olan yoğun içerikli ödem aspire edildi. İnce iğne ile alınan örneğinde parça gelmedi. Yaklaşık 10 cc pürülan görünümde aspirat geldi (Resim 2). Hasta biyopsi sonrası olası tularemi açısından doksisiklin 2x100 mg oral tablet ile poliklinik kontrolüne gelecek şekilde taburcu edildi. Bir hafta sonra sonuçlanan serolojik incelemede tularemi mikroaglütinasyon testi ile 1/1280 olarak sonuçlandı. Hasta polikliniğe çağrıldı, şikayetlerinin gerilediğini belirtti ve mevcut doksisiklin tedavisi iki haftaya tamamlandı.

Sonuç: Ülkemizde tulareminin orofarengeal formu salgınlar ve sporadik olgular şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Ancak olgumuzda da olduğu gibi özellikle endemik bölgeler dışında da sporadik olguların olabileceği unutulmamalıdır. Atipik prezantasyonlu LAP'lerin ayırıcı tanısında tularemi mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tularemi, aksiller lenfadenopati



Resim 1, 2.

[PS-192]

Hastanemizde Takip Edilen Hepatit B Enfeksiyonu Olan Gebelerin Hepatit B Enfeksiyonu Açısından Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

İlknur Esen Yıldız, Tuba Ilgar, Uğur Kostakoğlu, Ayşe Ertürk

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Gebelikteki hepatit B enfeksiyonu; hem hepatit B enfeksiyonunun komplikasyonları ve alevlenmesi açısından, hem de viral yükü yüksek olan veya hepatit B yüzey antijeni pozitif gebelerde enfeksiyonun bebeğe bulaşı açısından önem taşır. Bu nedenle gebelerin hepatit B enfeksiyonu açısından taranması, farkındalıklarının artırılması, gerekli tedbirlerin alınması açısından son derece önemlidir. Biz de bu çalışmamızda, kliniğimizde takip edilen hepatit B enfeksiyonu olan gebelerin hastalıkları açısından farkındalıklarını değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2016-2018 yılları arasında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniğine başvuran hepatit B enfeksiyonu olan gebelere yüzyüze anket soruları sorularak yapılan kesitsel bir çalışmadır. Ankette katılımcıların yaşı, eğitim durumları, yaşadığı yer, çalışma durumları, ailede hepatit varlığı, maruziyet öyküsü hepatiti öğrenme yılı ve şekli, hepatit aşısı yapılmasını içeren demografik veriler, hepatitle ilgili eğitim alma durumu kaydedildi. Farkındalık sorularını içeren anket dolduruldu Tablo 1.

Bulgular: Çalışmaya alınan 52 gebenin yaş ortalaması 32,9±4,8 yıl olup, %84,6'sının mesleği ev hanımı, %44,2'sinin eğitim durumu ortaokul ve altı idi. %51,9 kırsal kesimde yaşamaktaydı. Hastaların %75'inde aile öyküsü vardı. Tanı alma yılı ortalama 11,1±6,0 yıl idi. Tanı alma şekli sırasıyla gebelikte %26,9, evlilik öncesi tarama ve rutin tetkiklerde %25, aile taramasında %23,1 idi. Gebelerin %96,1 önceden hepatit B aşısını yaptırmamıştı. Daha önceden hepatit B hastalığı hakkında eğitim alan hastaların, hepatit B hastalığının siroza dönebileceğini ve kansere dönebileceğini düşünme yüzdeleri, eğitim almayanlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Eğitim durumu lise ve üstü olan hastaların hepatit B aşısı ile hastalıktan korunabileceğini düşünme yüzdesi, eğitim durumu ortaokul ve altı olanlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hepatit B hastalığının siroza dönebileceğini ve kansere dönebileceğini düşünen hastaların hepatit B tanı yılı ortalamaları, düşünmeyenlere kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptandı (Tablo 2). Diğer farkındalık soruları ile yaş, yaşanılan yer, çalışma durumu, ailede hepatit varlığı ve diş,

operasyon maruziyet öyküsü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda hepatit B enfeksiyonu olan gebelerin hastalıkları hakkındaki farkındalıklarının yetersiz olduğu gözlenmiştir. Önceden hepatit hakkında eğitim alan hastaların eğitim almayanlara kıyasla siroz ve karaciğer kanseri gibi kronik hepatit komplikasyonları hakkındaki farkındalığı daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca hastalarımızın çoğunluğunda aile öyküsü olmasına rağmen hastaların aile taraması sırasında tanı alma oranının düşük olması dikkati çeken bir diğer bulgudur. Bu sebeplerle, hastalara farkındalıklarının yeterli olmadığı konularda eğitimlerin yapılmasının ve bilinçliliğin artırılmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B virüs, gebelik, farkındalık

Tablo 1. Anket soruları ve katılımcıların verdikleri cevapların dağılımı

Anket sorusu	Evet (n)	Hayır (n)	Bilinmiyor (n)
Hepatit enfeksiyonu siroza döner mi?	42	0	10
Hepatit enfeksiyonu kansere döner mi?	35	2	8
Hepatitin diyet tedavisi var mı?	4	39	9
Hepatit kanla bulaşır mı?	51	0	1
Hepatit cinsel yolla bulaşır mı?	48	1	3
Hepatit kontamine eşyayla bulaşır mı?	3	9	40
Hepatit diş, tırnak makası, berber makası ile bulaşır mı?	46	5	1
Hepatit anneden çocuğa plesantal yolla geçer mi?	16	25	11
Hepatit anneden bebeğe doğum sırasında geçer mi?	40	7	5
Hepatit enfeksiyonundan aşı ile korunulabilir mi?	37	11	4
Gebelikte hepatit tedavisi verilir mi?	5	11	36

Tablo 2. Hastaların farkındalık sorularına verdiği cevapların değişken faktörlere göre dağılımları

		Önceden Eğitim Alma n (%)		P	Eğitim Durumu n (%)		P	Tanı yılı ortalama (Sd)	P
		Hayır	Evet		Ortaokul ve altı	Lise ve üstü			
Hepatit B siroz döner mi?	Hayır* (n=10)	10 (29,4)	0 (0)	**0,010**	7 (30,4)	3 (10,3)	**0,087**	7 (5,5)	**0,014**
	Evet (n=42)	24 (70,6)	18 (100)		16 (69,6)	26 (89,7)		12 (5,8)	
Hepatit B kansere döner mi?	Hayır* (n=17)	15 (44,1)	2 (11,1)	**0,028**	8 (34,8)	9 (31)	**0,77**	9 (6,2)	**0,078**
	Evet (n=35)	19 (55,9)	16 (88,9)		15 (65,2)	20 (69)		12,2 (5,7)	
Aşı ile korunmak mümkün mü?	Hayır* (n=15)	10 (29,4)	5 (27,8)	**0,902**	11 (47,8)	4 (13,8)	**0,013**	8 (5,8)	**0,017**
	Evet (n=37)	13 (72,2)	24 (70,6)		12 (25,2)	25 (86,2)		12,4 (5,8)	

*Anket sorusuna hayır veya bilmiyorum olarak cevap veren hastalar

PS-193]

Yeni Kurulan Bir Erişkin Aşı Polikliniğinde 5 Aylık Deneyim

Nevin İnce[1], Belkıs Bayar[2]

[1]*Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce*
[2]*Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Erişkin Aşılama Polikliniği, Aşı Sorumlu Hemşiresi, Düzce*

Giriş: Enfeksiyon hastalıklarından korunmada en ucuz ve etkin yöntemlerinden birisi aşılamadır. Aşı sadece çocuklara değil, sağlıklı erişkin ve risk grubunda bulunan hastalara da uygulanmalıdır. 2016 yılında ilgili birimlere Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen genelge doğrultusunda, erişkinlere yönelik bağışıklamanın sağlanması için aşı polikliniklerinin oluşturulması önerilmiştir. Bu çalışmada, üniversite hastanemizde ilk kez ve henüz yeni açılan aşı polikliniğimizin beş aylık verilerinin sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz 420 yataklı bir üniversite hastanesi olup, 1 Ekim 2018'de kurulan aşı polikliniği aynı tarihten itibaren hizmet vermeye başlamıştır. Aşı polikliniğine 1.10.2018-25.02.2019 tarihleri arasında başvuran ve aşı yapılan hastaların kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiş ve beş aylık süredeki aşılama oranları incelenmiştir.

Bulgular: Aşı biriminde, bu süre içerisinde 209'u kadın, 133'ü erkek toplam 342 kişi aşılanmıştır. Tüm aşılanan hastaların %51,7'si (n=177) hastanemizin dahili ve cerrahi polikliniklerinden gönderilen, %22,8'i (n=78) sağlık personeli, %25,4'ü (n=87) ise sağlık yüksek okulu ve tıp fakültesi öğrencileridir. Polikliniklerden gelen 177 hastanın yönlendirildiği bölümlere bakıldığında, %36'sı dahiliye polikliniği, %35'i enfeksiyon polikliniği, %14'ü göğüs hastalıkları polikliniği, %9'u diğer dahili bölümlerden (FTR, kardioloji, aile hekimliği) ve %5,6'sı cerrahi polikliniklerden yönlendirilmiştir. Hastaların; %31,5 (n=108) hepatit B, %22,2 (n=76) pnömokok, %15,2 (n=52) hepatit A, %11,9 (n=41) tetanoz, %12,8 (n=44) influenza, %2,3 (n=8) meningokok, %2,3 (n=8) *H. influenzae*, %0,8 (n=3) kızamık-kızamıkçık-kabakulak ve %0,5'i (n=2) suçiçeği aşısı ile aşılanmıştır. Yapılan aşılar ve sayıları Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Dünyada ve ülkemizde halen daha erişkin aşılama oranlarının istenilen düzeyin oldukça altında olduğu bilinmektedir. Erişkin aşılamasında hedefe ulaşmak için eksiklerin bilinmesi ve giderilmesi için çalışmalar devam etmeli, hem toplumda hem de sağlık çalışanlarında farkındalık artırılmalıdır. Çalışmamız; hastanemizde aşılama farkındalığını artırma amaçlı uygulanmaya başlayacak olan otomatize sistem ve eğitim sonrasındaki veriler ile devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: Aşı polikliniği, bağışıklama oranları

Tablo 1. Beş aylık bağışıklama sayıları

Yapılan aşı	Polikliniklerden yönlendirilenler	Sağlık personeli	Öğrenci	Toplam
Pnömokok aşısı	75	1	0	76
Hepatit B aşısı	56	21	31	108
Hepatit A aşısı	2	8	42	52
Tetonoz aşısı	24	7	10	41
İnfluenza aşısı	3	40	1	44
Meningokok aşısı	8	0	0	8
HiB aşısı	8	0	0	8
Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı	1	1	1	3
Suçiçeği aşısı	0	0	2	2
Toplam	177	78	87	342

[PS-196]

Kliniğimizde İnfluenza Antijen Kart Testi Yapılan Hastaların Değerlendirilmesi

Safiye Nur Özcan[1], Ahsen Öncül[1], Dilek Yıldız Sevgi[1], Banu Bayraktar[2], Emine Çelik[1], Merve Bedir[1], Nuray Uzun[1], İlyas Dökmetaş[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Grip, dünya çapında salgınlara sebep olabilen, influenza virüsünün neden olduğu akut bir solunum yolu enfeksiyonudur. İnfluenza virüsü ile enfekte hastalarda, en sık pnömoni olmak üzere farklı sistemleri tutan ölümcül komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu çalışmada influenza virüs enfeksiyonu ön tanısı ile influenza A/B antijen kart test uygulanan hastaların test sonuçları ve takip esnasında gelişen komplikasyonların belirlenmesi ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

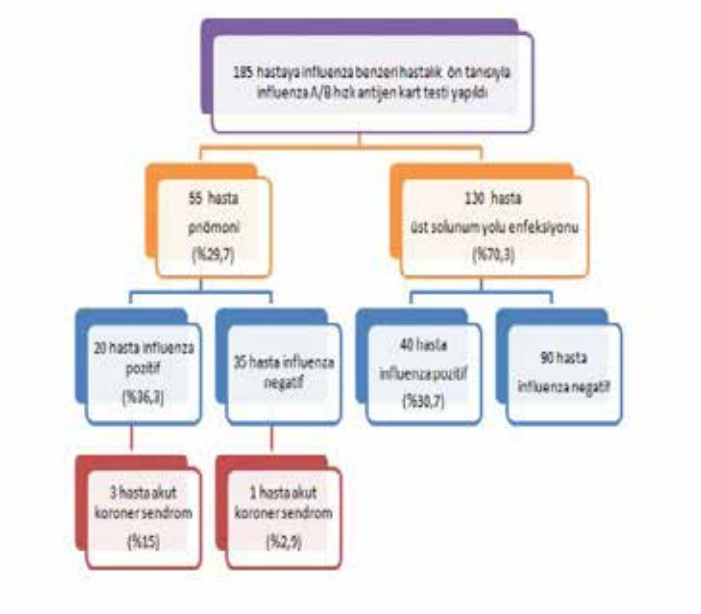
Gereç ve Yöntem: İnfluenza virüs enfeksiyonu ön tanısı ile 2018 Aralık ve 2019 Ocak döneminde hastanemizde nazofarengeal sürüntü örneklerinden influenza A/B antijen kart testi uygulanan 185 erişkin hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Nazofarengeal sürüntü örnekleri, influenza antijen kart testi (Humasis) ile değerlendirildi.

Bulgular: İnfluenza virüs enfeksiyonu ön tanısı ile kart testi uygulanan 185 erişkin hastanın 88'i (%47,5) erkek, 97'si (52,5) kadın idi. Altmış (%32,4) hastada influenza pozitifliği kart test ile doğrulandı. İnfluenza kart testi uygulanan 185 hastanın 62'si (%33,5), influenza pozitifliği doğrulanan 60 hastanın 25'i (%41,6) 65 yaş ve üzeriydi. Elli sekiz (%97) hastada influenza A, 2 (%3) hastada influenza B pozitif olarak bulundu. İnfluenza kart testi yapılan 185 hastanın 55'ine klinik, görüntüleme ve laboratuvar sonuçlarıyla birlikte pnömoni tanısı konuldu. Pnömoni tanısı ile takip edilen hastaların 20'sinde (%36,3) influenza A pozitif olarak tespit edilip, oseltamivir verildi. Pnömoni tanısı olan 55 hastanın 18'inin (%32,7) yoğun bakım takibi mevcuttu. Yoğun bakım takibi olan altı (%33,3) hastada influenza A pozitif olarak saptandı, İki (%11,1) hastada influenza A/B negatif saptanmasına rağmen klinik ve görüntülemeler ile influenza dışlanamadığından hastalara oseltamivir tedavisi başlandığı görüldü. Yüz seksen beş hastanın ikisinde ensefalit kliniği mevcuttu, bu hastaların birinde influenza A diğerinde influenza B pozitifliği

saptandı, eşlik eden pnömoni kliniği yoktu. Pnömoni tanısı olan 4 hastanın takibinde akut koroner sendrom geliştiği görüldü. Bu hastaların üçünde (%75) influenza A pozitifti.

Sonuç: Mevsimsel grip döneminde hastanemize influenza benzeri hastalık ile başvuran erişkin hastaların üçte birinde kart test ile influenza doğrulanmıştır. Olgu sayısı az olmakla birlikte bizim çalışmamızda solunum yolu enfeksiyonu ile takip edilen ve akut koroner sendrom gelişen dört hastanın üçünde influenza pozitif bulunmuştur. İskemik kalp hastalıklarında influenza aktivitesi ile birlikte artış görüldüğü bilinmektedir. Risk gruplarına ve 65 yaş üzeri popülasyona, pnömoni komplikasyonlarını ve ölüm oranını azalttığı kanıtlanmış olan grip aşılaması önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, grip



Şekil 1. İnfluenza antijen kart testi yapılan olguların değerlendirilmesi

[PS-197]

Kliniğimizde Takip Ettiğimiz Üç Tetonoz Olgusu ve Prognozu

Zeynep Türe, Zehra Beştepe Dursun, Musa Göksu, İlhami Çelik

Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

Giriş: Tetonoz, özellikle travmatik yaralanmalar sonrasında kas spazmları ile seyreden bir santral sinir sistemi hastalığıdır. Gelişmiş ülkelerde bağışıklama programları sonrasında sıklığı azalmıştır. Kliniğimizde takip ettiğimiz üç tetonoz olgusu sunuldu.

Olgu: Seksen yaşında kadın hasta konuşma ve yutma güçlüğü şikayetiyle acil service başvurdu. On gün önce sol ayak sırtına travma ve metal batması öyküsü olan hastaya dış merkezde tek doz tetonoz aşısı ve yara bakımı uygulanmıştı. Hastanın bağışıklama öyküsü yoktu. Beş gün sonra ayak sırtında kızarıklık ve şişlik şikayeti başladığı öğrenildi. Fizik muayenede konfüze, sözel uyaranlara yanıtı vardı. Yüzde trismus ve risus sardonikus bulgusu vardı (Resim 1). Sol ayak sırtında iki cm çapında nekrotik lezyon vardı. Laboratuvar incelemesinde lökositoz (13300 ul/mm^3) ve C-reaktif protein (33 mg/dl) yüksekliği olan hastaya jeneralize tetonoz ön tanısı ile anti-tetonoz immünoglobulin (3000 IU/IM), intratekal anti-tetonoz immünoglobulin, ikinci doz tetonoz aşısı ve metronidazol 4x500 mg IV tedavi başlandı. Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) sakin ve karanlık bir odaya alındı. Abdominal solunumu gelişen hasta mekanik ventilatörde takip edildi. Midazolam ve fentanil infüzyonu başlandı. Kontraksiyonları azaltmak için magnezyum infüzyonu verildi. Yara debridmanı yapıldı. On üç gün boyunca mekanik ventilatörde takip edilen hastanın kasılmaları devam etti ve hasta ventilatör ilişkili pnömoniye bağlı sepsis tanısı ile kaybedildi. Altmış bir yaşında kadın hasta halsizlik, güçsüzlük ve vücutta kasılma şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde herahangi bir travma, yaralanma; özgeçmişinde nöropati öyküsü yoktu. Tetonoza karşı bağışıklama öyküsü bilinmiyordu. Fizik muayenesinde trismus, yaygın kasılma ve solunum sıkıntısı olan hastanın laboratuvarı lökositoz dışında normaldi. Hastaya antitetonoz immünoglobulin, ilk doz tetonoz aşısı ve metronidazol tedavisi başlandı. YBÜ'de takip edildi. Tedavinin üçüncü günüde hasta ani kardiyak arrest sonrası kaybedildi. Otuz sekiz yaşında kadın hasta sağ kolda kızarıklık şişlik ve kasılma şikayetiyle başvurdu. On gün önce sağ kola travma ve kirli yaralanma öyküsü vardı. Dış merkezde tek doz aşılama yapılmıştı. Tetonoza karşı bağışıklanma öyküsü bilinmiyordu. Fizik muayenede sağ kolda kızarıklık, ödem, hassasiyet ve tonik spastik kasılma olan hastaya lokalize tetonoz ön tanısı ile mertonidazol, anti-tetonoz immünoglobulin, ikinci doz tetonoz aşısı uygulandı. Takip sırasında hastanın şikayetleri geriledi ve yedinci gününde taburcu edildi.

Sonuç: Özellikle ileri yaş grubunda hayatı tehdit edici bir hastalık olan tetonozdan korunmak için rutin aşılama sonrası 10 yılda bir rapel doz ve riskli yaralanmalarda immünoglobulin uygulanması akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tetonoz, jeneralize tetonoz, antitetonoz immünoglobulin



Resim 1. Birinci olguda görülen trismus ve risus sardonikus bulgusu

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri ve prognozu

Olgu numarası	Yaş	Tetonoz türü	Bağışılama durumu	Yaralanma öyküsü	Sağkalım
1	80	Jeneralize	Yok	Var	Yok
2	61	Jeneralize	Bilinmiyor	Yok	Yok
3	38	Lokalize	Bilinmiyor	Var	Var

[PS-198]

Quinolones, Aminoglycosides and Carbapenems Resistant *Pseudomonas aeruginosa* in Biofilm Infections

Semra Hajizade[1], Andrej Trampuz[1], Akif Gurbanov[2]

[1]*Charite University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Berlin, Germany*

[2]*Azerbaijan University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Baku, Azerbaijan*

Introduction: *Pseudomonas aeruginosa* is one of the most common bacteria causing nosocomial and healthcare-associated infections worldwide. Increasing rates of multidrug-resistant *P. aeruginosa* among hospitalized patients is a major public health problem. Moreover, infections involving

bacterial colonization of tissues and medical devices represent an increased therapeutic challenge, which is associated with the rising of chronic diseases, poor outcomes and increased morbidity and mortality.

Materials ve Methods: Clinical samples and explanted devices from patients with chronic *P. aeruginosa* infections were collected from the Educational-Surgical Clinic of the Azerbaijan Medical University between September 2017 and July 2018. Microbiological diagnosis included tissue culture and explant sonication. Explanted devices in air-tight containers were vortexed and sonicated at 40 kHz for 1 minute. The sonicate fluid was cultivated on sheep blood agar, chocolate agar, CLED agar and thioglycollate broth. Incubation at 37 °C lasted 7 days for aerobic- and 14 days for anaerobic bacteria. VITEK® MSsystem was used for microbial identification. Susceptibility tests were performed by VITEK® 2 Compact automated system and completed with Etests for inconclusive cases. Interpretation was according to EUCAST breakpoints.
Results: Eighty nine strains were enrolled in the study. Of tested strains, 24% (n=21) showed ability to form biofilm. From those, 62% (n=13) were resistant to imipenem, 90.5% (n=19) to ciprofloxacin and 57% (n=12) to amikacin.

Conclusion: High resistance rates were observed in *P. aeruginosa* isolates from urinary tract infections. Biofilms are often foci for systemically spreading infections. Such systemic spread of biofilm infections can be treated successfully with antibiotics based on the results of routine antibiotic susceptibility testing, which should therefore be reported.

Keywords: *Pseudomonas aeruginosa*, biofilm, antibiotic resistance

[PS-199]

Akut Q Humması İlişkili Trombositopeni ve Kolestatik Hepatit

Aslı Vatan, Nazan Tuna, Oğuz Karabay

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Q ateşi, *Rickettsiaceae* ailesinin üyesi zorunlu hücre içi bakteri olan *Coxiella burnetii*'nin neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur. Akut Q ateşinde klinik bulgular en sık grip benzeri ateşli hastalık olup, daha ciddi semptomları olanlarda atipik pnömoni veya akut hepatit görülebilir. Akut enfeksiyonda laboratuvar bulguları non-spesifik olup; karaciğer enzimlerinde ve daha nadiren kolestaz enzim yüksekliği, lökositoz/lökopeni ve trombositopeni, kreatin fosfokinaz yüksekliği, sedimentasyon yüksekliği, antifosfolipid antikor ve lupus anti-koagülan pozitifliği olabilir. Bu bildiride trombositopeni ve kolestazla seyreden bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz altı yaşında bilinen bir hastalığı olmayan erkek, 10 gündür süren üşüme titreme ateş şikayeti ve tetkiklerinde lökopeni ve trombositopeni saptanması üzerine hematoloji servisine yatırıldı. Öyküsünde hayvancılıkla uğraştığı ve hayvan doğumuna sıklıkla katıldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş yüksekliği 38,5 °C idi. Skleralar ve deri ikterikti. Batın muayenesinde traube kapalı ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar testlerinde alanin aminotransferaz: 102 u/l, aspartat aminotransferaz: 76 u/l, total bilirubin: 6,2 mg/dl, direkt bilirubin: 3,3 mg/dl, beyaz küre: 3200/mm^3, Plt: 28,000/mm^3, INR: 0,98, prokalsitonin: 12, C-reaktif protein: 197 mg/l, eritrosit sedimentasyon hızı: 76 mm/saat saptandı. Periferik yaymada atipik hücreye rastlanmadı. Anemi parametreleri normal izlendi. Akciğer grafisi normaldi. Batın ultrasonografisinde; karaciğerde de evre bir yağlanma ve dalak büyüklüğü üst sınırda (132 mm) saptandı. Serolojik tetkiklerinde; Hepatit serolojisi, anti-insan immün yetmezlik virüsü, VDRL-hızlı plazma reaktifi, *Treponema pallidum* hemagglutination assay, anti-toksoplazma IgM, anti-sitomegalovirüs immünoglobulin (Ig) M, *Epstein-Barr* virüs viral kapsid antijeni IgM ve Brusella tüp aglütinasyon testleri olumsuzdu. Hastanın hayvancılıkla uğraşması ve risk faktörleri göz önünde bulundurularak serum örnekleri Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Birimi'ne gönderildi. Leptospira PCR olumsuz, *Coxiella* IgM (faz II) IFA: >1/96 titrede pozitif gelmesi üzerine akut Q ateşi tanısı konuldu. Akut Q ateşi ilişkili kolestatik hepatit tanısı ile 2 hafta doksisiklin sonrası klinik ve laboratuvar parametreleri düzeldi.

Sonuç: Akut Q ateşinde kolestatik hepatit görülebilir. Trombositopenisi olan olgularda açıklanamayan ateş, ikter, hepatit, kolesistit veya kolanjiyopati varlığında Q ateşi ayırıcı tanıda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut Q humması, kolestatik hepatit, trombositopeni

[PS-200]

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 10 Yıllık Sürede Ventilatör İlişkili Pnömoni Olgularının Görülme Hızı, Kültürlerde Üreyen Etkenler ve Çeşitli Antibiyotiklere Duyarlılık Durumunun İncelenmesi

Şebnem Çalık[1], Alpay Arı[1], Zeki Tuncel Tekgül[2], Hüseyin Özkarakaş[2], Neslihan Genç[3], Hazal Ezgi Çifçi[2], Selma Tosun[1], Reyhan Yiş[4]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri, İzmir*
[4]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*

Giriş: Bu çalışmanın amacı erişkin hastalarda yoğun bakım koşullarının ventilator ilişkili pnömoni sıklığını ve antibiyotik duyarlılığını nasıl etkilediğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) 2008-2017 yılları arasında ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) tanısı almış 457 hasta geriye yönelik olarak analiz edilmiştir. Çalışma dönemi boyunca yıllara göre VİP oranları ve çeşitli düzenlemelere bağlı olarak bu oranlardaki değişiklikler değerlendirilmiştir. Bu düzenlemelerden ilki 2010 yılında kurumumuzda, uygun fiziksel koşullar ve hastane enfeksiyonunun önlenmesi konusunda eğitilmiş yeni sağlık çalışanları ile yeni bir YBÜ açılmıştır. İkincisi 2013 yılında endotrakeal manşet basıncının izlenmesi, yatak başlarının yükseltilmesi (30-45 °C), klorheksidin ile rutin ağız bakımının uygulanması gibi VİP önleyici tedbirlerin uygulanmasıdır. Bunun yanı sıra 2012 yılından itibaren yoğun bakımlarda çalışan anesteziyoloji hekiminin ve enfeksiyon hastalıkları hekiminin değişmemesidir. Çalışma süresince kültürlerde üreyen mikroorganizmalar ve çeşitli antimikrobiyallere duyarlılık durumları kaydedilmiştir. Veriler SPSS 21 programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t-test ve Mann-Whitney U testleri, kategorik değişkenlerin akrşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. P<0,05 değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: VİP oranı 2008 yılında %23,7 ve 1000 ventilatör gününde 17,3'tür. 2008 yılından 2018 yılına kadar VİP oranlarında kademeli bir düşüş yaşanmıştır. Sonuçlarımız fiziksel koşulların ve VİP'e yönelik önlemlerin iyileştirilmesinin VİP oranlarında kayda değer bir düşüş sağladığını göstermiştir. Çalışmamızda toplam 504 VİP tanısı konulmuş ve 569 mikroorganizma tanımlanmıştır. En sık görülen mikroorganizmalar *Acinetobacter baumannii* (%33,7), *Pseudomonas aeruginosa* (%31,6), *Klebsiella pnomoniae* (%12) olarak saptanmıştır. Sulbaktam-ampisilin, imipenem ve meropenem direnci, 2013'ten sonra

önemli ölçüde artmıştır (sırasıyla, p=0,002, p<0,001, p=0,001). Gram-olumsuz bakterilerde kolistine karşı (p=0,010) ve Gram-olumlu bakterilerde ise teikoplanine (p=0,044) karşı artmış direnç tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamız, VİP oranlarının diğer disiplinlerle işbirliği yaparak, önleyici tedbirlere bağlı kalarak ve sağlık çalışanlarına yönelik sürekli eğitimle düşeceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ventilatör ilişkili pnömoni, etiyoloji, antibiyotik direnci

Tablo 1. 2008-2017 yıllarında ventilatör ilişkili pnömoni olgularının sayısı ve hızı

Yıl	VİP olgularının sayısı	VİP oranı (yüz hasta gününde)	VİP oranı (bin alet gününde)
2008	54	23,47	17,23
2009	49	21,77	14,94
2010	94	21,60	19,35
2011	78	16,95	16,75
2012	59	13,28	13,06
2013	69	17,07	15,36
2014	39	15,98	7,80
2015	24	8,85	4,83
2016	19	9,59	3,96
2017	19	8,08	4,15

[PS-201]

Profilaktik Antifungal Kullanımının Kandidemide Değişen Epidemiyolojiye Etkisi

Nagehan Didem Sarı, Aysel Karataş, Gülşen Yörük, Ayşe İnci

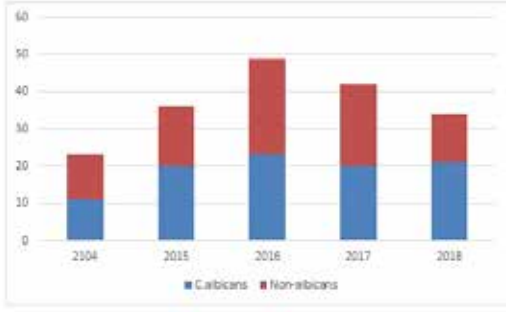
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Kandida türlerinin neden olduğu kan dolaşım enfeksiyonları, yatarak takip edilen hastalarda morbidite ve mortaliteyi artıran en önemli nedenlerden biridir. Özellikle son yıllarda geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımı, kemoterapi ve immünosüpresif tedavi alan hasta sayısının artışı, kandida etkenli kan dolaşım enfeksiyonları sıklığının artmasında rol almaktadır. Kandida enfeksiyonu gelişen hastalarda santral venöz kateter varlığı, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, invaziv girişimler, özellikle gastrointestinal sistem cerrahisi, total parenteral beslenme verilmesi, steroid kullanımı, yoğun bakım ünitesinde uzun yatış süresi risk faktörleri olarak bilinmektedir. Bu çalışmada amacımız yukarıdaki risk faktörlerini taşıyan hasta profilimiz nedeniyle hastanemizde, yatmakta olan hastalarımızın kan kültüründe üreyen kandida türlerinin yıllara, kliniklere göre dağılımının incelenmesi, yıllık tüketilen antifungallar ile ilişkisinin karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Ocak 2019 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kan kültüründe en az bir kez kandida üremesi olan, 18 yaş ve üstü hastalar çalışmaya alınmıştır. Retrospektif olarak yapılan bu çalışmada, 1 hafta içinde aynı tür ve direnç paterni olan üremeler tek üreme olarak kabul edilmiştir. **Bulgular:** Kandidemi tespit edilen toplam 150 hastada 184 köken izole edilmiştir. Etken dağılımına bakıldığında 95/184 (%51,63) *Candida albicans* ve 89/184 (%48,37) non-albicans *Candida* olduğu belirlenmiştir. İzole edilen kandidaların tür dağılımı ve yıllara göre farklılıkları Grafik 1'de detaylandırılmıştır. Kan kültüründe üreyen kandida türlerinin yıllara ve servislere göre dağılımı Tablo 1'de paylaşılmıştır. Yıllık antifungal tüketimi eczane bilgi sisteminden temin edilerek yıllara göre tüketim değerleri incelenmiş ve 2017 yılından itibaren oral antifungal kullanımının arttığı, parenteral formlarda ise ılımlı bir artış olduğu görülmüştür. Analiz edildiğinde 2017 itibariyle hematoloji kliniğinin kemoterapi protokollerine flukonazol 1x200 PO/gün eklediği ve posakonazol profilaksisine uyumunun arttığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak kandidemi mortalite oranın yüksek olduğu düşünüldüğünde tanı ve tedavide daha etkin ve hızlı yaklaşımlar için her hastanenin kendi etken dağılımı bilinmesi klinisyenler için empirik tedavide yol gösterici olacaktır. Ayrıca hematolojik kılavuzların önerisiyle kemoterapi protokollerine eklenen profilaktik antifungalların hastanemizde kandidemi sıklığını azalttığının düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kandidemi, epidemiyoloji, antifungal profilaksi



Grafik 1. Kandida türlerinin yıllara göre dağılımı

Tablo 1. Kandida türlerinin yıllara ve kliniklere göre dağılımı

	YBÜ	YBÜ	Hematoloji	Hematoloji	Dahili klinikler	Dahili klinikler	Cerrahi klinikler	Cerrahi klinikler	Toplam
Yıllar	*C. albicans*	Non-albicans *Candida*	*C. albicans*	Non-albicans *Candida*	*C. albicans*	Non-albicans *Candida*	*C. albicans*	Non-albicans *Candida*	
2014	4	8	0	2	6	2	1	0	23
2015	13	7	1	2	3	6	3	1	36
2016	10	11	1	1	8	11	4	3	49
2017	7	11	0	1	10	8	3	2	42
2018	12	7	0	0	6	6	3	0	34
Toplam	46	44	2	6	33	33	14	6	184

[PS-202]

Ankara Onkoloji Hastanesi Kuduz Merkezine Başvuran 443 Olgunun Değerlendirilmesi

Yüksel Kolukısa, Servet Kölgelier, Mustafa Ertek

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

Giriş: Çalışmamızda, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne Temmuz 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında kuduz şüpheli hayvan teması sebebiyle başvuran olguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Temmuz 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında kuduz şüpheli hayvan temasıyla başvuran 443 olgunun verilerinin retrospektif olarak değerlendirmesi sonucunda yapıldı. Yaş, cinsiyet, temas şekli veya yara bilgileri derin/yüzeysel), aşı ya da immünoglobulin uygulanma durumu, ayrıca kuduz şüpheli hayvanın türü, aşılı olup olmadığı ve izlemleri kayıt altına alındı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Olguların %67,3'ü (n=298) erkek, %32,7'si (n=145) kadın idi. Çalışmamızda kuduz riskli temasın çoğunluğunun %34 oranla yaz mevsiminde ve 16-30 yaş grubunda olduğu gözlendi. Tüm riskli temasların %65'ini köpek ve %34,5'ini kedi temasları oluşturmaktaydı. Olguların çoğu (%95,5) profilaktik aşı programına alınmıştı. Bunların 88'sine (%19,9) 5 doz, 158'ine (%35,7) 4 doz ve 175'ine (%39,5) 3 doz olmak üzere koruyucu aşı yapılmıştı. Başvuran olguların %75'ine yara bakımı ve kuduz aşısı, %19,4'üne yara bakımı, kuduz aşısı ve kuduz immünoglobulini uygulanmıştı. Olguların %5,4'de ise sadece yara bakımı yapılmıştı. Kuduz aşısı yapılan olguların %60,1'inde aşı şemasına uyum sağlanırken %39,9'da ise aşı şemasının tamamlanmadığı tespit edilmiştir. Olguların %54'ünde deride hafif sıyrıklar olup, %30,7 olguda ise deriyi zedeleyen tek veya çok sayıda yaralanma şeklindeydi.

Sonuç: Ülkemizde kuduz halen önemini korumaktadır. Hayvan sahipleri kuduz hakkında bilinçlenmeli ve hayvanlarının periyodik aşılamaları konusunda hassas davranmalıdır. Kuduz riskli temas nedeniyle profilaksiye alınan kişiler, hastalığın ciddiyeti ve aşı gerekliliği konusunda özellikle bilgilendirilmelidir. Çalışmamızın sonuçlarına göre merkezimize başvuran olguların tamama yakını aşılanmış olup evcil hayvan teması olan ve yarası yüzeysel olgularda 3 doz aşı uygulaması yapılmıştır. Ayrıca temas sonrası başlatılan profilaksiye uyumun yeterli olmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kuduz, riskli temas, profilaksi

Tablo 1. Hastalara kuduz şüpheli temas sonrası ilk başvuruda uygulanan profilaksi yaklaşımı

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	yara bakımı	24	5,4	5,4	5,4
	yara bakımı+kuduz aşısı	333	75,2	75,2	80,6
	yara bakımı+kuduz aşısı+kuduz ig	86	19,4	19,4	100,0
	Total	443	100,0	100,0	

[PS-203]

Türkiye Sınır İllerinde, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü Hastalarında Hepatit ve *Treponema pallidum* Enfeksiyonlarının Prevalansı

Enes Dalmanoğlu, Ayşe Ertürk, İlknur Esen Yıldız, Ünsal Bağın, Uğur Kostakoğlu

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV); hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve *Treponema pallidum* (TP) enfeksiyonları gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biridir. Türkiye'deki hastalarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) prevalansı hakkında çok az sonuç mevcuttur. Bu çalışmada, Türkiye sınır illerindeki (Artvin-Rize) Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören HIV hastalarında üç CYBE'nin seroprevalansını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Ocak 2016-Temmuz 2018 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 18 yaş üstü HIV pozitif hastalardan oluşmaktadır. HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG, HBV-DNA, anti-HCV, HCV-RNA, RPR-TPHA incelendi. Hastaların laboratuvar sonuçları geriye dönük olarak tarandı. Hastaların aile öyküsü, şüpheli cinsel ilişki, intravenöz ilaç bağımlılığı, kan transfüzyonu öyküsü, cerrahi operasyon, sosyo-demografik bilgiler kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 62 HIV pozitif hasta vardı, bunların %88,7'si (n=55/62) erkek idi. Yaşları 18-76 arasında değişmekte olup, ortanca yaşı 44 idi. Ortanca HIV pozitif süresi 2 yıldı (0,9-10 yıl). Ortanca HIV tedavisi aylık süresi, aydır (11-100 ay). HIV ile yaşayan insanlar arasında hepatit B ve hepatit C'nin seroprevalansı sırasıyla %8,1 (n=5/62) ve %4,8 (n=3/62) idi. Sadece bir eşcinsel hastada dört CYBE vardı. Hastalarımızdan edinilen bilgilere göre maruziyet faktörleri şunlardı; enjeksiyon ile uyuşturucu kullanıcıları %8,1 (n=5/62), bilinmeyen ya da şüpheli öyküsü olan %6,5 (n=4/62) ve şüpheli kan transfüzyonu alıcıları %3,2 (n=2/62) idi. Başvuru sırasındaki HIV-RNA medyan seviyeleri 120290,5 IU/ml idi (aralık: 1090-5132100 IU/ml). Hastaların HIV-RNA durumu; olguların %72,6'sı (n=45) negatif, %19,4'ü (n=12) pozitifti. HIV-RNA pozitif hastarın %58,3'ü (n=7) yeni tedavi başlanan hastalardı. Hastalarımızın anti-viral tedavileri, esas olarak nükleozid/nükleotid revers transkriptaz inhibitörü bazlı ikili ya da üçlü kombinasyon (%45,2, n=28) ve kombine tek anti-viral ilaç kullanımı (%40,3, n=25) idi.

Sonuç: Cinsel yolla bulaşan HIV'de sık sık HBV, HCV ve sifiliz ile birlikte enfeksiyon görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları; HIV pozitif hastalarda bu enfeksiyonların taranmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İnsan immün yetmezlik virüsü, hepatit B, hepatit C, sifiliz

Tablo 1. HIV ve HBV, HCV ve sifiliz ko-enfeksiyonu olan 62 olgunun demografik ve klinik özellikleri	
Sürekli değişkenler, ortanca (minimum-maksimum)	
Yaş (yıl)	44 (18-76)
HIV-pozitif süre (yıl)	2 (0,9-10)
HIV tedavisi (yıl-ay)	22 (11-100)
İlk HIV-RNA seviyeleri	120290.5 IU (1090-5132100)
Kategorik değişkenler, n (%)	
Cinsiyet (erkek)	55 (88,7)
Eğitim durumu	
Okuma-yazma yok	2 (3,2)
İlkokul	20 (32,3)
Ortaokul	18 (29,0)
Lise	15 (24,2)
Üniversite	7 (11,3)
Medeni durumu	
Evli	42 (67,7)
Bekar	16 (25,8)
Boşanmış	4 (6,5)
Cinsel yönelim	
Heteroseksüel	53 (85,5)
Homoseksüel	9 (14.5)
HIV pozitif hastalık	
AIDS yok	55 (88,7)
AIDS	7 (11,3)
Maruz kalma grupları	
Enjeksiyon uyuşturucu kullanıcıları	5 (8,1)
Bilinmeyen veya şüpheli	4 (6,5)
Kan nakli alıcıları	2 (3,2)
Ko-enfeksyion	
Tüberküloz	6 (9,7)
PCP	6 (9,7)
CMV	3 (4,8)
Cryptococcus	3 (3,2)
HBsAg pozitifliği	5 (8,1)
Anti-HCV pozitifliği	3 (4,8)
RPR-pozitifliği	12 (19,4)
TPHA-pozitifliği	13 (21,0)
Ko-enfeksiyon tedavisi	
Hepatit-B tedavisi	5 (8,1)
HIV-RNA negatifliği süresi	
Tespit edilemeyen	5 (8,1)
Negatif	45 (72,6)
Negatifleşmeyen	12 (19,4)
Son tedavi protokolleri	
Henüz tedavi başlanmayan (yeni hasta)	5 (8,1)
Kombineantiviral ajan	25 (40,3)
Çift antiviral kombinasyonları	28 (45,2)
Üçlü antiviral kombinasyonları	3 (4,8)
Dörtlü antiviral kombinasyonları	1 (1,6)
RPR: Rapid plasma reagin, TPHA: Treponema pallidum hemaglutinasyon assay	

[PS-204]

Akut Miyeloid Lösemide Konsolidasyon Kemoterapisi Sonrası Bakteriyemi, Pnömoni ve Fournier Gangreniyle Seyreden Olgu Sunumu

Aysel Köksal[1], Göknur Yapar Toros[1], Tahir Darçın[2], Mustafa Ertek[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji ve Kök Hücre Transplantasyon Kliniği, Ankara*

Giriş: Malignite hastalarında kemoterapinin (KT) neden olduğu nötropeni dönemindeki enfeksiyonlar, ilerlemiş antibiyoterapi ve destek tedavi rejimlerine rağmen önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaktadır. Bu olguda; KT sonrası kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, pnömoni ve fournier gangreni ile seyreden, başarıyla tedavi edilmiş bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Yirmi yaşında erkek hasta, remisyonda akut miyeloid lösemi (AML-M2) tanısıyla üçüncü konsolidasyon KT'sini almak üzere hematoloji servisine yatırıldı. KT'nin beşinci gününde derin febril nötropeni gelişen (10/mm^3) hastaya ampirik sefaperazon-sulbaktam 3x2 gr intravenöz (IV) başlandı. Antibiyotik tedavisinin üçüncü gününde ateşi devam eden hastanın skrotumunda kızarıklık ve ısı artışı gelişmesi üzerine skrotal doppler ultrasonografi (USG) çekilerek, tedavisi meropenem 3x1 gr ve vankomisin 2x1 gr IV olarak devam edildi. Çekilen USG'de minimal ödem saptandı. Port ve perifer kan kültüründe *Pseudomonas* spp. üreyip ateşi devam ettiğinden gentamisin kilit tedavisi uygulandı, ekokardiyografi yapıldı, vejetasyon saptanmadı. Sitomegalovirüs PCR ve galaktomannan antijeni olumsuzdu. Antibiyotik tedavisinin beşinci gününde ateşi düşmeyen hastanın portu çekilerek lipozomal amfoterisin-B 3 mg/kg IV eklendi, toraks tomografisi çekildi. Toraks tomografisinde sol akciğer üst lobda hava bronkogramları barındıran yama tarzı konsolidasyon alanı izlendi. Takiplerinde skrotal hipereminin düzelmemesi ve ağrı gelişmesi üzerine tedaviye siprofloksasin 2x400 mg IV eklendi. Ateşinin onuncu gününde solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine amfoterisin-B dozu 5 mg/kg'a yükseltildi ve tedaviye trimetoprim-sulfametoksazol 3x4 ampul eklendi. Nötropeniden çıkamayan hastanın skrotumunda 2x2 cm nekrotik lezyon gelişti ve fournier gangreni şüphesiyle acil operasyona alındı. Postoperatif hipotansiyon, hipoksi ve oligüri gelişmesi üzerine yoğun bakım ünitesinde yüksek akımlı nazal kanül desteği altında üç gün süreyle sepsis kolonuna alınarak hemodiyaliz uygulandı. İntraoperatif doku kültüründe karbapenem dirençli *Pseudomonas* spp. üreyip ateşi de devam ettiğinden meropenem, vankomisin ve siprofloksasin tedavileri kesilip seftazidim 3x2 gr ve linezolid 2x600 mg IV ile; amfoterisin-B'de vorikonazol IV ile değiştirildi. Bu tedavi altında da ateşleri düşmeyen hastanın tedavisine kolistin IV eklendi. Tedavinin üçüncü gününde ateşi düşen, oksijen ihtiyacı kalmayan, nötropeniden çıkan hasta; hematoloji servisine alındı. Mevcut tedavileri on dört güne tamamlanarak taburcu edildi. Poliklinik izlemlerinde skrotal lezyonu tamamen iyileşti.

Sonuç: Kemoterapi sonrası gelişen febril nötropenide, enfeksiyonlarının yönetimi zor olup hızla sepsis gelişebilir. Bu nedenle tanıda geç kalınmadan, antibiyoterapi ve destek tedavileriyle birlikte multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir.

Anahtar Kelimeler: AML, fournier gangreni, sepsis kolonu

[PS-205]

Radyolojik Olarak Hepatik Kitleyi Taklit Eden Asemptomatik *Fascioliasis* Olgusu

Burcu Işık, Yasemin Çağ

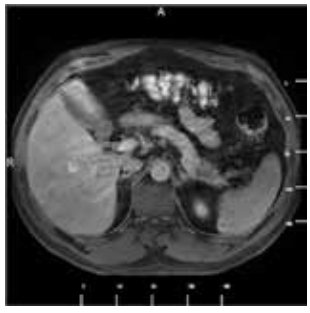
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: *Fascioliasis*; *Fasciola hepatica* ve *Fasciola gigantica* isimli trematodların metaserkaryaları ile kontamine olmuş suların içilmesi veya su bitkilerinin yenmesi ile bulaşan zoonotik bir hastalıktır. İnsanlarda karaciğer ve safra yollarını tutarak hastalığa yol açmaktadır. Dünyada yaklaşık 2 milyondan fazla kişinin *Fasciola* ile enfekte olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde endemik ancak nadir görülmesi ve spesifik belirti ve bulgularının olmaması nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Bu yazıda radyolojik olarak *Fascioliasis*'ten şüphelenilmesi üzerine serolojik testlerle tanı konulan bir *Fasciola hepatica* olgusu sunulmuştur.

Olgu: Kırk altı yaşında, erkek hasta, yaklaşık üç yıldır olan karın ağrısı şikayeti ile başvurmuştu. Karın ağrısı, sürekli, künt vasıfta ve sağ üst kadranda lokalizeydi. Kilo kaybı yoktu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde; tansiyon: 110/70 mmHg, nabız: 76/dk, solunum sayısı: 16/dk, ateş: 37 °C idi. Batın sağ üst kadranda hassasiyeti mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde ise özellik yoktu. Hastanın başvurusundaki laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımındaki lökosit sayısı: 9900/mm^3, eozinofil: 410 mm^3, platelet sayısı: 291000/mm^3, eritrosit sedimentasyon hızı: 5 mm /saat (n=0-20 mm/saat) aspartat aminotransferaz: 21 IU/l (n=<37 IU/l), alanin aminotransferaz: 22 IU/l (n=<42 IU/l), alkalen fosfataz: 911 U/l (n=<150 IU/l), gama glutamil transferaz: 48 IU/l (n=<64 IU/l) total bilirubin: 0,6 mg/dl (n=0,2-1,2 mg/dl) olup hepsi normal aralıktaydı. Karın ağrısı etiyolojisini ortaya koymak için çekilen dinamik kontrastlı üst batın ve diffüzyon manyetik rezonans (MR) incelemesinde; karaciğerde segment 5'de ve segment 7'de silik kontur veren kontrastlı serilerde karaciğer parankimine göre hipointens görünümde yer yer ondüle uzanım gösteren tübülervari görünüme sahip hipointens alanlar izlendi (Şekil 1). *Entamoeba histolytica* antikoru (IHA) ve *Brucella* Rose Bengal testi negatifti. *Fasciola hepatica* (IHA); IgG pozitif (titre: 1/1280) saptandı. Üç kez yapılan gaita mikroskopisinde; lökosit, eritrosit ve parazit görülmedi. Ülkemizde triklabendazol bulunmadığından yurt dışından temin edildi. Hastaya triklabendazol 1*10 mg/kg tek doz oral tedavi verildi. Hastanın 1 yıl sonraki dinamik kontrastlı üst batın ve diffüzyon MR görüntülemesinde lezyon tamamen kaybolmuştu. *Fasciola hepatica* (IHA) negatif olarak saptandı.

Sonuç: *Fascioliasis*, radyolojik olarak karaciğer ve safra yollarında kitle şüphesi nedeni ile tetkik edilen olgularda ayırıcı tanıda aklımıza gelmelidir. Böylelikle hastalara gereksiz yere invaziv işlemler yapılmaksızın serolojik tanı yöntemleri ile tanı konulup tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: *Fascioliasis, Fasciola hepatica*



Şekil 1. MR incelemesi

[PS-206]

Periferal T Hücreli Lenfoma Nedeniyle Kemoterapi Alan Hastada Gelişen CMV Pnömonisi

Ali İrfan Baran[1], Deniz Ulutaş[1], Tayyar Tarcan[1], Mihrap Gürel Sezer[2], Sinan Demircioğlu[3]

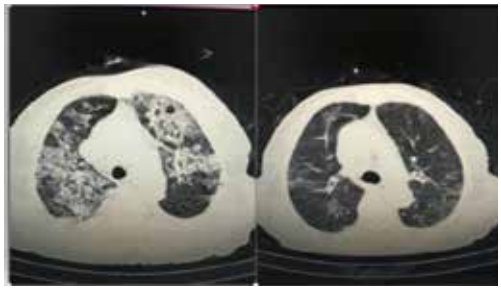
[1]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van
[2]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Van
[3]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erişkin Hematoloji Bilim Dalı, Van

Giriş: Sitomegalovirüs (CMV) herpesviridae ailesinin beta alt grubundan olup yalnızca insanlarda hastalığa neden olur. Toplum genelinde belirtisiz enfeksiyon ya da mononükleoz benzeri tabloya neden olmakla birlikte %6 oranında pnömoni görülebilir. Asıl olarak latent kalıp reaktive olabilme özelliği nedeniyle kemik iliği ve solid organ transplantasyonu yapılan, kemoterapi alan, insan immün yetmezlik virüsü pozitif bağışıklığı baskılanmış hastalardaki pnömonilerin dörtte biri bu etkene bağlıdır. Kemoterapi sonrası CMV pnömonisi gelişen hastamızı; immünosüpresif hasta grubunda latent viral enfeksiyonların reaktivasyonun akılda tutulması ve böylece erken tanı ve tedavi ile olası komplikasyonların önüne geçilmesinin önemine vurgu yapmak amacıyla sunmaktayız.

Olgu: Olgumuz 75 yaşında kadın hasta; periferal T hücreli lenfoblastik lenfoma tanısıyla siklofosfamid, adriamisin, vinkristin prednizon 100 mg/gün 5 gün tedavisi verilmesi amaçlı yatırılmış, ilk kür tedavisi verilmiştir. Takiplerinde nötropeni gelişmesi ve yatışından sonra gelişen öksürük, balgam, ateş mevcut olması üzerine hasta enfeksiyon hastalıkları ve göğüs hastalıkları kliniğine konsülte edilmiştir. Yüksek ateş, akciğer alt zonlarda bilateral krepitan raller, kan gazında hipoksemi bulguları, radyolojik olarak interstisyel infiltrasyonlar olması üzerine hastane kökenli pnömoni düşünülerek nötropenik ateş protokolüne uygun olarak meropenem ve vankomisin tedavisi başlandı. İmmünosüpresif hasta olması nedeniyle fırsatçı fungal enfeksiyonlar ve latent viral enfeksiyonların reaktivasyonu açısından araştırıldı. Akciğer fırsatçı fungal enfeksiyon, aspergilloz açısından gönderilen seri galaktomannan: 0,71 (şüpheli pozitif) olarak sonuçlandı. Göğüs hastalıkları kliniğiyle konsülte edilen hastada akciğer aspergillozu düşünülmesi üzerine tedaviye vorikonazol eklendi. Hastanın serumda CMV PCR: 3651 kopya/ml olması, çekilen toraks bilgisayarlı tomografide CMV uyumlu infiltrasyon ve hastanın immünosüpresyonun üzerine hastada CMV pnömonisi düşünüldü. Hastanemizde bronkoskopi cihazının bozuk olması dolayısıyla hastada bronkoalveoler lavajda CMV PCR çalışılamadı. Hastaya gansiklovir 2x5 mg/kg 2 hafta yükleme tedavisi başlandı. Tedavinin 16. gününde olan hastada 2 hafta arayla çekilmiş BT görüntüleri eklenmiştir (Şekil 1). Hastanın takibine devam edilmektedir.

Sonuç: Mekanik ventilasyon, sepsis, yanık, travma, kan transfüzyonu, malignite, kronik börek yetmezliği, immünosüpresif tedavi (steroid, kemoterapi), uç yaşlar, siroz gibi reaktivasyon risk faktörleri söz konusu olduğunda klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak bakteriyel-fungal pnömoni tedavisine kısmi ve/veya geç yanıtlı hastalarda CMV başta olmak üzere latent viral enfeksiyonların reaktivasyonu düşünülmelidir. Bu hasta grubunda zamanında başlanan uygun tedavi ile hastalığın mortalitesinin azaltılabileceği, yatış süresinin mümkün olduğunca kısalması sonucu sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlara bağlı mortalite oranlarının azalması da hedeflenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, pnömoni, CMV



Şekil 1. Tedavi öncesi ve tedavinin 14. günü BT görüntüleri

[PS-207]

Tüberkülozun Nadir Bir Tutulumu Olan Kemik-Eklem Tüberküloz Olgusu

Meltem Işıkgöz Taşbakan[1], Esra Erdem Kıvrak[2], Cengiz Çavuşoğlu[3], Anıl Murat Öztürk[4], Mehmet Sezai Taşbakan[5]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Edremit Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Balıkesir*
[3]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[4]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[5]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: Tüberküloz, hayatı tehdit eden bir enfeksiyon hastalığı olup, tüm dünyada önde gelen ölüm sebeplerinden biridir. Tüberküloz, vücudun tüm doku ve organlarında görülebilmesine karşın, %80-85 oranında akciğer tutulumu ile karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda akciğer tüberkülozu ile birlikte, akciğer dışı tüberkülozda da artış izlenmektedir. Akciğer tüberkülozu ile karşılaştırıldığında, akciğer dışı tüberkülozunda tanı koymada daha fazla güçlük yaşanmakta ve genellikle tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir.

Olgu: Tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon ve böbrek nakli öyküsü olan 54 yaşında erkek hastada 6 aydır aralıklı olarak sol ayak bileğinde şişlik, ısı artışı, hareket kısıtlılığı, ağrı şikayetleri mevcuttur. Bu nedenle başvurduğu diğer merkezlerde uzun süreli parenteral ve oral antibiyotik tedavileri almış. Şikayetlerinin gerilememesi nedeniyle Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvurmuştur. Hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğinde yatırılarak takibe alındı. Hastaya ampirik olarak seftriakson ve vankomisin tedavisi başlandı. Sol ayak bileği eklem sıvısı örneğinde ARB 4+ ve PCR pozitif saptandı. Bakteriyolojik kültüründe üreme olmayan hastanın antibiyotik tedavileri kesildi. Kemik-eklem tüberkülozu tanısı konularak INH 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, pirazinamid 25 mg/kg/gün, etambutol 15 mg/kg 48 saatte bir olarak anti-tüberküloz tedavisi başlandı. Ateşi devam eden hastadan eklem sıvısı, kan ve idrar kültürleri gönderildi. Eklem sıvısında ARB 1+ saptandı, tedaviye yanıt olarak değerlendirildi. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. C-reaktif protein de ve lökositozunda artış olması üzerine linezolid başlandı. Ateş yanıtı sağlanamaması nedeniyle meropenem eklendi. Linezolid tedavisinin 13. meropenem tedavisinin 5. gününde halen ateş yüksekliği olan hastada rekonstriksiyon düşünülerek meropenem ve linezolid tedavileri kesildi. Metilprednizolon 20 mg/gün başlandı. Apse drenajı açısından tekrar ortopedi ve travmatoloji tarafından değerlendirilen hasta opere edildi ve eklem debridmanı ve yıkaması yapıldı. Mikobateriyojik kültürde *Mycobacterium tuberculosis* üremesi oldu, INH ve rifampisin direnci saptanmadı. Postoperatif ateş yüksekliği geriledi. Hasta immünosüpresif ve anti-tüberküloz tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. İki ay boyunca 4'lü anti-tüberküloz tedavi alan hastanın tedavisi INH ve rifampisin şeklinde devam edildi. Sol ayakta akıntı şikayeti tekrarlayan hasta bir önceki taburculuğundan 6 ay sonra enfeksiyon hastalıklarına yatırıldı. Bakteriyoloji ve mikobakteriyoloji kültürü için doku/biyopsi örnekleri alındı. Dokuda ARB negatif saptandı. Kültürlerinde üreme olmadı. Taburculuğundan yaklaşık 40 gün sonra aynı şikayetle tekrar yatırılan hastaya ortopedi ve travmatoloji tarafından debridman uygulandı. Anti-tüberküloz tedavisi 2 yıla tamamlandı. Takibinde nüks olmadı.

Sonuç: Kemik-eklem tüberkülozu tanı ve tedavide ciddi sorunlar yaşanabilecek bir klinik tablodur. Özellikle immünosüpresyonu olan hastalarda tüberkülozun akciğer dışı tutulumlarını aklımıza getirmeli ve multidisipliner bir yaklaşımla tanı ve tedavi sürecini planlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kemik-eklem tüberkülozu, böbrek nakli

[PS-208]

Kedi Tırmığı Hastalığı Seyrinde Gözlenen Optik Nörit Olgusu

Burcu Işık, Yasemin Çağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: *Bartonella henselae*, fakültatif intrasellüler Gram-olumsuz bir kokobasildir. En sık ateş ve lenfadenopati kliniği ile karşımıza çıkan Kedi Tırmığı hastalığının (KTH) etkeni olarak bilinir. Fakat hastalığın seyrinde endokardit, ensefalit, hepatit, atipik pnömoni, retinit, optik nörit gibi farklı sistemleri tutan klinik tablolar da karşımıza çıkabilir. Burada optik nörit tespit edilen bir KTH olgusunu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi yedi yaşında, kadın hasta, 20 gün önce başlayan kasıklarda ağrı ve şişlik şikayetleri ile kadın hastalıkları doktoruna başvurmuş. Amoksisilin-klavulonik asit 2*1 gr ve siprofloksasin 2*500 mg oral antibiyoterapi reçete edilen hastada antibiyoterapinin 4. gününde sağ gözde bulanık görme şikayeti başlamış. Oftalmolojik muayenesinde sağ gözde optik nörit ile uyumlu bulgular gözlenen hastaya göz hastalıkları tarafından metilprednizolon tablet 1*80 mg oral başlanmış. Poliklinik takiplerinde bulanık görme şikayeti kısmen gerilemiş. Tarafımıza başvuran hastanın anamnezinde arkadaşının kedisi tarafından birkaç kez tırmalanma öyküsü olduğu öğrenildi. Kronik bir hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları stabildi; solda en büyüğü 3*3 cm, sağda 2*2 cm boyutlarında bilateral inguinal lenfadenopati mevcuttu. Ek fizik muayene bulgusu yoktu. Jinekolojik muayenesi de normaldi. Laboratuvar incelemesinde lökosit sayısı: 6890/mm^3, C-reaktif protein: 1,5 (normal: 0-0,5) sedimentasyon: 38 mm/saat (normal: 0-20) olarak bulundu. Tüberkülin deri testi: 12 mm ölçüldü. Quantiferon TB-Gold tüp testi (Cellestis International Carnegie, Avustralya) pozitifti (Tb antigen cut-off: >0,35 IU/ml) Akciğer grafisi doğaldı. İnguinal bölgeye yönelik ultrason incelemesinde solda en büyüğü 38*17 mm, sağda en büyüğü 27*11 mm boyutunda ekojen hilusu izlenen hipoekoik kalın korteksli lenf nodları izlendi. Sol inguinal lenfadenopati eksizyonel biyopsi histopatolojik incelemesi; fokal non-nekrotizan granülomatöz lenfadenit olarak raporlandı. Serolojik incelemesinde *Bartonella henselae* IgM, indirekt immünofloresan antikor testi pozitif olarak tespit edildi. Hastaya doksisiklin 2*100 mg ve rifampisin 2*300 mg oral başlandı. Steroid dozu azaltılarak kesilen hastanın poliklinik takiplerimizde kasıklarda ağrı ve şişlik şikayeti geriledi, görme bulanıklığı da tam olarak düzeldi. Toplam tedavi dört haftaya tamamlandı.

Sonuç: Optik nörit ayırıcı tanısında otoimmün hastalıklar, sarkoidoz ile birlikte enfeksiyon hastalıkları (brusellozis, tüberküloz, sifiliz, toksoplazmoz, leptospirozis, Lyme hastalığı ve bartonellozis) da düşünülmelidir. Kedi Tırmığı hastalarının %1-2'sinde optik nörit görülebilmektedir. Tanıda enfeksiyon hastalıkları da sorgulanmalıdır, özellikle öyküde kedi teması varsa *Bartonella* enfeksiyonu mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Bartonella henselae*, Kedi Tırmığı hastalığı

[PS-209]

Diyaliz Hastasında Kateter İlişkili Endokardit: Olgu Sunumu

Rukiye İnan[1], Nagihan Bülbül Çolak[1], Fatma Kesmez Can[1], Mehmet Parlak[1], Abdullah Uyanık[2]

[1]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*
[2]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum*

Giriş: Enfektif endokardit tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen prognozu kötü ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Genel popülasyona göre enfektif endokardit oranı hemodiyaliz hastalarında 16,9 kat daha fazla görülmektedir. Bu yazımızda diyaliz anamnezi olan hastada gelişen enfektif endokardit olgusu tartışıldı.

Olgu: Otuz sekiz yaşında kadın hastanın, evre 5 kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı mevcut idi. Girdiği son 2 diyalizi esnasında üşüme titreme ateş şikayeti olması üzerine polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde 15 yıldır FMF, 16 aydır hipertansiyon ve KBY (3/hafta hemodiyalize giriyor) tanısı mevcuttu. Fizik muayenede genel durum orta, bilinç açık, oryante ve koopere olan hastanın ateş 38,9 °C, tansiyon arteriyel 130/70 mmHg, nabız 112/dk, solunum sayısı 23/dk idi. Bilateral akciğer orta ve alt zonlarında ronkus mevcuttu. Kardiyak muayene doğal idi. Jugüler venöz kateter yerinde ve çevresinde enfeksiyon bulgusu yoktu. Bilateral pretibial ödem +/+. Beyaz küre: 13,14 10^3/ul (nötrofil: %92), hemoglobin (Hb): 7 g/dl, trombosit: 118 10^3/ul idi. Biyokimyasında kreatinin: 2,7 mg/dl, C-reaktif protein (CRP): 26,7 mg/l (normal değer: 0-5), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 37 mm/saat alındı. Kateter enfeksiyonu ön tanısıyla nefroloji kliniğine yatırıldı. Hastaya ateş takibi yapıldı. Periferik ve santral kan kültürleri alındı. Tedavisi seftriakson 1 gr flakon 2x1 IV ve vankomisin 1 gr flk 1x1 (72 saatte 1) IV şeklinde başlandı. Hastanın santral kateterinden alınan 4 kan kültüründe metisiline dirençli koagülaz-negatif stafilokok üremesi oldu. Takiplerinde ateş yüksekliği devam eden hastadan tekrarlayan kan kültürleri alındı. Hastanın santral kateteri çekildi. Transtorasik ekokardiyografi (EKO) yapıldı. EKO sonucunda: mitral kapakta 5x9 mm ve triküspit kapakta 5x5 mm şüpheli vejetasyonla uyumlu görüntü izlendi. Hastada klinik, EKO ve kan kültürleri pozitifliği ile birlikte enfektif endokardit düşünüldü. Tekrarlayan 2 kan kültüründe *Escherichia coli* ve *Klebsiella pneumoniae* üremesi oldu. Hastanın tedavisi kültüre göre değiştirildi. Seftriakson kesilerek meropenem 1x500 mg IV + vankomisin olarak düzenlendi. Yatışının sekizinci gününde ateşleri olmadı. Tetkiklerinde beyaz küre: 7,18 10^3/ul (nötrofil: %81), Hb: 7,2 g/dl, trombosit: 137 10^3/ul, kreatinin: 6,1 mg/dl, CRP: 23 mg/l ve ESH: 26 mm saptandı. Kontrol EKO'da vejetasyon izlenmedi. Hastanın tedavisi altı haftaya tamamlandı ve taburcu edildi.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarının kateterleri bakteriyemi için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Bu nedenle uygun tedaviye rağmen ateş kontrolü sağlanamayan ve bakteriyemi saptanan hastalarda enfektif endokardit akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek yetmezliği, enfektif andokardit, metisiline dirençli koagülaz-negatif stafilokok

[PS-210]

Tüberküloz Peritonitli İki Olgu Sunumu

Rukiye İnan, Nagihan Bülbül Çolak, Emine Parlak, Mehmet Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Tüberküloz morbidite ve mortaliteye neden olan farklı sistemleri tutabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Tüm tüberküloz olgularının yaklaşık %1'inde periton tutulumu görülür. Gittikçe sıklığı artan karın içi diğer hastalıklarla da karışabilen bir durumdur. Kalabalık yaşam, hijyen eksikliği, alkolik karaciğer hastalığı, siroz, peritoneal diyaliz uygulananlar ve insan immün yetmezlik virüsü enfeksiyonunda tüberküloz peritonit insidansı artmıştır. Bizde nadir görülen periton tutulumlu tüberküloz olgularını sunmak istedik.

Olgu 1: Otuz dokuz yaşında kadın hasta üç aydır olan karında şişlik, karın ağrısı, halsizlik, iştahsızlık ve bulantı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede genel durum orta, vitalleri stabildi. Batın distandü görünümde, palpasyon ile açıklığı yukarı bakan umblikusun yaklaşık 5 cm üzerinde itibaren matite alanı tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Başvuru sırasında laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaya parasentez yapıldı. Parasentez mayi eksüda vasfında idi. Malign hücre yoktu, kültüründe üreme olmadı. Hastanın periton sıvısında aside dirençli basil görülmedi, mikobakteri kültür ve PCR negatif saptandı. Hastada ayırıcı tanıda tüberküloz peritoniti veya peritonitis karsinomatoza düşünülerek hastaya laparotomi yapıldı. Laparoskopi ile periton biyopsisi alındı. Periton biyopsisi kazeifiye granülomatöz iltihabı proçes, sitoloji materyali lenfosit hakimiyeti olarak sonuçlandı. Mevcut bulgularla tüberküloz peritonit düşünülen hastaya anti-tüberküloz tedavi başlandı. Poliklinik kontrolleri yapılan hasta tedavisi 6 aya tamamlanarak takip edildi.

Olgu 2: Yirmi beş yaşında erkek hasta iki haftadır olan karında şişlik, karın ağrısı ve ara ara olan ishal ve kabızlık şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede genel durum orta, vitalleri stabildi. Batın distandü görünümde, palpasyon ile açıklığı yukarı bakan matite alanı vardı. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Başvuru sırasında laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaya parasentez yapıldı. Parasentez mayi eksüda vasfında idi. Sitolojisinde malign hücre yoktu, lenfosit hücre hakimiyeti mevcuttu. Hastanın periton sıvısında üreme saptanmadı, aside dirençli basil görülmedi, mikobakteri kültür ve PCR negatif saptandı. Laparoskopi ile periton biyopsisi alındı. Periton biyopsisi nekrotizan granülomatöz peritonit olarak sonuçlandı. Mevcut bulgularla tüberküloz peritonit düşünülen hastaya anti-tüberküloz tedavi başlandı, poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Ateş etiyolojisi araştırılırken tüberkülozun pulmoner tutulumunun yanında ekstrapulmoner tüberküloz da düşünülmelidir. Endemik ülkelerde ateş, kilo kaybı, karın ağrısı ve asit varlığında periton tüberkülozu ayırıcı tanıda yer almalıdır. Asitte adenozin deaminaz artışı, eksüda niteliği, tüberkülin deri testi, mikrobiyolojik inceleme her zaman tanıya götürmez. Tanı ve tedavide gecikme morbidite ve mortalite nedenidir.

Anahtar Kelimeler: *Mycobacterium tuberculosis*, tüberküloz peritonit

Tablo 1. Laboratuvar bulguları		
Laboratuvar bulguları	**Olgu 1**	**Olgu 2**
Lökosit (K/ul)	5830	6620
Nötrofil (%)	71	63
Lenfosit (%)	13	24
Monosit (%)	12	10
Hemoglobin (g/dl)	12,5	13,3
Trombosit (K/ul)	486	377
Kreatinin (mg/dl)	0,6	0,7
CRP (mg/L)	77	45
ESH (mm)	68	54
PPD (mm)	15	16
Quantiferon sonucu	Pozitif	Pozitif

[PS-211]

Nörolojik Semptomlarla Mükerrer Kez Acile Başvuran ve Geç Tanı Alan Protez Kapak Endokarditi Olgusu

Burcu Işık, Yasemin Çağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Enfektif endokarditin (EE) morbidite ve mortalitesi yüksektir ve hastalar çok değişken semptom ve bulgularla karşımıza çıkabilir. Sepsis ve kardiyak dekompansasyon bulgularıyla acile başvurmuş bir akut endokardit olgusu kısa sürede kaybedilebilirken, servisimize yatırdığımız nedeni bilinmeyen ateş olgularında subakut endokarditi ekarte etmeye çalışmaktayız. EE'ye sekonder embolik fenomenleri (serebral, pulmoner, splenik emboli vb) genellikle enfeksiyon hastalıkları dışındaki servislerde takip edilmektedir ve tanı konana kadar zaman kaybedilmektedir. Biz burada nörolojik semptomlarla acilimize başvurup yoğun bakımda takip edilmekteyken geç protez kapak endokarditi tanısını koyduğumuz bir olguyu özetledik.

Olgu: Yetmiş yedi yaşında kadın hasta ani bilinç kaybı sebebiyle acile getirildi. Bir haftadır giderek artan denge kaybı ve şuur bulanıklığı nedeni ile birden fazla acile başvuru öyküsü vardı. Entübe olarak yoğun bakım ünitesinde takibe alınan hastanın yatışının dördüncü gününde 38,5 °C ateşi olması üzerine enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenmiştir. Özgeçmişinde aort kapak replasmanı (15 sene önce), meme kanseri sebebiyle sol mastektomi (26 sene önce) öyküsü vardı. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinci kapalı, oryantasyon kooperasyon yoktu. Ense sertliği tespit edilmedi. Kardiyovasküler sistem muayenesinde S1 ve S2 pozitif, ritmik, taşikardikti ve aort odakta metalik kapak sesi ile 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar değerlerinde beyaz küre sayısı: 14500/mm^3 (nötrofilik lökositoz), C-reaktif protein: 14,5 mg/dl (normal: 0-0,5) idi. Üre, kreatinin, alanin aminotransferaz ve aspartat aminotransferaz düzeyleri normaldi. Santral sinir sistemi görüntülemelerinde patoloji yoktu. Hastaya geç protez kapak endokarditi ön tanısı ile ampirik olarak ampisilin-sulbaktam 4x2 gr + gentamisin 5 mg/kg/gün + rifampisin 2x250 mg intravenöz başlandı. Transözefajial ekokardiyografide aort protez kapak üzerinde 0,8x0,5 cm boyutlarında vejetasyonla uyumlu kitle, aortikoseptal alanda ve aortikomitral fibrozada apse görünümü izlendi. İki set kan kültüründe *Streptococcus agalactiae* üremesi oldu. Kalp damar cerrahisi tarafından operasyon planlanan hasta operasyon hazırlıkları esnasında kaybedildi.

Sonuç: EE'de septik emboliler nedeni ile hastaların %20-40'ında nörolojik bulgular görülebilir. Ateş ve nörolojik semptomlarla başvurmuş hastalarda protez kapak varlığında ayırıcı tanıda enfektif endokardit de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, septik emboli, protez kapak endokarditi

[PS-212]

Serebral Emboli ve Deri Döküntüsü ile Seyreden Enfektif Endokardit Olgusu

Nagihan Bülbül Çolak, Rukiye İnan, Emine Parlak, Mehmet Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Enfektif endokarditte (EE) mortalitesi yüksek bir enfeksiyon hastalığıdır. EE'ye bağlı komplikasyonlar nedeni ile hasta değişik klinik bulgularla başvurmaktadır. Santral sinir sistemi, böbrek, deri gibi tüm organ ve sistemler embolik olaylar ile etkilenebilir. En sık komplikasyon konjestif kalp yetersizliğidir. Diğerleri serebral, pulmoner, renal embolik olaylar, aritmi, bakteriemi, fungemi, mikotik anevrizmalar ve glomerülonefrittir. İskemik serebrovasküler olay ve döküntü ile takip edilip enfektif endokardit saptanan olguyu sunmak istedik.

Olgu: Altmış iki yaşında kadın hasta yakınlarını tanımama, uykuya eğilim şikayeti ile hastaneye başvurdu. Fizik muayenede genel durum kötü, şuur letarjik, oryantasyon ve kooperasyonu yoktu. Hastanın ateşi 37 °C, tansiyon arteriyel 160/90 mmHg, nabız 118/dk, solunum sayısı 27/dk idi. Ense sertliği ve meningeal iritasyon bulguları yoktu. Dört ekstremite hareketli ve derin tendon refleksi hipoaktifti. Diğer sistem muayene bulguları olağandı. Beyaz küre sayısı 7,47 10^3/ul (nötrofil %89), hemoglobin 13,4 g/dl, trombosit 243 10^3/ul idi. Biyokimyasında kreatinin 0,9 mg/dl, C-reaktif protein 100 mg/l, sedimentasyon: 77 mm idi. Hastanın bilgisayarlı tomografi görüntülemesi sağ serebellar ve paryetal bölgede akut enfarkt ile uyumlu saptandı. Hasta iskemik serebrovasküler olay tanısıyla takibe alındı. Takiplerinde atriyal fibrilasyon olması üzerine transtorasik ekokardiyografi (EKO) yapıldı. EKO sonucunda: mitral kapakta 11x11 mm ebatlı vejetasyonla uyumlu görüntü izlendi. Hastanın 3 set kan kültürü alındı. Hastaya enfektif endokardit ön tanısıyla seftriakson 1 gr flk 2x1 IV + vankomisin 1 gr flk 2x1 IV tedavi başlandı. Takiplerinde ateşi olmayan hastada tedavinin 3. gününde makülopapüler basmakla solan birleşme eğilimi gösteren döküntü izlendi. Döküntüsü ilaç reaksiyonu olarak değerlendirildi. Hastanın kan kültüründe metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus* ve metisilin dirençli koagülaz negatif *Staphylococcus* üremesi oldu. Hastanın vankomisin tedavisi kesilerek daptomisin 1x500 mg IV başlandı. Tedavinin ikinci haftasında bakılan kontrol EKO'da vejetasyon boyutlarında küçülme saptanmaması sebebiyle hasta operasyona alındı. Operasyon sonrasında hastanın vitalleri stabil gözlendi. Tedavi süresi altı haftaya tamamlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Enfektif endokarditin nedeni bilinmeyen ateş ve embolik olaylarda akılda tutulması gereklidir. Erken tedavi hayat kurtarıcıdır. Uygun antibiyotik tedavisine rağmen tedavi yanıtı alınamayan hastalarda cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Emboli, enfektif endokardit, deri lezyonları

[PS-213]

Ensefalit Tablosu ile Karışabilen Bir HaNDL Sendromu Olgusu

Cumhur Artuk, Burcu Çalışkan Demirkıran, Mine Hasırcı, Cemal Bulut, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Beyin omurilik sıvısı (BOS) lenfositozu ve geçici nörolojik bulguların eşlik ettiği baş ağrısı (headache accompanied with transient neurologic deficits and cerebrospinal fluid lymphocytosis, HaNDL) sendromu; iyi gidişli, kendini sınırlayan ve nadir görülen bir sendromdur. Bu olguda kliniğimizde ensefalit ön tanısıyla takipli bir HaNDL sendromunu sunduk.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 20 yaşında kadın hasta ateş, ishal, bilinç bulanıklığı, anlamsız konuşma, ellerde uyuşma, kasılma ve ajitasyon şikayeti ile acile başvurdu. İlk muayenesinde meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Nörolojik muayenesi doğaldı. Beyaz küre: 14,000'di (%91 nötrofil). Lomber ponksiyon (LP) da BOS berrak renksiz, pandy negatif, 1800 BK/mm^3 (%100 lenfosit) BOS glukoz 71 mg/dl, eş zamanlı kan glukozu (EKŞ) 117 mg/dl, BOS protein 56,2 mg/dl olarak sonuçlandı. Gram-boyamada Gram-olumlu basil görüldüğü bildirildi. Hastaya ensefalit, menenjit ön tanısıyla asiklovir, ampisilin ve seftriakson başlandı. Elektroensefalografi de hiperventilasyonda bir kez ortaya çıkan sağ hemisferde yavaş (delta) dalga aktivitesi görüldü. MR ve BT görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. BOS kültüründe üreme olmadı ve ampisilin stoplandı. BOS HSV PCR, IgM, IgG negatif sonuçlanması üzerine asiklovir stoplandı. Yatışının altıncı gününde yapılan kontrol LP'de BOS'de nadir polimorf nüveli lökosit izlendi. BOS tüberküloz PCR, brusella, parvovirüs, Epstein-Barr virüs serolojisi negatif sonuçlandı. Hasta 10 gün seftriakson tedavisi sonrası taburcu edildi. Taburculuktan üç gün sonra hasta aynı şikayetler ile tekrar başvurdu. LP tekrarlandığında pandy pozitif, 960 lökosit (%100 lenfosit) BOS glukoz 62 mg/dl, EKŞ 104 mg/dl, BOS protein 107 mg/dl görülmesi üzerine asiklovir tedavisi tekrar başlandı. BOS HSV PCR ve VDRL negatif sonuçlandı. Limbik ensefalit ve paraneoplastik sendrom açısından istenen tetkikler negatif sonuçlandı. Beş gün sonra kontrol LP'de pandy pozitif, 200 lökosit (%100 lenfosit) BOS glukoz 50 mg/dl, EKŞ 120 mg/dl, protein 86 mg/dl olarak belirlendi. Hasta Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflaması 3. edisyon (ICHD-3) tanı kriterlerine göre HaNDL sendromu olarak değerlendirildi. Hastaya nöroloji tarafından analjezik, anti-enflamatuvar tedavi önerilerek taburcu edildi. On yedi ay takibinde benzer semptomları görülmedi.

Sonuç: İlk klinik prezentasyonu ensefalit, meningoensefalit tablosunu taklit eden ve antibiyoterapi başlanan olgumuz, baş ağrısını takip eden tekrarlayıcı ve geçici nörolojik semptomları olması, normal görüntüleme bulguları ve BOS pleositozu nedeniyle HaNDL sendromu tanısı almıştır. Tanı konulmadan önce serebrovasküler hastalıklar, enfeksiyöz hadiseler, santral sinir sistemi vasküliti gibi pek çok hastalığın dışlanması gerekir. Tedaviyle ilgili literatürde randomize kontrollü bir çalışma bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: BOS pleositozu, ensefalit, HaNDL sendromu

[PS-214]

Beklenmedik CMV Enfeksiyonu Sıklığı; Gerçek mi, Aşırı Teşhis mi?

Cumhur Artuk, Mine Hasırcı, Burcu Çalışkan Demirkıran, Aysun Yalçı, Cemal Bulut, İsmail Yaşar Avcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonlarının artan popülaritesi sonrasında hastalarda CMV enfeksiyonu daha sık taranır ve tedavi edilir hale gelmiştir. CMV tanı güvenilirliği tekrarlayan ve latent kalabilen bir enfeksiyon etkeni olmasından dolayı azdır. Bu nedenle hastaların sadece PCR sonuçlarının dikkate alınarak, hastalara başlanan tedavilerin gerçekten gerekli olup olmadığına vurgu yapmak amacı ile hastanemizdeki CMV enfeksiyonlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizdeki Ocak 2017-15 Temmuz 2018 tarihleri arasında gansiklovir kullanım öyküsü olan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastane anti mikrobiyal ajan kullanım sistemi tarandı ve bu hastalar listelendi. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar verileri kaydedildi. Her hastanın yalnızca ilk CMV enfeksiyonu epizodu çalışmaya dahil edildi. Tedavi endikasyonları uygun klinik bulgulara ve CMV PCR pozitifliğine sahip hastalarda belirlendi.

Bulgular: Çalışma süresince 95 hastada 112 CMV enfeksiyonu epizodu tespit edildi. On üç hastanın 15 epizodu aynı hastada ikinci epizod olması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Kalan 97 CMV enfeksiyonu epizodunun 21'de tedavi ampirik olarak başlandı. Hastaların yandaş hastalıkları, hospitalize edildiği klinikler ve endikasyon listesi Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Çalışmamız CMV enfeksiyonunun düşündüğümüzden daha sık olabileceğini göstermiştir. Hastaların uygun testlerle taranması ve doğru cut-off aralıkları ile belirlenmiş pozitif sonuçlar neticesinde hastalarda daha erken tedaviye başlanılması, özellikle malignitesi olan veya immünosüpresif tedavi alan hasta gruplarında hayat kurtarıcı olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle bu konuda daha ileri çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: CMV, gansiklovir, reaktivasyon

Tablo 1. CMV enfeksiyonu epizodlarının özellikleri

Yandaş hastalıklar	Sayı	Klinikler	Sayı	Endikasyonlar	Sayı
Malignite	36	Hematoloji ve Onkoloji	27	CMV reaktivasyonu	41
İmmünosüpresif tedavi	14	Gastroenteroloji	25	Kolit	35
İBH	28	Yoğun bakım ünitesi	17	Pnömoni	18
Diğer	19	Enfeksiyon hastalıkları	7	CMV retiniti	2
		Göğüs hastalıkları	7	Hepatit	1
		Diğer	14		

[PS-215]

2018 Yılı Yoğun Bakım Üniteleri Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyon Hızlarının Ulusal Özet Rapor ve SIR Raporu ile Değerlendirilmesi

Yunus Gürbüz, Fadime Callak Oku, Esengül Şendağ, Ganime Sevinç, Asiye Tekin, Aysun Acun, Gönül Çiçek Şentürk, Emin Ediz Tütüncü, Fatma Aybala Altay, İrfan Şencan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

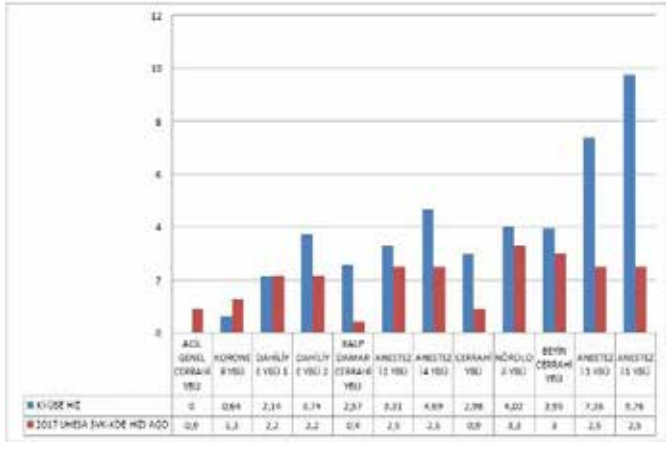
Giriş: Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaşılabilecek en önemli komplikasyonlar içerisinde yer alan sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (SHİE) yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç kullanımları ile bunlara bağlı gelişen (SHİE) ilk sıralarda yer almaktadır. Kurumumuz 2018 yılı üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyon (ÜSİ-KAT) hızlarını SHİE Ulusal Özet ve Ulusal SHİE SIR raporları ile kıyaslayarak değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) 2018 yılındaki üriner kateter (ÜK) takılan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. ÜSİ-KAT tanısı Ulusal SHİE Sürveyans Tanı Rehberleri 2017 Tanı Kriterleri'ne göre konulmuştur. Tanı konulan olgular "SHİE hasta takip formu"na kayıt edilip, Ulusal SHİE Sürveyans Ağı'nda kayıt edilerek analiz edilmiş, hesaplamalarda ÜSİ-KAT hızı için "ÜSİ-KAT sayısı/ÜK kullanım günü x 1000" formülü ve ÜK kullanım oranı için "ÜK kullanım günü/hasta günü" formülü kullanılmıştır. YBÜ'lere ait veriler SIR hesaplaması ile değerlendirilerek 2019 yılı için kurum içi önceliklendirme yapılmıştır.

Bulgular: YBÜ'lerimizde 2018 yılında 2568 hasta 20530 hasta günü takip edilmiş ve bu sürenin 20190 günü hastalar ÜK ile takip edilmiştir. Tablo 1, 2 ile Grafik 1, 2 ve 3'de 2018 yılı YBÜ'leri ÜSİ-KAT hızları, ÜK kullanım oranları ve ÜSİ-KAT SIR verileri yer almaktadır.

Sonuç: SHİE sürveyansında verilerin toplanması, tanı konulması, analizi ve geri bildirimlerin yapılması sürveyans döngüsünün temel parametreleri arasında yer almaktadır. Diğer bir önemli adım ise kurum verileri ile ulusal verileri kıyaslayarak enfeksiyon kontrol önceliklerinin belirlenmesi yürütülecek çalışmaların planlanmasında olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Ulusal SHİE Özet Raporu ve Ulusal SHİE SIR raporları ulusal kıyaslamalara olanak sağlanmaktadır. Kurumumuz verileri 2017 Ulusal SHİE Özet Raporu ile kıyaslandığında Genel Cerrahi, Koroner ve Dahiliye 1 YBÜ'leri dışında tüm YBÜ'lerde ÜSİ-KAT hızlarımız ülke verisinin oldukça üzerinde yer almakta iken 2016 Ulusal SHİE SIR raporu ile kıyaslandığında Anestezi 1 ve 3 YBÜ'lerinde ÜSİ-KAT hızlarının anlamlı oranda yüksek olduğu, bu ünitelerde enfeksiyon kontrol uygulamaları ve önlemlerine uyumun artırılmasına öncelik verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızlarının havuzlanmış verilerden elde edilen ortalama hızlarla hazırlanan SHİE Ulusal Özet raporu kurumlardaki hasta popülasyonları arasındaki farklı invaziv araç ilişkili enfeksiyon risklerini yansıtmayacağından SIR raporunun kullanımı ile kurum tesis türü, hasta günü, hasta sayısı, araç kullanım günü, yatak sayısı ve araç kullanım oranı verilerinden kaynaklanabilecek risk faktörleri ortadan kaldırılarak daha objektif kıyaslamaya ve kurum içi önceliklendirmeye olanak sağlamaktadır. Bu nedenle SIR raporu ile yapılan kıyaslamalar enfeksiyon kontrol ekiplerine iş gücü ve zamandan kazanç sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, üriner sistem enfeksiyon hızı, üriner kateter kullanım oranı



Grafik 1. 2018 yılı ÜSİ-KAT hız grafiği

Tablo 1. 2018 yılı ÜSİ-KAT'lerde SIR dağılımı

YBÜ adı	Gözlenen enfeksiyon sayısı	ÜK kullanım oranı	Öngörülen enfeksiyon sayısı	SIR	%95 güven aralığı alt sınırı	%95 güven aralığı üst sınırı	p değeri	CAD	Yorum
Acil genel cerrahi YBÜ	0	0,96	2,27	0,00		1,61	>0,05	-1,71	Anlamlı değil
Koroner YBÜ	1	0,36	3,49	0,29	0,00	1,59	>0,05	-1,62	Anlamlı değil
Dahiliye YBÜ 1	3	0,97	3,77	0,8	0,16	2,33	>0,05	0,17	Anlamlı değil
Dahiliye YBÜ 2	4	0,98	2,67	1,5	0,4	3,84	>0,05	2	Anlamlı değil
Kalp damar cerrahi YBÜ	5	0,94	3,69	0,35	0,44	3,16	>0,05	2,23	Anlamlı değil
Anestezi 2 YBÜ	7	0,97	5,42	1,29	0,52	2,66	>0,05	2,94	Anlamlı değil
Anestezi 4 YBÜ	5	0,97	2,56	1,95	0,63	4,56	>0,05	3,08	Anlamlı değil
Cerrahi YBÜ	6	0,98	3,88	1,55	0,56	3,37	>0,05	3,09	Anlamlı değil
Nöroloji YBÜ	9	0,96	5,77	1,56	0,71	2,96	>0,05	4,67	Anlamlı değil
Beyin cerrahi YBÜ	9	0,99	4,8	1,88	0,86	3,56	>0,05	5,4	Anlamlı değil
Anestezi 3 YBÜ	8	0,99	2,85	2,81	1,21	5,53	<0,05	5,86	Anlamlı
Anestezi 1 YBÜ	21	0,99	4,95	4,23	2,62	6,46	<0,05	17,28	Anlamlı

[PS-216]

2018 Yılı Yoğun Bakım Üniteleri Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyon Hızlarının Ulusal Özet Rapor ve SIR Raporu ile Değerlendirilmesi

İrfan Şencan, Esengül Şendağ, Fadime Callak Oku, Asiye Tekin, Ganime Sevinç, Aysun Acun, Yunus Gürbüz, Emin Ediz Tütüncü, Fatma Aybala Altay, Gönül Çiçek Şentürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

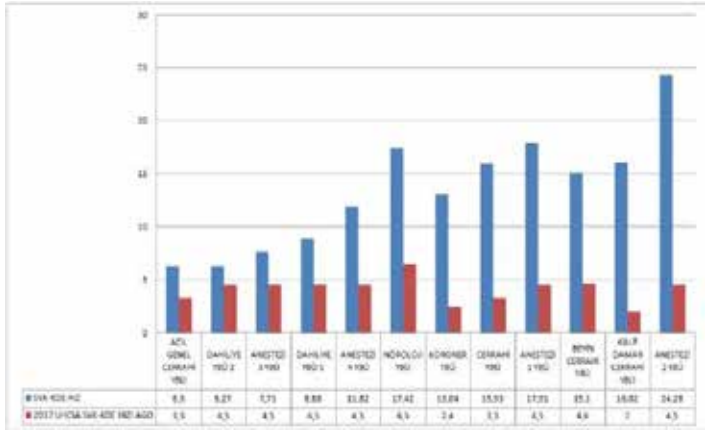
Giriş: Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaşılabilecek en önemeli komplikasyonlar içerisinde yer alan sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (SHİE) yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır.Yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç kullanımları ile bunlara bağlı gelişen (SHİE) ilk sıralarda yer almaktadır. Bu bildiride kurumumuz 2018 yılı santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon (SVK-KDE) hızlarını Ulusal SHİE Özet ve Ulusal SHİE SIR raporları ile kıyaslayarak değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 2018 yılında yoğun bakım ünitelerinde SVK takılan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. SVK-KDE tanısı Ulusal SHİE Sürveyans Tanı Rehberi-2017 Tanı Kriterleri'ne göre konulmuştur. Tanı konulan olgular "SHİE hasta takip formu"na kayıt edilip, Ulusal SHİE Sürveyans Ağı'na kayıt edilerek analiz edilmiştir. Hesaplamalarda SVK-KDE hızı için "SVK-KDE sayısı/SVK kullanım günü x 1000" formülü ve SVK kullanım oranı için "SVK kullanım günü/hasta günü" formülü kullanılmıştır. YBÜ'lere ait veriler SIR hesaplaması ile değerlendirilerek 2019 yılı için kurum içi önceliklendirme yapılmıştır.

Bulgular: Hastanemizde 2018 yılında YBÜ'lerimizde 2568 hasta 20530 hasta günü takip edilmiş ve bu sürenin 8623 günü hastalar SVK ile takip edilmiştir. Tablo 1 ile Grafik 1'de 2018 yılı YBÜ'leri SVK-KDE hızları, SVK kullanım oranları ve SVK-KDE SIR verileri yer almaktadır.

Sonuç: SHİE sürveyansında verilerin toplanması, tanı konulması, analizi ve geri bildirimlerin yapılması sürveyans döngüsünün temel parametreleri arasında yer almaktadır. Diğer bir önemli adım ise kurum verileri ile ulusal verileri kıyaslayarak enfeksiyon kontrol önceliklerinin belirlenmesi yürütülecek çalışmaların planlanmasında olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Ulusal SHİE Sürveyans Birimince yayınlanan SHİE Ulusal Özet ve Ulusal SHİE SIR raporları ile kıyaslamalara olanak sağlanmaktadır. Bu kapsamda kurumumuz verileri 2017 SHİE Ulusal Özet verileri kıyaslandığında tüm YBÜ'lerde SVK-KDE hızlarımız ülke verisinin oldukça üzerinde yer almakta iken 2016 Ulusal SHİE SIR raporu ile kıyaslandığında Anestezi 1-2, Nöroloji, KDC, Koroner, Cerrahi, Beyin Cerrahi YBÜ'lerde SVK-KDE hızlarının anlamlı oranda yüksek olduğu, bu ünitelerde enfeksiyon kontrol uygulamaları ve önlemlerine uyumun artırılmasına öncelik verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızlarının havuzlanmış verilerden elde edilen ortalama hızlarla hazırlanan SHİE Ulusal özet raporu kurumlardaki hasta popülasyonları arasındaki farklı invaziv araç ilişkili enfeksiyon risklerini yansıtmayacağından SIR raporunun kullanımı ile kurum tesis türü, yoğun bakım branşı, kurum yatak sayısı, hasta günü, hasta sayısı, ve araç kullanım günü verilerinden kaynaklanabilecek risk faktörleri ortadan kaldırılarak daha objektif kıyaslamaya ve kurum içi önceliklendirmeye olanak sağlamaktadır. Bu sayede SIR raporu ile yapılan kıyaslamalar enfeksiyon kontrol ekiplerine iş gücü ve zamandan kazanç sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Santral venöz kateter, kan dolaşımı enfeksiyon hızı, santral venöz kateter kullanım oranı



Grafik 1. 2018 yılı SVK-KDE hız grafiği

Tablo 1. 2018 yılı SVK-KDE'lerde SIR dağılımı

YBÜ adı	Gözlenen enfeksiyon sayısı	Öngörülen enfeksiyon sayısı	SIR	%95 güven aralığı alt sınır	%95 güven aralığı üst sınır	p değeri	Yorum
Acil genel cerrahi YBÜ	3	1,23	2,43	0,49	7,11	>0,05	Anlamlı değil
Dahiliye YBÜ 2	2	1,43	1,39	0,16	5,04	>0,05	Anlamlı değil
Anestezi 3 YBÜ	3	2,27	1,32	0,27	3,87	>0,05	Anlamlı değil
Dahiliye YBÜ 1	5	2,62	1,91	0,62	4,46	>0,05	Anlamlı değil
Anestezi 4 YBÜ	5	2,35	2,13	0,69	4,96	>0,05	Anlamlı değil
Nöroloji YBÜ	5	1,3	3,84	1,24	8,95	<0,05	Anlamlı
Koroner YBÜ	7	2,05	3,42	1,37	7,04	<0,05	Anlamlı
Cerrahi YBÜ	9	1,49	6,06	2,76	11,5	<0,05	Anlamlı
Anestezi 1 YBÜ	19	5,77	3,29	1,98	5,14	<0,05	Anlamlı
Beyin cerrahi YBÜ	18	3,28	5,48	3,25	8,67	<0,05	Anlamlı
Kalp damar cerrahi YBÜ	25	4,07	6,15	3,98	9,08	<0,05	Anlamlı
Anestezi 2 YBÜ	27	6,39	4,22	2,78	6,14	<0,05	Anlamlı

[PS-217]

Doğadan Yoğun Bakım Ünitelerine Taşınan Tehlike '*Burkholderia* spp.'

Adalet Aypak[1], Merve Çağrı Zöğ Yavuz[1], Gülşen Hazırolan[2], İpek Mumcuoğlu[3]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Giriş: *Burkholderia* spp. türleri su kaynakları, toprak ve bitkiler başta olmak üzere doğal çevrede yaygın olarak bulunabilen non-fermentatif Gram-olumsuz basillerdir. Nemli yüzeylerde kolonize olabilen *Burkholderia* spp. başta yoğun bakım üniteleri olmak üzere görülme sıklığı giderek artan erken tanı ve tedavisinde dikkatli olunması gereken bir etkendir. Çalışmamızda 2014-2018 yılları arasında değişik klinik izolatlarda üreyen *Burkholderia* spp. suşlarının kliniklere göre dağılımı, tür dağılımı ve hastaların etkin tedavilere ulaşımı değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: 2014-2018 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde *Burkholderia* spp. üremesi saptanan hastalar çalışma grubunu oluşturdu. Kliniklerden Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na gönderilen örneklerden izole edilen 101 adet *Burkholderia* spp. suşu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: İzole edilen 101 *Burkholderia* spp. suşunun 64'ünün (%) yoğun bakım ünitelerinden gönderildiği tespit edildi. Örnek dağılımı; 44 (%43,5) trakeal aspirat, 20 (%19,8) kan, 12 (%11,8) idrar, 12 (%11,8) balgam, ve 13 (%12,8) diğer olarak belirlendi. Suş dağılımına bakıldığı zaman 8 (%7,9) *Burkholderia gladioli*, 1(%0,9) *Burkholderia cenocepacia*, 92 (%91) *Burkholderia cepacia* görülmüştür. Klinik örneklerden elde edilen izolatların 54'ünün (%53,4) iki ya da daha fazla suşla birlikteliği tespit edilmiştir. Son iki yılda klinik örneklerde izole edilen *Burkholderia* spp. suşlarının özellikle yoğun bakım ünitelerinde giderek arttığı gözlenmiştir. Hastaların 52'sinin (%51,4) etkene yönelik etkin tedavi aldığı saptanmıştır.

Sonuç: *Burkholderia* spp. hastane su kaynaklarında, solüsyonlarda, nebülizatörlerde, musluk suyu veya distile suların kullanıldığı solunumsal tedavi cihazlarında, kateterlerde, diyaliz sıvıları ve makinelerinde, termometrelerde, dezenfektan ve antiseptiklerde saptanabilmektedir. Hastanede yatan, bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda yüksek düzeyde morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir fırsatçı patojen olan, *Burkholderia* spp., üriner sistem enfeksiyonları, septik artrit, peritonit, özellikle katateri olan hastalarda bakteriyemi/sepsis, pnömoni ve akciğer apsesine neden olmaktadır. Özellikle yoğun bakımlarda olmak üzere sağlık kuruluşlarında sıklığı yıllar içinde giderek artan *Burkholderia* spp. çoklu üremeler içerisinde gözden kaçabilmektedir. Çoğunlukla panrezistan olan *Burkholderia* spp. enfeksiyonlarının tedavisinde zorluklar yaşanmaktadır. Bu nedenle enfeksiyon etkeni olarak dikkate alınıp erken tanısı ve etkin tedavisi hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Burkholderia* spp., hastane enfeksiyonu, yoğun bakım

[PS-218]

Kikuchi Fujimoto Hastalığı Tanılı İki Olgu Sunumu

Ali İrfan Baran, Tayyar Tarcan, Yusuf Arslan

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Giriş: Kikuchi-Fujimoto hastalığı (KFH) genellikle servikal lenfadenopati ile seyreden, etiyolojisi saptanamamış ve kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. KFH, daha çok genç kadınlarda görülür ve sıklıkla servikal lenfadenopati, ateş, kilo kaybı, terleme ve nadiren hepatosplenomegali ile başvurur. Bu bildiride iki KFH olgusu sunulmaktadır.

Olgu 1: Birinci olgu 35 yaşında kadın olgu. Üç aydır devam ateş, terleme, kilo kaybı ve boğaz ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede ateş 38,1 °C, orofarenks doğal, sağ mandibular bölgede 3x1 ve sol aksillada 2x1 cm ebatında, ağrısız, fikse ele gelen şişlik saptandı. Boyun ultrasonografisinde; sağ submandibuler alanda 27x8 mm ebatlı lenfadenomegali ve lenf nodları saptandı. Laboratuvarda beyaz küre (WBC): 6100/mm^3, Plt: 300.000/mm^3, Hb: 12,7 gr/dl, alanin aminotransferaz (ALT): 14 U/l, aspartat aminotransferaz (AST): 18 U/l, C-reaktif protein (CRP): 17 mg/l (0-5 md/l) ve sedimentasyon: 24 mm/saat idi.

Olgu 2: İkinci olgu 20 yaşında kadın olgu, bir aydır devam ateş, boyun sağ tarafında şişlik, boğaz ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde ateş 38,2 °C orofarenks doğal, sağ mandibular bölgede 2x1, sağ ve sol aksillada 2x0,5 cm ebatında, ağrısız, fikse ele gelen şişlik ve hepatosplenomegali saptandı. Boyun ultrasonografisinde; sağ submandibular bölgede 22x12 mm ebatlı multipl lenf nodları saptandı. Laboratuvarda WBC: 6600/mm^3, Hb: 12,7 gr/dl, Plt: 190,000/mm^3, ALT: 44 U/l, AST: 57 U/l, CRP: 23 mg/l (0-5 md/l), sedimentasyon: 19 mm/saat idi. Her iki olguda da şikayetler uzun süreliydi ve çeşitli antibiyoterapi kullanım öyküleri vardı. Olguların periferik yaymaları normaldi. Tüberkülin deri testi negatifti. Sifiliz, romatolojik ve viral hastalık markerleri, kan kültürleri, brusella, salmonella ve tularemi serolojileri negatifti. Olguların ekokardiyografi, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Semptomatik tedavi ile takip edilen ve ateş şikayetleri devam eden olguların eksizyonel biyopsi patolojilerinde: "Lenf nodunda yer yer fokal nekroz alanları ve rezidüel reaktif germinal merkezler izlendi. Nekroz alanlarında eozinofilik fibrinoid depozitler, çevresinde histiyositik agregatlar görüldü ve KFH ile uyumlu bulundu" şeklinde raporlandı. Olgularımıza non-steroid anti-enflamatuvar tedavi ve istirahat önerildi. Kontrollerinde iki olgunun da şikayetlerinin düzeldiği ve boyunda şişliklerinin boyutunda azalma olduğu görüldü.

Sonuç: Tanısı klinik ve patolojik olarak konan KFH, lenfadenopatinin eşlik ettiği nedeni bilinmeyen ateş olgularında mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kikuchi-Fujimoto, lenfadenomegali, ateş

[PS-219]

HIV/AIDS Hastalarının Dünü ve Bugünü

Şaban Gölcü, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte bireylerin tanı yılına göre eski ve yeni olgular olarak iki gruba ayrılarak gruplardaki demografik verilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2007-2018 (bu yıllar dahil) arasında polikliniğimize kayıtlı 548 HIV (+) hasta dahil edildi. Hastalar; tanı yılı 2007-2012 (grup 1) arası olanlar ve 2013-2018 (grup 2) arası olanlar şeklinde 2 gruba ayrıldı. Gruplar yaş, cinsiyet, medeni durum, bulaş yolu, sigara, alkol, IV madde ve oral madde kullanımı, CD4 ve HIV-RNA sayıları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 548 hastanın 436'sı (%80) erkekti. İlk gruptaki 232 olguda erkek oranı %72, ikinci gruptaki 316 olguda erkek oranı %85 idi. Gruplarda çoğunluğu erkeklerin oluşturduğu (%80 vs %72) görülmektedir. Genel yaş ortalaması 37,7±11,1 bulundu. Erkeklerde 37,6±11,2, kadınlarda 38,2±10,8 idi. Gruplarda yaş ortalamalarının yakın olduğu (%38,7 vs %37,0) ve çoğunluğu 35 yaş altının (%43,5 vs %52,2) oluşturduğu görülmektedir. Genel olarak bulaşta MSM (men having sex with men) ilişki oranı %38,8, heteroseksüel ilişki oranı %52 bulunmuştur. İlk grupta MSM ilişki oranı %27,1 iken en sık bulaş yolu %60,5 ile heteroseksüel ilişki bulunmuştur. İkinci grupta en sık bulaş yolu %49,2 ile MSM'ler iken, heteroseksüel ilişki oranı %44,5 bulunmuştur. Gruplar arasında bulaş yolu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,001). Tüm olguların %37,9'u evli, %52,7'si bekardı. İlk grupta bekar oranı %42,3 iken ikinci grupta %60,5 tespit edilmiştir (p<0,001). Tüm olguların %60,8'i sigara, %53,7'si alkol, %3,2'si IV madde, %14,7'si oral madde kullanmaktadır. Sigara (%56,6 vs %64,8), alkol (%51,2 vs %55,7) kullanımının yüksek olduğu ve arttığı, IV madde (%2,7 vs %3,7) ve oral madde kullanımının (%11,1 vs %17,9) arttığı görülmüştür. Olguların CD4+ T lenfosit ortalaması 362,23 hücre/µl, HIV-RNA ortalaması 6,95x10^6 IU/ml bulunmuştur. CD4 ortalamasında (353 vs 362) anlamlı fark yokken, HIV-RNA ortalamasında (5,24x10^6 vs 8,14x10^6) fark anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Sonuç: HIV (+) olguların büyük kısmını halen gençler ve erkekler oluşturmaktadır. MSM ve bekar oranlarındaki artışlar dikkat çekicidir. Zaten yüksek olan madde kullanımı artarak devam etmektedir. Dünyanın tersine ülkemizde HIV/AIDS olguları artmaktadır. Bu durumun engellenmesi için koruyucu önlemlerle birlikte ülkemizdeki HIV (+) hastaların demografik verileri, bulaş yolları, bağımlılıkları ve bunların yıllar içindeki değişimleri detaylı incelenmeli ve gerekli önlemler alınmadır.

Anahtar Kelimeler: Epidemiyoloji, HIV

Tablo 1. Demografik veriler genel tablosu

		2007-2012 arası tespit	2013-2018 arası tespit	Toplam
Cinsiyet n (grup %)	Erkek	166 (71,6%)	270 (85,4%)	436 (79,6%)
	Kadın	66 (28,4%)	46 (14,6%)	112 (20,4%)
	Toplam	232	316	548
Yaş n (grup %)	35 yaş altı	101 (43,5%)	165 (52,2%)	266 (48,5%)
	35-44 yaş	69 (29,7%)	69 (21,8%)	138 (25,2%)
	45-54 yaş	37 (15,9%)	54 (17,1%)	91 (16,6%)
	55-64 yaş	18 (7,8%)	23 (7,3%)	41 (7,5%)
	65 yaş üzeri	7 (3,0%)	5 (1,6%)	12 (2,2%)
	Toplam	232	316	548
Bulaş n (grup %)	MSM	57 (27,1%)	117 (49,2%)	174 (38,8%)
	Heteroseksüel	127 (60,5%)	106 (44,5%)	233 (52,0%)
	Hayat kadını	23 (11,0%)	12 (5,0%)	35 (7,8%)
	Kan ürünü	1 (0,5%)	1 (0,4%)	2 (0,4%)
	Diğer	2 (1,0%)	2 (0,8%)	4 (0,9%)
	Toplam	210	238	448
Medeni durum n (grup %)	Evli	99 (43,6%)	103 (33,7%)	202 (37,9%)
	Bekar	96 (42,3%)	185 (60,5%)	281 (52,7%)
	Boşanmış	32 (14,1%)	18 (5,9%)	50 (9,4%)
	Toplam	227	306	533
Sigara n (grup %)	Evet	99 (56,6%)	137 (64,3%)	236 (60,8%)
	Hayır	66 (37,7%)	57 (26,8%)	123 (31,7%)
	Bırakmış	10 (5,7%)	19 (8,9%)	29 (7,5%)
	Toplam	175	213	388
Alkol n (grup %)	Evet	86 (51,2%)	112 (55,7%)	198 (53,7%)
	Hayır	79 (47,0%)	82 (40,8%)	161 (43,6%)
	Bırakmış	3 (1,8%)	7 (3,5%)	10 (2,7%)
	Toplam	168	201	369
IV madde n (grup %)	Evet	3 (2,7%)	4 (3,7%)	7 (3,2%)
	Hayır	110 (97,3%)	104 (96,3%)	214 (96,8%)
	Toplam	113	108	221
Oral madde n (grup %)	Evet	12 (11,1%)	21 (17,9%)	33 (14,7%)
	Hayır	96 (88,9%)	96 (82,1%)	192 (85,3%)
	Toplam	108	117	225
CD4 (hücre/µl)	Ortalama ± SD	373,69-241,806	353,89-225,303	362,23
HIV-RNA (IU/ml)	Ortalama	5,24x106	8,14x106	6,95x106
Yaş ortalaması (SD) min-maks		38,71 (11,2) 16-70	37,01 (11,1) 18-73	37,73 (11,1) 16-73

SD: Standart deviasyon

[PS-220]

Yoğun Bakım Ünitelerindeki Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyon Etkenleri

Emine Sehmen[1], Esin Karayel[2]

[1]*Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun*

[2]*Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Samsun*

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan hastalara tetkik, beslenme veya tedavi amacıyla damar içi kateterler sık uygulanmaktadır. Hastaların alt hastalıklarının olması ve invaziv işlemlere bağlı olarak da hastane enfeksiyonları bu ünitelerde problem olmaktadır. Bu çalışmada hastanemiz YBÜ'lerdeki santral venöz kateter (SVK) ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu etkeni olan mikroorganizmalar ve antimikrobiyal direnç durumlarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz 320 yataklı ikinci basamak devlet hastanesi olup toplam 20 yatağı düzey 3 ve 28 yatağı düzey 2 olmak üzere toplam 48 yoğun bakım yatağı vardır. Bu çalışma 1 Ocak 2016-31 Aralık 2018 tarihleri arasını kapsamaktadır. YBÜ'lerinde saptanan hastane enfeksiyonları enfeksiyon hastalıkları uzmanları ve enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından aktif sürveyansla prospektif olarak izlendi ve veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Hastanın tanımlanmasında Centers and Diseases Control and Prevention ölçütleri kullanıldı. Etken mikroorganizmaların tanımlanması ve antibiyotik duyarlılık testleri geleneksel yöntemler ve otomatik sistem BD (Becton, Dickinson and Company)-Diagnostic Systems: BD Phonix ile yapıldı.

Bulgular: Bu çalışma döneminde 25 hastada SVK ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu tanısı konmuş olup, 26 etken izole edilmiştir. İzole edilen mikroorganizmalar ise; Gram-olumsuz mikroorganizma sayısı 12 (%46,1), *Candida* spp. 10 (%38,5), ve Gram-olumlu mikroorganizmalar 4 (%15,4) idi. Etken mikroorganizmalar ve antimikrobiyal direnç oranları Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: YBÜ'lerinde SVK'ye bağlı kan dolaşımı enfeksiyonları özellikle dirençli mikroorganizmaların sebep olması ile son derece önemlidir. Hastanemiz YBÜ'lerindeki SVK'ye bağlı kan dolaşımı enfeksiyonu etkenleri olarak dirençli Gram-olumsuz bakterilerin ve mayaların çoğunlukta olduğu dikkati çekmektedir. Öncelikle SVK takma endikasyonları çok iyi belirlenmeli, gereksiz invaziv işlemlerden kaçınılmalıdır. Bu enfeksiyonların önlenmesi için özellikle el yıkama eğitimlerinin sürekli verilmesi ve yüksek oranda uyumun ve sürekliliğinin sağlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kan dolaşımı enfeksiyonları, etken mikroorganizmalar

Tablo 1. Etken mikroorganizmalar ve antimikrobiyal direnç oranları

Mikroorganizma adı	Sayı	%	GSBL (+)	Karbapenem direnci	Kolistin direnci	Metisilin direnci	Vankomisin direnci
Gram-olumlu mikroorganizmalar	4	15,4	-	-	-	-	-
Enterococcus faecalis	3	-	-	-	-	-	0
Staphylococcus epidermidis	1	-	-	-	-	0	-
Gram-olumsuz mikroorganizmalar	12	46,1	-	-	-	-	-
Acinetobacter baumannii	4	-	4	4	0	-	-
Klebsiella pneumoniae	5	-	3	1	0	-	-
Proteus mirabilis	1	-	1	1	-	-	-
Pseudomonas auruginosa	1	-	1	1	-	-	-
Escherichia coli	1	-	1	0	-	-	-
Mantarlar	10	38,5	-	-	-	-	-
Candida albicans	9	-	-	-	-	-	-
Candida krusei	1	-	-	-	-	-	-

GSBL: Genişlemiş spektrumlu beta laktamaz

[PS-221]

Renal Transplantasyonlu Hastada *Aspergillus* Olgusu

Sibel Doğan Kaya, Ahmet Karaduman, Yeşim Uygun Kızmaz, Şeyhmus Külahçıoğlu, Kıvanç Eren, İsmail Balaban, Cemalettin Yılmaz, Cihangir Kaymaz

İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İnvazif aspergilloz, bağışıklık sistemi baskılanmış olgularda görülen ve ölümcül olabilen bir enfeksiyondur. Bu kişilerde ise sporlar invazif hiflere dönüşerek bronş ve damarları invaze eder. Bu bildiride renal transplantasyonlu bir hastada gelişen aspergilloz olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli sekiz yaşında kadın hasta 1,5 yıl önce renal transplantasyon olmuştur. Hastaya prednizolon 5 mg 3x1, takrolimus gün aşırı, sulfametoksazol + trimetoprin 400/80 mg 1x1 tb, ürikoliz 300 mg 1x1 tb başlanmıştır. Kontrollerinde hemoptizi şikayeti olması ile hasta interne edilmiştir. Laboratuvar tetkiklerinde; tam kan incelemesinde hemoglobin 9,5 g/dl, lökosit sayısı 13,400/mm^3, trombosit sayısı 395,000/mm^3; kan biyokimyasal analizlerinde kreatinin 1,77 mg/dl, potasyum 5,3 mmol/l; kan C-reaktif protein 11,4 mg/dl prokalsitonin negatif olması dışında patolojik değerler saptanmadı. İdrar analizinde anlık idrarda kreatinin 85,8 mg/dl, mikrototal protein 59,7 mg/dl dışında anlamlı bir bulgu görülmemiştir. Balgam kültürü istenmiş ve toraks bilgisayarlı tomografide (BT) (Şekil 1) pulmoner arter çapı 4,7 cm solda 2,5 cm kalsifiye nodüller, her iki akciğer bazallerinde septalarda kalınlaşma fibrotik değişiklikler, her iki akciğerde mozaik perfüzyon bozukluğuna bağlı havalanma asimetriler raporlanmıştır. Balgamda ARB negatif ve tüberküloz kültürü ekilmiştir. Balgam kültüründe *Aspergillus* spp. üremesi tespit edilerek kan kültüründe (VITEK® 2) tam otomatize sistem ile *Candida* spp. üremesi bildirildi. Fakat tiplendirme yapılamadı. Kanda galaktomannan antijeni: 0,35 (cut-off 0-0,05) olması ile tedaviye vorikonazol IV eklendi. Hastanın tedavisinin üçüncü haftasında pulmoner emboli gelişti. Hasta koroner yoğun bakım ünitesinde takibe alındı ilaç düzeyleri bakılarak dozları ayarlandı. Dış merkezden *sitomegalovirüs* (CMV) PCR 250 kopya/ml olarak bildirildi. Hastaya gansiklovir IV başlanıldı. Akciğer filmi ve kontrol toraks BT'de gerileme görüldü. CMV-PCR takiplerinde 1113 kopya/ml, 1237 kopya/ml tespit edildi. Hasta kardiyak arrest nedeniyle eksitus oldu.

Sonuç: Böbrek transplant alıcılarında gelişen mantar enfeksiyonlarının tanısı belirtilerin belirgin olmaması nedeniyle zordur ve hastalarda ateş bulunmayabileceği de akılda tutulmalıdır. Tanıdaki gecikme bu hastalarda yüksek mortalitenin en önemli nedenidir.

Anahtar Kelimeler: Antifungal tedavi, aspergilloma, immünosüpresyon



Şekil 1. Toraks BT (renal transplantasyonlu hastanın görüntüsü)

[PS-222]

Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklara Yönelik İstenen Gereksiz Tetkiklerin Değerlendirilmesi

Meyha Şahin[1], Esra Zerdali[2]

[1]*Şırnak Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şırnak*
[2]*İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Hastanelerde bir çok branş hekimleri tarafından preoperatif değerlendirme, gebelik taraması, portör muayene gibi çeşitli sebeplerle viral seroloji taranmaktadır. Biz de çalışmamızda yılın ilk ayında hastaneye başvuran hastalardan istenen bazı viral seroloji tetkiklerinin incelenmesini ve istenen bu tetkiklerin enfeksiyon hastalıkları uzmanının gözü ile sorgulanmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2018 yılı Ocak ayında ikinci basamak bir hastaneye başvuran hastalardan istenen ve ELISA yöntemi ile çalışılan HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgM, ant-HBcIgG, HBeAg, anti-HBe, anti-HCV, anti-HIV, anti-HAV IgM ve anti-HAV IgG test sonuçları geriye dönük tarandı. Anti-HBcIgM ve anti-HAVIgM istenen hastaların aspartat aminotransferaz (AST) ve alanin aminotransferaz (ALT) değerleri incelendi, HBeAg ve anti-HBe istenen hastalar HBsAg pozitifliği açısından değerlendirildi. Tetkiklerin branşlara göre dağılımı incelendi.

Bulgular: Şırnak Devlet Hastanesi'ne 1-31 Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran 57450 hastanın 1466 tanesinden viral seroloji belirteçlerinden en az biri istenmişti. Hastaların 804'ü kadın (%54,8) idi ve yaş ortalaması 26,8 (0-83) saptandı. Hastaların muayene oldukları branşlar ve istenen tetkikler Tablo 1'de görüldüğü gibidir. Anti-HAV IgM ve/veya anti-HBc IgM istenen hastaların sadece %16'sında (14/88) AST ve/veya ALT yüksekliği mevcuttu. Doksan iki hastadan HBeAg ve/veya anti-HBe istenmiş olup bunların sadece 11 tanesinde (%12) HBsAg pozitifliği mevcuttu. Hastaların 1/3'ünden fazlasında (512/1466) incelenen tetkiklerden en az birinin altı aydan daha kısa bir sürede tekrar çalışılmış olduğu görüldü. Taranan viral belirteçler aynı branş veya farklı branşlar tarafından kısa sürede tekrar çalışılabilmekte, HBsAg negatif iken HBeAg/anti-HBe gibi yardımcı tetkikler istenmekte veya akut hepatit tablosunda olmadığı halde anti-HAV IgM/anti-HBc IgM istenmektedir. Kısa sürede tekrarlanan ve endikasyon olmadığı halde istenen tetkikler gereksiz istem olarak değerlendirildiğinde bir ayda çalışılan viral belirteçlerin en az %45,5'inin gereksiz çalışıldığı görülmektedir.

Sonuç: Hastaneye başvuran hastalarda cerrahi öncesi, gebelik sırasında ve bazı özel durumlarda bazı viral belirteçler taranmaktadır. Bununla birlikte gereksiz çalışılan tetkikler de yüksek oranlarda izlenmektedir. Bu gereksiz tetkiklerin hastanelere hem ciddi bir iş yükü hem de mali yük yüklediklerini unutulmamalıdır. Bunu asgari düzeye indirmek için hekimlerin daha özenli davranmasını sağlamanın yanı sıra hastane bilgi işletim sisteminde istemlere kısıtlamaların getirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: ELISA, tarama, viral belirteçler

Tablo 1. Bir aylık süre boyunca istenen viral belirteçlerin branşlara göre dağılımı ve tekrarlanma oranları

	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBcIgM	Anti-HBc IgG	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HCV	Anti-HIV	Anti-HAV IgM	Anti-HAV IgG	Tekrar edilenler[1]	Endikasyonsuz istenenler[2]
Acil servis	430 (29)	430 (29)					430 (30)	429 (35,5)			154 (30)	
Dahili branşlar	463 (32)	465 (32)	36 (42)	35 (34)	22 (27,5)	21 (25)	446 (31)	217 (18)	23 (31,5)	11 (18)	100 (19,5)	44 (28)
Hemodiyaliz ünitesi	30 (2)	30 (2)					30 (2)	30 (2,5)			30 (6)	
Cerrahi branşlar	201 (14)	201 (14)	49 (58)	51 (66)	58 (72,5)	64 (75)	177 (13)	196 (16)	50 (68,5)	49 (82)	49 (9,5)	111 (72)
Kadın hastalıkları ve doğum	340 (23)	339 (23)					339 (24)	335 (28)			179 (35)	
Toplam	1464 (100)	1465 (100)	85 (100)	88 (100)	80 (100)	85 (100)	1422 (100)	1207 (100)	73 (100)	60 (100)	512 (100)	155 (100)

[1]Altı ay içerisinde en az bir kez tekrar edilen tetkikler, [2]HBsAg negatif iken HBeAg/anti-HBe tetkikleri istenenler ve AST/ALT normal değerlerde iken anti-HAV IgM/anti-HBc IgM tetkikleri istenenler

[PS-223]

Oftalmik Zona Zoster Sonrası Gelişen Varisella Zoster Virüs Ensefaliti

Hande İdil Tüz, Güven Çelebi, Hande Aydemir, Nihal Pişkin

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Giriş: Zona zoster; herpesvirüs ailesinden varisella zoster virüs (VZV) etkenli, veziküler döküntülerle karakterize bir deri hastalığıdır. Yaşlı veya immünosüprese hastalarda oftalmik tutulumdan sonra ensefalit görülebilmektedir.

Olgu: Seksen bir yaşında erkek hasta, sağ göz altında kızarıklık, akıntı, bilinçte bozukluk şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın beş gün önce sağ göz altında akıntı ve veziküllerin ortaya çıktığı, zona tanısıyla valasiklovir başlandığı, iki gündür ise konuşmada zorlanma, anlamsız konuşma ve yakınlarını tanımama şikayetlerinin geliştiği öğrenildi. Hipertansiyon dışında ek hastalığı olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde; ateş 36 °C, nabız 76/dk, solunum sayısı 16/dk, bilinç açık, kooperasyon yetersiz, kişi oryantasyonu bozuktu. Fasiyal asimetri yoktu, dört ekstiremite hareketliydi. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Tam kan sayımında; lökosit 4700/mm^3, hemoglobin 13,1 gr/dl, trombosit 155 bin/mm^3 idi. C-reaktif protein 10 mg/l (0-8 mg/l) saptandı. Beyin BT'sinde patolojik bulgu saptanmadı. Yapılan lomber ponksiyonda (LP) beyin omurilik sıvısında 250 lökosit/mm^3 (%90 mononükleer) 5120 eritrosit/mm^3 sayıldı. Gram-boyamada mikroorganizma görülmedi. BOS glukoz 66 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 100 mg/dl), mikroprotein 181 mg/l (üst sınır 32 mg/l) saptandı. Kan kültürü alındıktan sonra intravenöz olarak asiklovir 3x750 mg ve ampisilin 4x3000 mg başlandı. Tedavinin üçüncü gününde çekilen kontrastlı beyin MR'da patolojik kontrastlanma izlenmedi. BOS'ta PCR yöntemi ile çalışılan VZV-DNA pozitif sonuçlandı, BOS kültüründe üreme olmadı. Hastanın tedaviye klinik yanıtının yavaş olması nedeniyle tedavinin altıncı gününde LP tekrarlandı. BOS'da lökosit sayısının 25/mm^3'e ve mikroprotein değerinin 66 mg/l'ye gerilediği görüldü. Tedaviye 1x80 mg metilprednizolon eklendi. Steroid tedavisinin de eklenmesi ile hastanın genel durumu ve bilincinde belirgin düzelme görüldü. Ampisilin 10 gün, asiklovir 21 gün ve steroid tedavisi 14 gün sonunda kesildi. Zona zoster lezyonlarının olduğu bölgede ağrı gelişmesi üzerine hastaya gabapentin başlandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Veziküler döküntü ve bilinç değişikliği ile başvuran hastalarda VZV ensefaliti akılda tutulmalıdır. BOS'ta PCR ile VZV-DNA aranması tanıda yardımcıdır. Akut hastalıkta steroid tedavisi prognozu iyi yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Ensefalit, varisella zoster virüs, zona zosterw

[PS-225]

Kafa Travması Geçiren Bir Hastada Penisiline Dirençli Pnömokok Menenjit Olgusu

Hilal Kellegöz, Alpay Arı, Hülya Özkan Özdemir, Selma Tosun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Akut bakteriyel menenjit dünya genelinde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan acil bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu sunumda, risk faktörü olduğu halde aşılanmamış olan genç yaştaki bir hastada ağır seyreden penisiline dirençli pnömokok menenjiti olgusu nedeniyle bu tür risk faktörlerine ve aşılamanın önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz iki yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta 12 Ocak 2019 tarihinde acil servise baş ağrısı, bilinç bulanıklığı ve kusma şikayetleriyle getirilmiştir. Hastanın son bir haftadır gribal semptomları varmış, son üç gündür semptomları artmış; baş ağrısı, kusma ve bilinç bulanıklığı gelişmiştir. Hastanın dört yıl önce motosiklet kazası sonucu kafa travması geçirdiği ve kafa tabanı kırığı nedeniyle dış merkezde opere olduğu öğrenildi.Hastanın gelişinde ateşi 37 °C, nabız 90/dk, kan basıncı 130/70 mmHg, solunum sayısı 16/dk idi. Hastanın genel durumu kötü, bilinç bulanık, non-oryante non-koopereydi, ense sertliği vardı. Hastanın beyin tomografisinde lomber ponksiyon yapılması için kontraendikasyon yoktu ve LP yapıldı. Beyin omurilik sıvısının (BOS) basıncı artmıştı, görünümü pürülandı; protein 461,77 mg/dl, laktat 20 mmol/l, glikoz 1 mg/dl, lökosit 6000/mm^3, Pandy pozitifti. Gram-boyamasında bol Gram-olumlu diplokok ve polimorfonükleer lökosit görüldü. BOS ve kan kültürleri alındı. Bakteriyel menenjit tanısıyla yatışı yapıldı ve seftriakson 2x2 gr IV,vankomisin 2x1 gr IV, mannitol ve deksametazon başlandı. BOS kültürlerinde *S. pneumoniae* üredi, kan kültürlerinde üreme

olmadı. Tedavinin ikinci gününde hastanın bilincinde açılma olmaması üzerine kraniyal manyetik rezonans (MR) çekildi, mikroapseleri ve pansinüzit olduğu öğrenildi. Meropenem 3x2 gr IV ve vankomisin 2x1 gr IV tedavisine geçildi. BOS kültüründen izole edilen *S. pneumoniae* penisiline dirençli, sefotaksime orta duyarlı, meropenem ve vankomisine duyarlı olarak saptandı. Tedavinin beşinci gününde hastadan klinik yanıt alındı. Hastanın kapsüler serotiplendirmesi Neufeld'in Quellung reaksiyonu yöntemi sonucunda serotip 23 idi. Tekrarlanan kraniyal MR'da bulguların devam etmesi üzerine tedavi dört haftaya tamamlandı. Genel durumu iyi olan hastanın pnömokok aşısının ilk dozu yapıldı ve hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Akut bakteriyel menenjit etkeni bakterilerin bir kısmı, travma ya da hastane ortamında uygulanan invaziv girişimler ve şant uygulamaları sonucu hastalık tablolarına neden olur. Kafa travması sonrası pnömokok aşılaması pnömokok menenjiti için koruyucudur. Ayrıca uç yaşlarda bulunma, diyabet, orak hücreli anemi, splenektomi ya da asplenizm, siroz, kronik alkolizm, bağışıklığın baskılandığı durumlar akut bakteriyel menenjit gelişimini kolaylaştıran ve pnömokok aşılaması gerektiren risk faktörlerindendir.

Anahtar Kelimeler: Penisilin direnci, pnömokok aşılaması

[PS-226]

Diyabetik Ayak Enfeksiyonunda Mortaliteyi Etkileyen Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Pınar Şen, Tuna Demirdal

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Diyabetik ayak enfeksiyonu, diyabeti olan hastalarda sık karşılaşılan bir komplikasyon olup önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Çalışmamızda diyabetik ayak enfeksiyonunda klinik bulguların prognostik değerini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2010-Ocak 2019 tarihleri arasında diyabetik ayak enfeksiyonu nedeniyle yatarak izlenen hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, klinik ve laboratuvar bulguları, uygulanan tedaviler ve takip bulguları kaydedildi. Elde edilen verilerin mortaliteyi öngörmedeki değerleri, ölen ve sağ kalan hasta grupları arasında SPSS programı aracılığıyla istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 401 hasta dahil edildi. Hastaların 121'i (%30,2) kadın ve 280'i (%69,8) erkekti. Yaş ortalaması 59,6±11,1 yıl (29-81 yaş) olarak bulundu. Hastaların 78'i (%19,4) 20 yıldan uzun süredir diyabet tanısı ile izlenmekteydi. Ortalama diyabet süresi 14,1±9,2 yıl idi. Tip 1 diyabet tanılı 13 (%3,2) hasta vardı. Ayağında kronik ülser öyküsü olan 199 hasta vardı. Kronik ülser süresi 7,3±10,6 ay idi. Bir yıldan uzun süredir kronik yarası olan 42 hasta bulunmaktaydı. Yüz doksan (%47,4) hastada sağ ayakta, 175 (%43,6) hastada sol ayakta yara vardı (p<0,001). Hastaların 36'sında (%9) her iki ayakta enfekte yara mevcuttu. Diyabetik ayak yaraları 184 hastada ön ayakta, 188 hastada orta ayakta, 69 hastada arka ayakta iken 79 hastada birden fazla bölgede enfekte diyabetik ayak yarası görüldü. Tüm ayakta enfekte yaraları olan 10 hasta mevcuttu. Hastaların yara enfeksiyonu ile ilgili aktif yakınmaların başlamasından sonra hastaneye başvuru süresi ortalama 12,5±11,9 gün olarak bulundu. Yüz yirmi dokuz hastada osteomiyelit, 173 hastada periferik arter hastalığı, 107 hastada periferik duysal nöropati, 161 hastada diyabetik retinopati ve 128 hastada diyabetik nefropati saptandı. Diyabetik ayak enfeksiyonu tedavisinde 146 (%36,4) hastaya medikal tedavi, 88 (%21,9) hastaya debritman ve/veya drenaj, 71 (%17,7) hastaya minör amputasyon ve 96 (%23,9) hastaya majör amputasyon uygulandı. Hastaların ortalama takip süresi 23,7±22,9 ay idi. Tüm hastalarda mortalite oranı %3 (12/401) olarak bulundu. Ölen hastalarda mortalite açısından anlamlı bulunan değişkenler iskemik yara, tüm ayakta yara varlığı, periferik arter hastalığı, lökosit yüksekliği, trombosit yüksekliği ve C-reaktif protein yüksekliği idi (Tablo 1). Tedavi sonrası verilerine ulaşılabilen 312 (%77,8) hastanın 146'sında (%46,8) iyileşme, 63 (%20,2) hastada kronik ülser gelişimi ve 103 (%33) hastada ilerleyen dönemde tekrar operasyon gerekliliği gözlendi.

Sonuç: Diyabetik ayak enfeksiyonunda mortaliteyi öngörmede iskemik yara, tüm ayakta yara varlığı, periferik arter hastalığı, lökositoz, trombosit yüksekliği ve CRP yüksekliği anlamlı risk faktörleri olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak, enfeksiyon, mortalite

Tablo 1. Diyabetik ayak enfeksiyonlu hastalarda klinik bulguların prognostik değeri

Risk faktörleri	Mortalite (+) (n=12, %3)	Mortalite (-) (n=389, %97)	p
Yaş	64.9±8.9	59.5±11.1	0.093
Erkek cinsiyet	7 (%58.3)	275 (%70.2)	0.359
Diyabet süresi			
<5 yıl diyabet	2 (%16.7)	32 (%8.2)	0.350
≥20yıl diyabet	3 (%25)	75 (%19.5)	1.000
Diyabet tedavisi			
İnsülin	8 (%66.7)	247 (%63.5)	1.000
Oral antidiyabetik ilaç	3 (%25)	63 (%16.2)	0.439
Tedavisiz	0	31 (%8)	-
Kronik ülser durumu			
Kronik ülser öyküsü	8 (%66.7)	191 (%49.1)	0.595
>1 yıl süreli kronik ülser	0	42 (%10.8)	-
Önceden girişimsel işlem öyküsü			
Debritman/drenaj öyküsü	0	44 (%11.3)	-
Amputasyon öyküsü	1 (%8.3)	62 (%15.9)	0.700
Yara nedeni			
İskemik yara	8 (%66.7)	127 (%32.6)	**0.025**
Travmatik yara	1 (%8.3)	53 (%13.6)	1.000
Nöropatik yara	0	46 (%11.8)	-
Venöz yara	1 (%8.3)	41 (%10.5)	1.000
Yanık yarası	0	11 (%2.8)	-
Etkilenen alt ekstremite bölgesi			
Sağ ayakta yara	3 (%25)	187 (%48.1)	0.147
Sol ayakta yara	7 (%58.3)	168 (%43.2)	0.379
Her iki ayakta yara	2 (%16.7)	34 (%8.7)	0.294
Ön ayakta yara	5 (%41.7)	179 (%46)	0.763
Orta ayakta yara	6 (%50)	182 (%46.8)	1.000
Arka ayakta yara	5 (%41.7)	64 (%16.4)	0.043
Tüm ayakta yara	2 (%16.7)	8 (%2.1)	**0.055**
Komplikasyonlar			
Osteomiyelit	2 (%16.7)	127 (%32.6)	0.631
Periferik arter hastalığı	10 (%83.3)	163 (%41.9)	**0.005**
Duysal nöropati	1 (%8.3)	106 (%27.2)	0.120
Retinopati	2 (%16.7)	159 (%40.9)	0.384
Nefropati	6 (%50)	122 (%31.4)	0.205
Laboratuvar değerleri			
Hemoglobin	10.9±2.3	11.1±1.9	0.750
Lökosit	22456.7±9535.2	14082.6±7000.6	**<0.001**
Trombosit	524416.7±230722	364457.6±151708.4	**<0.001**
Glukoz	234±79.7	249.2±128.5	0.684
HbA1c	9.2±1.6	9.3±2.3	0.869
Sedimentasyon	83.3±34.7	82.8±29.6	0.955
C-reaktif protein	20.5±9.3	13.2±10.5	**0.018**
Prokalsitonin	0.8±0.7	1.1±3.6	0.903
Trigliserid	134.7±58.4	155±102.6	0.595
Kolesterol	149.1±49.8	152.5±50	0.834
LDL	101.2±33.7	95.3±35.3	0.604
HDL	30.9±11.9	36.7±11.9	0.127
Kültür sonuçları			
Gram pozitif üreme	1 (%8.3)	69 (%17.7)	0.432
Gram negatif üreme	6 (%50)	137 (%35.2)	0.427
Birden fazla bakteri üremesi	3 (%25)	27 (%6.9)	0.058
Tedavi yöntemi			
Amputasyon	4 (%33.3)	163 (%41.9)	0.768
Major amputasyon	4 (%33.3)	92 (%23.7)	0.492
Minör amputasyon	0	71 (%18.3)	-
Debritman/drenaj	4 (%33.3)	84 (%21.6)	0.506
Medikal tedavi	4 (%33.3)	142 (%36.5)	1.000

*P değeri, ölen ve sağ kalan hasta grupları arasında hesaplanmıştır. Anlamlı olarak bulunan p değerleri bold karakter ile belirtilmiştir. *LDL: Düşük dansiteli lipoprotein, HDL: Yüksek dansiteli lipoprotein

[PS-227]

İmmünosüpresif veya Biyolojik Ajan Kullanan Hastalarda Hepatit B Aşılamasına Yanıt

Hüsnü Pullukçu[1], Çiğdem Yıldırım[1], Figen Yargucu Zihni[2], Hasan Çağrı Yıldırım[3], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Romatoloji hastaları sık kontroller, immünosüpresif ajan kullanmaları nedeniyle riskli gruptadırlar. Birçok uluslararası kaynakta bu hastalar için bağışıklama rehberlerinde öneriler bulunmaktadır. Ancak gerçek hayatta hastalık aktivasyonu, acilen tedavi başlanması gibi durumlar nedeniyle rutin bağışıklama şemalarının oluşturulması güçlük göstermektedir. Bu çalışmada romatoloji kliniğinden bağışıklanma ihtiyacı nedeniyle yönlendirilmiş hastalarda hepatit B aşısının etkinliği gözden geçirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Ege Üniversitesi Hastanesi enfeksiyon hastalıkları aşı polikliniğine Ocak 2017-Ocak 2019 tarihleri arasında başvuran, immünosüpresif tedavi planlanan ve HBsAg ve anti-HBs tetkikleri negatif saptanan bu nedenle 0.-1.-6. aylarda standart HBV aşısı uygulanan 29 hastanın aşı yanıtını değerlendirildi. Anti-HBs antikor düzeyi 10 mIU/ml'nin üzerinde olanlar seropozitif olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza herhangi bir neden ile immünosüpresif tedavi başlanması planlanan ve bu nedenle aşı polikliniğine başvuran 29 hasta (ortalama yaşı 50,59±11,05 minimum: 27, maksimum: 68, 11 erkek ile 18 kadın) dahil edildi. Hastaların altta yatan hastalıkları incelendiğinde; 9 romatoid artrit, 4 pemfigus vulgaris, 4 sistemik lupus eritematozus, üç multipl skleroz, iki skleroderma ve birer tane ankilozan spondilit, Behçet hastalığı, ülseratif kolit, Sjögren hastalığı, alopesi areata, IgA nefriti, otoimmün hepatit tanılı hasta vardı.

Sonuç: Hasta sayımız az olmakla birlikte acilen tedavi başlanması gereken hastalarda bağışıklama şemalarının oluşturulmasında ve aşı sonrasında olumlu yanıt alma oranlarında azalma dikkat çekicidir. Bu hastalarda daha tanı aşamasında taramaların yapılması ve hemen bağışıklama çalışmalarına başlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik ajan, immünosüpresyon, aşılama

Tablo 1. İmmünosüpresif tedavilerde aşı yanıtı

	Anti HBs>10 mIÜ/ml	Anti HBs<10 mIÜ/ml
Azatiopürin (n:7)	3	4
Mikofenolat mofetil (n:5)	2	3
Rituksimab (n:3)	1	2
Ocrelizumab (n:3)	1	2
Hidroksiklorokin (n:3)	2	1
Leflunomid (n:3)	3	0
Metotreksat (n:2)	0	2
Certolizumab (n:1)	0	1
Tofasitinib (n:1)	0	1
Deltakortril (n:1)	0	1

[PS-228]

El Hijyeni Gözlemini Kim Yapmalı? Enfeksiyon Kontrol Komitesi mi? Klinik Sorumlularının Kendileri mi?

Oğuz Karabay[1], Gülsüm Kaya[2], Sevgi Ceylan[2], Selma Bartu[2], Esra Ölmez[2], Ertuğrul Güçlü[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Sakarya

Giriş: Sağlık bakım ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde en basit en etkili ve en ucuz yöntem el hijyendir. Ancak Enfeksiyon Kontrol Komite (EKK) üyelerinin el hijyeni gözlemi yaptığı bilinmekte ve bu nedenle ölçüm sonuçları gerçeği tam yansıtıp yansıtmadığı kuşkusunu içermektedir. Bu çalışmada EKK el hijyeni gözlem sonuçları ile klinik sorumluları gözlem sonuçları değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (SÜEAH) 1 Ekim 2018-1 Şubat 2019 arasında yapıldı. SÜEAH 90'ı yoğun bakım ünitesi (YBÜ) olmak üzere toplam 900 yatağa sahip üçüncü basamak bir hastanedir. Tüm YBÜ ve kliniklerde üç ayda bir el hijyeni gözlemi yapılmaktadır. Bu araştırmada el hijyeni gözlemi EKK ve her kliniğin sorumlu hemşirelerine ayrı ayrı yaptırılmıştır.

EKK el hijyeni gözlemi (EKKG): EKK hemşirelerinin yapmış oldukları periyodik el hijyeni gözlemidir. Bu gözlemlerde rutin olarak 2008 yılından beri yapılmakadır.

Klinik sorumluları gözlemi (KSG): Klinik sorumlu hemşirelerinin yapmış olduğu el hijyeni gözlemidir. İlk kez ocak 2019 tarihinde her kliniğin kendi sorumlu hemşiresine yaptırılan gözlemdir.

Gözlem öncesi bilgilendirme: Her iki gözlem için de el hijyeni gözlemi yapılacağı bilgilendirilmesi yapılmıştır. **Gözlem:** Gözlemler, mesai saatleri içerisinde yapılmış ve sağlık personelinden beş endikasyon kuralına göre (hasta ile temas öncesi, hasta ile temas sonrası, aseptik işlemlerden önce, vücut sıvıları ile temas sonrası ve hasta ve çevresi ile temas sonrası) el hijyeni yapması beklenmiştir. Veriler SPSS 21 programında analiz edildi, p<0,05 anlamlı kabul edildi.

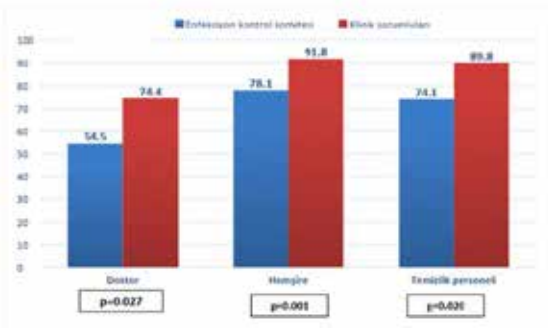
Bulgular: Genel el hijyeni uyumu EKKG'de %75,5 iken KSG'de %89,3 idi (p=0,001). YBÜ el hijyeni gözlem verileri Tablo 1'de gösterildi. Beş endikasyon kuralına göre el hijyeni uyumu, hasta ile temas öncesi uyum EKKG %65,9 iken KSG %96 idi (p=0,089). Hasta ile temas sonrası el hijyeni EKKG'de %98,3 ve KSG'de ise %95,9 idi (p=0,392). Aseptik işlemlerden önce el hijyeni uyumu EKKG'de %100 ve KSG'de uyum %92,3 idi (p=0,517). Vücut sıvılarının bulaşma riski sonrası el hijyeni uyumu EKKG'de %67,5 iken KSG'de %99,1 idi (p=0001) ve hasta çevresi ile temas sonrası uyum EKKG'de 41,3 iken KSG'de uyum %94,4 idi (p=0,001). Mesleklere göre sonuçlar Şekil 1'de sunuldu.

Sonuç: KSG'nin EKK ölçümüne göre daha iyi sonuçları barındırması, ölçümü yapanların daha fazla biasa düşmesiyle ilgili olabileceği düşünülmüştür. Etik kuralları ihlal etmeden daha objektif sonuçlara ulaşmak için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: El hijyeni gözlemi, enfeksiyon kontrol komitesi, klinik sorumlu hemşireleri

Tablo 1. Yoğun bakım ünitelerinde el hijyeni gözlem uyumunun ölçüm sonuçları

Yoğun bakım üniteleri	Enfeksiyon Kontrol Komitesi n (%)	Klinik sorumluları n (%)	p değeri
Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesi	43 (70,49)	30 (62,22)	0,561
Cerrahi-2 yoğun bakım ünitesi	12 (85,71)	111 (91,2)	0,503
Cerrahi-3 yoğun bakım ünitesi	25 (67,57)	45 (100)	0,001
Dahiliye yoğun bakım ünitesi	13 (72,22)	148 (90,8)	0,017
Göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesi	17 (68,0)	123 (89,13)	0,005
İnme ünitesi	13 (86,67)	21 (91,3)	0,648
Kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesi	12 (80)	60 (89,55)	0,306
Koroner yoğun bakım ünitesi	33 (82,5)	48 (90,57)	0,250
Nöroloji yoğun bakım ünitesi	14 (87,5)	24 (92,31)	0,606
Toplam	182 (75,5)	613 (89,3)	0,001



Şekil 1. Mesleklere göre el hijyeni uyumu

[PS-229]

Nedeni Bilinmeyen Ateş Etiyolojisinde Unutulmaması Gereken Tanı: Hemofagositik Sendrom (Olgu)

Emre Güven

Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

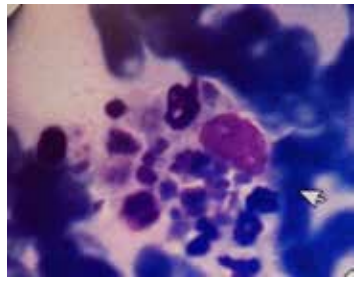
Giriş: Hemofagositik sendrom (hemofagositik lenfohistiyositoz, HLH) histiyositoz grubu hastalıklar içinde makrofajlarla ilişkili olan grupta yer alır. Tek bir hastalık değil, farklı durumların aynı tipte enflamatuvar yanıtı oluşturduğu bir sendrom olarak değerlendirilmelidir. Sitotoksik T-lenfositler ve doğal öldürücü hücrelerin fonksiyonlarında bozulma, makrofaj ve T-lenfositlerin aktivasyonu, proenflamatuvar sitokinlerin aşırı üretimi ve hemofagositoz sonucu ateş, hepatosplenomegali ve sitopeninin ön planda olduğu tablo ile karakterizedir. Genetik ve akkiz olmak üzere iki farklı gruba ayrılır. Çocukluk yaş gruplarında daha sık olmak üzere tüm yaş gruplarında karşımıza çıkabilir. Tedavinin gecikmesi halinde ölümle sonuçlanabilen ağır bir hastalıktır. Erişkin hastada ateş etiyolojisinde ayırıcı tanı olarak aklımızda bulundurmamız gereken nadir bir hastalık olması nedeniyle olgunun paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu: Üniversite öğrencisi 20 yaşında kadın hasta, yüksek ateş, halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurmuş olup üç ay önce boğaz enfeksiyonu geçirdiğini, dört farklı antibiyotik tedavisine rağmen şikayetlerinde değişiklik olmadığını belirtti. Özellikle geceleri ateşinin 40 °C kadar yükseldiğini ve düşmediğini söyledi. Fizik muayenesinde solukluk, 38 °C ateş, hepatosplenomegali, servikal zincirde ele gelen lenfadenopati dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar sonuçlarında beyaz küre: 13600 mikrolitre, Hb: 11,3 g/L, Plt: 359 K/uL, eritrosit sedimentasyon hızı: 81 mm/saat, C-reaktif protein: 131,9 mg/l, AST: 40 U/l, ALT: 55 U/L, ALP: 166 U/l, fibrinojen: 799,94 mg/dl. Ultrasonografi sonucu: Hepatomegali (175 mm), splenomegali (dağınık yerleşimli subsantimetrik boyutta multipl kistler), paraaortik alanda büyüğü 20x11 mm boyutlarında kalın korteksli lenf nodları izlendi. Periferik yayma: Normal sınırlarda değerlendirildi. Opaklı abdominopelvik BT incelemesinde: Dalakta kist/nodüler hipodens lezyonlar, SMA trasesi ve paraçekal bölgede kistik/nekrotik lenf nodları izlenmiştir. Hastadan eş zamanlı istenen serolojik ve moleküler tetkiklerde CMV, EBV, *bruselloz*, *parvovirüs* B-19 negatif olarak sonuçlandı. Romatolojik tetkikler negatif olarak sonuçlandı. Paraaortik lenf nodlarından tru-cut biyopsi sonucu patolojik bulgu saptanmadı, bir ay sonra kemik iliği biyopsisi yapılan (Şekil 1) ve eksizyonel biyopsi için opere edilen hastanın alınan örneklerin patoloji sonucunda malignite ile uyumlu bulgu saptanmamış olup hemofagositoz tanısı kondu. Hasta hematoloji kliniğince tedavi altına alınmış, kortikosteroid tedavisiyle tedaviden fayda sağlamıştır.

Sonuç: Bağışıklık sistemi normal kişilerde enfeksiyon etkenlerine yanıt olarak gelişen enflamatuvar cevapla kıyaslandığında HLH'de çok abartılı bir cevap vardır. EBV, CMV, *parvovirüs* B19 ve *Leishmaniasis* gibi enfeksiyonlar sonrası akkiz olarak gelişebilir. İnsidansı yılda milyonda 1.2 olgu olarak belirtilen ve çocukluk yaş döneminden sonra da görülebilen bir hastalık olması nedeniyle, nedeni bilinmeyen ateşin ayırıcı tanısında göz ardı edilmemesi hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ateş etiyolojisi, Hemofagositik sendrom, nedeni bilinmeyen ateş

Tablo 1. Hemofagositik sendrom için tanı kriterleri
1. Ailesel hastalık/bilinen genetik mutasyon
2. Klinik ve laboratuvar kriterler (5/8)
*Ateş
*Splenomegali
*Sitopeni (üç seriden ikisinde sitopeni)
- Hemoglobin <9 gr/dl,
- Trombosit <100x10*9/l,
- Nötrofil <1,0x10*9/l
*Hipertrigliseridemi (açlık trigliserid düzeyi >265 mg/dl) ve/veya hipofibrinojenemi <1,5 gr/l
*Ferritin düzeyi >=500 mikrogram/l
*Soluble CD25 düzeyi >=2400 U/ml
*NK aktivitesinin olmaması ya da azalmış olması
*Histopatolojik kriter 1. kemik iliği, lenf nodu ya da dalakta malignite olmaksızın hemofagositoz gözlenmesi
Tanı için ilk kriterin varlığı veya 8 klinik ve laboratuvar tanı kriterinden en az 5'inin olması gereklidir



Şekil 1. Kemik iliği biyopsisinin yaymasında hemofagositoz görüntüsü

[PS-230]

Sağlık Personelinde Riskli Mesleki Temas Nedenlerinin Değerlendirilmesi: Son Beş Yıl

Oğuz Karabay[1], Gülsüm Kaya[2], Aziz Öğütlü[1], Ertuğrul Güçlü[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

[2]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Sakarya*

Giriş: Kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar için en riskli grup sağlık personelleridir. Vücut sıvılarıyla maruziyet (VSM) ve kesici-delici alet yaralanmaları (KDAY) bu riskli temasın (RT) en yaygın nedenleridir. Bu çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesinde son beş yılda meydana gelen RT nedenleri değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (SÜEAH) yapıldı. SÜEAH'de 2011-2018 yılları arasında meydana gelen KDAY ve VSM bildirimleri retrospektif olarak değerlendirildi. Veriler standart bir formda derlenip analiz edildi.

Bulgular: Beş yılda toplam 364 RT saptandı. Bunların 328'i (%90,1) KDAY ve 36'sı (%9,9) VSM idi. RT'nin %98'i kontamine materyal ile gerçekleşmiştir. RT'nin 10'u hekim, 11'i teknisyen, 84'ü temizlik personeli, 94'ü hemşire ve 165'i stajyer öğrencilerle oluşmuş idi. Sağlık çalışanlarının %20'sinde RT anında koruyucu ekipman kullanımı yoktu. Olay yerine göre en fazla RT kliniklerde meydana gelmiştir (%37,6). En fazla RT elde meydana gelmişti (sağ el n=171, sol el n=166). RT'ye neden olan invaziv aletler Şekil 1'de gösterildi. RT'nin %54,6'sı invaziv işlem uygularken, %31'i atık toplarken, %7,4'ü temizlik yaparken, %1,3'ü ameliyat esnasında ve %4,9'u diğer sebepler nedeniyle meydana gelmişti. RT sonrası kaynak serolojisi değerlendirildiğinde temasın %27,7'si seronegatif hastadan, %10,9'u seropozitif hastadan ve %61,2'si kaynağı bilinmeyen hasta idi. RT anında hatalı davranışlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: En fazla RT sebepleri arasında dikkatsizlik ve iğne ucu kapanmaya çalışırken meydana gelen temas saptanmıştır. Konuyla ilgili eğitim faaliyetleri arttırılmalıdır. Atık ayrıştırma işlemleri konusunda çalışan personellerin de riskle ilgili farkındalığı arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, riskli temas, korunma önlemleri



Şekil 1. Riskli maruziyete neden olan invaziv aletler

Tablo 1. Riski temas anında hatalı davranışlar	
Riskli temas anında hatalı davranışlar	**n (%)**
Dikkatsizlik	170 (46,7)
İğne ucunun kapatılması	55 (15,1)
Kaynağında atık ayrıştırması	51 (14,0)
Hasta çevresinde iğne ucu unutulması	31 (8,5)
Atık transferinin uygun yapılmaması	38 (10,4)
Yetersiz koruyucu ekipman kullanılması	19 (5,2)

[PS-231]

Kan Kültürü Kontaminasyonunu Önlemede Klorheksidin ve Alkolün Etkinliğinin Karşılaştırılması

Oğuz Karabay[1], Gülsüm Kaya[2], Ertuğrul Güçlü[1], Aziz Öğütlü[1], Mehmet Köroğlu[3]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

[2]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Sakarya*

[3]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: Kan kültürü, sepsis ve bakteriyemilere yol açan mikroorganizmaların izole edilmesi amacıyla kullanılan önemli bir tanı yöntemidir. Kan kültürü alınmadan önce antisepsisinin iyi yapılmaması kontaminasyona neden olmaktadır. Bu çalışmada, kan kültürü alma işleminde klorheksidin (alkol - %2 klorheksidinli ıslak mendil) ve tıbbi alkol (%70'lik tıbbi alkol) ile deri antisepsisinin kontaminasyon oranlarına etkisi değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Prospektif olarak planlanan çalışma 1 Aralık 2015-1 Aralık 2016 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SÜEAH) Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde yapıldı. Kan kültürü alma işlemi, SÜEAH kan kültürü alma prosedürü uygulandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar 1:1 randomizasyon yoluyla %70 tıbbi alkol (çalışma) ve alkol-%2 klorheksidin (kontrol) grubu olarak ayrıldı. Çalışma grubu hastalarda kan kültürü alma işleminde deri antisepsisi olarak alkol-%2 klorheksidinli ıslak mendil kullanıldı. Kontrol grubu hastalarda ise deri antisepsisi %70'lik tıbbi alkol ile yapıldıktan sonra örnek alındı. Kan kültürü sonuçları, kontaminasyon oranları, hasta özellikleri ve kültür alınma saatleri çalışma ve kontrol grubuna göre SPSS 21 programında analiz edildi, karşılaştırmalı değerlendirildi, $p<0,05$ anlamlı kabul edildi. Çalışmanın etik onayı Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı.

Bulgular: Çalışma dönemi boyunca 536 kan kültürü seti örneği alındı ancak örnek sonucuna ulaşılamayan 14 kan örneği dışlandı. Kan örneği alınan olguların 321'i (%61,4) erkek ve 201'i (%38,5) kadın ve yaş ortalaması 59,1±18,4 idi. Alınan kan kültürlerin 231'i (%44,3) gündüz mesai saatlerinde alınırken 291'i (%55,7) nöbet saatlerinde alınmıştır. %70 tıbbi alkol ve alkol-%2 klorheksidin ile deri antisepsisi yapılarak alınan kan kültürlerinin sonuçları Tablo 1'de gösterildi.

Sonuç: Her iki antisepsi tekniği ile benzer kontaminasyon oranları tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak kontaminasyon oranlarımız literatürde bildirilen oranlardan yüksektir. Kan kültür kontaminasyon oranının düşürülebilmesi için kan kültürü alan personelin azami dikkat göstermesi gerekli olup, daha etkili antisepsi tekniklerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kan kültürü, deri antisepsisi, alkol-klorheksidin karşılaştırılması

Tablo 1. Alkol ve klorheksidin ile deri antisepsisi yapılarak alınan kan kültürlerinin sonuçları

Özellikler		%70 tıbbi alkol n=262 n%	Alkol-%2 klorheksidin n=260 n%	Toplam	p değeri
Kan kültür alma saatleri	Gündüz mesai saati	116 (44,3)	115 (44,2)	231	0,991
	Nöbet saati	146 (55,7)	145 (44,2)	291	0,991
Kan kültür sonucu	Üreme yok	206 (78,6)	202 (77,7)	408	0,796
	Kontaminasyon	38 (14,5)	32 (12,3)	70	0,461
	Enfeksiyon	17 (6,5)	26 (10,0)	43	0,144

[PS-232]

HIV Enfekte Olgularda *Toxoplasma gondii* IgM ve IgG Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Gülşen Yörük, Ayşe İnci, Nagehan Didem Sarı, Gülhan Eren, Ümit Tözalgan, Burçin Şahin, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: HIV enfeksiyonu CD4+ T lenfositlerinin azalmasıyla karakterize bir immün yetmezlik durumudur. Toksoplazmozis, *Toxoplasma gondii (T. gondii)* tarafından oluşturulan, farklı klinik bulgularla görülebilen bir enfeksiyondur ve HIV ile enfekte olgularda fırsatçı bir enfeksiyon etkeni olabilmektedir. Bu çalışmada HIV enfekte olgularda *Toxoplasma gondii* IgM ve IgG antikor sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Polikliniğimize Ocak 2002- Şubat 2019 tarihleri arasında başvuran 597 HIV enfekte olgudan *T. gondii* serolojisi bakılan 411'i çalışmaya alınmıştır. Bu olguların demografik verileri, başvuru anında bakılmış olan *T. gondii* IgG ve *T. gondii* IgM değerleri retrospektif olarak hasta dosyaları bilgisayar kayıtları incelenerek elde edilmiş, yaşa ve CD4 T lenfosit değerlerine göre dağılımı yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmaya alınan 411 olgunun yaş ortalaması 41,9 yıl, yaş aralığı 20-79 arasındadır. Olguların 174'ünde (% 42,3) *T. gondii* IgG antikoru pozitif saptanırken 237'sinde (%57,7) *T. gondii* IgM antikoru negatif tespit edilmiştir. Olgularımızda *T. gondii* IgM antikoru 4 (%1) pozitif tespit edilmiştir. Olgularımızın yaşa göre dağılımı ve seroprevalans durumları Tablo 1'de, CD4 T lenfosit değerine göre seroprevalans durumu Tablo 2'de görülmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda olgularımızın %57,4'ünün *T. gondii* IgG seronegatif olduğu düşünüldüğünde bu olgularda, toksoplazma enfeksiyonlarının risk faktörleri ve korunma yollarının belirlenmesi ve olguların bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra CD4 T lenfosit değeri <200 hücre olan olgularımızda *T. gondii* IgG seropozitiflik oranı %36,2 olduğundan HIV ile enfekte olgularda fırsatçı bir enfeksiyon etkeni olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, *Toxoplasma gondii* IgG, seroprevalans

Tablo 1, 2. HIV enfekte olguların yaşa göre dağılımı ve seroprevalans durumları (n%)

Yaş aralığı	T.gondii IgG Pozitif		T.gondii IgM Pozitif	
	n	%	n	%
18-30	21	12,1	53	22,4
31-40	51	29,3	91	38,4
41-50	45	25,8	47	19,8
>50	57	32,8	46	19,4
Toplam	174	100	237	100

CD4 T lenfosit değeri	T.gondii IgG Pozitif		T.gondii IgM Pozitif	
	n	%	n	%
0-100	32	18,4	40	16,9
101-200	31	17,8	24	10,1
201-500	69	39,7	112	47,3
>500	42	24,1	61	25,7
Toplam	174	100	237	100

[PS-233]

Toplum Kökenli İdrar Yolu Enfeksiyonunda Tespit Edilen Gram-Olumsuz Patojenlerin Direnç Profili

Ertuğrul Güçlü[1], Fikret Halis[2], Aziz Öğütlü[1], Hüseyin Doğuş Okan[1], Sevgi Alan[1], Cem Uzun[1], Adem Şimşek[1], Oğuz Karabay[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

[2]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: İdrar yolu enfeksiyonu toplumda sık görülen enfeksiyonlardandır. Uygunsuz antibiyotik kullanımına bağlı olarak toplum kökenli etkenlerde direnç artmakta bu da tedavi yanıtsızlığına ve ciddi enfeksiyonlarda mortalite artışına neden olmaktadır. Bu çalışmada toplum kökenli idrar yolu enfeksiyonlarında tespit edilen Gram-olumsuz bakterilerin antibiyogram sonuçları irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya üçüncü basamak bir hastanenin üroloji ve enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan elde edilen kültür sonuçları alınmıştır. Elde edilen direnç verileri antibiyotiklere göre derlendi. Son bir ay içinde hastanede yatış veya antibiyotik kullanımı öyküsü olan, hemodiyaliz tedavisi alan, sürekli sondası, üriner stenti veya ürostomisi olan, yaşlı bakım evinde kalan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 60,8±18,7 yıl olup, 86'sı (%51,2) kadındı. Tespit edilen patojenlerin 115'i (%68) *E. coli*, 26'sı (%15,5) *Klebsiella* spp., 10'u (%6) *Pseudomonas* spp., dokuzu (%5,4) *Enterobacter* spp., 4'ü (%2,4) *Proteus* spp., ikisi *Serratia* spp. ve birer tanesi *Citrobacter* spp., *Burkholderia* spp. ve *Providencia rettgeri* idi. *E. coli*'lerin 39'u (%33,9) genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) salgılarken, *Klebsiella* kökenlerinin 12'si (%46,2) GSBL pozitif idi. Fosfomisin, meropenem ve ertapeneme sırasıyla %1, %0,9, ve %2 direnç tespit edildi. Seftriakson, trimetoprim-sulfametoksazol ve

siprofloksasin direnci ise sırasıyla %55,8, %53 ve %49,4 bulundu. Patojenlerin antibiyotik direnç oranları Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Toplum kökenli idrar yolu enfeksiyonlarında en sık tespit edilen patojen *E. coli* olup %33,9'u GSBL pozitiftir. İdrar yolu enfeksiyonu tedavisinde sıklıkla kullanılan siprofloksasin, trimetoprim-sulfametoksazol ve seftriakson direnci yaklaşık %50 olduğundan ampirik tedavi başlanacak hastalarda dikkatli olunmalıdır. Fosfomisin duyarlılığı neredeyse %100 olduğu için alt üriner sistem enfeksiyonlarının ampirik tedavisinde tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ampirik, direnç, üriner

Tablo 1. Patojenlerin antibiyotik direnç oranları

Antibiyotik	Duyarlı n (%)	Orta duyarlı n (%)	Dirençli n (%)
Siprofloksasin	81 (48,2)	4 (2,4)	83 (49,4)
Trimetoprim-sulfametoksazol	79 (47)	0	89 (53)
Ampisilin-sulbaktam	61 (37,2)	16 (9,8)	87 (53)
Gentamisin	109 (64,9)	3 (1,8)	56 (33,3)
Amikasin	108 (74)	24 (16,4)	14 (9,6)
Sefuroksim aksetil	58 (36,7)	2 (1,3)	98 (62)
Seftriakson	66 (40,5)	6 (3,7)	91 (55,8)
Piperasilin-tazobaktam	106 (70,2)	27 (17,9)	18 (11,9)
Ertapenem	149 (98)	0	3 (2)
Meropenem	106 (99,1)	0	1 (0,9)
Seftazidim	45 (47,4)	11 (11,6)	39 (41,1)
Fosfomisin	98 (99)	0	1 (1)
Nitrofurantoin	77 (68,8)	14(12,5)	21 (18,8)

[P-234]

Demans Hastalarında Enfeksiyon Oranları ve Mortalite ile İlişkisi

Nuray Bilge[1], Fatma Şimşek[1], Fatma Kesmez Can[2]

[1]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Erzurum*
[2]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

Giriş: Demans, yaşlanmayla birlikte prevalansı artan ciddi bir sağlık sorunudur. Demansı olan kişilerde; enfeksiyon, bronkopnömoni, dehidratasyon, epilepsi, düşmeler, malnütrisyon ve kaşeksi gibi medikal durumlarla sık karşılaşılmaktadır. Demans hastalarında primer ölüm nedeni olarak en sık pnömoni görülmektedir. Bizde çalışmamızda demans hastalarında enfeksiyon oranlarını ve mortalitedeki rolünü araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 01.01.2018-01.01.2019 tarihleri arasında demans tanısı olan ve herhangi bir nedenle hastaneye yatırılan hastalarda hastaneye kabülde ateş yüksekliği, enfeksiyon varlığı, C-reaktif protein (CRP) (mg/L), prokalsitonin (ng/mL), beyaz küre (WBC) (x10^3/µL) kan değerleri, demografik özellikleri ve takiplerinde mortalite oranları retrospektif olarak araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 26 hastanın 14'ü kadın (%53,8), 12'si erkek (%46,2) idi. Hastaların yaş ortalaması 83,8 yıl, ortalama demans süreleri 2,8 yıl idi. 24 hasta acil servis, iki hasta poliklinik başvuru sonrası hastaneye yatırılmışlardır. Acil başvuru esnasında şuur geriliği ve solunum sıkıntıları nedeni ile sekiz hasta entübe edilmiştir. Hastalardan altısı sepsis, dördü pnömoni, biri sepsis + pnömoni, biri pnömoni + i.serebrovasküler olay, üçü pulmoner emboli nedeni olmak üzere toplam 15'i (%57,6) kaybedilmiştir. Hastaneye kabul esnasında 13 hastada ateş yüksekliği vardı, ortalama CRP (65,58 mg/l), prokalsitonin (6,50 ng/ml) ve hemogram WBC (11,57/mm^3) değerleri yüksektir. Hastaneye kabul esnasında 15 (%57,6) hastada eşlik eden üriner enfeksiyon, altı hastada bası yarası, bir hastada PEG yara yeri enfeksiyonu mevcuttur. Üriner enfeksiyon gelişen hastaların %66,6 kadındı. Üriner enfeksiyon gelişen hastaların hasta geneli ve üriner enfeksiyon olmayan hastalara göre yaş ortalamaları (84,2 yıl), ortalama demans yılları (3,1 yıl), CRP: 75,8 mg/l, prokalsitonin 8,50 ng/ml), WBC: 11,2/mm^3 düzeyleri tüm hastalara ve üriner enfeksiyon gelişmeyen hastalara oranla daha yüksek iken mortalite oranları arasında önemli fark yoktu. Üriner enfeksiyon gelişen demans hastalarından sekizi kaybedilmişti (%53,3). Demans hastalarının yatış esnasında alınan kültürlerinde; beş hastada kanda, üç hastada idrarda, bir hastada kan + idrar kültürü, bir hastada bası yara yeri + idrar kültürü, bir hastada sakral bölge bası yarasında, bir hastada PEG yara yerinde üremesi vardı. Takiplerinde yedi hastada sepsis (4 kan kültürü, 2 hasta idrar kültüründe, 1 hasta idrar + kan kültüründe üreme vardı) tablosu gelişmişti. Kan kültüründe üreme olan hastaların hepsi kaybedildi.

Sonuç: Demans hastalarında enfeksiyon sıklığı genel popülasyona göre daha fazla olup, enfeksiyonların erken tespit ve tedavisi, enfeksiyon önlemeye yönelik eğitimlerin hasta yakınlarına verilmesi morbidite ve mortalite oranları azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Demans, enfeksiyon, mortalite

[PS-235]

Miyelodisplastik Sendrom Tanılı Hastada Rinoserebral Aspergilloz

Ebru Taşpınar, Adalet Aypak, Hatice Tezcan, Nizamettin Kemirtlek, Hürrem Bodur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *Aspergillus* türleri doğada yaygın olup sıklıkla immünosüpresyon durumlarında inhalasyon ile hastalık oluşturmaktadır. Rinoserebral aspergilloz uzamış ve derin nötropenisi olan hastalarda burun tıkanıklığı, ateş, yüz ve göz çevresinde ağrı, bulanık görme, proptozis ve kemozise neden olabilir. Bu bildiride miyelodisplastik sendrom (MDS) tanılı nötropenik ateş nedeni ile takip edilen bir hastada histopatolojik olarak tanı konan rinoserebral aspergilloz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Altmış altı yaşında altı yıldır MDS tanılı son iki yıldır takipsiz kadın hasta iki gündür olan dudak çevresinde yara, geniz akıntısı, öksürük, balgam ve ateş nedeni ile acil servise başvurdu (Resim 1). Muayenesinde; vücut sıcaklığı 38,4 °C, perioral herpetik lezyonlar dışında patolojik bulgu yoktu. Tetkiklerinde beyaz küre: 900/mm^3, nötrofil: 100/mm^3, hemoglobin: 7,8 g/dl, trombosit: 42000/mm^3 olan hasta nötropenik ateş sebebiyle yatırıldı. Asiklovir ve piperasilin-tazobaktam IV tedavileri başlandı. Takiplerinde ateşi düşmeyen, perioral bölgede ve dudaklarda kalın kabuklu grube vejetatif plaklar ve oral mukozada kandida ile uyumlu plakları olan hastanın tedavisi meropenem, teikoplanin ve flukonazol olarak düzenlendi. Sol göz kapağında hiperemi, ısı artışı, ödem gelişen hastanın muayenesinde göz hareketleri laterale yukarı ve aşağıya kısıtlıydı. Paranazal sinüslerin endoskopik bakısında sol orta meadan püy gelişi görüldü. Paranazal tomografisinde; orbital duvarda ve frontal kemikte eroziv değişiklikler, sinüslerde yumuşak doku görünümü mantar enfeksiyonu lehine değerlendirildi. Endoskopik sinüs cerrahisi yapılarak doku örneği alındı. Takiplerde ateşi devam eden, dispne, kişilik değişikliği, sayıklama ve bilinç bulanıklığı olan hastanın tedavisine asiklovir ve amfoterisin-B eklendi. Çekilen kraniyal tomografide; bilateral frontalde serebellit ile

uyumlu bulgu saptandı. Sinüslerden alınan örneğin patolojik incelemesinde kalın hifaların birbirleri ile dar açılanma gösterdiği fungus topu, *Aspergillus* spp. ile uyumlu olarak raporlandı. Takiplerde kliniği ve laboratuvar değerleri düzelen hastanın meropenem, vankomisin ve ambisome tedavisi 4 haftaya tamamlandı. Hastaya idame tedavide oral vorikonazol verilerek ve radyoloji takipleri ile tedavi süresi belirlenmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: İmmünosüpresif hastalarda fungal invaziv rinosinüzitin tedavisi güç, sağkalım oranları düşüktür. Hastalarda silik klinik seyir tanının gözden kaçmasına sebep olabilmektedir. Yüz bölgesinde iyileşmeyen, herpetik, kurutlu, nekrotik lezyonların varlığında özellikle immünosüprese hastada fungal enfeksiyonlar açısından uyanık olup ivedilikle ampirik antifungal tedavi başlamak hayat kurtarıcı olabilir. Tedaviye rehberlik etmesi için mantarın izolasyonu gerekse de bu her zaman mümkün olamamaktadır. Bu nedenle fungal sinüzitten şüphelenildiğinde mutlaka doku örneklemesi yapılmalı ve patolojik olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Aspergillus*, immünosüpresyon, nötropenik ateş



Resim 1.

[PS-236]

Kars Harakani Devlet Hastanesi Hastane Personelindeki Nazal *Staphylococcus aureus* Taşıyıcılığının Araştırılması

Okan Çalışkan[1], Özge Leyla Şengezer[1], Bayhan Bektöre[2]

[1]*Kars Harakani Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kars*
[2]*Kars Harakani Devlet Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Kars*

Giriş: *S. aureus* toplum kökenli ve hastane kaynaklı enfeksiyonlar arasında önemli bir patojendir. Özellikle, hemodiyaliz, diabetes mellitus, bazı dermatolojik hastalıklar, antibiyotik kullanımı, hastanede yatış gibi faktörler nazal *S. aureus* taşıyıcılık oranını yükseltir. Bu çalışmada metisiline dirençli *S. aureus* (MRSA) ve metisiline duyarlı *S. aureus* (MSSA) burun taşıyıcılığı oranının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Ocak 2018 ve Aralık 2018 tarihleri arasında Kars Harakani Devlet Hastanesi hastane personelinde burun kültür sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. *S. aureus* olarak tanımlanan suşların metisilin direnci oksasilin içeren diskler kullanılarak, CLSI kriterlerine göre Kirby-Bauer disk difüzyon yöntemiyle değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda toplam 1028 personelin burun kültür sonuçları değerlendirilmiştir. Doksan dört kültürde üreme saptanmış, bunları 86'sında MSSA 8'inde MRSA üremiştir.

Sonuç: *S. aureus* taşıyıcısı olan sağlık çalışanları, *S. aureus* ile meydana gelen nozokomiyal enfeksiyonlar için kaynak olabilmektedirler. Hastane personelinde *S. aureus* taşıyıcılığının saptanması ve gerekli önlemlerin alınması bu mikroorganizmanın neden olduğu hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: *S. aureus* taşıyıcılık, MRSA

Tablo 1. MSSA ve MRSA taşıyıcılık oranları	
MSSA	86 (%8,3)
MRSA	8 (%0,7)
Toplam	94 (%9,1)

[PS-237]

Allojeneik Kök Hücre Nakli Alıcısında Graft Versus Host Hastalığı ve CMV Koliti

Sabahat Çeken[1], Derya Şahin[2], Duygu Mert[1], Merih Kızıl Çakar[2], Mustafa Ertek[1]

[1]*Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Ankara*

Giriş: Sitomegalovirüs (CMV) allojenik kök hücre nakli (allo-HSCT) hastalarında ciddi enfeksiyonlara neden olmaktadır. Alıcının CMV pozitif olması CMV enfeksiyonu için yüksek risk teşkil etmektedir. Graft Versus Host hastalığı (GVHH) CMV enfeksiyon sıklığını artırmaktadır. Allo-HSCT hastalarında düzenli aralıkla CMV izlemi ve preemptif tedavi yaklaşımı ile CMV hastalığı ve bu nedenle mortalite oranı önemli ölçüde azalmıştır. Bu bildiride CMV koliti ve GVHH tanılarıyla takip edilen bir hastası sunulmuştur.

Olgu: AML tanılı hastaya kardeşinden allo-HSCT yapıldı. Alıcı ve vericinin CMV IgG'si pozitifti. Naklin 64. gününde gelişen CMV reaktivasyonu nedeniyle toplam 21 gün gansiklovir tedavisi aldı. İmmünosüpresif tedavisi doz azaltılarak 90. gün kesilen hastanın 4. ayda karaciğer GVHH gelişti. Hastaya siklosporin metilprednizolon başlandı. Takip sırasında bilirubin seviyeleri yükselen hastanın günde 15-20 defaya ulaşan diare şikayeti başladı, akut böbrek yetmezliğine girdi. Nötropeni ve trombositopeni nedeniyle hastaya kolonoskopi yapılamadı. Total bilirubin düzeyi 14,9 mg/dl'ye yükselen hastaya fotoferez tedavisi başlandı. CMV-DNA düzeyi 3998 kopya/ml olan hastaya kreatinin klirensine göre doz ayarı yapılarak IV gansiklovir tedavisi başlandı. Takip sırasında CMV-DNA düzeyi önce 11480 kopya/ml'ye yükseldi daha sonra sırasıyla, 4062 kopya/ml, 1527 kopya/ml, 873 kopya/ml, <50 kopya/ml ve negatif olarak raporlandı. Gansiklovir tedavisi sırasında diare sıklığı azalmaya başlayan hastaya trombosit replasmanı ile kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopi raporunda transvers kolonda immün yetmezlik gösteren kolon mukozası (akut GVHH), sigmoid kolonda endotel hücrelerinde inklüzyon yapıları görüldü. CMV ile fokal birkaç hücrede pozitif ekspresyon gözlendi. CMV koliti olarak raporlandı. Hastanın gansiklovir tedavisi üç hafta indüksiyon, bir hafta idame dozunda verilerek kesildi. Fotoferez ve plazmaferez tedavilerine iyi yanıt vermeyen hastanın total bilirubin değeri 19 mg/dl'ye yükseldi. Genel durumu bozulan hasta yoğun bakım ünitesine devredildi. Solunum sıkıntısı nedeniyle mekanik ventilatöre bağlanan hastanın hemodinamisi bozuldu, hipotansiyon gelişti. Destek tedavisine yanıt vermeyen hasta yoğun bakım yatışının üçüncü gününde kaybedildi.

Sonuç: Allo-HSCT sonrası CMV-DNA takibi ve preemptif tedavi yaklaşımı CMV hastalığı sıklığını azaltmıştır. Fakat erken dönemde CMV reaktivasyonu gelişen veya GVHH nedeniyle yüksek doz steroid tedavisi alan hastalarda 100 günden sonra da CMV reaktivasyonu görülebilmektedir. Bu nedenle CMV viral yük izleminin daha uzun yapılması önerilmektedir. Bizim hastamızda da CMV-DNA takibi devam edildi ve gansiklovir tedavisi erkenden başlandı. Fakat hasta GVHH nedeniyle kaybedildi.

Anahtar Kelimeler: CMV koliti, Graft Versus Host hastalığı, kök hücre nakli

[PS-238]

Saccharomyces cerevisia'ya Bağlı Bir Paravertebral Apse Olgusu

Ayşe Kaya Kalem, İmran Hasanoğlu, Zeynep Bilgiç, Bircan Kayaaslan, Turan Buzgan, Hatice Rahmet Güner

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: İnvaziv *Saccharomyces cerevisiae* enfeksiyonu, sıklıkla yoğun bakımda izlenen, yaşlı, probiyotik kullanımı olan, immünosüprese hastalarda bildirilmektedir. Bu olgu sunumunda, immünkompetan bireyde özefagus fistülüne sekonder paravertebral *Saccharomyces cerevisia* apsesi ve mediastiniti tartışıldı.

Olgu: Yirmi altı yaşında erkek hasta, 20 gündür olan ateş, üşüme-titreme, halsizlik, bulantı şikayeti ile dış merkezde aldığı meropenem tedavisine ateş yanıtı alınamaması üzerine hastanemize başvurmuştur. Dört yıl önce trafik kazası sonrası servikal vertebra kırığı, vertebral stabilizasyon operasyonu ve parapleji öyküsü olan hasta nedeni bilinmeyen ateş düşünülerek yatırıldı. Almakta olduğu meropenem tedavisine devam edildi. Geçirilmiş cerrahi nedeni ile çekilen servikal vertebra tomografisinde, C6-T7 vertebralar boyunca paravertebral apse tespit edildi. Tedaviye ampirik olarak linezolid eklendi. Girişimsel radyoloji tarafından apse örneklemesi yapıldı. Hastanın abse kültüründe *S. cerevisiae* üremesi saptanınca tedavi vorikonazole değiştirildi. Maya üremesi nedeniyle immünosüpresif patolojiler araştırılmasına rağmen saptanmadı. Antifungal tedavinin 1. ayında yapılan kontrol görüntülemede; servikal ve torakal vertebralar boyunca, paravertebral alanda lokalize 143x20 mm ölçülen apse ile uyumlu görünüm ve üst torakal vertebralarda spondilit ile uyumlu görünüm raporlandı. Tedavi altında genel durumu kötüleşen, kontrol görüntülemede gerileme olmayan hasta göğüs cerrahisine konsülte edilerek tedavinin 40. gününde cerrahi apse drenajı yapıldı. İntraoperatif özofagus fistülünün olduğu tespit edilmesi üzerine hastaya KBB kliniği tarafından fistül onarımı yapıldı. Takibinde genel durumu hızla düzelen hastanın kontrol görüntülemesinde apse lezyonlarının belirgin gerilediği izlendi. Oral vorikanazol ile taburcu edilen hasta total dokuz ay tedavi aldı. Dokuzuncu ay kontrolünde genel durumu iyi olarak değerlendirildi.

Sonuç: *Saccharomyces cerevisiae* respiratuvar, gastrointestinal, genitoüriner sistemde kolonize olabilir. İmmünosüpresyon, yoğun bakım ünitesinde yatış, ileri yaş ve probiyotik kullanımı invaziv enfeksiyon için risk faktörleridir. Bu olgu sunumunda, bilinen immünosüpresif olmamasına rağmen geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, özofagus fistülü olması risk faktörü olarak düşünüldü. İmmün kompetan hastada da probiyotik kullanımı öyküsü de varsa *S. cerevisiae* gibi etkenlerle invazif fungal enfeksiyon gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *S. cerevisia*, mediastinit, paravertebral apse

[PS-239]

Menenjit Bulguları ile Prezente Olan Bir Enfektif Endokardit Olgusu

Emine Çelik, Ahsen Çelik, Dilek Yıldız Sevgi, Safiye Nur Özcan, Merve Bedir, İlyas Dökmetaş

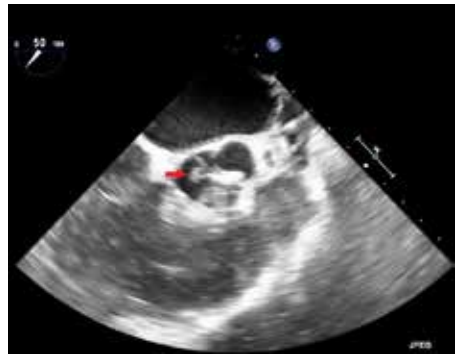
İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Enfektif endokardit nadir fakat mortalitesi yüksek bir enfeksiyon hastalığı olarak önemini korumaktadır ve *Staphylococcus aureus* en sık etkenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Endokarditte semptomatik nörolojik komplikasyon %15-30 oranında görülmekle beraber menenjit nadir bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. *S. aureus* endokarditine bağlı mortalite %20-40 olarak değişmekte olup farklı klinik prezentasyonlar ile tanı ve tedavinin gecikmesi mortalitede artış ile sonuçlanmaktadır.

Olgu: Elli bir yaşında bilinen kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan erkek hasta, iki gün önce başlayan ateş, baş ağrısı, bulantı, kusma, karın ağrısı ve takiben bilinç bulanıklığı ile acil serviste değerlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde ense sertliği, peteşiyal döküntüler, splinter hemoraji mevcut idi. Beyaz küre: 22290/mm^3, nötrofil: 21090 (%94,7) Hb: 15,3 gr/dl, Plt: 118.000/ml CK-MB: 7,95 ng/ml, troponin: 1,62 ng/ml, C-reaktif protein: 316 mg/dl (0-5), sedimentasyon: 13 mm/h TİT: protein++, eritrosit +++, lökosit – olan hastada meningokoksik menenjit olmak üzere ön planda akut bakteriyel menenjit düşünülerek lomber ponksiyon ile BOS örneklemesi yapıldı. BOS basıncı hafif artmış, görünümü bulanık, lökosit: 960/mm^3 (%80 PNL), eritrosit: 25/mm^3, glukoz: 88 mg/dl (EKŞ: 158), protein: 80 mg/dl saptandı. Gram incelemesinde bol lökosit görüldü, mikroorganizma görülmedi. Menenjit, sepsis düşünülerek 2 set kan kültürü alındı. Hastaya seftriakson 2x2 gr ve vankomisin 2x1 gr IV, deksametazon 4x4 gr IV tedavileri başlandı. Yatışının ikinci gününde hastanın bilinci açıldı, alınan iki set kan kültüründe *S. aureus* üremesi oldu, kan kültürleri tekrarlandı. BOS kültüründe üreme olmadı. Enfektif endokardit düşünülerek yapılan transtorasik ekokardiyografide aort kapağında 2x10 mm vejetasyonla uyumlu kitlesel lezyon olması üzerine transözefageal ekokardiyografi yapıldı (Şekil 1), aort kapak ve mitral kapakta osilasyon gösteren vejetasyon görüldü. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemede multipl serebral septik emboli ile uyumlu olarak değerlendirilen alanlar, göz dibi incelemesinde bilateral roth lekeleri saptandı. *S. aureus* duyarlılık sonuçları metisiline hassas ile uyumlu olan hastanın tedavisine menenjit ve intrakraniyal septik emboli nedeniyle sefepim 3x2 gr olarak devam edildi. Sol kalp doğal kapak endokarditi tanısı ile hasta aort valv replasmanı ve mitral kapak eksplorasyonu yapılmak üzere takibinin dördüncü gününde opere edildi. Sefepim tedavisi 6 haftaya tamamlandı.

Sonuç: Bu olgu ile akut pürülan menenjit kliniği ve peteşi ile başvuran hastalarda meningokoksemi dışında enfektif endokarditin de ayırıcı tanıya girdiği, tanıda kan kültürünün önemini ve *S. aureus* bakteremisinde menenjit ile endokardit birlikteliği olabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Endokardit, menenjit, *S aureus*



Şekil 1. Transözefageal ekokardiyografi görüntüsü. Aort kapakta vejetasyon ile uyumlu kitle

[PS-240]

İnfluenza'ya Bağlı Ciddi Bir Komplikasyon: Akut Nekrotizan Ensefalit

Serap Gençer[1], Erkan Acar[2], Işıl Köylüoğlu[3], Ayşe Sağduyu Kocaman[2], Erdoğan Süleyman[4]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Maslak Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Maslak Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Acıbadem Maslak Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul
[4]Acıbadem Maslak Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Akut nekrotizan ensefalit (ANE) talamus, beyin sapı, beyincik ve beyaz cevherde multifokal simetrik beyin lezyonları ile karakterize, çok nadir görülen, ciddi ve progresif seyreden bir hastalıktır. İnfluenzaya bağlı olarak çocuklarda gösterilmiş olsa da sınırlı sayıda yetişkin olgu bildirilmiştir. Bu duruma dikkat çekmek için yetişkin bir ANE olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Otuz beş yaşında erkek hasta ani başlayan anlamsız konuşmaları nedeniyle acil servise getirilmiş, burada jeneralize nöbet geçirince entübe edilerek şuuru kapalı olarak ensefalit ön tanısıyla yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırılmıştır. Yakınlarından alınan öyküsünde bir hafta önce çocuklarında döküntülü bir hastalık olduğu ve sonrasında kendisinde ve eşinde gripal semptomlar olduğu öğrenilmiştir. Kraniyal manyetik rezonansda (MR) bilateral talamus ve beyin sapında hiperintens lezyonlar mevcuttur. BOS incelemesinde hücre yok, glukoz normal, protein yüksek (110 mg/dl). BOS'da PCR ile HSV ve influenza negatiftir. Akciğer grafisinde sol kostofrenik sinüs kapalı, solda alt zonda opasite artışı mevcuttur. Beyaz küre (WBC): 12000/mm^3, PNL: %85, C-reaktif protein (CRP): 12,5 mg/dl (N <0,5), PCT: 0,79 ng/ml. Antiepileptik tedavi yanında seftriakson, klaritromisin, metronidazol ve asiklovir başlanmıştır. İkinci gün çekilen MR'da bilateral talamusta, beyin sapında, temporal lob parankiminde, hipokampuslarda, frontal lob mediobazalinde, singulat giruslarda ve insulada hemorajik sinyalli lezyonlar ANE ile uyumlu olarak değerlendirilmiş ve öncekine göre belirginleşme görülmüştür. Nöroloji tarafından izlenen hasta enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Klinik ve laboratuvar bulguları HSV ile uyumlu olmadığı için asiklovir durduruldu. Nöroloji tarafından postviral otoimmün ensefalit düşünülerek IVIG tedavisi ve pulse steroid başlandı. Kontrol EEG'de ağır dezorganizasyon saptandı. WBC ve CRP yüksekliği ve akciğer grafisindeki görünümün aspirasyon pnömonisi ile uyumlu olabileceği düşünülerek antibiyoterapisi buna göre düzenlendi. Nazofarengeal sürüntüde PCR ile influenza ve solunum paneli istendi, influenza A (subtip H3) pozitif geldi. Bunun üzerine tedaviye yüksek doz oseltamivir 2x150 mg PO eklendi. Kontrol MR'da progresyon olması, IVIG tedavisi sonrası nörolojik muayenesinde değişiklik gözlenmemesi nedeniyle plazmaferez tedavisi planlandı ve 8. günde bir başka merkez YBÜ'ye sevk edildi. Oseltamivir tedavisi 14 gün sürdürüldü. YBÜ'deki takibi ve destek tedavisi 2. ayında halen devam etmekteydi.

Sonuç: Yetişkinlerde çok nadir görülen ANE, gribal enfeksiyon öyküsü olan ve santral sinir sistemi bulguları ile gelen bir hastada ayırıcı tanıda düşünülmeli, MR ve nazofarengeal influenza pozitifliği ile tanınmalıdır. Ciddi ve progresif seyir göstermesi influenzaya karşı aşı ile korunmanın önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, akut nekrotizan ensefalit

[PS-241]

Pegile İnterferon Alfa ve Lamivudin Kombinasiyonu ile Uzun Dönem HBV Baskılanması: Olgu Sunumu

Gülşen İskender, Sabahat Çeken, Duygu Mert, Göknur Yapar Toros, Mustafa Ertek

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

Giriş: Kronik hepatit B (KHB) olan hastalar günümüzde potent nükleozid analogları (NA) ile tedavi edilmektedir. Bunun nedeni olarak interferon tedavisinin yan etkileri ve tedavi sonrası relaps sıklığının fazla olmasıdır. Düşük potentli NA ile tedavide ise yüksek oranda direnç gelişmektedir. Kombine NA ve pegile interferon alfa (PegIFNa) kullanımı NA'nın güçlü antiviral etkisini IFNa'nın immün modülasyonu ile birleştirerek avantajlar sağlayacağı düşünülmektedir. Burada kombine PegIFNa ve uzun süreli lamivudin tedavisi ile HBV-DNA süpresyonu sağlanmış ve direnç gelişmemiş olan olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli üç yaşında erkek hasta kliniğimizde KHB tanısıyla takip edilmektedir. Hastanın tanısı 2002 yılında kondu. Altı aylık takibinde HBeAg negatif, HBV-DNA: 109 kopya/ml civarında olup ALT ve AST >=2× NÜS (normalin üst sınırı) seyretmesiyle karaciğer biyopsi yapılmadan hastaya lamivudin 100 mg/gün başlandı. Lamivudin ile, karaciğer enzimleri normalleşti ama HBV-DNA'da sadece 3 log 10 düşüş (10^5 kopya/ml) sağlanabildi. 2008 yılında hastaya karaciğer biyopsi yapıldı; histolojik aktivite indeksi: 4/18 ve fibrozis skoru: 2/6 saptandı. Hastada lamivudin tedavisine PegIFNa eklendi. İkili tedavi ile HBV-DNA düşüşe geçti ve HBV-DNA negatif olarak interferon bir yıla tamamlanıp stoplandı, lamivudine devam edildi. Hastanın takiplerine düzenli olarak devam edidi. Lamivudin tedavisinin 17. yılında karaciğer enzimleri normal ve HBV-DNA negatif olarak seyretmektedir.

Sonuç: Günümüzde KHB hastaları için iki ana tedavi seçeneği vardır; NA veya PegIFNa. Son rehberlerde düşük direnç bariyerli NA'ları güncel tedavide önerilmemekle birlikte kombine NA ve PegIFNa kullanımı ve etkinliği ile ilgili yeterli kanıt mevcut olmadığı vurgulanmıştır (EASL 2017, AASLD 2018). 2010 yılında yayınlanan bir meta-analizde PegIFNa ve lamivudin kombinasyonunun kalıcı virolojik yanıt oranını artırdığı gözlenmiştir. 2018 yılında yapılan başka bir çalışma kombinasyon tedavisinin, KHB olan çocuklarda HBsAg ve HBV-DNA üretiminin baskılanmasında etkili olabileceğini göstermektedir. Hiramatsu ve ark. (2016) interferon tedavisinin, NA tedavisine kıyasla HBsAg seviyelerini azaltmakta daha fazla etkili olduğu için, NA monoterapisine (lamivudin veya entekavir) kıyasla PegIFN ile yapılan bir kombinasyon tedavisi, HBsAg seviyelerinde ek bir azalma sağladığı ve daha düşük bir hepatosellüler karsinom insidans oranı ile korele bulmuştur. Bizim olgu da kombinasyon tedavisinin HBV-DNA süpresyonunda etkili olduğu ve lamivudin devam tedavisi ile virolojik direnç ve relaps yaşanmadığını maliyet etkinlik açısından daha uygun bir seçenek olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Pegile interferon alfa, lamivudin, HBV baskılanması

Tablo 1. Yıllar içinde hastanın laboratuvar bulguları seyri

	2002 (lam)*	2008 (lam+PegIFNa)	2010 (lam devam)	2015 (lam devam)	2019 (lam devam)
AST	95	37	25	16	33
ALT	116	45	46	28	35
GGT	25	30	25	17	37
ALP	58	69	55	57	60
Toplam bilirubin	0,9	0,8	0,9	0,7	0,6
AFP	2	1,8	2,7	3,1	2,1
Albümin	4,3	4,5	4	4,2	4,1
Toplam protein	6,9	7	7,2	7,1	7,3
HBsAg	Pozitif	Pozitif	Pozitif	Pozitif	Pozitif
HBV-DNA	3×9 log 10 kopya/ml	2×5 log 10 kopya/ml	Negatif	Negatif	Negatif

ALT, AST NÜS: erkek 40 U/l kadın: 35 U/l *lam: Lamivudin

[PS-242]

Beyin Omurilik Sıvısı PCR Negatifliği Olan Olası Herpes Simpleks Ensefaliti Olgusu

Enes Dalmanoğlu[1], Fatma Yaşar[1], Mustafa Başaran[2], Uğur Kostakoğlu[1], İlknur Esen Yıldız[1], Ayşe Ertürk[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Rize*

Giriş: Herpes simpleks ensefaliti, akut sporadik ensefalitlerin en sık formudur. Ensefalit tablosundan sıklıkla HSV tip 1 (HSV-1) sorumludur. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yöntemi ile HSV-DNA saptanmasının duyarlılık ve özgüllüğü çok yüksektir. Nadiren PCR negatif olgular da bildirilmektedir. Bu olgumuzde, PCR negatif olan olası HSV ensefaliti olgumuzu tartıştık.

Olgu: Elli iki yaşında erkek hasta, dört gündür ateş, baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Genel durumu orta, bilinç açık, oryante koopereydi. Meningeal irritasyon bulguları negatif olup diğer fizik muayene bulguları da normaldi. Ateş: 38 °C, kan basıncı 110/70 mm/Hg idi. Laboratuvarında lökosit: 9150/mm^3, C-reaktif protein: 0,67 mg/dl idi. Hasta ateş etiyoloji nedeniyle servise yatırıldı ve kan kültürleri alındı. Serviste disüri şikayeti başlayan hastanın tam idrar tahlilinde enfeksiyon bulguları yoktu. Olası prostatit açısından siprofloksasin 2*400 mg IV başlandı. Bu süre zarfında her gün ateşi 38 °C üzerinde seyrden hastadan alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Toraks, batın, pelvik bölge tomografilerinde anlamlı bulgu ve ekokardiyografide vejetasyon saptanmadı. Takiplerinin 4. gününde konuşmada yavaşlama olması üzerine hastaya kraniyal diffüzyon manyetik rezonans (MR) çekildi. Sağ temporal lob tutulumu olması üzerine hastada öncelikle ensefalit ve akut infarkt olabileceğini düşündük (Şekil 1). Lomber ponksiyonda (LP) BOS görünümü berrak, basıncı yüksek, mm^3'te 90 lökosit (%70 MNL), 370 eritrosit mevcut idi. Aside dirençli bakteri ve Gram-boyamada mikroorganizma görülmedi. BOS glukozu 55 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 80 mg/dL) ve proteini 169 mg/dl idi. Elektroensefalogarfi; sağ fronto-temporallerde belirgin biyoelektrik disfonksiyonu mevcuttu. BOS kültürde üreme olmadı. Sitolojik incelemede atipik ve malign hücre görülmedi. Serum ve BOS HSV 1-2 IgM, EBV IgM, CMV IgM, VZS IgM, *Borrelia burgdorferi* IgM antikorları ve serumda VDRL-TPHA, *Brucella* aglütinasyonu, anti-HIV testleri negatifti. Klinik bulgular ve radyolojik görünüm itibariyle herpes ensefaliti düşünülen hastaya asiklovir 3*750 mg IV tedavisi başlandı. Ateş şikayetleri geçen ve konuşması düzelen hastaya 10 gün sonra tekrar LP yapıldı. BOS görünümü berrak, basıncı normal, mm^3'te 10 lökosit (MNL hakimiyetinde), 10 eritrosit mevcut idi. Aside dirençli bakteri ve Gram-boyamada mikroorganizma görülmedi. BOS glukozu 59 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 84 mg/dl) ve proteini 48,9 mg/dl idi. Asiklovir tedavisi 21 güne tamamlandı ve şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: HSV ensefaltinde tanıda büyük değeri olan PCR pozitifliği saptanmasa da, anamnez, klinik ve radyolojik bulgular herpes ensefalitini düşündürüyorsa tedaviye erken başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Herpes ensefalit, PCR negatif



Resim 1: Sağ temporal lobta, insular korteks düzeyinde ve hipokampal girus düzeyinde T2 ve FLAIR AG'de hiperintens, T1 de hipointens sinyal özelliğinde geniş lezyon alanı izlenmektedir. Bu seviyede minimal kontrast tutulumu ve sulkuslarda silinme izlenmektedir

Şekil 1. Kraniyal MR

[PS-244]

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yoğun Bakım Dışındaki Ünitelerde Hastane Kaynaklı Enfeksiyonların İncelenmesi

Şebnem Çalık[1], Alpay Arı[1], Bengisu Ay[1], Özlem Yüksel Ergin[2], Selma Tosun[1]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*

Giriş: Bu çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesinde yoğun bakım dışındaki ünitelerde gelişen hastane enfeksiyonlarının sıklığı ve dağılımı, hastaların özellikleri ve izole edilen mikroorganizmaların incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Aralık 2017 tarihleri arasında hastane enfeksiyonu gelişmiş olan hastalara ait veriler geriye yönelik olarak değerlendirilmiştir. İzlenmiş olan hastalara kategorik değerlendirme yapabilmek için eşlik eden hastalık varlığına göre sağkalım beklentisini değerlendiren McCabe skoru kullanılmıştır. Tüm veriler SPSS versiyon 21 (kaynak) programına kaydedilmiş olup ortalama, standart sapma, yüzdelik oranlar analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışma süresi boyunca hastane genelinde 658402 hasta günü incelemiş ve toplam 1165 hastane enfeksiyonu geliştiği saptanmıştır. Genel hastane enfeksiyon hızı %0,17'dir. Bunların 619'u (%53,1) yoğun bakımlar üniteleri dışındaki bölümlerde gelişmiştir. Yoğum bakım üniteleri dışındaki bölümlerde hastane enfeksiyonu oranı ise %0,10'dur. En sık görülen hastane enfeksiyonu cerrahi alan enfeksiyonu (%36) olup, bunu üriner sistem enfeksiyonu (%28,4) ve pnömoni (%20,2) izlemektedir. Üriner sistem enfeksiyonunun dahili servislerde (%40,3) ve cerrahi servislerde (%39,8) daha sık olarak görüldüğü saptanmıştır. Pnömoni olgularının ise %46,4'ü ve primer kan dolaşımı enfeksiyonlarının %76'sı hematoloji servisinde görülmüştür. Hastane enfeksiyonları (n=619), hastaların eşlik eden hastalık durumlarına göre sağkalım beklentisi açısından değerlendirildiklerinde %48'i McCabe sınıf 1 iken, %30'u McCabe sınıf 2, %22'si McCabe sınıf 3'tür. McCabe grubunda en sık gelişen enfeksiyonlar cerrahi alan enfeksiyonu ve üriner sistem enfeksiyondur (%33,3). McCabe sınıf grubunda en sık cerrahi alan enfeksiyonu (%51,1) görülürken bunu üriner sistem enfeksiyonu izlemektedir (%28). McCabe sınıf 3 olan grupta ise en sık görülen enfeksiyon pnömonidir (%41,9). Bunu kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu ve primer kan dolaşımı enfeksiyonu ve tromboflebit izlemektedir (%31,6). Toplam 619 hastane enfeksiyonu atağının 85'inde (%13,7) etken izole edilememiş olup hastane enfeksiyonu tanısı klinik olarak konulmuştur. Sekiz cerrahi alan enfeksiyonunda ise ikişer etken izole edilmiştir. Dört yüz doksan iki bakteri izole edilmiş olup 409'u (%83,1) Gram-olumsuz iken 83'ü (%16,9) Gram-olumludur. En sık izole edilen mikroorganizma *E. coli* (%23,7) iken bunu *Klebsiella* spp. (%15,5) ve *Pseudomonas aeruginosa* (%12,3) izlemektedir.

Sonuç: Hastane enfeksiyonları, servislerde izlenen hastalar için de önemli bir sağlık sorunudur. Hastane enfeksiyonların önlenmesinde, eşlik eden hastalıklara ait özelliklerin, risk faktörlerini değerlendirmede ve alınacak önlemlerin belirlenmesinde etkili olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, prevalans, McCabe skoru

[PS-246]

Pulse Doz Steroid ile Şiddetli Paradoksal Yanıtın Tedavi Edildiği Tüberküloz Menenjit Olgusu

Canan Ağalar[1], Derya Öztürk Engin[1], Semra Kavas[1], Servet Öztürk[1], Violet Levi[2], Büşra Meral[1]

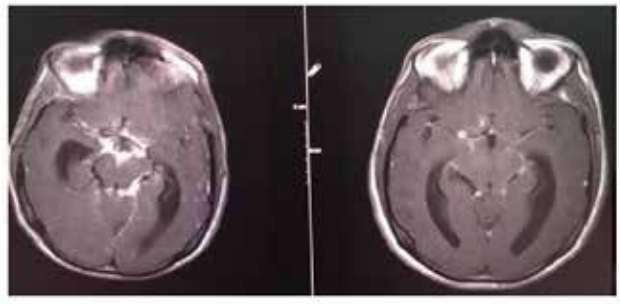
[1]*İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*
[2]*İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Tüberküloz menenjit (TBM), *Mycobacterium tuberculosis*'den kaynaklanan morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tedavi sırasında ortaya çıkan paradoksal reaksiyon, hastaların üçte birinde gözlenmektedir. Paradoksal reaksiyonun tedavisi için 60 mg/gün dozda steroidin iki hafta verilmesi, haftada bir 10 mg azaltarak, 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. TBM'ye bağlı paradoksal reaksiyonun şiddetli olduğu olgularda, yüksek doz steroid uygulaması hayat kurtarıcı olabilmektedir. TBM'ye bağlı şiddetli paradoksal reaksiyon gelişen hastada, pulse doz steroid ile düzelme sağlanması nedeniyle bu olgu sunulmuştur (Şekil 1).

Olgu: Otuz dört yaşında erkek hasta, 10 gündür devam eden bilinç değişikliği ve ateş yüksekliği, iki gündür gelişen konuşma bozukluğu nedeniyle acil servisimize getirildi. Hasta, zayıflama diyeti yaptığı için kaşektik görünümde idi. Bilinç bulanıklığı vardı. Ense sertliği, Kernig-Brudzinski saptanmadı. Görme kaybı ve diplopisi vardı. BOS incelemesinde; hücre sayımı: 208/mm^3 (%70 PNL) protein: 322 mg/dl, glukoz: 26 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 102 mg/dl) idi. BOS'da *M. tuberculosis* PCR ve aside dirençli basil pozitif idi. Toraks bilgisayarlı tomografisi, aktif akciğer tüberkülozu ile uyumlu idi. Beyin MR'sinde bazal meningeal tutulum saptandı. Hastaya izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol ve steroid tedavisi başlandı. Hasta, yatışının 19. gününde poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi. Yatışında 50 kg olan hastanın, taburcuğunda 3 kg almış olduğu belirlendi. Hasta, tabuculuğundan sekiz gün sonra, baş ağrısı ve konvülsiyon geçirme nedeniyle acil servise getirildi. Bu süre içerisinde antitüberküloz tedaviyi düzenli kullanmıştı ve steroid dozu 30 mg/gün idi. Yeni çekilen beyin MR'sinde hidrosefali ve tüberkülomlar saptandı. Herniasyon riski nedeniyle lomber ponksiyon yapılamadı. Hastada paradoksal reaksiyon düşünüldü ve steroid dozu 1 mg/kg/gün olarak değiştirildi. Tedavi değişikliğinden sonra genel durumunda düzelme, baş ağrısı ve çift görmede azalma oldu. Ancak antitüberküloz tedavisinin başlangıcından sonraki sekizinci haftada, hastada ajitasyon gelişti ve GKS'de gerileme oldu. Beyin MR'sinde lezyonlarda artma saptandı. Hastanın steroid dozu 1 g/gün olarak değiştirildi. Steroid tedavisi altı gün daha bu dozda uygulandı, kademeli olarak 8 haftada azaltılarak kesildi. Yüksek doz steroid sonrası hastada klinik ve radyolojik düzelme saptandı. Hasta sekelsiz taburcu edildi.

Sonuç: TBM tedavisi sırasında paradoksal reaksiyon şiddetli seyredebilir. Böyle hastalarda pulse doz steroid uygulanması hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz menenjit, paradoksal reaksiyon, pulse doz steroid



Şekil 1. Pulse doz steroid öncesinde ve sonrasındaki beyin MR görüntüsü

[PS-247]

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği 2014 ve 2017 Yıllarındaki *Acinetobacter baumannii* Enfeksiyonlarının Kıyaslaması

Servet Öztürk[1], Derya Öztürk Engin[1], Senay Elbasan Omar[1], Yücel Meriç[2], Semra Kavas[1], Güldem Turan[2], Canan Ağalar[1]

[1]*İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*
[2]*İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul*

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde *Acinetobacter baumannii* (*A. baumannii*) enfeksiyonları sorun olmaya devam etmektedir. Bu enfeksiyonların tedavisi güç, mortalite oranları yüksektir. Bu çalışmada, 2014 ve 2017 yıllarında hastanemiz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde yatan hastalarda gelişen *A. baumannii* enfeksiyonlarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde 2014 ve 2017 yıllarında gelişen *A. baumannii* enfeksiyonları retrospektif olarak irdelendi. Çalışmada elde edilen veriler istatistiksel olarak kıyaslandı, p<0,05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde 2014 yılında 653 hastadan 38'inde (%6), 2017 yılında 612 hastadan 55'inde (%9) *A. baumannii*'ye bağlı enfeksiyon geliştiği belirlendi. Yaş ortalaması 2014 yılında 65,66±24,24, 2017 yılında 69,63±20,28 idi. 2014 yılında 24 (%63,2), 2017 yılında ise 39 (%70,9) olgu erkek idi. Yıllara göre yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Santral venöz kateter enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonları, postoperatif menenjitler ve ventilatör ilişkili pnömoni enfeksiyonlarının yıllara göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05). Yıllara göre sekonder bakteriyemi görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (p>0,05). Hastaların yatış tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Altta yatan hastalıklara göre değerlendirildiğinde; 2014 yılında geçirilmiş SVO görülme oranı (%39,5), 2017 yılından (%7,3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Yıllara göre meropenem duyarlılığında değişiklik olmadığı belirlenirken, tigesiklin ve aminoglikozid direncinde artma saptandı (p=0,000, p=0,001). 2014 yılında APACHE II değerleri, 2017 yılından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Yıllara göre yatış günü sayısı ve mortalite dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Piperisilin-tazobaktam kullanımının 2017 yılında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p<0,05).

Sonuç: Çalışmamızda üç yıllık süre içerisinde tigesiklin ve aminoglikozid direncinin artığı belirlenmiştir. *A. baumannii* enfeksiyonu öncesinde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da meropenem kullanımını azaldığı ve piperasilin-tazobaktam kullanımının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır. Bu değişikliğin nedeninin karbapenem kullanımının kısıtlanmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, asinetobakter enfeksiyonları, antibiyotik kullanımı

[PS-248]

Diz Artroplastisinde Nadir Bir Enfeksiyon Etkeni: *Brucella melitensis*

Sinan Öztürk[1], Savaş Çamur[2], Şenol Çomoğlu[1], Zeynep Şule Çakar[1], Lütfiye Nilsun Altunal[1], Ayşe Serra Özel[1], Ayten Kadanalı[1]

[1]*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*
[2]*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İstanbul*

Giriş: Bruselloz *Brucella* cinsi bakterilerin neden olduğu, insanlara hayvanların sıvılarından veya pastörize edilmemiş süt ürünlerinden bulaşan zoonotik bir hastalıktır. Bruselloz tüm dünyada görülebilmesine rağmen, özellikle Akdeniz ülkeleri, Arabistan, Hindistan, Meksika, Orta ve Güney Amerika'da yaygın olarak görülebilmektedir. Bruselloz pek çok klinik tabloya yol açabilmektedir ve spesifik belirti ve bulgularının olmamasından dolayı pek çok hastalıkla karışabilmektedir. Osteoartiküler tutulum en sık görülen klinik formudur. Brusella türlerinin etken olduğu eklem protez eklem enfeksiyonları literatürde nadiren bildirilmiştir. Bizim olgumuzda *Brucella melitensis*'in etken olduğu bir diz protezi enfeksiyonu irdelenmiştir.

Olgu: Yetmiş iki yaşında kadın hasta, ev hanımı, Elazığ'a seyahat ve taze peynir yeme öyküsü mevcuttu. On iki yıl önce sol gonartroz nedeni ile opere edilmiş ve total diz protezi takılmış olduğu öğrenildi. Hastamız ortopedi polikliniğine son bir yıldır olan ve artarak devam eden diz ağrısı ve hareket kısıtlığı şikayetiyle başvurmuştur. Hastada herhangi bir travma öyküsü mevcut değildi. Ortopedi polikliniğine ilk başvurusunda yapılan muaynesinde dizde sıcaklık artışı, kızarıklık tespit edilmemiş, hastanın ateşi mevcut değildir. Hastanın operasyon öncesinde yapılan tetkiklerinde C-reaktif protein: 0,5 mg/dl, sedimentasyon: 59 mm/saat, lökosit: 5,18*103/ul saptanmıştır. Hastada aseptik protez gevşemesi ön tanısıyla operasyon kararı verilmiştir. Operasyonda hastaya diz protezi tibial komponent revizyonu yapılmıştır. Operasyon sırasında eklem sıvısından alınan materyaller BACTEC (bioMérieux) kan kültürü şişesine ekilerek mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. BACT/ALERT 3D (bioMérieux) sisteminde 4. günde sinyal veren materyaller VITEK-2 (Biomerioux) otomatize sisteminde identifikasyon yapıldı ve alınan iki kültürünün birinde *Brucella melitensis* üremesi saptandı. Hastadan istenen tetkiklerde Rose Bengal pozitif ve Brusella Wright aglütinasyon testi >1/5120 pozitif saptandı. Bunun üzerine hastada protez enfeksiyonu düşünüldü ve ortopedi kliniği ile karar alınarak hastaya total diz protezi revizyon yapılması gerektiği kararına varıldı. Hastaya tek aşamalı total diz protezi revizyonu yapıldı. Bu sırada operasyon sırasında hastadan yeniden kültürleri gönderildi. Alınan dört kültürünün ikisinde *Brucella melitensis* üremesi saptandı. Hastaya rifampisin 1*600 mgr oral, doksisiklin 2*100 mgr oral, streptomisin 1*1 gr intramüsküler tedavi başlandı. Streptomisin tedavisinin 21 güne toplam tedavisinin 6 aya tamamlanması planlandı. Hastanın poliklinik takiplerinde şikayetlerinin gerilediği tespit edildi. Halen tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Protez enfeksiyonlarında ve aspetik protez gevşemesi düşünülen olgularda anamnez dikkatlice alınmalıdır ve ülkemizde yaygın olarak görüldüğünden bruselloz ayırıcı tanıda mutlaka bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Protez enfeksiyonu, *Brucella melitensis*

[PS-249]

Taburcu Ettiğimiz Hastalar Ne Yapıyor?

İrfan Şencan, Hanife Uzar, Ezgi Gizem Soylu, Yunus Gürbüz, Fatma Aybala Altay, Gönül Çiçek Şentürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

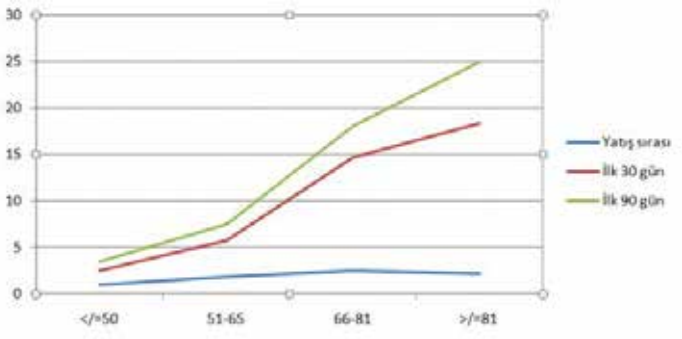
Giriş: Kliniğimizde yatırılarak tedavi verilen 1409 hastanın ölüm bilgileri değerlendirildi. Hastane içi mortalite, taburculuktan sonraki 30 ve 90 günlük mortaliteleri hastaların yaşı ve eksitus tanıları ile ilişkisi değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde yatırılarak tedavi edilen hastaların hastane kayıtları ve ölüm bildirim sisteminden ölüm kayıtları incelenmiştir.

Bulgular: Yatışı yapılan 1409 hastadan 308'i eksitus olmuştu. İlk 90 gün içinde 164 kişi, 90 günden sonra 144'ü eksitus olmuştur (Şekil 1). Tüm hastaların %21,7'si eksitus olmuş, bunlardan %11,6'sı ilk 90 gün içinde eksitus olmuştur. İlk 90 gün içinde eksitus olanların yaş ve eksitus olma zamanlarına bakıldığında yaş ilerledikçe mortalite oranlarının arttığı ancak 65 yaşından sonra taburculuk sonrası mortalitenin çok hızlı bir şekilde arttığı görülmüştür. Hastane içi mortalite tüm yaş gruplarında benzer olmasına rağmen ilk 90 günde görülen mortalitenin büyük kısmı ilk 30 günde (%18,4/%25) gerçekleşmektedir. Yatış sırasında ve taburculuktan sonraki ilk 90 gün içinde eksitus olan hastaların ölüm tanıları gruplandırıldığında 65 yaştan sonrakilerde enfeksiyon ile ilişkili ölümler artarken, kardiyak nedenli ölümler daha belirgin artmaktadır. Enfeksiyon ilişkili nedenler 50 yaş ve altında %27, 66-81 yaş aralığında %32 oranında iken, kardiyak nedenler 50 yaş altında %13, 66-81 yaş aralığında %37, 81 yaş üzerinde ise %49 oranına ulaşmaktadır.

Sonuç: Yatırarak tedavi ettiğimiz hastaların mortalitesini hastane içinde izlemenin yanında taburculuktan sonrada izlemek gerekir. Taburculuktan sonraki ilk 30 gün mortalite açısından daha kritik olup yaşla birlikte artmaktadır. Hastalarımızın taburcu olduktan sonra survivlerini izleyip, mortalite ve tekrar hastaneye yatışlarını ayrıntılı incelemeye ihtiyaç vardır. Buradan elde dilecek veriler ile özellikle komorbid hastalıkları daha fazla olan yaşlı hastaların yaşamlarını ve tedavilerini multidisipliner yaklaşım ile daha iyi düzenlemeye yardımcı olabiliriz.

Anahtar Kelimeler: Taburcu, mortalite



Şekil 1. İlk 90 günde eksitus olan hastaların yaş ve zaman dağılımı

[PS-250]

Göçlerle Artan Korunulabilir Hastalıklar: Bir Tetonoz Olgusu

Çiğdem Akalan Kuyumcu[1], Saim Yüksel[2], Ayşe Şabablı Çetin[1]

[1]*Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*
[2]*Atatürk Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Sinop*

Giriş: Tetonoz, *Clostridium tetani* ile oluşan, görülme sıklığı az olmasına karşın mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Çevrede oldukça yaygın olarak bulunan bu mikroorganizmanın giriş yeri yaralar ve sıyrıklardır. Ülkemizde şimdiye kadar uygulanan aşılama programıyla tetonoz hastalığıyla nadir olarak karşılaşmaktaydık. Ancak son yıllarda ülkemize aşılanma durumunu bilmediğimiz, başka ülkelerden göçmen olarak gelen insan sayısının artması ve giderek artan aşı reddi nedeniyle tetonoz sıklığı artmaktadır. Bu olgu ile aşı ile önlenebilir bir hastalık olmasına rağmen güncel hayatta karşımıza çıkma olasılığı artan tetonoz hastalığının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi altı yaşında Afganistanlı ve iki yıldır Türkiye'de yaşayan, inşaat işçisi olarak çalışan erkek hasta acil servise nöbet geçirme ve çene kilitlenmesi şikayetleriyle başvurdu. Son 1 haftadır halsizlik, kol ve bacak kaslarında kasılmalar ve hafif ateş tarifleyen hastanın öyküsünde 1 ay önce sol ayak tabanına çivi battığı öğrenildi. Acil servisteki fizik muayenesinde bilinç açık, oryante, vücut sıcaklığı 38,5 ˚C, trismus mevcuttu, ağrılı kasılmaları olan hasta opistotonus pozisyonundaydı ve ense sertliği pozitifti. Hastanın kan tetkiklerinde AST, ALT, LDH, kreatinin değerlerinin kısmi olarak arttığı ve CK değerinin 21,027 U/l ile belirgin olarak yükseldiğinin görülmesi rabdomiyoliz lehine değerlendirildi. Beyin tomografisinde patoloji saptanmadı. Önceki tetonoz immünizasyonu hakkında bilgi edinilemeyen hastada jeneralize tetonoz düşünüldü. Hastaya tek doz tetonoz aşısı, insan kökenli immünoglobulin 3000 IU uygulandı ve 4x500 mg metronidazol tedavisi başlandı. Kasılmaları devam eden hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve mekanik ventilatöre bağlandı. Yatışının ilk 15 günü boyunca sedasyonu azaltıldığında kasılmaları devam eden hastanın metronidazol tedavisi 14 güne tamamlanıp kesildi. Yatışının 30. gününde mekanik ventilatörden ayrılan hasta servisimize nakil alındı. Tetonoz aşısının 2. dozu yapıldı ve kas güçsüzlüğünün olması sebebiyle fizik tedavi programı düzenlenerek taburcu edildi.

Sonuç: Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye'de bildirilen toplam tetonoz olgu sayısı 2013'te 15'e kadar düşmüş ancak 2017'de 25'e kadar yükselmiştir. Ülkemizin komşu ülkelerden çeşitli sebeplerle göç almasına bağlı bağışıklanma durumunun takip edilemiyor olması, son yıllardaki olgu sayısı artışındaki en önemli faktör olarak düşünülmektedir. Hastalıktan korunmanın en etkin yolu yara temizliği ve etkin bağışıklamadır. Aşılanmayı reddeden veya ülkemizde göçmen olarak bulunan popülasyonlarda önlenebilir hastalıklar normalden daha sık görülebilmektedir. Yabancı uyruklu hastaların muayenesinde tetonoz gibi aşıyla önlenebilecek hastalıkların toplumdaki sıklığına kıyasla daha fazla görülme olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tetonoz, rabdomiyoliz

[PS-251]

Batman İlinde Hemodiyaliz Hastalarında Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansı

Fethiye Akgül[1], Nazife Duygu Demirbaş[1], Cumali Çelik[2], İsmail Lale[3], Abdulkadir Daldal[1]

[1]Batman Bölge Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Batman
[2]Batman Bölge Devlet Hastanesi, Hemodiyaliz Ünitesi, Batman
[3]Özel Batman Hastanesi, Hemodiyaliz Ünitesi, Batman

Giriş: Viral hepatitler hemodiyaliz (HD) ünitelerinde hem çalışan hem hastalar için önemli bir risk olmaya devam etmektedir. Enfeksiyon kontrol önlemlerinin ve aşılamanın düzenli yapıldığı diyaliz ünitelerinde hepatit B virüs (HBV) ve hepatit C virüs (HCV) enfeksiyonu sıklığında düşüş gözlenmektedir. Bu bildiride Batman ilinde HD hastalarında hepatit B ve hepatit C seroprevalansının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Batman ilinde biri özel, üçü devlet olmak üzere dört HD merkezinde 1 Ocak-31 Aralık 2018 tarihlerinde tedavi gören 182 HD hastası çalışmaya alındı. Veriler retrospektif olarak hasta dosyaları taranarak tespit edildi. Hasta örneklerinde HBsAg, anti-HBs ve anti-HCV seropozitiflikleri enzim immünoassay yöntemi ile değerlendirildi. Veriler SPSS 18.0 paket programında değerlendirildi. Gruplar arasındaki farklılık icin Pearson ki-kare testi kullanıldı ve $p<0,05$ anlamlılık sınırı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 182 hastanın 88'i (48,3) kadın, 94'ü (51,7) erkek hasta idi. Yaş ortalamaları genelde 59,01±15,02 iken, erkeklerde 58,79±15,87 kadınlarda 59,26±16,12 idi. Hastalar 1-252 aydır diyalize giren hastalardı ve ortalama diyalize girme süreleri genelde 53,25 ay iken erkeklerde 46,72 ay, kadınlarda 60,53 ay idi. Toplam 82 HD hastasının 11'inde (%6,04) HBsAg pozitif, 5'inde (%2,7) HCV pozitifliği mevcuttu. Diyalize girme süreleri ile seropozitiflik ilişkisi irdelendiğinde anti-HCV pozitiflik oranı ile diyalize girme süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,58$). Toplam 146 (%80,2) hasta fistülden, 36 (19,7) hasta kateterden diyalize girmekteydi. Diyalize giriş yolu ile HBsAg, anti-HCV pozitifliği değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Sonuç: Çalışmamız ildeki tüm HD hastalarını kapsamaktadır. İlimizde hepatit B ve C seroprevalansı ülkemizde elde edilen diğer verilerle benzerdir. Buna rağmen viral hepatitler HD hastaları için hala önemli bir sağlık sorunudur. HD hastalarında uygun enfeksiyon kontrol önlemleri, aşılama, kan taransfüzyonu yerine eritropoetin kullanımı, hasta ve sağlık çalışanlarının eğitimi bulaş riskini azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, hepatit, seroprevalans

[PS-252]

Antiretroviral Tedavi ile HIV/HCV Koenfekte Hastada Psoriasis Bulgularının Ortadan Kalkması

Dilek Yağçı Çağlayık, Uluhan Sili

Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Psoriasis kronik, enflamatuvar bir hastalık olup dünya genelinde %3 prevalansa sahiptir. Patogenezinde keratinositler ve dendritik hücrelerin aktivasyonunu, deriye göçen T hücrelerinin aktivasyonu takip eder, akabinde nötrofil göçü ve epidermal mikroapseler ortaya çıkar. Tedaviye cevap vermeyen psoriasiste hastalık şiddetini arttıran sebepler arasında madde kullanımı, HCV ve HIV enfeksiyonu sayılmaktadır. Hastalık şiddeti yüksek psoriasis tanısı nedeniyle verilen metotreksat tedavisine cevap vermeyen, yeni tanı konmuş HIV/HCV koenfekte, ART ile 2. ayda deri bulguları tamamen düzelen olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk dört yaşında, Gürcistan uyruklu, kadın hasta, iki senedir süren psoriasis ve zona geçirme hikayesi nedeniyle istenen anti-HIV testinin pozitif gelmesi üzerine merkezimize yönlendirilmişti. Hastada son iki senedir topikal tedavilere ve altı haftalık metotreksata yanıt vermeyen sırtta orta hatta beş adet, gövdede beş adet, dirseklerde ve dizlerde yaygın psoriatik plakları mevcuttu (Resim 1). Son sekiz senedir Türkiye'de yaşayan ve bir evde yatılı hizmetli olarak çalışan hastanın eşinin madde bağımlısı olup HCV enfekte olduğu biliniyordu. Tek partnerli olan hastanın HIV-RNA'sı 309.451 kopya/ml, CD4 hücre sayısı 79/mm^3 (%7) idi. Anti-HCV pozitif saptanan hastanın HCV-RNA düzeyi 1.527.779 IU/ml idi. Hastanın sosyal güvence problemi nedeniyle HCV tedavisi ertelendi. Antiretroviral tedavi olarak tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin ve dolutegravir rejimi başlandı. Aylık takip edilen hastada tedavinin ikinci ayında CD4 hücre sayısı 192'ye çıktı, viral süpresyon sağlandı ve psoriatik plakların ortadan kalktığı gözlendi.

Sonuç: Psoriasis hastalığında, T lenfositler aktive olmakta oysa HIV enfeksiyonunda ise T lenfositleri azalmaktadır. Literatüre bakıldığında CD4 <100 /mm^3 olan HIV enfekte hastalarda psoriasis gelişebildiği görülmektedir. Bu durum CD8+ hücrelerin artışı ve sonrasında dermis ve epidermisi infiltre etmesi ile açıklanmaktadır. Olgumuzda da HIV, yardımcı ve regülatuvar T hücre fonksiyonlarını bozarak patogeneze yol açmış olabilir. Psoriasis tanısı konulduğunda ve/veya tedaviye cevap alınamadığında HIV enfeksiyonu mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, HIV



Resim 1. Tedavinin 2. ayında psoriatik plakların ortadan kalktığı görülüyor

[PS-253]

HIV/HBV Koenfekte Hastada HBsAg Kaybı

Dilek Yağçı Çağlayık, Uluhan Sili

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Türkiye'de HIV ile enfekte hastaların %4'ünde kronik HBV enfeksiyonu olduğu belirtilmektedir. Primer HBV enfeksiyonunun ardından kronik hepatit gelişiminin, HIV enfekte bireylerde beş kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. HBsAg kaybı (seroklirens) yıllık olarak tedavi alan koenfekte hastaların %1-2'sinde izlenebilmektedir. HBsAg kaybı izlenen hastanın izleminin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk dokuz yaşında, erkek hasta, eşinde HBsAg pozitifliği bulunması nedeniyle kendisinden de istenen HBsAg ve anti-HIV testinin başvurusundan 4 ay önce pozitif gelmesi üzerine merkezimize yönlendirilmişti. Başvurusundan 5 ay önce ticari cinsel temas hikayesi bulunan heteroseksüel hastanın HIV-RNA'sı 31.667 kopya/ml, CD4 hücre sayısı 450/mm^3 (%25) idi. Anti-HCV ve sifiliz antikoru negatif, HBeAg pozitif, anti-HBe ve anti-HBs negatifti. HBV-

DNA düzeyi yüksek olan hastanın anti-delta sonucu negatif olup karaciğer fonksiyon testleri ve AFP değeri normal sınırlardaydı (Tablo 1). Hastanın başlangıç abdomen ultrasonografisinde evre 1 hepatosteatoz mevcuttu. Hepatosplenomegalisi yoktu. Hastaya HBV/HIV koenfeksiyonu olması nedeniyle tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin/kobisistat/elvitegravir tek tablet rejim başlandı ve aylık takibe alındı. Birinci ayda HIV için viral süpresyon sağlandı, HBV-DNA 89.167 IU/ml'ye geriledi. Tedavinin 2. senesinde hastada HBeAg ve HBsAg kaybı sağlandı, HBeAg için serokonversiyon (anti-HBe pozitifleşmesi) sağlanırken anti-HBs'nin oluşmadığı izlendi. CD4 hücre sayısı 2 yılda 474/mm^3 artış gösterdi. İkinci senenin sonunda evre 1 hepatosteatoz devam ediyordu. Hastanın anti-HBs takibi planlandı.

Sonuç: HIV/HBV koenfeksiyonunda HBsAg ve HBeAg serokonversiyonu daha az sıklıkta görülmektedir. Literatüre bakıldığında HBsAg seroklirensi olan hastaların da %64'ünün ortalama 3 yıl içinde anti-HBs antikoru geliştirdiği görülmüştür. Fakat bu durumun karaciğerdeki fibrozis gelişimine etkisi tam olarak bilinmemektedir. HIV/HBV koenfekte hastaların izleminde serolojik belirteçlerin takibi, seroklirens akabinde olabilecek serokonversiyon varlığını ortaya koymak açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HBV, HIV, HBsAg

Tablo 1. Hastanın izlemi

	0. ay	6. ay	12. ay	18. ay	24. ay
HBsAg/HBeAg	Pozitif/pozitif			Pozitif/ pozitif	Negatif/ negatif
Anti-HBs	Negatif			Negatif	Negatif
Anti-HBe	Negatif			Negatif	Pozitif
HBV-DNA (IU/ml)	125.191.047	195	50	<20	37
HIV-RNA (kopya/ml)	31.667	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
CD4 (hücre/mm^3)	450	612		577	924
ALT/AST	33/21	30/27		53/22	11/15

[PS-254]

Hastanemizdeki *Staphylococcus aureus* Suşlarının Metisilin Direnç Oranlarının Araştırılması

Hatice Kılıç, Birgül Kaçmaz, Serdar Gül, Gökçe Ayvaz, Burçin Tuncel

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: *S. aureus*, tüm dünyada hem hastane hem de toplum kaynaklı enfeksiyonlara yol açan en önemli etkenlerden biridir. Hastane ve toplum kaynaklı metisiline dirençli *S. aureus* (MRSA) enfeksiyonlarında son yıllarda artış mevcuttur. Bu çalışmada laboratuvarımıza gönderilen tüm izolatlardan üretilen *S. aureus* suşlarının metisilin direnç oranlarının belirlenerek toplum ve hastane kökenli metisilin direnç oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018 ile Aralık 2018 arasında laboratuvarımıza gönderilen tüm hasta örneklerinin Gram-boyama ve kültürleri yapılmıştır. Klinik semptomları olan ve enfeksiyon etkeni olarak kabul edilen örnekler VITEK® 2 Microbial ID/AST Testing System (ABD) ile tiplendirilmiş ve antibiyotik duyarlılıkları çalışılmıştır. Çalışmaya aynı hastaya ait tekrarlayan örnekler ve deriye kolonizan kabul edilen bu nedenle klinik bulgu vermeyen örnekler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma sonuçları 2017 yılının sonuçları ile karşılaştırılmış, ki-kare testi ile p değeri hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 118 hastadan üretilen *S. aureus* şuslarının izole edildiği yer ve metisilin direnç oranları Tablo 1'de belirtilmiştir. Toplum kökenli *S. aureus* suşlarının %30,7'si, hastane kökenli *S. aureus* suşlarının ise %37,8'i metisilin dirençli saptanmıştır (p=0,4). Çalışma sonuçları 2017 yılının sonuçları ile karşılaştırılmış, MRSA oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış bulunmamıştır (p=0,3) (Tablo 2).

Sonuç: 2017 yılında bölümümüz tarafından yapılan hastane kökenli enfeksiyonlarda bulunan *S. aureus* suşları %33 direnç oranına sahipken bu oranın 2018 senesinde artmış olması her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmese de antibiyotik kullanımı ile ilişkilendirilebilir. Mortalite ve morbidite oranlarında artış, tedavi başarısızlığı gibi problemlere sebep olmasından dolayı metisilin direnç oranlarının takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: MRSA, *S. aureus*

Tablo 1. 2018 yılı metisilin direnç oranları

Örnek	Toplum kökenli toplam *S. aureus* (n)	Toplum kökenli MRSA n (%)	Hastane kökenli toplam *S. aureus* (n)	Hastane kökenli MRSA n (%)
Kan	9	2 (22,2)	29	11 (37,9)
Yara	35	13 (37,1)	26	10 (38,4)
İdrar	5	0 (0)	1	1 (100)
Diğer	3	1 (33,3)	10	3 (30)
Toplam	52	16 (30,7)	66	25 (37,8)

Tablo 2. 2017 ile 2018 sonuçlarının karşılaştırılması

	2017		2018	
	Toplum kökenli	Hastane kökenli	Toplum kökenli	Hastane kökenli
Toplam S. aureus n	43	106	52	66
MRSA n (%)	10 (23.3)	33 (31.1)	16 (30.7)	25 (37.8)

[PS-255]

Yeni Tanı Almış HIV Pozitif Hastalarda Osteopeni/ Osteoporoz Varlığının Araştırılması

Ferit Kuşcu, Cemile Aslan, Aslıhan Ulu, Ayşe Seza İnal, Süheyla Kömür, Behice Kurtaran, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Osteopeni, osteoporoz ve osteonekroz insan immün yetmezlik virüsü "human immunodeficiency virus" (HIV) ile enfekte kişilerde sık görülmekte olan durumlardır. HIV enfeksiyonu, tek başına kemik demineralizasyonuna neden olmakla birlikte HIV enfeksiyonuyla ilişkili proenflamatuvar yanıt ve immün aktivasyon da bu sürece katkıda bulunmaktadır. HIV ile enfekte hastalarda kemik mineral dansitesi azalmasına neden olabilecek faktörler arasında; düşük CD4 sayısı, ileri yaş, erkek cinsiyet sayılabilir. Çalışmamızda yeni tanı almış HIV pozitif hastalarda osteopeni/osteoporoz varlığının ve D vitamini düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2000-2019 yılları arasında kliniğimizde takip edilen 700 HIV hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalardan 162 HIV hastasının ilk tanı anında yapılan kemik dansitometri ölçümleri ve D vitamini düzeyine ulaşıldı. Bu hastaların ilk HIV-RNA düzeyleri, ilk tanı CD4 sayıları, cinsel yönelimleri, yaş ve cinsiyet bilgileri kaydedildi ve bu faktörlerin; kemik mineral dansitometri ve D vitamini düzeyi ile arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 35±12 yıl idi ve 144'ü (%90) erkek, 18'i (%10) kadındı. Cinsel yönelim açısından değerlendirildiğinde 103 (%64) hasta heteroseksüel, 43 (%26) hasta erkeklerle seks yapan erkeklerden oluşuyordu

ve 16 (%10) hastanın ise cinsel yönelimi bilinmiyordu. HIV-RNA ortalaması 644327±1910232 kopya/ml, CD4 ortalaması ise 419±247 olarak tespit edildi. D vitamini düzeyi 17±11 nmol/ml idi. T skoruna göre 83 (%51) hasta normal, 73 (%45) hastada osteopeni, 6 (%4) hastada ise osteoporoz tespit edildi. CD4 sayısı 200 altında olanlarla olmayanlar arasında osteoporoz varlığı açısından anlamlı fark tespit edilmedi (p>0,05).

Sonuç: Osteopeni, osteoporoz HIV pozitif hastalarda görülen önemli komplikasyonlardır. Multipl faktörler kemik bozukluklarının patogenezinde etkilidir. HIV pozitif hasta grubu osteoporoz açısından dikkatli takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, osteoporoz, D vitamini

[PS-256]

Tonsil Tutulumu ile Seyreden Viseral Layşmanyaz Olgusu

Deniz Özer Türk[1], Faruk Koçoğlu[1], Şebnem Şenol Akar[1], Nalan Neşe[2], Ahmet Özbilgin[3], Özlem Tünger[1], Çiğdem Banu Çetin[1]

[1]*Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Manisa*
[2]*Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Patoloji Kliniği, Manisa*
[3]*Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Parazitoloji Kliniği, Manisa*

Giriş: Layşmanyaz, tüm dünyada yıllık 700 000-1 milyon yeni olgu ve 20 000-30 000 ölüme neden olan bir paraziter hastalıktır. Kala-azar olarak da adlandırılan viseral layşmanyaz (VL); yüksek ateş, kilo kaybı, hepatosplenomegali ve anemi ile karakterizedir ve tedavi edilmezse %95-100 ölümle sonuçlanmaktadır. Olgumuz; tonsil tutulumu ile seyreden atipik klinik görünümünün vurgulanması ve tedavi yanıtsız bu tür hastalarda ayırıcı tanıda layşmanyaz da düşünülmesi amacıyla sunulmuştur.

Olgu: Bir ay önce başlayan orofarenkste şişlik ve disfaji şikayeti olan, bilinen ek hastalığı olmayan 63 yaşında kadın hastanın kulak-burun-boğaz hastalıkları polikliniğinde yapılan muayenesinde sol tonsil lojunu besleyen dil köküne ve epiglottise uzanan kitle saptanarak biyopsi planlanmıştır. Boyun manyetik rezonans görüntülemesinde "sol tonsil kaynaklı supraglottik alana kadar uzanan solid yer kaplayan oluşum ve sol servikalde malign nitelikte lenf bezleri" görülmesi üzerine malignite düşünülerek sol tonsillektomi yapılmıştır. Patolojik inceleme ile çok sayıda dev hücre içeren granülomatöz reaksiyon izlenmiş, histiyositler içerisinde CD1a ile *Leishmania* açısından kuşkulu pozitiflik dikkati çekmiştir. Olgu bu ön tanı ve başta tüberküloz olmak üzere granülomatöz yangı ile seyreden hastalıklar açısından araştırılmak amacı ile kliniğimize yatırılmıştır. Hastanın hemogram, biyokimya ve C-reaktif protein değerlerinde patolojik bir sonuç saptanmamıştır. Toraks tomografisi ve batın ultrasonografisi normal sonuçlanmış ve periferik yaymada sitopeni veya blast artışı gözlenmemiştir. Layşmanyaz açısından yapılan rk39 hızlı tanı testi pozitif bulunmuştur. Kemik iliği biyopsisi örneklerinin Giemsa ile boyanmasında *Leishmania* spp. amastigotları saptanmamış ancak patolojik incelemede tüm hematopoetik seri hücrelerin azaldığı, histiyositler içerisinde *Leishmania* açısından kuşkulu, CD1a ile pozitif küçük yapıların bulunduğu görülmüştür. VL ön tanısı ile başlanan lipozomal amfoterisin-B tedavisi kümülatif dozu 20 mg/kg olacak şekilde uygulanmıştır ve kemik iliğinin NNN besiyerinde yapılan kültüründe de, *Leishmania* spp. üremiştir. Hasta yatışının 14. gününde iyileşme ile taburcu edilmiş ve tedavi bitiminden sonra yapılan kontrol kemik iliği biyopsisi de normal olarak raporlanmış ve üreme olmamıştır.

Sonuç: Olgumuz sıradışı bir klinikle gelen VL olması nedeni ile önem taşımaktadır. Tonsillektomi materyalinde *Leishmania* açısından kuşkulu görünüm olması kemik iliği biyopsisi yapılmasına yönlendirmiştir. Atipik semptomlarla gelen hastalar kemik iliği incelemesi yapılmadan mukokutanöz layşmanyaz olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle VL açısından kemik iliği örneklemi ve kültürü bu hastalarda önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Layşmanyaz, kemik iliği

[PS-257]

Başarıyla Tedavi Edilen Gastrointestinal Şarbon Olgusu

Zülal Özkurt[1], Esra Çınar Tanrıverdi[2], Fatma Kesmez Can[1]

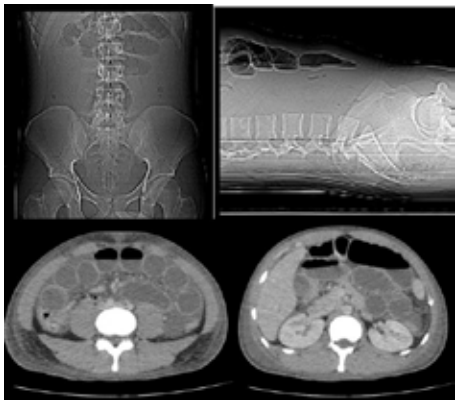
[1]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*
[2]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Erzurum*

Giriş: Barsak şarbonu çok nadirdir olup mortalitesi oldukça yüksektir. Burada kutanöz ve intestinal şarbonun birlikte olduğu başarıyla tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: İki hafta önce kuzu kesip mangal yaparak yiyen baba ve oğlu ellerinde şarbon lezyonları ile başvurdular. Genç hasta 18 yaşında idi, bir hafta önce karında şişlik ve ağrı şikayetleri başlamıştı. Genel durumu bozuk, toksik görünümde olan hastanın ateşi 37,5 °C nabız 88/dak, TA: 100/70 mmHg idi. Muayenesinde sol el parmaklarda birkaç adet şarbon lezyonu ve koltuk altında 3 cm ağrılı lenfadenopati saptandı. Karında distansiyon, yaygın hassasiyet ve defans vardı; barsak sesleri hipoaktifti. Patolojik laboratuvar sonuçları: Beyaz küre: 52000/mm^3, (PNL oranı %93) ESH: 7/sa, C-reaktif protein: 207 mg/l total protein: 4,8 g/dl, albümin: 2,2 g/dl, ALT: 70 U/l, ALT: 57 U/l, LDH: 511 U/l idi. Ayakta boş batın grafisinde geniş hava-sıvı seviyeleri vardı. Batın bilgisayarlı tomografide terminal ileumda 7 cm uzunlukta bir segmentte diffüz simetrik duvar kalınlaşma, lümende daralma, proksimaldeki ince barsak anslarında dilatasyon ve hava-sıvı seviyeleri saptandı, ileus olarak raporlandı (Şekil 1). Batın içinde perihepatik bölgede, barsak ansları arasında ve pelviste serbest sıvı mevcuttu. Genel cerrahi konsültasyonu yapıldı, operasyon düşünülmedi. İntravenöz mayii, kristalize penisilin (24 milyon Ü/gün) ve klindamisin 900 mg/gün başlandı. Ağızdan beslenmesi kesilen hastaya sadece probiyotik olarak *Bifidobacterium animalis* ssp. lactis B94 ve yoğurt verildi. Önceden antibiyotik alan hastanın kan ve yara kültürlerinde üreme olmadı, dışkı veremedi. Hastanın batın bulguları bir hafta içinde düzeldi, ağızdan sulu diyet başlandı. Tekrar karın ağrısı, gaz ve hassasiyet olunca sıvı rejim kesildi. Birkaç gün sonra az miktarda sıvı gıdalar başlandı ve hasta tolere edebildikçe katı gıdalara geçildi. Eldeki lezyonlar için pansuman yapıldı, krutlar oluştu. Yatışının 11. gününde batın bulguları tamamen düzeldi beyaz küre: 14000 (%78 PNL), C-reaktif protein: 44 idi. Katı beslenme ve normal dışkılama mevcuttu. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Barsak şarbonu nadir ve ciddi seyirli bir tablodur. Kombine antibiyotik ve destek tedavisi gereklidir. Toksin nötralizasyonu için probiyotiklerden faydalanılabilir. Cerrahi olarak hemikolektomi gerektiren olgular da bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Barsak şarbonu, *Bacillus anthracis*, gastrointestinal şarbon



Şekil 1. Barsak şarbonu batın BT imajı, barsakta yaygın ve geniş hava sıvı seviyeleri ve ileus

[PS-259]

İkinci Basamak Bir Devlet Hastanesinde Son Üç Yılın El Hijyeni Uyum Oranlarının Değerlendirilmesi

Fethiye Akgül[1], Nazife Duygu Demirbaş[1], Filiz İlçi Dengiz[2], Seher Tarhan[2], Suzan Ekmen[2], Abdulkadir Daldal[1]

[1]*Batman Bölge Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Batman*

[2]*Batman Bölge Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Batman*

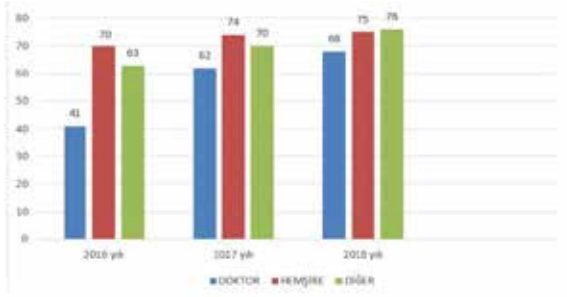
Giriş: Sağlık çalışanlarının elleri nozokomiyal enfeksiyonların yayılmasında çok büyük önem taşımaktadır. Kontrol önlemlerinin ilk ve en önemli basamağı el hijyeninin sağlanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre gözlem yöntemi, sağlık çalışanlarında el hijyeni uyumunu doğrudan ölçmenin güvenilir bir yoludur. Bu çalışmada son 3 yılın el hijyeni uyum oranlarını değerlendirmek istedik.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Batman Bölge Devlet Hastanesi'nde Enfeksiyon Kontrol Komitesi hemşireleri tarafından Sağlık Bakanlığı'nın sürveyans veri tabanına yüklenen veriler incelenmiştir. Gözlemler, DSÖ'nün "el hijyeninin 5 endikasyon formu" kurallarına göre enfeksiyon kontrol uygulayıcıları tarafından yapılmış ve genel uyum oranları hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmada 2016, 2017 ve 2018 yıllarına ait el hijyeni uyum verileri toplanmıştır. 2016 yılında toplam 780 el hijyeni gözlemlenmiş bunlardan 500'ü (%64,1) uygun olarak değerlendirilmiştir. 2017 yılında toplam 869 el hijyeni gözlemlenmiş ve bunlardan 628'i (%72,2) uygun olarak değerlendirilmiştir. 2018 yılında ise toplam 1018 el hijyeni gözlemlenmiş ve bunlardan da 765'i (%75,1) uygun olarak değerlendirilmiştir. Yıllara göre el hijyeni gözlem ve uyumu Tablo 1'de gösterilmiştir. Üç yılda da en uyumlu meslek grubunun hemşire olduğu tespit edilmiştir. Meslek gruplarına göre el hijyeni uyum oranları Şekil 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının el hijyeni uyumunun artırılmasında düzenli takibin, verilen eğitimin ve farkındalık yaratacak etkinlikler planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: El hijyeni, nozokomiyal enfeksiyon



Şekil 1. Meslek gruplarına göre el hijyeni uyum oranları

Tablo 1. Yıllara göre el hijyeni gözlem ve uyumu

Yıl	Toplam el hijyeni gözlem sayısı	Uygun el hijyeni gözlem sayısı	Uyum oranı (%)
2016	780	500	64,1
2017	869	628	72,2
2018	1018	765	75,1

[PS-260]

Hepatik Kitle ile Prezente Olan *Fasciola hepatica* Olgusu

Nazife Duygu Demirbaş, Fethiye Akgül, Abdulkadir Daldal

Batman Bölge Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Batman

Giriş: Fascioliasis insanda nadir rastlanan karaciğer ve safra yolu hastalığıdır. *Fasciola hepatica* metaserkarya içeren su bitkilerinin yenilmesi veya kontamine suların içilmesi ile bulaşmaktadır. Akut enfeksiyonda ateş, hepatomegali, karın ağrısı, kilo kaybı, anemi ve eozinofili görülebilir. Kronik olgularda tıkanma sarılığı ve kolanjit hatta siroza kadar giden tablolara rastlanabilir. Fascioliasis tanısında, dışkıda parazit yumurtasının saptanması ve serolojik testler önemli yer tutmaktadır. Bu olgu ile hepatik kitle ile prezente olan, hipereozinofili araştırılırken tanı konulan *F. hepatica* olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş üç yaşında Batman'da ikamet eden kadın hasta bir aydır olan karın ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetiyle Batman Bölge Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği'ne başvurdu. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hemogramında %43 eozinofilisi olan hastanın rutin biyokimyası normaldi. Batın ultrasonografide periportal alanda birkaç adet lenf nodu ve karaciğer sol lobda; karaciğer konturunda lobülasyona neden olan birbirine komşu 2 adet heterojen hipoekoik solid lezyon izlendi. Ayrıcı tanıların tetkiki için çekilen dinamik bilgisayarlı tomografide 7x5 cm boyutlarında öncelikle hepatoselüler karsinom dışı malign hepatik tümörler lehine yorumlanan kitle lezyonu izlenip histopatolojik tetkiki önerildi. Karaciğer biyopsisi planlanan hasta, hemogramında hipereozinafilisi olması üzerine enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniğine yönlendirildi. Tarafımızca değerlendirilen hastanın anamnezi derinleştirildiğinde su teresi yeme öyküsü tespit edildi. Fasciolasis ön tanısı ile istenen *F. hepatica* IgG antikorları pozitif (ELISA anti-IgG; 1/2560 titrede pozitif) olarak saptandı. İki hafta süreyle farklı günlerde birçok kez yapılan dışkı bakısında *F. hepatica* yumurtalarına rastlanmadı. Hastaya Fasciolasis tanısıyla triklabendazol tedavisi 10 mg/kg gün tek doz verildi. Hastanın bir yıl sonraki poliklinik kontrolünde eozinofilisinin ve kitle görünümünün tamamen düzeldiği tespit edildi.

Sonuç: Fasciolasis kliniğinin non-spesifik olması, ayrıca nadir görülen hastalık olmasından dolayı tanıda akla gelmemesiyle sık atlanan hastalıklar grubundadır ve bu nedenle de tanı zorlaşır. Bu olgu sunumunda; karın ağrısı ve eozinofilisi olan olgularda *F. hepatica*'nın akılda tutulmasına; bu hastalarda invaziv bir işlem olan karaciğer biyopsisi yerine serolojik yöntemler (IHA

veya ELISA) ile Fascioliasis tanısı konulabileceğine ve pozitifliği durumunda triklabendazol ile tedavi sağlanabileceğine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Fasciola hepatica*, hepatik kitle

[PS-261]

Menenjit Kliniği ile Başvuran Hasta: Faktör 5 Leiden Mutasyonu, Akut Q Ateşi ve Nörobehçet

Zülal Özkurt[1], Mehmet Parlak[1], Mehmet Melikoğlu[2], Mehmet Nuri Aydın[3], Hayri Oğul[4]

[1]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

[2]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

[3]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Erzurum*

[4]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

Giriş: Meningismus tablosu fiziksel, kimyasal, toksik, alerjik ve otoimmün hastalıklar gibi pek çok nedeni kapsamaktadır. Meningismusla gelen enteresan olgu sunulmaktadır.

Olgu: Şiddetli baş ve boyun ağrısı ile başvuran 26 yaşında erkek hasta son 20 gündür baş ağrısı, kas eklem ağrısı, ateş tanımlıyordu. Muayenede şuur açık olup ense sertliği mevcuttu. Menenjit düşünülerek lomber ponksiyon yapılan hastanın beyin omurilik sıvısı bulguları normaldi. Patolojik laboratuvar sonuçları: Beyaz küre: 16500 (%86 PNL), ESH: 32 mm/h, CRP: 72 mg/dl idi. Kraniyal bilgisayarlı tomografide paranazal sinüs mukozasında minimal enflamatuvar değişiklikler ve mastoid hücrelerde havalanmada azalmalar ve enflamasyon saptandı. Hastaya deksametazon ve seftriakson başlandı. Ertesi gün baş ağrısı gerileyen hastanın deksametazonu stoplandı. Sonraki gün hastanın genel durumu bozuldu fotofobi, baş ağrısı ve bradikardi gelişti. Göz dibinde ödem saptandı. KIBAS için mannitol ve deksametazon başlandı. Beyin manyetik rezonans venogram çekilen hastada; lateral ventriküllerde asimetri, sağ frontotemporal bölgede dural kalınlaşma ve minimal effüzyon; serebellar ve serebral her iki hemisferde pakimenengiyal kontrastlanma ve dural kalınlaşmalar, bilateral juguler venlerde transvers ve sigmoid sinüslerde trombüs saptandı. Acilen nöroloji ile konsülte edildi, düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. Q ateşi düşünülerek doksisiklin eklendi. Bu süreçte hastanın klinik tablosu düzeldi. Doksisikline bağlı olarak hepatotoksisite gelişmesi nedeniyle tedavi 14. günde kesildi. *Coxiella burnetti*'ye ait testler de pozitif sonuçlandı (Tablo 1). Hastada sol dizde eklem ağrısı gelişti ve yapılan konsültasyonunda dizde effüzyon saptandı, soğuk uygulama ve non-steroid anti-enflamatuvar önerildi; Behçet düşünüldü. Dermatoloji kliniğince değerlendirilen hastada yapılan izlemde nörobehçet tanısı kondu. Faktör V Leiden mutasyonu ile ANA pozitifliği saptandı. Diğer tüm otoantikorlar, inme markerleri ve Behçet paterji testi ve akut dönemde PPD negatifti. Hasta ikinci haftanın sonunda şifa ile taburcu edildi. Kontrolde genel durum iyi, boyunda sertlik ve kas eklem ağrısı, zaman zaman ateş şikayetleri vardı. Dermatoloji kliniği tarafından kortizon, immuran ve asetazolamid başlandı. PPD 17-20 cm idi, INH profilaksisi başlandı. Olgu faktör 5 Leiden mutasyonu olan Behçetli hastada akut Q ateşinin neden olduğu diffüz serebral venöz tromboz olarak tanı aldı.

Sonuç: Meningismus ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda serebral venooklüziv hastalıklar, nörobehçet, Q fever gibi nadir görülen riketsiyozlar da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Coxiellozis*, Q ateşi, nörobehçet

Tablo 1. Q ateşi test sonuçları

Test	Akut dönem	Konvelesan dönem (2 ay sonra)
Coxiella burnetii IgM (ELISA)	Pozitif	
Coxiella burnetii IgG (ELISA)	Pozitif	
Coxiella burnetii IgG (Faz I) IFA	Pozitif 1/128	Pozitif 1/256
Coxiella burnetii IgG (Faz II) IFA		Pozitif 1/1024
Coxiella burnetii IgM (Faz II) IFA		Negatif
Coxiella burnetii PCR (real-time)	Negatif	

[PS-262]

Hepatit A, B ve C'nin Son 10 Yıl İçerisinde Yaş Gruplarına Göre Seroepidemiyolojisinin Değerlendirilmesi

Onur Ünal[1], Ömer Karaşahin[2]

[1]*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Isparta*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Erzurum*

Giriş: Çalışmamızda hepatit A, B ve C virüslerinin yaş gruplarına göre seroepidemiyolojisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01.01.2009 ile 31.12.2018 arası polikliniklere başvuran hastaların HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HCV, HCV-RNA ve anti-HAV IgG sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Tekrarlayan sonuçları olan hastaların son serolojik sonuçları kaydedildi.

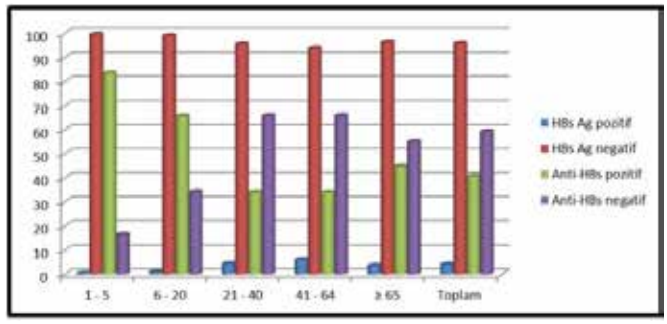
Bulgular: Çalışmamıza, 212.424 (%58,7 erkek, %41,3 kadın) HBsAg, 132.832 (%56,1 erkek, %43,9 kadın), anti-HBs, 24.519 (%53,5 erkek, %46,5 kadın) anti-HBc IgG, 228.588 (%58,4 erkek, %41,6 kadın) anti-HCV ve 25.884 (%64,4 erkek, %45,6 kadın) anti-HAV sonucu değerlendirilen hasta dahil edilmiştir. Genel HBsAg seroprevalansı %4,1 (8.676/203.748), anti-HAV IgG seroprevalansı %81,6 (21.124/25.884) ve anti-HCV seroprevalansı %1,1 (2.447/228.588) olarak bulunmuştur. Bütün yaş grupları arasında HBsAg, anti-HBs, anti-HAV IgG ve anti-HCV sıklıkları açısından istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,001). HBsAg pozitifliği, 1-5 yaş grubunda %0,4 olup diğer yaş gruplarına göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük, anti-HBs pozitifliği (%83,6) ise istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Kır bir-altmış beş yaş grubunda HBsAg pozitifliği (%6,1) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek, anti-HBs pozitifliği ise istatistiksel anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (p<0,001). Ulusal hepatit B aşılaması (1998) sonrası doğanların anti-HBs pozitifliği (%67,3) önce doğanlara (%37,1) göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Anti-HBs pozitif olan hastalarda bakılan anti-HBc IgG pozitiflik oranının yaş artıkça arttığı tespit edilmiştir. Anti-HAV IgG seropozitifliği 6-20 yaş grubunda (%56,5) istatistiksel olarak en düşük ve 65 yaş ve üzerinde (%99,5) ise istatistiksel olarak en yüksek bulunmuştur (p<0,001). Anti-HAV IgG pozitifliği, hepatit A aşısının ulusal aşı takvimine girmesinden sonraki dönemi kapsayan 1-5 yaş grubunda, 6-20 yaş grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Ulusal hepatit A aşılaması sonrası doğanların anti-HAV IgG pozitifliği %72,7 (208/286) olarak bulunmuştur (p<0,001). Anti-HCV seropozitiflik oranı 1-5 yaş grubunda (%0,1) en düşük ve 65 yaş ve üzerinde (%2,0) ise en yüksek bulunmuştur. Anti-HCV pozitifliği yaş ilerledikçe istatistiksel anlamlı olarak artmaktadır (p<0,001). Anti-HCV pozitif olanların %79,5'inde (1946/2447) HCV-RNA ile değerlendirilmiştir. Anti-HCV pozitif 1946 hastanın 420'sinde (%21,5) HCV-RNA pozitif saptanmıştır. HCV-RNA pozitifliğinin de yaş

ilerledikçe istatistiksel anlamlı olarak arttığı bulunmuştur (p<0,01). Bir-beş yaş grubunda HCV-RNA ile değerlendirilenlerin tamamı negatif olup 65 yaş ve üzerinde ise istatistiksel anlamlı olarak en yüksek HCV-RNA pozitifliği tespit edilmiştir (p<0,001).

Sonuç: Özellikle küçük yaşlarda HBsAg ve HCV seropozitiflik oranları daha düşük iken anti-HBs ve anti-HAV IgG oranlarının hedeflenen düzeyde olmasa da yüksek olduğu gözlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit, seroloji, yaş

Tablo 1. Yaşlara göre HBsAg ve anti-HBs dağılımı



Tablo 1. Yaş gruplarına göre HBsAg, anti-HBs, anti-HAV IgG ve anti-HCV seroprevalansı

Yaş	1-5 n (%)	6-20 n (%)	21-40 n (%)	41-64 n (%)	>=65 n (%)	Toplam
HBsAg pozitif	33 (0,4)	331 (1,0)	3093 (4,4)	3710 (6,1)	1509 (3,6)	8676 (4,1)
HBsAg negatif	7544 (99,6)	32077 (99,0)	67147 (95,6)	56949 (93,9)	40031 (96,4)	203748 (95,9)
Anti-HBs pozitif Anti-HBc IgG pozitif/negatif	1058 (83,6) 4/131 (%2,9)	9627 (65,8) 96/2079 (%4,4)	13776 (34,1) 622/2849 (%17,9)	14752 (34,0) 1409/892 (%61,2)	14886 (44,9) 985/474 (%67,5)	54079 (40,7) 3116/6425 (%32,6)
Anti-HBs negatif	207 (16,4)	4996 (34,2)	26658 (65,9)	28655 (66,0)	18243 (55,1)	78759 (59,3)
Anti-HAV IgG pozitif	366 (70,0)	3977 (56,5)	7588 (83,8)	5553 (98,9)	3640 (99,5)	21124 (81,6)
Anti-HAV IgG negatif	157 (30,0)	3061 (43,5)	1463 (16,2)	62 (1,1)	17 (0,5)	4760 (18,4)
Anti-HCV pozitif (HCV-RNA pozitif/negatif)	3 (0,1) (-/3)	131 (0,4) (3/109)	583 (0,8) (70/440)	825 (1,2) (165/506)	905 (2,0) (182/468)	2447 (1,1) (420/1526)
Anti-HCV negatif	5068 (99,9)	36607 (99,6)	74268 (99,2)	65380 (98,8)	44818 (98,0)	226141 (98,9)

[PS-263]

Stajyer Sağlık Okulu Öğrencilerini Kızamık Aşılaması Açısından Değerlendirmeli miyiz?

Selma Tosun, Hülya Özkan Özdemir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Son yıllarda ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde kızamık epidemileri yaşanmakta olup özellikle aşı karşıtı grupların olumsuz etkisi sonucu bebeklik ve çocukluk dönemi aşıları aksayabildiğinden toplumlardaki kızamığa duyarlı nüfus da artmaktadır. Bu artış, doğal olarak küçük kızamık epidemilerine yol açmaktadır. Ülkemizde çocukluk dönemi aşı takviminde kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısı iki doz şekline yapılmakta, gerektiğinde kızamık destek aşı kampanyaları uygulanmaktadır. Bu kapsamda son olarak sağlık çalışanlarına yönelik bir aşı kampanyası da uygulanmıştır. Sağlık meslek liselerinde ve sağlıkla ilgili yüksek okullarda eğitim gören öğrenciler, staj için hastanelere gittiğinde kendilerinden aşıyla korunulabilen hastalıklarla ilişkili tetkikler istenmekte, seronegatif olanlar aşılanmaktadır. Bu çalışmada bu öğrencilerin kızamık açısından bağışıklık durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemize staj için gelen ve kızamık açısından kan tetkiki yapılmış olan sağlık meslek liselerinde ve sağlıkla ilgili yüksek okullarda eğitim gören öğrencilerin tetkik sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaşları 20-25 arasında (1993-1998 doğumlu) değişen, toplam 177 öğrencinin kızamık IgG sonuçları değerlendirilmiştir. Öğrencilerin 104'ünde (%59) kızamık IgG antikorları pozitifken, 54'ünde (%30) negatif, 19'unda (%11) ise sınırda pozitif saptanmıştır.

Sonuç: Kızamık aşılaması ile özellikle riski yüksek kişilerin korunması sağlanmaktadır. Bunların başında 12 aydan küçük bebekler gelmektedir. Kızamık aşısının yaygın uygulanması ile toplumsal bağışıklık da sağlanmaktadır ancak aşı yanıtı %100 olmadığından her zaman az sayıda, hastalığa duyarlı bir kesim kalmaktadır. Aşı kampanyaları da zaten bu amaçla belli gruplara yönelik olarak yapılmaktadır. Çalışmamızda 20-25 yaş arasındaki (1993-1998 doğumlu) sağlık çalışanı adayı öğrencilerin üçte biri kızamık açısından negatif bulunmuş olup %10'unda da sınırda pozitiflik saptanmıştır; yani yaklaşık yarısında kızamığa duyarlılık söz konusudur. Bu nedenle stajyer sağlık çalışanlarının aşılamaları yapılırken bu hususun da göz önüne bulundurulması, mümkün olabilirse test yapılması ve seronegatiflerin aşılanması; ayrıca herhangi bir kızamık epidemisi söz konusu olduğunda bu yaş grubundaki genç nüfusun da öncelikli aşılanacak gruplar içinde yer alması uygun olacaktır kanaatindeyiz. Ayrıca bu konuda daha geniş sayıda çalışma yapmanın anlamlı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kızamık, sağlık çalışanı adayları, aşılama

[PS-264]

Sağlık Çalışanlarının Hepatit A ve Hepatit B ile İlgili Farkındalıklarının ve Aşılanma Durumlarının Belirlenmesi

Ömer Çelik[1], Selma Tosun[2]

[1]*Buca Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimliği Uzmanı, İzmir*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*

Giriş: Sağlık çalışanları mesleki maruziyetten dolayı HAV ve HBV açısından risk altındadır. Bu çalışmada bir eğitim araştırma hastanesindeki sağlık çalışanlarının HAV ve HBV ile ilgili bilgi düzeylerinin, tutumlarının belirlenmesi ile tetkik yaptırma ve aşılanma durumlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 400 sağlık personeline Ocak 2016-Haziran 2016 tarihleri arasında yüzyüze anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences 18 version) programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 297'si (%74) kadın olan, 113 doktor (%28) 123 hemşire (%31) 128 stajyer öğrenci (%32), 36 diğer sağlık personeli (%9) olmak üzere toplam 400 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Yaş ortalamaları 30'dur (±10,74). Araştırmamızda sağlık çalışanlarının hepatit B açısından tetkik yaptırma durumu hepatit A tetkiki yaptırma durumuna göre daha yüksek bulunmuştur. Hizmet yılı ile hepatit B aşısı yaptırma arasındaki ilişki incelendiğinde, hizmet yılı değişkeninin hepatit B ile ilgili aşı yaptırma oranı açısından anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yaş grupları ile hepatit A aşısı yaptırma arasındaki ilişki incelendiğinde, 15-19 yaş grubundaki sağlık personelinde aşılanma oranı diğer yaş grubunda bulunanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Stajyer öğrencilerin hepatit A ve hepatit B farkındalık ve bağışıklanma durumları ayrı olarak incelendiğinde, 76'sı (%59,8) HBV tetkiki yaptırdığını; 26 kişi (%20,3) HBV aşısı yaptırdığını, 95 kişi ise (%74,2) HBV aşısı yaptırıp yaptırmadığını hatırlamadığını belirtmiştir. Stajyer öğrencilerin hastane otomasyon sisteminden ulaşılan tetkik sonuçları incelendiğinde 84 kişinin (%75,7) hepatit A için bağışık olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin hiçbirinde HBsAg ve anti-HBcIgG pozitifliği saptanmamıştır, anti-HBs sonuçları değerlendirildiğinde %91,1'inde koruyucu düzeyin üzerinde belirlenmiştir. Hepatit A açısından stajyer öğrencilerden sekizi hepatit A tetkiki yaptırmadığını, 38'i (%30,7) hepatit A açısından aşı yaptırdığını belirtmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda sağlık çalışanlarının hepatit A farkındalığı ve aşılanma durumu hepatit B'ye kıyasla daha düşük olarak değerlendirilmiştir. Hastanemizde 2015 yılından beri stajyer öğrencilere yönelik düzenli bir eğitim ve aşılama programı bulunduğundan stajyer öğrencilerin HBV ve HAV açısından farkındalıklarının ve aşılama oranlarının nispeten daha yüksek bulunduğunu düşünmekteyiz. Verilerimize göre hepatit A ile karşılaşmanın ileri yaşlara kaydığı görülmektedir. Bu nedenle genç erişkin yaştaki sağlık çalışanları HBV'nin yanında HAV enfeksiyonu için de değerlendirilmeli ve duyarlı bireyler HBV ve HAV enfeksiyonuna karşı aşılanmalıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarının enfeksiyon hastalıklarından korunmasında uyulması gereken üniversal korunma kurallarına gereken önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HAV, HBV, sağlık çalışanı

[PS-265]

Bakteriyel Menenjit Etkenlerinin Multipleks Real-time PCR Yöntemiyle Araştırılması

Fatma Bayrak Erdem, Şemsi Nur Karabela, Sevtap Şenoğlu, Özlem Altuntaş Aydın, Kadriye Kart Yaşar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Akut bakteriyel menenjit acil tedavi başlanması gereken bir enfeksiyon hastalığıdır. Geç kalınması halinde ölüm, nörolojik, nöro-psikiyatrik komplikasyonlar oluşabilmekte, sekel bulgular kalabildiğinden hızlı tanı gerektiren hastalıkların başında gelmektedir. Bu çalışmada, multipleks real-time PCR yöntemiyle beyin omurilik sıvısı (BOS) örneklerinde saptanan bakteriyel etkenlerin dağılımının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Ocak 2018 ile Şubat 2019 tarihleri arasında hastanemiz moleküler mikrobiyoloji laboratuvarına menenjit şüphesiyle BOS örneği gönderilen 123 hasta dahil edilmiştir. BOS örneklerinde bakteriyel menenjit etkenlerinden *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* ve *Streptococcus pneumoniae* DNA'sı, multipleks real-time PCR ile FTD Bacterial Meningitidis (Fast-Track Diagnostics, Lüksemburg) kiti kullanılarak araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 123 hastanın 62'si (%50) çocuk, 71'i (%57) erkek ve 52'si (%42) kadındı. Laboratuvarımıza gelen 123 BOS örneğinden 10'unda (%8) bakteriyel bir etken DNA'sı izole edilmiştir. Eş zamanlı olarak kültürü yapılan BOS örneklerinin sadece ikisinde (%1,6) konvansiyonel kültür yöntemleriyle *S. pneumoniae* üretilebilmiştir. PCR pozitif örneklerin beşinde *S. pneumoniae*, beşinde ise *N. meningitidis* saptandı. Bu 10 hastanın altısı çocuk, dördü erişkin olup *N. meningitidis* DNA'sı izole edilen tüm BOS örnekleri çocuk olgulara aitti. Erişkin olgularda multipleks PCR ile sadece pnömokok saptanmıştır. Hastaların tümü tedavi edilmiş, komplikasyon gelişen ya da hayatını kaybeden olmamıştır.

Sonuç: Akut bakteriyel menenjitlerde mortalite ve morbiditeyi azaltmak için erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Bakteriyel menenjit etkenlerinin BOS kültüründe üremesi oldukça zordur. Özellikle *N. meningitidis* olgularında temaslılara profilaksi verilmesi gerekliliği toplum sağlığı açısından da önem arz etmektedir. Bu nedenlerle, konvansiyonel yöntemlere göre etkeni daha hızlı ve daha yüksek saptama oranına sahip multipleks PCR gibi moleküler yöntemler, erken tanı ve tedaviyle menenjitli olgularda mortalite ve morbidite oranlarını düşürecektir.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyel menenjit, multipleks PCR

[PS-266]

HBeAg Negatif Kronik Hepatit B Hastalarında Alt Düzeyi Normal ise Biyopsi Gerekli mi?

Gürdal Yılmaz, Murat Aydın, Firdevs Aksoy

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Kronik hepatit B'li (KHB) hastalarda karaciğer fibrozisini değerlendirmede biyopsi kararı kılavuz önerileri doğrultusunda uygulanmaktadır. HBeAg negatif, alanin aminotransferaz (ALT) normal sınırlarda seyreden hastalarda karaciğer biyopsi endikasyonları ile ilgili ortak bir öneri bulunmamaktadır. APASL 2016 kılavuzunda bu hastalarda 35 yaş üzerinde fibrozis durumunu belirlemek için biyopsi önerisi bulunmaktadır. Ancak güncel AASLD ve EASL kılavuzlarında bu hastalara biyopsi önerilmemektedir. Çalışmamızda ALT düzeyleri normal sınırlarda seyreden KHB hastalarında karaciğer biyopsisinin gerekli olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2008-2018 tarihleri arasında HbeAg negatif KHB tanısı alan ve karaciğer biyopsisi yapılmış hastalar retrospektif olarak irdelendi. Hastaların demografik özellikleri, biyopsi öncesi ALT düzeyleri HBV-DNA sonuçları, ALT düzeylerinin son 12 aylık takipleri ve karaciğer biyopsi sonuçları hazırlanan çalışma formuna kaydedildi. İstatistiksel analiz için IBM SPSS Statistics for Windows version 22.0 kullanıldı.

Bulgular: HBeAg negatif 163 KHB'li hasta çalışmaya alındı. Hastaların hepsinin HBV-DNA düzeyi 2000 IU/ml'nin üzerinde idi. Hastaların yaş ortalaması 48,4±11,7 olup, 102'si (%62,6) erkekti. Karaciğer biyopsisi öncesindeki ALT düzeyi 28 hastada (26,5±6,9) normal sınırlarda olup, 135 hastada (13,7±109,6) normal sınırların üzerindeydi. ALT düzeyi normal olan 28 hastanın biyopsi öncesi son 12 aydaki ALT düzeyleri 21 (%75) hastada normal iken, 4 (%14,3) hastada hafif dalgalanma ve 3 (%10,7) hastada ise normalin 2 katının üzerinde dalgalanma vardı. ALT düzeyi normal olan hastaların 4'ünde (%14,3), ALT düzeyi yüksek olan hastaların 37'sinde (%27,4) fibrozis skoru 2'nin altındaydı (p=0,230) (Tablo 1). Hastaların fibrozis skorları ile ALT düzeyleri arasında korelasyon yoktu (r=-0,049; p=0,538). Biyopsi sonucunda 41 hastada fibrozis skoru <2 iken, 122 hastada fibrozis skoru >=2 olarak saptandı. Yaşla birlikte fibrozis düzeyinin arttığı gözlendi (Tablo 2).

Sonuç: HBeAg negatif KHB hastalarında karaciğer biyopsisi kararı verirken serum ALT düzeyleri normal olsa da HBV-DNA >2000 IU/ml olan hastalar da karaciğer biyopsisi açısından değerlendirilmesi ve özellikle 35 yaşını geçmiş hastalarda biyopsi yapılması gerektiği düşünülmektedir.

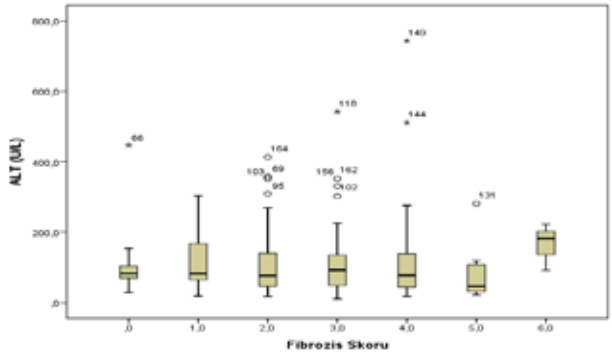
Anahtar Kelimeler: Hepatit B, karaciğer biyopsisi, ALT

Tablo 1. HBeAg negatif KHB hastalarında ALT düzeyleri ile fibrozis skoru ve diğer parametreler arasındaki ilişki

	ALT normal (n=28)	ALT yüksek (n=135)	p
Yaş	50,7±9,2	47,9±12,1	0,244
Cinsiyet (erkek)	18	84	**1,000**
HBV-DNA log	4,7±0,9	6,0±1,6	**<0,001**
HBV-DNA >20.000 IU/ml	18	115	0,009
HAİ	6,5±2,3	7,0±2,5	0,462
FS	2,8±1,3	2,4±1,4	0,159
Fibrozis skoru 0 1 2 3 4 5 6	 1 3 7 9 5 3 0	 13 24 31 38 21 5 3	0,559
ALT normal değeri: 0-45 U/l			

Tablo 2. HBeAg negatif KHB hastalarında fibrozis skoru ile diğer parametreler arasındaki ilişki

	FS <2 (n=41)	FS ≥2 (n=122)	p
Yaş	45,0±10,1	49,5±12,0	**0,013**
Cinsiyet (erkek)	22	80	0,173
HBV-DNA log	5,5±1,6	5,9±1,6	0,178
HBV-DNA >20.000 IU/ml	32	101	0,498
HAİ	5,7±1,6	7,3±2,5	**<0,001**
ALT	113±84	117±115	0,484
AST	62±38	72±65	0,871
ALT normal değeri: 0-45 U/l			



Şekil 1. HBeAg negatif kronik hepatit B hastalarında ALT düzeyleri ile fibrozis skoru arasındaki ilişki

[PS-267]

Bir Varmış Bir Yokmuş

Arzu Tarakçı

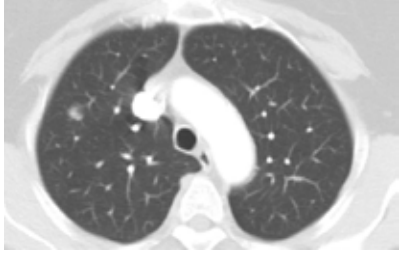
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Konya

Giriş: Enfeksiyon hastalıkları özellikle subakut seyrettiğinde enfeksiyon dışı hastalıklarla karışabilmektedir. Ender bir pnömoni çeşidi olan round pnömoni genellikle çocukluk çağında görülmekle beraber nadiren erişkinlerde de görülmektedir. Bu yazıda malignite ile karışan ve atipik etkenlere bağlı olduğunu düşündüğüm, subakut seyirli round pnömoni olgumu sundum.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 65 yaşındaki kadın hasta 2 aydır var olan kuru öksürük, hafif halsizlik, iştahsızlık, ara ara olan terleme yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde bu 2 aylık süre zarfında 2 kez farklı kuşaktan olmak üzere beta-laktam cinsi antibiyotik tedavisi aldığı, ancak şikayetlerinin geçmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş normal sınırlardaydı, dinlemekle solunum sesleri bilateral doğaldı, ral, ronkus tespit edilmedi, diğer sistem muayeneleri de doğaldı. Laboratuvar bulguları: Beyaz küre: 4950 (%62,5 nötrofil), C-reaktif protein (CRP): 25,7; karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda tespit edildi. Uzamış öksürük şikayeti ve kognitif semptomları olan hastadan enfeksiyon, malignite ön tanıları ile bilgisayarlı toraks tomografisi istendi. Hastanın toraks tomografisinde sağ akciğer üst lob anterior segmentte 1 cm çapta buzlu cam dansitesinde nodüler görünüm tespit edildi ve radyolojik olarak sıkı takip uyarısı ile raporlandı. Hasta göğüs hastalıkları ile konsülte edildi, göğüs hastalıkları mevcut durumu enfeksiyondan ziyade malignite lehine yorumladı. Tanıda geç kalınmaması için pozitron emisyon tomografi (PET) çekiminin düşünülebileceğini söyledi. Tarafımızca hastada enfeksiyon da ekarte edilemediği için atipik etkenlere yönelik olarak oral moksifloksasin tedavisi başlandı ve PET çekimi planlanmadı. İki haftalık tedavi sonrasında hastanın klinik semptomlarında belirgin gerileme oldu, hasta 2 haftalık tedavisiz periyottan sonra tekrar görüldü, tüm semptomları kaybolmuş, tamamıyla iyileşmişti. Üç ay sonra çekilen kontrol toraks tomografisinde nodülden eser yoktu.

Sonuç: Round pnömoni, akciğer grafisinde lokalize yuvarlak alan olarak görülmekte ve boyutuna göre pulmoner nodül ya da kitle ile karışabilmektedir. Bu olguda tutulan alanın sadece 1 cm ile sınırlı olması nedeniyle enfeksiyona ait klinik bulgular baskın olmayıp olgu subakut seyretmiştir. Yine tutulan alanın küçük olması nedeniyle malignite şüphesi ile yakın takip gerektiren bir nodülü taklit etmiştir. Ateşin olmayışı, lökosit sayısı ve formülünün normal sınırlarda olması, CRP seviyesinin ılımlı yüksek oluşu subakut klinikle birleşince enfeksiyondan daha çok maligniteyi düşündürmüştür. Olgu, akciğerde lokalize yuvarlak nodüler tarzda tutulumu olan seçilmiş olgularda enfeksiyonun göz ardı edilmemesi açısından paylaşılmaya değer bulundu.

Anahtar Kelimeler: Nodül, round pnömoni



Şekil 1. İlk toraks tomografisi (nodül görülmekte)

[PS-268]

Üç Deri Şarbonu Olgusu

Emine Parlak, Fatma Kesmez Can, Handan Köksal Alay, Mehmet Parlak, Zülal Özkurt

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Şarbon, *Bacillus anthracis*'in etken olduğu gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmekle birlikte tüm dünyada yaygın görülen bir zoonozdur. Deri şarbonu, akciğer şarbonu ve gastrointestinal şarbon olmak üzere üç klinik formu vardır. En sık görülen form deri şarbonudur. Ağrısız ödemli veziküler lezyonları bulunanlarda, hayvan temas öyküsü de varsa öncelikle şarbon düşünülmelidir. Erken tanı ile tedavi süresi kısalmakta sonuç yüz güldürücü olmaktadır. Ülkemizde şarbon hastalığının Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgesi için hala önemli bir sağlık problemi olduğunu vurgulamak için olguları paylaştık.

Olgu 1: Altmış iki yaşında kadın hasta elde yara şikayeti ile yatırıldı. Sol elde 6x7 cm nekrotik ülserasyon çevresinde eritem ve ödem vardı. Bir hafta önce koyun kesme hikayesi vardı. Hayvancılıkla uğraşıyordu. Laboratuvar muayenesinde beyaz küre: 14300, hemoglobin: 14, Plt: 396000, sedimentasyon 36/saat, C-reaktif protein 49,9 mg/l idi. Kutanöz şarbon tanısıyla 6x3 milyon Ü kristalize penisilin g ve steroid başlandı. Şifa ile taburcu oldu.

Olgu 2: On yedi yaşında erkek hasta üç gün önce başlıyan sol ön kol el bileği ön kısımda siyah renkte 4x4 cm yara, sol kolda şişlik şikâyeti ile kliniğe yatırıldı. Kompartman sendromu açısından ortopedinin önerileri alındı. Deri şarbonu tanısıyla penisilin G 2x800000 Ü ve prednol başlandı.
Olgu 3: Otuz altı yaşında erkek hasta 5 ay önce ineği kestikten 5 gün sonra sağ el 4. parmakta siyah ödematöz lezyon ile ilk yatışı yapıldı. Eldeki lezyonun nekroze olması ile tekrar başvuran hastaya ortopedi tarafından parmak ampütasyon yapıldı (Resim 1).

Sonuç: Şarbon; hayvancılıkla uğraşan ülkelerde endemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Hasta hayvanın kesilmesi, derisinin yüzülmesi ile direkt temasla, sporların inhalasyonu ile ve enfekte etlerin yenmesiyle bulaşmaktadır. Şarbon, günümüzde gerekli tedbirlerin alınmasıyla azalmakla birlikte ülkemizde özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde hala endemik olarak görülmektedir. Tedavide penisilin ilk tercih edilecek antibiyotiktir. Hayvan aşılamalarının yaygınlaştırılması, eğitim faaliyetleri, kaçak hayvan kesiminin kontrolü sayesinde insan olgu sayıları azalmaktadır. Hayvanlarla temas anamnezi olan hastalarda deri lezyonlarında öncelikle şarbon düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ampütasyon, şarbon, zoonoz



Resim 1. Olgu 3, sağ el 4. parmakta nekroze lezyon

[PS-269]

Akut Meningoensefalit Kliniği ile Seyreden Akut HIV Enfeksiyonu

Hilal Küpeli, Hülya Özkan Özdemir, Selma Tosun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Akut menenjit ve meningoensefalit tablolarının ayırıcı tanısında bakteriyel ve viral birçok etken yer almaktadır. Bu sunumda akut meningoensefalit tablosuyla yatırılan ve tetkiklerinden kan ve beyin omurilik sıvısı (BOS) örneğinde HIV-RNA pozitif bulunarak akut HIV enfeksiyonu tanısı alan bir olgu anlatılmıştır.

Olgu: Otuz iki yaşında, evli, heteroseksüel, erkek hasta, bir haftadır giderek artan baş ağrısı, ateş ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Apatik görünümde olup bilinci açıktı, oryantasyonu ve kooperasyonu tamdı fakat sorulara uzun sürede cevap veriyordu. Ajitasyonu mevcuttu. Vücut ısısı 37,5 °C idi. Meningeal irritasyon bulguları yoktu. Kan tahlilleri fizyolojik sınırlarda olan hastanın görüntülerinde patolojik bulgu saptanmadı. Akut ensefalit ön tanısı ile yatırılarak lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Alınan BOS incelemesinde 40 lökosit/mm^3 görüldü. Pandy negatif olup protein 58 mg/dl tespit edildi. Hastaya asiklovir 750 mg 3x1 IV olarak başlandı. Viral belirteçleri ve sifiliz antikoru istendi. Anti HIV pozitifliği, sifiliz antikor ile VDRL pozitifliği tespit edildi. Tedavinin ikinci gününde tekrar LP yapıldı. BOS biyokimyası ve hücre sayısı aynıydı, BOS'ta VDRL negatif tespit edildi. Göz dibi muayenesi olağan olan hastanın kranial manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) patolojik tutuluma rastlanmadı. Hastada nörosifiliz düşünülmedi. Kan ve BOS'tan HIV-RNA PCR gönderildi. BOS'ta HSV-DNA tip 1/2 negatif, mikobakteri PCR negatif olup kültürde üreme olmadı. Asiklovir tedavisi kesildi. Yatışının altıncı gününde kanda HIV-RNA >10.000.000 kopya/ml tespit edilen hastanın, CD4 T lenfositi %41 olup sayısı 950/mm^3 olarak bulundu. Anti-HIV ELISA testinin doğrulama analizi (LIA/Western Blot) negatif olarak bildirildi. HLA B57*01 negatifti. Hastada akut HIV enfeksiyonuna bağlı akut meningoensefalit düşünüldüğünden TDF/FTC+LPV/r tedavisi başlandı. Hastanın inatçı bulantı kusması olması sebebiyle tedavisi abacavir/lamivudin/dolutegravir olarak değiştirildi. BOS'ta HIV-RNA 323.000 kopya/ml tespit edilmiş olup hastanın tedaviye uyumu tamdı. Tedavisinin üçüncü haftasında, ilk semptomuna göre dördüncü haftada doğrulama analizi (LIA/Western Blot) pozitif olarak bildirildi. Yirmi bir gün tedavi ile takip edilen hasta iyilik haliyle taburcu edildi. Hastaneden çıkışı sırasında kanda HIV-RNA 1980 kopya/ml tespit edildi.

Sonuç: HIV/AIDS hastalığının birçok belirti ve bulgusunun olmasıyla birlikte nörolojik bulgular HIV/AIDS'in her döneminde görülebilmektedir. Akut menenjit ve meningoensefalit klinik ön tanısı ile tetkik edilen hastaların ayırıcı tanısında HIV/AIDS hastalığı yer alması ve hastalığın şüphesi durumunda HIV-RNA ile değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Akut HIV, akut meningoensefalit

[PS-270]

Trombotik Trombositik Purpura Kliniği ile Başvuran Q Ateşi Olgusu

Ali İrfan Baran, Tuba Aydın, Tayyar Tarcan, Deniz Ulutaş, Hüsamettin Atay

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Giriş: Q ateşi zorunlu intraselüler, Gram-olumsuz bir bakteri olan *C. burnetii*'nin neden olduğu, insanlara en sık enfekte koyun, keçi ve sığır gibi çiftlik hayvanlarından bulaşan bir zoonozdur. Hastalık çoğunlukla asemptomatik veya kendiliğinden iyileşen bir seyir gösterirken, %2'sinde daha ciddi tablolar oluşabilmektedir. Olgumuzda Q ateşine bağlı trombotik trombositopenik purpura (TTP), hemolitik üremik sendrom (HÜS), mikroanjiyopatik hemolitik anemiler (MAHA) kliniği gelişen bir hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz yaşında erkek hasta, bir hafta önce ateş, halsizlik, öksürük, kas-eklem ağrıları, baş ağrısı şikayetleri ve sonrasında olan anlamsız konuşmaları ile dış merkeze başvuruyor. Buradaki tetkikler sonucunda TTP, HÜS, MAHA ön tanıları takip edilen olgu iki kez diyalize alınıyor, eritrosit, trombosit süspansiyonları uygulanıyor ve sonra hastanemiz yoğun bakımında takibe alınıyor. Özgeçmişinde kırsal alanda güvenlik görevlisi olduğu, hayvan teması olduğu ve son bir ay içinde 10 kg kaybı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; bilinç konfüze, genel durum orta, ateş 39,2 °C, nabız 95/dakika, TA 110/80 mmHg bulundu. Anizokorisi olan olgunun orofarinksi hiperemik, bilateral akciğer orta zonlarda ral mevcut idi. Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre 7420/mm^3 (%83,8 PNL), trombosit 32.200/mm^3, hemoglobin 9,3 gr/dl, Htc %24, Plt 16,4 sn, aPTT 78,8 sn, kreatinin 2,5 mg/dl, üre 126 mg/dl, AST 50 U/l, ALT 53 U/l, LDH 339 İÜ/l, total bilirubin 0,7 mg/dl, D-dimer 1950 ng/ml (n: 0-530), fibrinojen 289 ng/dl (200-400), C-reaktif protein 49 mg/dl, idrarda 151 eritrosit, C3 0,1 g/dl, C4 0,07 g/dl, IgA 0,2 mg/dl, IgG 1,5 mg/dl bulundu. Periferik yaymasında her alanda şistositler görüldü. Rose bengal testi pozitif olması üzerine olguya seftriakson ve doksisiklin tedavileri başlandı. Beyin difüzyon manyetik rezonansta korpus kallozum spleniumda yaygın kısıtlanma ve bu alanda hipointensite mevcut idi. Posterior-anterior akciğer grafisi ve ekokardiyografi normaldi, abdomen ultrasonografisinde alt kadranlarda ve pelvik bölgede 4 cm sıvı koleksiyonu mevcuttu. Tedavide plazma değişimi ve destek tedavi yapılan hastanın *Brucella* Coombslu Wright aglütinasyon, Gruber-Widal testi, hepatit markerleri, leptospira IgM ve IgG ve tüberkülin deri testi sonucu negatifti. Alınan kan ve parasentez mayii kültürlerinde üreme olmadı. Tedavinin 8. gününde ELISA *Coxiella* IgM 1:50 pozitif sonuçlanması dolayısıyla seftriakson tedavisi sonlandırıldı. Ateşi olmayan ve kliniği düzelen olgu doksisiklin tedavisi iki haftaya tamamlanacak şekilde taburcu edildi. Tedavi sonrası takiplerinde laboratuvar sonuçlarında herhangi bir patoloji saptanmadı.

Sonuç: Klinik olarak TTP, HÜS kliniği olan hastalarda Q ateşi ayırıcı tanıda akılda akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HÜS, TTP, Q ateşi

[PS-271]

Kardiyak Kist Hidatik Olgusu

Emine Parlak[1], Abdurrahim Çolak[2], Azman Ateş[2], Mehmet Parlak[1]

[1]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum*

[2]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum*

Giriş: Ekinokokkozis, insan ve hayvanların zoonotik hastalığıdır. Her yaş ve cinsiyette görülmektedir. Akdeniz ülkelerinde halk sağlığı ve ekonomik kayıp açısından bölgenin en önemli parazitik hastalığıdır. Kesin konakları etoburlar, ara konakları memelilerdir. İnsanlar rastlantısal ara konaktır. İnsanlara enfeksiyonun bulaşında köpek, koyun, keçi, büyükbaş hayvanlar ve otçul hayvanlar rol oynar. Özellikle köpekler insana enfeksiyonu taşıyan en önemli kaynaktır. İnsanlarda hastalığın kontrol altına alınması, köpeklerdeki kontrolüne bağlıdır. Kistlere en çok karaciğerde (%50-70) ve akciğerde (%10-30) rastlanır. Kardiyak kist hidatik olgularına oldukça nadir rastlanır. Tüm ekinokokkozis olgularının %0,5 ile %2'sini oluşturur. Kan dolaşımının fazla olduğu sol ventrikül miyokardında kardiyak kist hidatik daha fazla görülür (%55-60). İnterventriküler septumda %5-9, sağ atriyal duvarda %3-4, sağ ventrikül miyokardında %15, sol atriumda %8, pulmoner arterde %7 ve perikardiyumda %8 oranında rapor edilmiştir. Kardiyak kist hidatiğin en sık rastlanan klinik bulguları prekordiyal göğüs ağrısı ve öksürük olmakla beraber, ateş, hemoptizi, dispne, anafilaktik şok, senkop, perikardit, valvuler disfonksiyon, pulmoner hipertansiyon, pulmoner ve sistemik emboli, ani ölüme de neden olabilir.

Olgu: Yirmi beş yaşında kadın hasta, perikardiyal tamponat nedeni ile kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi tarafından yoğun bakımda takip edilmekte iken ateş nedeni ile tarafımıza konsülte edildi. Fizik muayenede genel durum orta, bilinç açık, oryante ve koopere olan hastanın ateş 39 °C, tansiyon arteriyal 90/60 mmHg, nabız 112/dk, solunum sayısı 25/dk idi. Laboratuvar testlerinde beyaz küre sayısı 13,3 10^3/ul (eozinofiller %2,1), hemoglobin 9,1 g/dl, platelet 555 10^3/ul, kreatinin 0,4 mg/dl, CRP 128 mg/l, ESH: 46 mm, AST 35 U/l, ALT 54 U/l, LDH 421 U/l idi. Ekokardiyografi yapıldığında sağ atriumda 6x6x9 cm kistik yapı görülünce operasyona alındı. Kist enükle edilerek çıkarıldı. Kültürlerinde üreme olmadı. Hasta postoperatif servise alındı. Tedavileri düzenlendi. Albendazol acil alındığı için operasyondan önce başlanamadı. Ameliyat sonrası üç ay albendazol devam edildi.

Sonuç: Kistik ekinokokkoz Türkiye'deki en önemli enfeksiyon hastalıklarından biridir. Genelde gastrointestinal veya tutulan organa özgü semptomlara neden olur. Endemik bölgelerde kistik kitle tespit edilen hastalarda ayırıcı tanıda kist hidatik düşünülmelidir. Kardiyak (en fazla sol ventrikül miyokardında) kist hidatik %0,5 ile %2 oranında rastlanır. Mezbahane kontrolü ve hayvanların aşılanması sağlanmalıdır. İnsanlarda hastalığın kontrolü, köpeklerde önlemeye ve eliminasyona bağlıdır. Toplumun eğitimi çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Albendazol, kist hidatik, zoonoz

[PS-272]

Sifiliz Pozitif Kişilerin Sosyo-demografik Verileri ve Diğer Viral Hastalıklarla İlişkisi

Hilal Küpeli, Hülya Özkan Özdemir, Selma Tosun, Reyhan Yiş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Sifiliz bilinen en eski cinsel yolla bulaşan hastalıklardan biri olmakla birlikte dünya genelinde prevalansı ve insidansı giderek artmaktadır. Çalışmamızda hastanemize başvuran, sifiliz antikoru pozitif saptanarak, hızlı plazma reaktifi (RPR) çalışılan ve pozitiflik elde edilen hastaların sosyo-demografik özellikleri ve diğer enfeksiyon hastalıkları ile karşılaşma durumlarının incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde poliklinik veya kliniklere 1 Ocak 2018 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran hastalardan istenen sifiliz tarama testi önce "Architect Syphilis TP" (Architect i2000; Abbott Japan Co., Tokyo, Japonya) ile çalışılmış, antikor pozitifliği saptanan hastalardan RPR (Immuntrep RPR, Omega Diagnostics, İngiltere) semikantitatif olarak çalışılarak her iki test de pozitif saptanan hastaların laboratuvar verileri ve sistemde yer alan cinsiyet ve yaş durumları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmada 96'sı erkek (%86,4), 15'i kadın (%13,5) toplam 111 hasta değerlendirildi. Olguların yaşları 19 ile 81 arasında olup, ortalama 32,9 idi. Erkeklerin yaş ortalaması 39,8 kadınların yaş ortalaması 42,9 idi. Olguların 88'i enfeksiyon hastalıkları, 10'u dermatoloji, üçü nöroloji, ikisi dahiliye, ikisi göz hastalıkları ve birer hasta genel cerrahi organ nakli, anestezi yoğun bakım, kulak burun boğaz, kemoterapi ünitesi ve psikiyatri polikliniği bölümlerince tetkik edilmişti. Anti-HIV pozitifliği, sifiliz pozitif hastaların 54'ünde (%48,6) saptanmıştı. Kırk bir hastada (%36,9) anti-HIV negatif saptanmış olup, 16 hastada ise HIV serolojisi bilinmemekteydi. Hepatit B virüs (HBV) açısından iki hastada HBsAg pozitifliği tespit edilmiş olup, 26 hastada anti-HBc-total pozitif ve anti-HBs (+), 35 hastada ise anti-HBc total negatif ve anti-HBs pozitif saptandı. On dokuz hastanın ise HBs antijenine bakılmadığı görüldü. Anti-HCV pozitif tespit edilen iki kişinin ise HCV RNA'sı negatifti, 17 hastadan HCV serolojisi istenmemişti. Ayrıca sifiliz pozitif, anti-HIV pozitif ve HBsAg pozitif birlikteliği olan bir hasta varlığı dikkat çekiciydi.

Sonuç: Son 30 yılda tüm dünyada görülen sifiliz insidansında artış ülkemizde de etkisini hissettirmektedir. Sifiliz özellikle genç erkeklerde karşımıza çıkmakta, HIV ile birlikteliğine sıklıkla rastlanmaktadır. Bulaş yolları benzer olduğundan cinsel yolla bulaşan hastalıklardan biri saptandığında diğer hastalıkların da taranması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel yolla bulaşan hastalık, HIV, sifiliz

Tablo 1. Sifiliz Antikor ve VDRL/RPR pozitifliği saptanan hastaların anti-HIV, HBsAg ve anti-HCV sonuçları

Sifiliz antikor (+), VDRL/RPR (+) n=111	Pozitif	Negatif	Bakılmamış
Anti-HIV	54	41	16
HBsAg	2	90	19
Anti-HCV	2	92	17

[PS-273]

Sakarya İlinde 2011-2018 Yıllarında Görülen Tularemi Olgularının Değerlendirilmesi

Aziz Öğütlü[1], Selin Tunalı Çokluk[1], Oğuz Karabay[2], Ertuğrul Güçlü[2]

[1]*Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

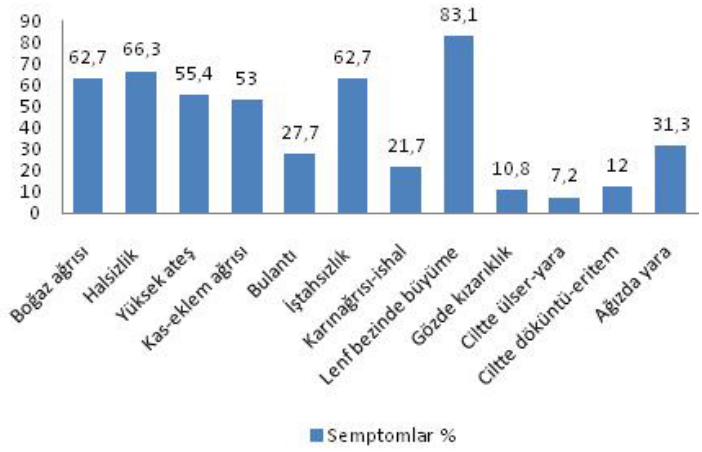
Giriş: Tularemi, *Francisella tularensis*'in neden olduğu bulaşıcı zoonotik bir hastalıktır. İnsanlara bulaş kontamine su, hayvan ile direkt temas veya böcek ısırığı ile oluşabilir. Dünyada sık görülen formlar değişkenlik göstermekteyken, ülkemizde en sık bulaş kontamine su ya da gıdanın ağız yolu ile alınması sonucudur. Bu çalışmada Sakarya ilinde 2011-2018 tarihlerinde saptanan pozitif tularemi olguları epidemiyolojik olarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada Sağlık Bakanlığı Tularemi Hastalığı Bilgi Sistemi'nden elde edilen 2011-2018 yılları arasında Sakarya il durum raporları değerlendirildi. İl durum raporlarında belirlenen pozitif hastaların cinsiyet, yaş, kullandıkları su kaynağı, suyun klorlanma durumu, hastaların şikayetleri, epidemiyolojik öykü, fizik muayene bulguları ve düşünülen klinik formları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Sakarya'da 2011-2018 yılları arasında referans laboratuvara gönderilen 543 olası tularemi numunesinin %15,3'ü (n=83) pozitif tespit edildi. Pozitif 83 olgunun %60,2'si kadın, %21,7'si 51-60 yaş aralığında, %19,3'ü 21-30 yaş aralığında ve %19,3'ü 31-40 yaş aralığındadır. Şikayetlerin başlama zamanları incelendiğinde; %25,3'ü nisan, %21,7'si Şubat, %18,1'i Mart ayında başlamaktadır. Olguların tularemi aglütinasyon test pozitifliği aylara göre incelendiğinde; ilk üç ay sırasıyla; Haziran (%21,7), Mayıs (%20 ,5) ve Şubat (%19,3) idi. Şikayet başlangıcı ile pozitif olarak tespit edilme süreleri incelendiğinde %54,2'sinin 1 ay, %20,5'inin 2 ay, %10,8'inin 3 ay içinde ve %10,8'inin aynı ayda tanı aldığı tespit edildi. Olguların %53'ünün şebeke suyu, %20,5'inin pınar suyu kullandığı saptandı. Olguların beyanına göre kullanılan suların %54,2'si klorlanmaktadır. Grip benzeri semptomlar pozitif olguların çoğunda saptandı (Şekil 1). Olgular epidemiyolojik olarak incelendiğinde; %84,3'ünün kırsalda yaşadığı, %69,9'unun tarımla uğraştığı ve %38,6'sında kemirici varlığı saptandı. Olguların fizik muayenelerinin %88'inde lenfadenopati, %43,4'ünde tonsillit-farenjit, %24,1'inde ateş ve %16,4'ünde oral mukoza lezyonu tespit edildi. Olguların %56,6'sının orofarengeal form olduğu düşünülürken, %36,1'inde ayrım yapılamadı. Mikro-aglütinasyon test sonuçlarına göre %16,9'u 1/1280 ve üzeri, %16,9'u 1/640, %32,5'i 1/320, %32,5'i 1/160, %1,2'si 1/80'dir. Olgular ile hastalık semptomları karşılaştırıldığında yüksek ateş, boğaz ağrısı ve iştahsızlık pozitif olgularda anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla p=0,001, p=0,001, p=0,001).

Sonuç: Klorlanmamış sular tularemi için risk faktörüdür. Bölgemizde görülen tularemi olgularının %56,6'sı orofarengeal formdur. En sık görülen bulgular lenf bezinde büyüme, halsizlik ve boğaz ağrısıdır.

Anahtar Kelimeler: Tularemi, Sakarya, su kaynaklı hastalıklar



Şekil 1. Olguların semptom dağılımı, Sakarya, 2019

[PS-274]

Tedavi Başarısızlığı-Relaps ile İlişkili Bir Bruselloz Olgu Sunumu

Bahadır Orkun Özbay, Aliye Baştuğ, Hürrem Bodur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Bruselloz bütün dünyada en sık gözlenen zoonotik hastalıklardan biridir. Tedavisi komplikedir. Brusella intrasellüler bir mikroorganizmadır, tedavide kullanılacak antibiyotikler hücre içine iyi penetre olabilmelidir. Relapsları önlemek açısından kombine tedavi gerekir. Brusellozda tedavi başarısızlığının-relapsın çeşitli sebepleri vardır. Bu olguda tedavi başarısızlığı-relaps yaşamış bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Kırk dokuz yaşında erkek, hipertansiyon dışında dahili hastalığı yoktur. 1999 yılında mitral protez kapak operasyon öyküsü mevcuttur. Coumadin ve zofenopril kullanılıyor. Hasta merkezimize başvurmadan önce iki defa altı haftalık rifampisin ve doksisiklin tedavisi almıştır. Merkezimize ateş halsizlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde herhangi bir patolojiye saptanmadı. Dış merkezde rifampisin ve doksisiklin tedavisi başlanmıştı. Hasta servisimize yatırıldıktan sonra alınan kan kültürlerinden bir tanesinde *Brucella* spp. üremesi oldu. Hastaya brusella endokarditi ön tanısı ile transtorasik ekokardiyografi planlandı. Vejetasyon saptanmadı. Sonrasında klinik şüphe devam etmesi üzerine sırasıyla transözofageal ekokardiyografi ve PET görüntülemeleri yapıldı. Brusella endokarditi lehine bulgu saptanmadı. *Brucella* spp. için antibiyotik duyarlılık testi sonuçlarında herhangi bir antibiyotiğe karşı direnç saptanmadı. Hastanın tedavi başarısızlığında sebep olabilecek ilaç etkileşimleri de göz önünde bulundurularak rifampisinli rejimler tercih edilmedi. Yattığı süre boyunca siprofloksasin 2x500 mg tb, trimetoprim-sulfametoksazol 3x1 tb ve doksisiklin 2x100 mg tb kullandı. Ateşi düşen ve semptomları gerileyen hastanın tedavisi ayaktan 3 aya tamamlandı. Kontrollerinde herhangi bir problem ile karşılaşılmadı.

Sonuç: Brusellozda tedavi başarısızlığının-relapsın çeşitli sebepleri vardır; hasta uyumsuzluğu, direnç, ilaç-ilaç etkileşimleri, komplike tablolara bağlı tedavi süresinin yetersizliği, cerrahi gerekliliği vb. Olgumuzda öncelikle hastanın ilaç uyumunu gözden geçirdik. Sonrasında kullandığı ilaçlarla (özellikle coumadin ile) bruselloz tedavisinde kullanmış olduğu rifampisin arasında etkileşim olması sebebi ile tedavi rejimimizi düzenledik. Ayrıca direnç durumunu da ekarte etmek için antibiyotik duyarlılık testini gördük. Protez

kapağı olması sebebi ile endokardit açısından gerekli görüntülemeleri yaptık. Modifiye Duke kriterlerini karşılamayan hastanın tedavisini tüm bu durumları göze önünde bulundurarak planladık. Uygun tedavi süresi ile hastanın tedavisi tamamlandı.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, tedavi başarısızlığı, relaps

[PS-275]

Hastanemiz Sağlık Çalışanlarında Son Beş Yılda Görülen Kesici-Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi

Emine Sehmen[1], Nazan Güneş Yaşar[2]

[1]*Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun*

[2]*Samsun Gazi Devlet Hastanesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi Hemşiresi, Samsun*

Giriş: Sağlık çalışanları bazen iğne veya kesici aletler ile yaralanmaları nedeniyle çeşitli enfeksiyon hastalıkları riski ile karşı karşıya gelmektedirler. Bunların en önemlileri hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve HIV'dir. Her türlü koruyucu önlemler alınmasına, çalışanlara sürekli olarak bu konu hakkında eğitimler verilmesine rağmen halen kesici-delici alet yaralanmaları ve bunun sonucu olarak da enfeksiyon bulaşı görülmektedir. Bu çalışmadaki amaç; hastanemizde son beş yılda sağlık çalışanlarının kesici-delici alet yaralanmalarının epidemiyolojik özelliklerinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 01.01.2014-31.12.2018 dönemi içinde (beş yıllık) hastanemizdeki kesici-delici alet yaralanmalarına ait kayıtlar retrospektif olarak incelenmiştir. Bu süre içinde kesici-delici alet yaralanması ile başvuran çalışan sayısı, cinsiyetleri, meslekleri, ne ile yaralandıkları, kaynağın serolojisinin bilinip bilinmediği, sağlık çalışanlarının HBV'ye karşı aşılı olup olmadıkları, altı aylık takiplerde herhangi bir enfeksiyon gelişip gelişmediği ve çalıştıkları birimlere göre dağılımları araştırıldı.

Bulgular: Kayıtlardan beş yıllık süre içinde 200 sağlık çalışanının kesici-delici alet yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların çoğunun kadın (K: 152, E: 48) olduğu görüldü. Yaralanmaya en fazla maruz kalan meslek grubu hemşireler idi ve yaralanma en fazla iğne ucu batması şeklinde idi. Kayıtlarda kaynağın serolojisinin büyük oranda bilinmediği ve kesici-delici yaralanma ile başvuran sağlık çalışanlarının HBV'ye karşı aşılanma oranı (sayı: 198, %99) yüksekti. Yaralanmaya maruz kalan hiçbir personelimizde takiplerinde HCV ve HIV enfeksiyonu gelişmediği bulundu. Kesici-delici alet yaralanması en fazla %20,5 ile acil serviste görülmüş olup, bunu %19 ile cerrahi klinikler ve %18 ile dahili klinikler izlemiştir (Tablo 1).

Sonuç: Yaralanmanın en fazla hemşireler arasında ve yaralanma şeklinin iğne batması şeklinde olduğu görüldü. Yine bazı dönemlerde stajyer öğrenciler arasında yaralanmanın fazla olduğu dikkati çekmiştir. Yıllara göre temizlik personeli arasındaki yaralanma sayısının bariz olarak azaldığı dikkati çekmektedir. Hastanemizde personelin HBV'ye karşı aşılanma oranlarının yüksek olduğu ve acil serviste yaralanmanın fazla olması da önemlidir. Kesici-delici alet yaralanmaları kanla bulaşan enfeksiyon hastalıkları açısından risk taşıdıkları için (başta HBV, HCV, HIV enfeksiyonu gibi) artık iş kazası kabul edilmektedir. Bu yaralanmaların önlenmesi çalışan güvenliği açısından son derece önemlidir. Sağlık çalışanlarına konunun önemi ve korunma yöntemleri hakkında sürekli eğitim verilmeli, gerekli koruyucu önlemler alınmalı ve yaralanma durumlarında da sağlık çalışanlarının takipleri düzgün olarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kesici-delici alet yaralanması, kanla bulaşan enfeksiyonlar

Tablo 1. Kesici-delici alet yaralanmalarına ait beş yıllık veriler

	2014 (sayı)=40	2014 (%)	2015 (sayı)=38	2015 (%)	2016 (sayı)=48	2016 (%)	2017 (sayı)=41	2017 (%)	2018 (sayı)=33	2018 (%)	Toplam (sayı)=200	Toplam (%)
Kadın	31	75,5	28	73,7	32	66,7	33	80,5	28	84,8	152	76,0
Erkek	9	22,5	10	26,3	16	33,3	8	19,5	5	15,2	48	24,0
Meslek												
Hemşire	13	32,5	8	21,1	8	16,7	11	26,8	15	45,5	55	27,5
Stajyer-hemşire	12	30	18	47,5	27	56,3	24	58,5	12	36,4	93	46,5
Temizlik personeli	12	30	8	21,1	10	20,8	5	12,2	1	3,0	36	18
Diğer*	3	7,5	4	10,5	3	6,25	1	2,4	5	15,1	16	8
Alet												
İğne ucu	33	82,5	34	89,5	40	83,3	31	75,6	29	87,8	167	83,5
Lanset	1	2,5	3	7,9	6	12,5	3	7,3	3	9,1	16	8,0
Bistüri	2	5	0	0	1	2,1	4	9,8	0	0	7	3,5
Diğer**	4	10	1	2,6	1	2,1	3	7,3	1	3,0	10	5,0
Kaynak												
Bilinmiyor	33	75,5	36	94,7	42	87,5	20	48,8	17	51,5	148	74,0
Biliniyor	7	17,5	2	5,3	6	12,5	21	51,2	16	48,5	52	26
Birimler												
Acil servis	4	10,0	12	31,6	10	20,8	6	14,6	9	27,3	41	20,5
Ameliyathane	4	10,0	1	2,6	1	2,1	4	9,8	4	12,1	14	7
Cerrahi servisler	12	30,0	7	18,4	8	16,7	9	21,9	2	6,1	38	19,0
Dahili servisler	9	22,5	3	7,9	11	22,9	6	14,6	7	21,2	36	18,0
Yoğun bakım üniteleri	5	12,5	3	7,9	5	10,4	4	9,8	6	18,2	23	11,5
Kan alma birimi	1	2,5	2	5,3	6	12,5	5	12,1	2	6,1	16	8,0
Atik depoları	2	5,0	3	7,9	2	4,2	1	2,4	0	0	8	4,0
Diğer birimler***	3	7,5	7	21,2	5	10,4	6	14,6	3	9,1	24	12,0

*Laboratuvar-röntgen teknisyeni,biyolog, acil tıp teknikeri, sağlık memuru, veri giriş elemanı, doktor
**Jilet, ampul, yabancı cisim, mikrotom bıçağı, klemp ucu, koter
***Kan merkezi, hemodiyaliz ünitesi, biyokimya laboratuvarı, görüntüleme merkezi, poliklinikler, çamaşırhane, sterilizasyon ünitesi, pansuman birimi, depo

[PS-276]

Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastane Enfeksiyonları ve Kirlilik Oranlarının Değerlendirilmesi

Oğuz Karabay[1], Gülsüm Kaya[1], Ertuğrul Güçlü[1], Hasan Çetin Ekerbiçer[2]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: Hastanelerde enfeksiyon kontrol programının temelini temizlik-dezenfeksiyon uygulamaları oluşturur. Hastane ortamının temizlik ve dezenfeksiyonunun uygun şekilde yapılmaması hastane enfeksiyonlarına (HE) ve mikroorganizmaların yayılmasına neden olabilmektedir. Bu çalışmada yoğun bakım üniteleri (YBÜ) HE hızları ile floresan işaretleyen doğal boya ile yapılan temizlik kontrol sonuçları değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Yer: Çalışma 1 Ocak-31 Aralık 2018 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SÜEAH) YBÜ'lerinde yapıldı. SÜEAH 120'si yoğun bakım hasta yatağı olmak üzere toplam 935 yataklı üçüncü basamak hastanedir. Hastane Enfeksiyonu Tanısı: Tüm YBÜ'leri enfeksiyon kontrol ekibi (EKE) tarafından aktif sürveyans yöntemi ile takip edildi ve HE tanısı Türkiye Ulusal Hastane Enfeksiyon Sürveyans Ağı (UHESA) 2018 rehberine göre konuldu.

Floresan İşaretleyen Doğal Boya: UV ışık altında floresans boya tamamen doğal ürünlerden elde edildi (Patent tescil no: 08609- 2018) ve bu ürün yüzey taramalarında test edildi. İşaretleme: YBÜ'lerinde temizlik kontrolü için floresan kimyasal ile işaretlenecek noktalar EKE tarafından belirlendi. Temizlik kontrolleri tüm yoğun bakımlarda ayda bir kez floresan kimyasal ile belirlenen noktalara mesai saati içinde işaretleme yapıldı. Ertesi gün aynı saat diliminde floresan lamba ile işaretli noktalarda floresanlı kimyasal varlığı kontrol edildi. Floresan lamba ile kimyasal görülmesi ortamın kirli olarak, hiç kimyasal görülmemesi ise temiz olarak değerlendirildi (Resim 1). Tüm yoğun bakımlarda elde edilen veriler standart bir forma kayıt edildi. Veriler SPSS 21 programında analiz edildi. **Bulgular:** YBÜ'lerinde HE hızı %5,8 ve genel kirlilik oranı %26,6 idi. YBÜ'ye göre HE hızı ve kirlilik oranları Resim 1'de gösterildi. HE ile temizlik oranları arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamsız korelasyon vardı (p=0,63, r=0,18).

Sonuç: Bu çalışmada elde ettiğimiz verilerin sonuçlarına göre sadece YBÜ'lerin temizliği HE önlemede tek başına yeterli olmamaktadır. HE gelişimini önlemede başta antibiyotik kullanımını kontrol etmek, hastaların iyi izlenmesi, uygun medikal tedaviler, hastane temizliği uygun enfeksiyon kontrol ve izolasyon önlemlerinin uygulanması, aktif sürveyansla hastaların takip edilmesi gibi birçok parametrenin bileşimi gereklidir. Tek başına temizlik parametresinin düzeltilmesiyle enfeksiyon gelişimini engellemek yeterli olmayacağını düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hastane temizliği, hastane enfeksiyon kontrol önlemleri, yoğun bakım üniteleri



Resim 1. Floresanlı lamba ile temizlik kontrolü

Tablo 1. Yoğun bakım ünitelerinde kirlilik oranları ve hastane enfeksiyon hızı

Yoğun bakım üniteleri	Kirlilik oranı %	Hastane enfeksiyon hız %
Anestezi reanimasyon yoğun bakım ünitesi	22,2	14,5
Cerrahi-3 yoğun bakım ünitesi	11,1	4,3
Kalp-damar cerrahi yoğun bakım ünitesi	20	3,4
Nöroloji yoğun bakım ünitesi	41,4	34,7
Dahiliye yoğun bakım ünitesi	34,7	5
Cerrahi-2 yoğun bakım ünitesi	24,5	0,8
İnme ünitesi	21,1	4,1
Göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesi	32,5	4,1
Korucuk genel yoğun bakım ünitesi	32,3	2,1
Koroner yoğun bakım ünitesi	32,7	1,6

[PS-277]

Malignite Düşünülerek Eksize Edilen Bir Kütanöz Layşmanyaz Olgusu

Hüsnü Pullukçu[1], Melike Demir[1], Hüseyin Aytaç Erdem[1], Taner Akalın[2], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: Leishmaniasis, dişi kum sineğinin ısırması ile bulaşan bir hastalıktır. Leishmania türüne ve konağın immün yanıtına göre enfeksiyon kütanöz, mukokütanöz veya visseral hastalıkla sonuçlanabilir. Ayırıcı tanıda hastalığın akla getirilmemesi yanlış tedaviye yol açabilmektedir. Bu posterde malignite nedeniyle eksize edilen bir kütanöz leishmania olgusu sunulmuştur.

Olgu: Otuz dört yaşında erkek, harita mühendisi olarak çalışmakta olan olgunun iki ay önce sağ uyluk medial yüzünde şişliği ortaya çıkmıştır. Ateş ya da ek sistem yakınması olmayan, bu şikayet ile plastik cerrahi kliniğine başvuran hastaya öncelikle amoksisilin klavulonat 1000 mg tablet ile 5 günlük tedavinin ardından lezyonda gerileme olmaması nedeniyle malignite ön tanısı ile eksizyon uygulanmış. Patoloji sonucu kütanöz leishmaniasis olarak raporlanması üzerine tarafımıza başvuran hastanın öyküsü derinleştirildiğinde Temmuz 2018'de yaklaşık 1,5 ay Mersin bölgesinde iş için bulunmuş olduğu ve arazi çalışmalarına katılmış olduğu öğrenildi. İlk başvurusundaki dermatolojik muayenesinde sağ uyluk medialinde eritemli zemin üzerinde 2x3 cm çapında nodüler ortası kurutlu eritemli lezyon kaydedilmiş (Resim 1). Tarafımıza

operasyon sonrası 12. günde başvuran hastanın biyokimyasal tetkikleri olağan sınırlarda, tam kan sayımında ise trombosit değeri 148000/µl olarak bulunurken, diğer parametrelerde herhangi bir patolojik değer saptanmadı. Leishmaniasis endirekt floresan antikor IgG testinde 1/16 titrasyonda pozitiflik belirlendi. Girişimsel işlem nedeniyle kütanöz enfeksiyonun yayılmış olabileceği göz önünde bulundurularak 500 cc %5 dekstrozlu mayi içinde lipozomal amfoterisin-B 3 mg/kg/gün dozundan hesaplanarak tek doz intravenöz verildi. Hazırlanan solüsyondan 5 cc sütur çevresine intralezyoner olarak uygulandı.

Sonuç: Leishmaniazis kütanöz, mukokütanöz, visseral tutuluma neden olan önemli bir parazitozdur. Özellikle kütanöz leishmaniazis olguları tecrübesiz hekimler tarafından malignite, vaskülit vb. kliniklerle karıştırılabilir. Bu nedenle bu tür lezyonlarda seyahat öyküsünün ayrıntılı olarak irdelenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amfoterisin-B, leishmaniazis



Resim 1.

[PS-278]

İmmünosüpresif Tedavi Alan Hastada Hepatit B Reaktivasyonu

Rukiye İnan, Nagihan Bülbül Çolak, Zülal Özkurt, Emine Parlak, Ayşe Albayrak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Çeşitli endikasyonlarla immünosüpresif tedavi alan hastalarda hepatit B reaktivasyonu görülmektedir. İmmünosüpresif tedavi başlamadan önce hastalar-HBV enfeksiyonu açısından taranmalıdır. HBV ile karşılaşmamış kişilere HBV aşısı yapılmalı ve karşılaşmış olanlara antiviral profilaksi uygulanmalıdır. Bu bildiride HBsAg ve anti-HBc IgG olumlu, antiviral profilaksi uygulanamayan, romatoid artrit tanısıyla immünosüpresif tedavi kullanımına bağlı HBV reaktivasyonu gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Romatoid artrit tanısıyla takipli kırk bir yaşında kadın hasta iki haftadır olan iştahsızlık halsizlik ve bulantı şikayetiyle polikliniğimizde başvurdu. Dört gündür de vücutta sarılık, kaşıntı ve idrar renginde koyulaşma şikayetinin eklendiği öğrenildi. Özgeçmişinde 2016 yılından itibaren metilprednizolon, azatiyoprin, hidroksiklorokin sülfat kullandığı bilgisine ulaşıldı. Hastanın immünosüpresif tedavi öncesi HBsAg ve anti-HBc IgG olumlu, HBV-DNA: 295 IU/ml, anti-HBs olumsuz saptanmış ve antiviral profilaksi uygulanmıştır. 2017 yılından itibaren ilaç kullanmadığı, altı ayda bir kez karaciğer enzimleri kontrol edildiği, bu dönem içerisinde kan transfüzyonu, operasyon ve diş çekimi yapılmadığı öğrenildi. Başvuru tetkiklerinde AST/ALT: 1848/1334 IU/l, GGT/ALP: 253/128 IU/ml, toplam bilirubin/direkt bilirubin: 5,9/4,2 mg/dl, INR: 1,35 olarak saptandı. HBsAg, anti-HBc IgG, anti-HBc IgM ve HBeAg olumlu, HBV-DNA 242358657 IU/ml, anti-HBs, anti-HBe, anti-HAV IgM, anti-HCV ve anti-HDV olumsuz olarak sonuçlandı. Üst karın ultrasonografi görüntülemesinde karaciğer parankimi normal gözlendi. Hasta kronik hepatit B'nin akut alevlenmesi ön tanısıyla yatırıldı. Hastanın diyeti düzenlendi. Hastaya entekavir 1 mg tb 1x1 başlandı, immünosüpresif tedavisi için romatoloji bölümünün önerileri alındı. Takipler sırasında şikayetlerinde gerileme olan hastanın tetkiklerinde AST/ALT: 344/220 IU/l, toplam bilirubin/direkt bilirubin: 4,4/2,1 mg/dl, INR: 0,9 olarak saptandı. Hastaya immünosüpresif tedavi altında entekavir raporu çıkarılarak poliklinik kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: İmmünosüpresif tedavi alan hastalarda HBV reaktivasyonu gelişebileceğinden hastalar yakın takip edilmelidir. İmmünosüpresif tedavi başlanacak hastalar HBsAg ve anti-HBc IgG yönünden taranmalı, herhangi birinde olumluluk saptanması durumunda antiviral profilaksi başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B reaktivasyonu, immünosüpresif tedavi, romatoid artrit

[P-279]

İmmünokompromize Hastada Atipik Seyirli Salmonelloz Olgusu

Dilara Akman, Pınar Öngörü, Elif Damar, Gülfem Öcalan, Ayşe Batırel

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: *Salmonella* spp. çeşitli organlarda septik komplikasyonlara yol açabilen enfeksiyon etkenlerindendir. Bu bildiride batın içi apse, pnömoni ve yaygın trombozlarla seyreden bir salmonelloz olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Bakım evinde kalan 69 yaşında kadın hasta; üç haftadır olan ateş, genel durum bozukluğu, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise getirildi. Bir hafta önce dış merkezde pnömoni tanısı ile moksifloksasin başlanan diyabetik hasta, romatoid artrit nedeni ile sekiz yıldır 8 mg/gün prednizolon kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde genel durum orta, deri ve dil kuru, dehidrate idi. Ateş: 37,7 °C, TA: 90/60 mmHg, nabız: 90/dk, solunum sayısı: 20/dk, bilateral akciğer bazallerde krepitan raller, bilateral üst ekstremitede ekimozlar saptandı. Tetkiklerinde beyaz küre: 19000/ul, C-reaktif protein: 157 mg/l (N: 0-3,5), prokalsitonin: 1,2 µg/l (N: <0,1), kreatinin: 1,45 mg/dl, tam idrar tetkikinde lökosit 3+ saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer alt lobda alveoler paternde pnömonik infiltrasyon olan hasta, pnömoni ve üriner sistem enfeksiyonu ön tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Ampirik piperasilin/tazobaktam 4x2,25 gr ve klaritromisin 2x500 mg başlanan hastanın takibinde bilinç değişikliği, ekstremitelerde ödem ve kardiyak üfürüm gelişmesi üzerine yapılan bilateral alt ve üst ekstremite doppler ultrasonografisinde yaygın arteriyal ve venöz trombüsler saptandı. Transtorasik ekokardiyografide vejetasyon, kitle ve apse saptanmadı. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemede sol temporal lob medialinde ve hipokampüste subakut evre enfarkt ile uyumlu görünüm tespit edilmesi üzerine enoksaparin sodyum 2x0,6 ml subkutan başlandı. Takibinde gelişen karın ağrısı ve sol üst kadran hassasiyeti nedeni ile çekilen kontrastlı batın BT'de; dalakta, içerisinde hava-sıvı seviyesi olan 8x7 cm kistik görünüm (apse?) ve portal vende trombüs saptandı (Şekil 1). Girişimsel radyoloji tarafından perkütan drenaj uygulanan dalaktaki apseden aspire edilen hemorajik görünümlü mayiinin kültüründe *Salmonella* spp. üredi. Antibiyogramında suş; seftriakson, ampisilin, trimetoprim-sulfametoksazol duyarlı, siprofloksasin dirençli tespit edildiği için hastanın

tedavisi seftriakson 2x1 gr IV olarak değiştirildi. Kan ve gaita kültüründe üreme saptanmadı. Yirmi iki gün dalak apsesinden perkutan drenaj ile takip edilen hastanın yatışının 47. gününde kliniği düzeldi, akut faz reaktanları geriledi ve trimetoprim-sulfametoksazol 800/160 mg 2x1 tablet oral ardışık tedavisi ile taburcu edildi.

Sonuç: İmmünokompromize hastada *Salmonella* enfeksiyonları septik komplikasyon ve trombozlarla seyredebilmektedir. Bu tip hastalarda antibakteriyel tedaviye ek olarak drenaj ve antikoagülan tedavilerin birlikte uygulanması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Salmonelloz, dalak apsesi



Şekil 1. Hastanın abdomen bilgisayarlı tomografisindeki dalak apsesi

[PS-281]

Nerde ve Zaman Anti-HIV Testi İsteyelim?

Ebru Oruç, Tuba Turunc, Yusuf Ziya Demiroğlu, Hande Arslan

Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV)/AIDS'e bağlı yüksek mortalite ve morbidite tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük bir sağlık sorunudur. HIV testinin uygulanması, hastalığın erken teşhisi, tedavisi ve bulaşmasının önlenmesinde kilit bir noktadır. Bu çalışmanın amacı, hastanemizde anti-HIV testi pozitifliği olan hastaları değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada hastanemizde 2012 ve 2018 yılları arasında anti-HIV testi pozitif olan hastaların epidemiyolojik ve klinik özellikleri geriye dönük olarak incelendi. Olguların verileri hasta dosyalarından elde edildi.

Bulgular: Çalışmamızda 42 olguda anti-HIV test pozitifliği tespit edildi. Bu hastaların 40'ı erkek (%95), ikisi (%5) kadındı. Hastaların 22'sine hastalığın ayırıcı tanısı için 12'sinin kendi isteği ile ve altısının cerrahi işlemden önce anti-HIV testi yapıldığı saptandı. Olguların 24'ünde HIV/AIDS hastalığı bulguları (klinik, laboratuvar ve radyolojik) belirlenmiş olup 18 hastanın klinik bulgusu bilinmemektedir. Olgularımızın önemli bir kısmı (19 olgu, %79) tanı sırasında CDC hastalık sınıflamasına göre evre B ve C'dedir. Olguların ikisi kaybedildi.

Sonuç: Anti-HIV testi, HIV enfeksiyonun tanısında çok önemlidir, çünkü enfekte bireyler enfeksiyon ilerledikçe yıllarca semptomsuz kalabilir. Gecikmiş tanı, ART'deki ve profilaksideki gecikmeler nedeni ile fırsatçı enfeksiyonlar hastalarda ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, HIV/AIDS ile uyumlu klinik koşullarda anti-HIV testi istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, AIDS, geç tanı

[PS-282]

Boyun Apsesinde Nadir Bir Etken: *Candida glabrata*

Eren Arkalı, Elif Ertürk, Şükran Köse

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

Giriş: Boyun apsesi boğazdaki potansiyel boşlukların enfeksiyonu olup ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Günümüzdeki erken tanı yöntemleri, geniş spektrumlu antibiyotikler ve cerrahi girişimler mortalite ve morbidite oranlarını önemli ölçüde düşürmüştür. Antibiyotik kullanımının sıklaşması sonrası en sık nedenler olan tonsillit ve farenjit geri plana düşmüş olup günümüzde en sık nedenleri odontojenik patolojiler ve cerrahi girişimlerdir. *Staphylococcus aureus* başta olmak üzere bakterilere bağlı gelişmekle beraber mantar etkenleri nadiren etiyolojik etken olarak bildirilmiştir. *Cryptococcus neoformans, Histoplasma capsulatum* ve *Candida albicans* bu enfeksiyonlarda en sık bildirilen mantar etkenleridir. Bu olgumuzda diyabetik bir hastada *Candida glabrata*'ya bağlı gelişen bir boyun apsesi sunulması planlanmıştır.

Olgu: Bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı tanıları olan morbid obez 40 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 hafta önce boyun sol tarafında yaklaşık 5 mm boyutlarında başlayan şişlik ve ağrı yakınmaları ile kan şekeri regülasyonu ve ileri tetkik amacıyla yatırıldı. Boyun ultrasonografide apse formasyonu görülen hastaya ampisilin/sulbaktam 4x2 g başlandı. Takibinde kan şekeri regülasyonu sağlanan ancak boyun sol tarafındaki lezyonun ilerleyerek akıntılı ve deride fistülize hal alması nedeniyle tedavisinin 6. gününde antibiyoterapisi piperasilin/tazobaktam 4x4,5 g olarak revize edildi. Piperasilin/tazobaktam tedavisinin 7. gününde klindamisin 3x600 mg eklendi. Hastanın boyundaki apse içeriği drene edilerek alınan kültüründe *Candida glabrata* üremesi olması üzerine piperasilin/tazobaktam ve klindamisin stoplandı. Mikafungin 1x100 mg başlandı. Bu süreçte boyun apsesi nedeniyle plastik cerrahi ve mediastene ilerleme şüphesi nedeniyle göğüs cerrahisi tarafından değerlendirildi. Mediasten tutulumu olmayan hastanın mevcut lezyonuna plastik cerrahi tarafından cerrahi debridman ve greftleme planlandı (Resim 1). Kültür antifungal duyarlılık testinde flukonazol orta duyarlı, mikafungin duyarlı, amfoterisin-B duyarlı saptandı. Debridman sonrasında negatif basınçlı pansuman ile günlük takip edilen hastanın granülasyon dokusu oluşması sonrasında deri greftlemesi yapıldı. İzleminde komplikasyon gelişmeyen ve antifungal tedavisi 30 güne tamamlanan hasta taburcu edildi.

Sonuç: Boyun apseleri, erken müdahale edilmediği takdirde ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilen bir tablodur. Boyun apseleri genellikle bakteriyel etkenlere bağlı oluşmaktadır ancak kontrolsüz diyabet gibi immün sistemin baskılandığı hastalarda *Candida glabrata* gibi nadir görülen mikroorganizmaların da etken olabileceği ayırıcı tanıda mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Apse, *Candida glabrata*, fungal enfeksiyon



Resim 1. Debridman sonrası/greftleme sonrası

[PS-283]

Allojenik Kemik İliği Transplantasyonu Sonrası Gelişen Toksoplazma Ensefaliti Olgusu

Feyza İzci Çetinkaya[1], Necati Mumcu[1], Gamze Kalın[1], Leylagül Kaynar[2], Ayşegül Ulu Kılıç[1]

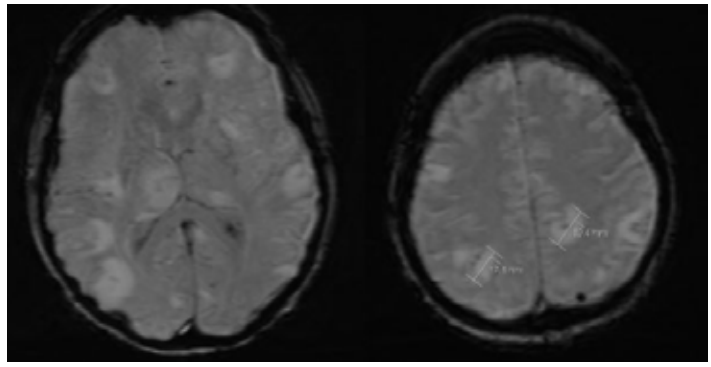
[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Hematopoetik kök hücre transplantasyonu (HKHN) sonrası hastalarda gelişen toksoplazma ensefaliti, nadir fakat hayatı tehdit edici bir enfeksiyondur. Allojenik HKHT alıcılarında toksoplazma enfeksiyonu esas olarak latent kistlerin reaktivasyonu ile gelişir ve en sık nakil sonrası ilk 6 ayda meydana gelir. HKHN sonrası toksoplazmoz insidansının endemik bölgelere bağlı olarak %0,4 ile %8,7 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bu olguda polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ve beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılarak tanı alan HKHN takiben gelişen fetal seyirli bir toksoplazma ensefaliti sunuldu.

Olgu: Akut miyeloid lösemi tanılı 53 yaşında kadın hastaya 8 Kasım 2018 tarihinde full-match vericisinden allojenik kök hücre nakli (AKHN) yapılmıştır. AKHN öncesi ishal olan hastaya, nötropenik kolit ve nötropenik ateş düşünülerek meropenem ve vankomisin tedavisi başlanmıştır. Ayrıca, hastaya engraftman ateşi düşünülerek 15 gün boyunca her gün intavenöz 20 mg metilprednizolon verildi. AKHN sonrası 22. günde nötropeniden çıktı. Meropenem ve vankomisin tedavisi ateşi olmaması ve kültürlerde üreme olmaması nedeni ile kesildi. Ancak nakil sonrası 42. günde hastanın ateş şikayeti olması nedeni ile tekrar meropenem başlandı. Meropenem tedavisinin ikinci gününde ateşi düştü. Fakat takibinde baş ağrısı ve konfüzyonu olan hastaya kranial MRG yapıldı. Her iki hemisferde yaygın çeşitli büyüklüklerde periferal kontrast tutulumu gösteren lezyonlar saptandı. Bu bulgular lösemik infiltrasyon olacağı gibi hastanın immünosüpresif durumu göz önüne alındığında fırsatçı enfeksiyonlara bağlı serebrit olabileceği düşünüldü (Şekil 1). Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) 44 lökosit/mm³ mevcuttu ve bunun 32'si polimorfonükleer lökosit idi. BOS protein 375 mg/dl, glikoz 52 mg/dl ve eş zamanlı kan glukozu 91 mg/dl olarak saptandı. Hastanın tedavisi, meropenem dozu (3x2 gr) ve ampisilin (4x3 gr) olarak düzenlendi. Hasta progresif olarak kötüleşti bu nedenle yoğun bakım ünitesine alındı ve entübe edildi. Ayrca BOS'dan çalışılan herpes tip 1/2 PCR, *Pneumocystis jiroveci*, CMV-PCR, *Mycobacterium* PCR, mantar direkt bakı negatif sonuçlandı. Ancak *Toxoplasma* PCR pozitif sonuçlandı. Hastaya trimetoprim-sulfametoksazol (TMP dozu 10 mg/kg idi) ve klindamisin 4x600 mg IV başlandı. Tedavinin on beşinci gününde ventilatör ilişkili pnömoni nedeni ile kaybedildi.

Sonuç: Toksoplazma ensefaliti HKHN yapılan hastalarda nadir ama ciddi bir komplikasyondur. Uygun tanısal testler ve hızla tedavisinin düzenlenmesi için klinik olarak akla getirilmesi önemlidir

Anahtar Kelimeler: Allojenik kemik iliği transplantasyonu, ensefalit, toksoplazmozis



Şekil 1. Her iki hemisferde yaygın çeşitli büyüklüklerde periferal kontrast tutulumu gösteren lezyonlar

[PS-284]

Enfeksiyon Hastalıkarı Polikliniğine Başvuran Hastalarda Grip Aşısı ile İlgili Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Müge Ayhan[1], Bircan Kayaaslan[2], Ayşe Kaya Kalem[2], İmran Hasanoğlu[2], Hatice Rahmet Güner[2]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Grip, dünyada akut solunum yolu hastalıklarının önemli bir nedenidir. Yüksek riskli hastalarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Aşılama, enfeksiyonu ve salgınlarını önlemenin en etkili yoludur. Etkinliği ve önemi kanıtlanmasına karşın gribe karşı aşılanma oranları düşüktür. Çalışmamızda, enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların grip aşısı ile ilgili bilgi düzeylerinin, aşı yaptırma ve yaptırmama davranışını etkileyen faktörlerin ve aşıyla ilgili kullandığı bilgi kaynaklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2018-Ocak 2019 arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvuranlara demografik bilgileri, aşılanma durumlarını ve aşıyla ilgili bilgi düzeylerini gösteren 15 soruluk anket uygulanması planlandı. Hastalar anketle ilgili bilgilendirilerek, gönüllü olur formu alınan 229 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara grip aşısı ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla aşıyla ilgili önermeler sunularak, doğru veya yanlış olduğunu belirtmeleri istendi.

Bulgular: Hastaların %61,2'si erkek, ortalama yaş 42 bulundu. Yetişkin dönemde herhangi bir hastalığa karşı aşılanma oranı (p=0,000) ve eğitim düzeyi (p=0,07) grip aşısı yaptıran grupta yüksek izlendi. Gruplar diğer özellikler açısından benzerdi (Tablo 1). Aşı yaptıranları ve yaptırmayan kişiler arasında bilgi düzeyi açısından belirgin farklılık izlenmedi. Hastaların 77'si (%33,6) grip aşısı yaptırmıştı. Aşı yaptıran grupta düzenli aşılananların oranı (%10,3) düşüktü. Aşıyı yaptıran hastalara aşıya teşvik eden nedenler sorulduğunda en önemli faktör doktor önerisi [42 (%54,5)] olarak bulunurken aşısız grubun 72'sine (%47,3) aşıyı doktorun önermediği görüldü. Aşısız grubun yarıdan fazlasının (%51,3) aşı olmaya gerek olmadığını düşündüğü

görüldü. Grip aşısı ile ilgili bilgi kaynakları sorgulandığında internet (p=0,03) ve TV-radyo haberlerinin (p=0,01) aşı yaptırmayan grupta daha sık kullanıldığı izlendi. Hastaları grip aşısı hakkında en çok etkileyen bilgi kaynağının her iki grupta da doktor olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda, grip aşısı ile ilgili TV-radyo haberleri ve internetin aşılanma davranışını etkileyen en önemli bilgi kaynakları olduğu izlenirken, aşılanma davranışını en çok etkilenen bilgi kaynağının ise doktor olduğu görüldü. Bu nedenlerle, TV-radyo ve internet üzerinden doğru bilgilendirme yapılması sağlanmalı, risk grubundaki hastalara aşı ile ilgili bilgilendirme yapılarak mevsimsel grip aşısı hekimi tarafından önerilmelidir. Hekimler arasında da bilgi ve farkındalık düzeyi arttırılarak hastalara önermesinin sağlanması aşılanma oranlarını arttırmak için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, influenza, grip aşısı

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Demografik özellikler	Grip aşısı yaptıran(n:77)	Grip aşısı yaptırmayan(n:152)	*P değeri*
Yaş	42.6	43.9	*>0.05*
Cinsiyet			
Kadın	30 (%38.9)	58 (%38.1)	*>0.05*
Erkek	47 (%61.0)	94 (%61.8)	
Eğitim durumu			
Lise ve altı	30 (%39)	84 (%55)	*0.007*
Lise ve üstü	47 (%61)	68 (%44)	
Komorbid durumlar			
Kronik akciğer hasralığı	7 (%9.09)	12 (%7.89)	*>0.05*
Kronik kalp hastalığı	5 (%6.49)	6 (%3.94)	*>0.05*
Kronik böbrek yetmezliği	4 (%5.1)	3 (%1.9)	*>0.05*
Kronik karaciğer hastalığı	21 (%27.2)	84 (%55.2)	*0.000*
Diyabetes mellitus	7 (%9.09)	7 (%4.6)	*>0.05*
Romatizmal hastalık	4 (%5.1)	7 (%4.6)	*>0.05*
İmmünsüpresyon	7 (%9.09)	1 (%0.65)	*0.001*
Malignite	1 (%1.2)	-	-
Gebelik	-	4 (%2.6)	-
Evde kronik hasta ile yaşama	9 (%11.6)	26 (%17.1)	*>0.05*
Bakım evinde kalma	1 (%1.2)	1 (%0.65)	*>0.05*
Yetişkin dönemde herhangi bir hastalığa karşı aşılanma	41 (%53)	31 (%20.3)	*0.000*

[PS-285]

Akut Dönemde Etiyolojisi Aydınlatılamayan Bir Plevral Efüzyon Olgusu

Abdussamed Kök, Orçun Barkay, Faruk Karakeçili, Umut Devrim Binay

Binali Yıldırım Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Erzincan

Giriş: Plevral efüzyon, akciğer veya diğer sistemlerin patolojileri nedeniyle ortaya çıkabilir. En sık nedenleri konjestif kalp yetmezliği, pnömoni ve malignitelerdir. Belirtileri altta yatan patolojiye bağlıdır. En sık semptom zaman içinde giderek artan nefes darlığı ve öksürüktür. Burada akut dönemde etiyolojisi aydınlatılamayan bir plevral efüzyon olgusu sunulacaktır.

Olgu: Elli yaşında kadın hasta, üç hafta önce başlayan ateş, üşüme-titreme, nefes darlığı ve kilo kaybı sebebiyle acil servise başvurdu. Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan hastaya yaklaşık 10 gün önce pnömoni tanısıyla moksifloksasin verilmiş ancak nefes darlığı giderek artmıştır. Sağ alt zonda solunum sesleri azalmış olan hastanın PA akciğer grafisinde (PAAG) sağ akciğerde masif görünümde plevral sıvı mevcuttu. Laboratuvarında; lökosit: 3900/mm^3, hemoglobin: 12 g/dl, trombosit: 355000/ml, sedimentasyon: 55 mg/dl, C-reaktif protein: 54 mg/dl, üre: 25 mg/dl, kreatinin: 0,72 mg/dl, alanin aminotransferaz: 24 U/l, aspartat aminotransferaz: 22 U/l, laktat dehidrogenaz: 194 U/l. 500 cc seröz görünümde sıvı drene edildi. Plevral sıvı biyokimyası: Albümin: 19 g/l, glukoz: 92 mg/dl, LDH: 340 U/l; Gram-boyaması: Mikroorganizma yok, nadir lökosit mevcut; aside dirençli boyaması: Negatif; tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu: Negatif; bakteriyel kültürü: Üreme yok; sitolojisi: Özellik yoktu. Kan ve idrar kültürlerinde üreme yoktu. *Brucella* Rose-Bengal ve tüp aglütinasyon testleri negatifti. Hastaya gemifloksasin başlandı. Laboratuvar bulguları gerileyen hasta minimal plevral efüzyon ile taburcu edildi. Bir hafta sonra kontrole geldi. Ateşlenme, terleme şikayetleri azalan hasta tekrar sorgulandığında son birkaç aydır eklemlerde ağrı tariflemekteydi. *Brucella* Rose-Bengal ve tüp aglütinasyon testleri yine negatif saptanırken; *Brucella* IgM negatif, IgG pozitif saptandı. Bruselloz tedavisi başlandı (rifampisin bulunamadığından doksisiklin ile trimetoprim-sulfametoksazol başlandı). Kontrastlı manyetik rezonans görüntülemelerde lomber vertebralarda tutulum saptanmazken bilateral sakroileit mevcuttu. Mevcut tedaviye siprofloksasin eklendi. On beş gün sonra kontrole gelen hastada ciddi alerjik reaksiyon gelişmesi sebebiyle tedaviye iki hafta ara verildi. Doksisiklin tekli tedavi başlandı. Bir hafta sonra mevcut tedaviye trimetoprim-sulfametoksazol eklendi. Alerjik reaksiyon gelişti, trimetoprim-sulfametoksazol kesildi. Doksisikline il dışından temin edilen rifampisin eklendi. Rifampisin ile alerji gelişmedi. Üçlü tedavi için siprofloksasin eklendi. Üç gün sonra ciddi uyku problemi ve halüsinasyon gelişti. Hasta yakın gözlem amacıyla servise yatırıldı, siprofloksasin kesildi, seftriakson eklendi. Takipte ilaç reaksiyonu izlenmedi. Çekilen kontrol PAAG'de sağdaki plevral efüzyona ait görünüm kaybolmuştu; sağ akciğer bazalinde infiltrasyon olması sebebiyle göğüs hastalıklarına danışıldı. Toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografi, pulmoner arter çapında artış, her iki alt lob subsegmenter dallarda trombüs-dolum defektleri, akciğer sağda orta lobda atelektazi? Konsolidasyon? olarak değerlendirildi. Enoksaparin başlandı, alerjik reaksiyon gelişti, enoksaparin kesilerek bemiparin başlandı. Yirmi gün servisimizde izlenen, eklem şikayetleri gerileyen hasta rifampisin ve doksisiklin ile taburcu edildi.

Sonuç: Bruselloz, genellikle eklem semptomları ile prezente olmasına karşın sistemik tutulum gösterebilen, plevral effüzyon gibi farklı komplikasyonların görülebildiği bir zoonozdur. Bu olgumuz başvuru bulgusu plevral effüzyon olan, eklem bulguları daha arka planda olan, ELISA ile tanı alan, uygun tedavi sonucunda kliniği düzelen bir brusellozdur. Klinik olarak bruselloz düşünülen olgularda, Rose-Bengal ve tüp aglütinasyon negatifliğinde ELISA da istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, etiyoloji, plevral efüzyon

[PS-286]

Fatal Seyreden Bakteriyemik Olguların Geriye Dönük Olarak Kan Kültürü Pozitifliğinin Araştırılması

Feyza İzci Çetinkaya, Ayşegül Ulu Kılıç

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Bu çalışmada hastanemizde fatal seyreden erişkin hastalarda geriye dönük olarak kan kültürü pozitifliği araştırılmıştır. Postmortem sonuçlanan kan kültür sonuçları değerlendirilerek hastaların bakteriyemi etiyolojisi ve uygun antimikrobiyal tedaviyi alıp almadıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Fatal seyreden 279 hastanın eksitus olmadan 7 gün öncesine kadar alınan kan kültürleri incelendi. Kan numuneleri BacTAlert 3D (Biomérieux, Fransa) kan kültürü sisteminde incelendi. İzolatların identifikasyonu ve antibiyotik duyarlılıkları konvansiyonel yöntemler ve otomatize Vitek versiyon 2.0 compact (Biomérieux, Fransa) ile yapıldı. Eksitus olmadan 7 gün öncesine kadar kan kültürü alınan 100 (%36) hasta değerlendirildi. Kan kültürü alınan 100 hastanın 39'unda (%39) kan kültüründe üreme vardı, 61 hastada üreme yoktu. Hastaların yaş ortalaması 65 (min-maks: 19-96) ve 45'i erkekti. Hastaların 41'inde (%41) en az bir kronik hastalık vardı. En sık hipertansiyon (%39) ve ikinci sıklıkta diabetes mellitus (%29) görülmekteydi. Hastaların %43'ü malignite tanısı vardı. Charlson komorbidite skoru ortalaması %7,62±4,3 (min-maks: 0-18) idi. Hastaların 94'ü yoğun bakım ünitelerinde takip ediliyordu. Seksen bir hastada sekonder bir enfeksiyon mevcuttu. En sık 43 (%53,8) hastada pnömoni ve ikinci sıklıkta 14 (%17,5) hastada intraabdominal enfeksiyona sahipti. Kan kültütü pozitifliği saptanan 39 hastada en sık etken *A. baumannii* 13 (%33,3) olarak bulundu. Saptanan etkenler Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu etkenlerin 21'i (%53,8) periferik kan kültüründe, 7'si (%17,9) katater kültüründe ve 11'i (%28,2) hem periferik hem kateter kültüründe saptanmıştır. *E. coli* üremesi olan 4 hastanın 2 tanesi ESBL pozitif ve bir tanesi karbapenem dirençli idi. *K. pneumoniae* üremesi olan 7 hastanın 4 tanesi karbapenem dirençliydi. Kan kültüründe üreme saptanan hastaların 8'inde eksitus olmadan önce üreme saptandı. Kan kültüründe üreme olan 39 hastanın 4'ünde (%10,3) ampirik antibiyotik kullanımı yoktu. Ampirik tedavi alan kalan 35 hastanın 16'sında (%41) tedavi uygun değildi, 19'unda (%54,3) tedavi uygundu.

Sonuç: Gram-olumsuz dirençli patojenlerin artmasıyla paralel olarak bakteriyemiye bağlı mortalite her geçen gün artmaktadır. Özellikle yoğun bakım takibinde olan hastalarda bu oran artmaktadır. Bu hastalara erken ampirik antibiyoterapi başlamak hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Post-mortem, kan kültürü pozitiflik, ampirik tedavi

Tablo 1. Kan kültüründe saptanan etkenler

Etken	Sayı (n)	Yüzde (%)
A. baumannii	13	% 33.3
K. pneumoniae	7	% 17.9
E.coli	4	% 10.3
Candida	4	% 10.3
P. aeruginosa	3	% 7.7
S. aureus	2	% 5.1
Enterobacter spp	1	% 2.6
Enterococcus spp.	1	% 2.6
S. pyogenes	1	% 2.6
S. epidermidis	1	% 2.6
S. maltophilia	1	% 2.6
Koagülaz negatif stafilococcus	1	% 2.6

[PS-287]

Gram-olumsuz Bakteriyemili Hastalarda Sefoperazon-Sulbaktam ve Piperasilin Tazobaktamın Mortaliteye Etkisi

Ertuğrul Güçlü, Gülsüm Kaya, Aziz Öğütlü, Oğuz Karabay

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) Gram-olumsuz bakteriler en fazla bakteriyemiye neden olan patojenlerdir. Son yıllarda çok ilaç dirençli (ÇİD) hatta karbapenem dirençli kökenlerin giderek artmasıyla beraber tedavi başarısızlıkları yaşanmakta ve YBÜ mortalite oranları yükselmektedir. ÇİD kökenlerin neden olduğu enfeksiyonların tedavisinde oldukça sınırlı sayıda antibiyotik kullanılabilmektedir. YBÜ'de tespit edilen Gram-olumsuz bakteriyemilerde sefoperazon-sulbaktam (SS) ve piperasilin tazobaktamın (TZP) etkinliğini karşılaştıran araştırma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada bu iki antibiyotiğin Gram-olumsuz YBÜ enfeksiyonlarındaki etkinliği araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma verileri üçüncü basamak YBÜ'de 2017 ve 2018 yıllarında yatan hastaların dosyalarının retrospektif olarak taranmasıyla elde edildi. Kan kültüründe Gram-olumsuz patojen üreyen ve ampirik tedavide SS >=3 gün kullanılan hastalar alındı. Kontrol grubu olarak aynı zaman diliminde izlenen Gram-olumsuz bakteriyemi olgularına ampirik olarak TZP başlanan hastalar alındı. Başarılı tedavi, kliniğin 72 saat içinde düzelmesi, lökosit değerinin normal değerlere düşmesi, prokalsitonin değerinin tepe noktadan %90'dan fazla düşmesi, aynı patojen bakterinin tedavi süresi içinde üretememesi ve normal zamanında antibiyotiğin kesilmesi olarak tanımlandı. Hastalarda 14 ve 28 günlük mortalite değerlendirildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ve süreklilik gösteren değerlerin karşılaştırılmasında Student-t testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 51 hasta alındı. Hastaların 24'ü SS ve 27'si TZP kullanıyordu. SS grubundaki hastaların 19'unda, TZP grubundaki hastaların ise 20'sinde kan dolaşım enfeksiyonu tanısı vardı (p=0,66). SS grubunda dört ve TZP grubunda altı hasta pnömoni nedeniyle (p=0,88) ve iki grupta da birer tane hasta cerrahi alan enfeksiyonu nedeniyle tedavi edilmişti. Hastaların yaş ortalaması, cinsiyet, APACHE ve SOFA skoru gibi bazal değerleri her iki grupta

benzerdi (Tablo 1). Her iki tedavi kolunda 14 günlük mortalite, 28 günlük mortalite ve sepsis ilişkili mortalite istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,5) (Tablo 2). SS grubunda 9 (%37,5) hastada tedavi sırasında protrombin zamanında uzama tespit edildi.

Sonuç: Gram-olumsuz bakteriyemilerde SS ve TZP tedavilerinin mortalite oranı benzerdir. Direnç problemi olmadığı sürece ampirik tedavide YBÜ'lerde her ikisi de tercih edilebilir

Anahtar Kelimeler: Gram-olumsuz bakteriyemi, sefoperazon-sulbaktam, piperasilin tazobaktam

Tablo 1. Sefoperazon-sulbaktam ve piperasilin tazobaktam alan bakteriyemili hastaların özellikleri

Özellik	Sefoperazon-sulbaktam n=24	Piperasilin-tazobaktam n=27	p değeri
Yaş yıl	67,2	67,8	0,44
Cinsiyet erkek/kadın	14/10	19/8	0,36
SOFA skoru ortalama	5,83	7	0,13
APACHE skoru ortalama	11,67	13,44	0,12
Malignite var	3	2	0,88
İmmün baskınlık var	7	4	0,36
Çok ilaç dirençli Gram-olumsuz patojen	10	9	0,53

Tablo 2. Sefoperazon-sulbaktam ve piperasilin-tazobaktam tedavisinin etkinliği

Özellik	Sefaperazon-Sulbaktam N=24	Piperasilin-Tazobaktam N= 27	P değeri
Tedavi süresi *gün*	6.38	7	0.52
Tedavi başarılı	10	8	0.36
14 günlük mortalite	9	11	0.81
28 günlük mortalite	12	14	0.89
Nefrotoksisite	2	1	0.91

[PS-288]

Hematolojik Malignitesi Olan Febril Nötropenik Hastalarda Antifungal Kullanımının Değerlendirilmesi

Feyza İzci Çetinkaya[1], Ayşegül Ulu Kılıç[1], Ali Ünal[2]

[1]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri*

[2]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri*

Giriş: Nötropenik hastada fungal enfeksiyonlar önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Bu yüzden antifungal tedavinin zamanında ve doğru başlanması çok önemlidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 01.01.18-01.01.19 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Şahinur Dedeman Kemik İliği Nakli ve Kök Hücre Tedavi Merkezi'nde takip edilen febril nötropeni gelişmiş olup sorasında antifungal tedavi başlanan hastalar geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Hematolojik malignitesi olan febril nötropenik atağı gelişen 55 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 47 (min-maks: 16-85) ve 30'u erkekti. Hastaların 16'sında (%29,1) hastada en az bir kronik hastalık vardı. En sık diabetes mellitus (%16,4) görülmekteydi. Hastaların 21'i (%38,2) akut myeloid lösemi ve dokuzu (%16,4) multipl miyelom tanısı mevcuttu. Hastaların 35'ine (%63,6) nakil yapılmıştı ve bunların 14'ü (%40) otolog kök hücre nakli, 21'i (%60) allojenik kök hücre nakli (AKHN) yapılmıştı. AKHN yapılan 21 hastanın 14'ü (%66,7) full-match vericiden nakil olmuştu. Kök hücre nakli yapılan 35 hastanın dördü ikinci kez nakil olmuş ve bunların üçü allojenik ve biri otolog nakildi. Takip edilen 55 hastanın 31'i (%56,4) flukanazol, 14'ü (%25,5) posakanazol profilaksisi alıyordu ve 10 (%18,2) hasta profilaksi almıyordu. İki (%3,6) hastada daha önce invaziv fungal enfeksiyon gelişmişti. Otuz dört (%61,8) hastada mantar enfeksiyonu düşünülerek antifungal tedavi başlandı, 22'si (%64,7) şüpheli, 9'u (%26,5) olası, üçü (%8,8) kesin mantar enfeksiyonu idi. Hepsinde radyolojik olarak bulgu mevcuttu, ancak kan galaktomannanı 12 (%35,3) hastada, bal galaktomannanı 3 (%8,8) hastada pozitifti. İkisi bal kültürü, biri sinonazal doku kültürü olmak üzere üç hastada etken saptanabildi. Bunlar *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus flavus* ve *Aspergillus* spp. idi. Antifungal tedavi 55 hastanın 21'inde (%38,2) ampirik olarak başlandı. Hastaların 31'inde (%56,4) akciğer mantar enfeksiyonu nedeniyle ve üçünde (%5,5) sinonazal enfeksiyon nedeniyle başlanmıştır. Başlanan antifungaller Tablo 1'de gösterilmiştir. Elli beş hastanın ortalama 28 gün (min-maks: 5-77) tedavi almıştır. Tedavi altında iki (%3,6) hastada başka bir fungal enfeksiyon (mukor enfeksiyonu) gelişti. Yirmi (%36,4) hasta yoğun bakıma devir edildi. Elli beş hastanın takibinde 11'i (%20) fatal seyretti.

Sonuç: Hematolojik malignitesi olan febril nötropenik hastalarda invaziv mantar enfeksiyonu önemli mortalite nedenidir. Uygun tanısal incelemelerle birlikte erken dönemde antifungal tedavinin başlanması sağkalımı arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Febril nötropeni, fungal enfeksiyon, mortalite

Tablo 1. Antifungal tedaviler

Anti-fungal adı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Lip. Amfoterisin B	24	% 43.6
Voricanazol	22	% 40.0
Caspofungin	6	% 10.9
Anidilofungin	2	% 3.6
posacanazol	1	% 1.8

[PS-289]

Yüksek Doz Steroid Tedavisi Sonrası Gelişen *Salmonella* Artriti

Mustafa Cihangiroğlu[1], Mustafa Arslan[1], İlhami Çelik[2]

[1]*Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Amasya*

[2]*Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri*

Giriş: Birçok hastalığın tedavisinde kullanılan steroidler immün sistemi farklı yollardan baskılar. *Salmonella* türlerine bağlı oluşan enfeksiyonlarda patogenezde bakterinin virülansı ve sayısı kadar konağın immün durumuda

önemlidir. Ülkemizde de endemik olan bu bakterinin tedavi amaçlı immün sistemi baskılanan hastalarda enfeksiyonlara neden olabileceğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi altı yaşında erkek sağlık çalışanı hasta ateş, terleme, halsizlik, bulantı, yüzde şişlik şikayetleri ile acil servise başvurdu. Bir hafta önce baş dönmesi nedeniyle başvurduğu bir hastanede vestibüler nörit tanısı konulan hastaya 1 gr/gün metilprednizolon tedavisi uygulanmıştı. Steroid tedavisinin üçüncü günü şikayetleri düzelen hasta, 4. gün acil servise ateş yakınması ile başvurdu. Hastanın ateşi 39 °C, tansiyonu 90/60 mmHg, nabzı 90/dk idi. Hemoglobin 15 gr/dl, lökosit sayısı 15460/mm^3, (%82 PMNL), trombosit sayısı 76.000/U/l, CRP 7,27 mg/l, ALT 44 IU/ml, AST 50 IU/ml, sodyum 126 mmol/l, klor 94 mmol/l, kalsiyum 8 mg/dl olarak saptandı. Karın ultrasonografisi ve akciğer grafisi normal olarak değerlendirilen hastaya yatış verildi. Kan ve idrar kültürleri alındıktan sonra meropenem 3x1 gram başlandı. Bir gün sonra sağ dizinde şişlik, ağrı ve hassasiyet gelişti ve yere basamaz oldu. Sağ diz MR incelemesinde suprapatellar bursada belirgin effüzyon gözlendi. Kan kültüründe *Salmonella* spp. üreyen hastanın tedavisine devam edildi. Üçüncü gün ateşi subfebril seviyelere inen dizindeki ağrı ve şişlik düzelmeye başlayan hastanın tedavisi 28 güne tamamlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Yüksek doz steroid tedavisi başta romatolojik ve nörolojik hastalıklar olmak üzere birçok hastalıkta gün geçtikçe daha fazla kullanılmaktadır. Beraberinde proton pompa inhibitörünün de kullanılması başta enterik *Salmonella* türleri olmak üzere enterik bakterilere bağlı enfeksiyona yatkınlığı arttırmaktadır. Bu nedenle pulse steroid tedavisi verilen hastalarda enterik bakterilerin enfeksiyon etkeni olarak karşımıza çıkabileceğinin akılda tutulması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Steroid tedavisi, *Salmonella*

[PS-290]

Kronik Hepatit B Enfeksiyonunda Entekavir ve Tenofovir Uzun Dönem Sonuçlarının Karşılaştırılması

Rahmet Güner, İmran Hasanoğlu, Ayşe Kaya Kalem, Bircan Kayaaslan

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Günümüzde kronik hepatit B tedavisinde kullanılmakta olan oral antiviral ajanlar ile eradikasyon veya tam iyileşme sağlanamasa da hepatit B'ye bağlı komplikasyonlar önlenebilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde kronik hepatit B tanısı ile takip edilen hastalarda entekavir (ETV) ile tenofovir disoproksil fumarat (TDF) tedavilerinin uzun dönem sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif planlanan çalışmaya 2008-2018 yılları arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde kronik hepatit B tanısı ile ETV veya TDF alan hastalar dahil edildi. Ko-enfeksiyonu olan hastalar ve minimum 6 aylık takibi olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar tedavi yanıtı ve yan etkiler açısından değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizi JMP Pro 12 ile yapıldı.

Bulgular: Toplam 219 hastanın 121'i ETV (17'si ETV 1 mg), 98'i TDF almaktaydı. Hastalara ait epidemiyolojik ve klinik veriler Tablo 1'de verilmiştir. ETV grubunda 1 hastada (HBeAg negatif) HBsAg kaybı gelişmiş olup anti-HBs oluşmamıştır. TDF grubunda HBeAg pozitif 1 hastada 39. ayda HBeAg serokonversiyonu, 94. ayda HBsAg kaybı gelişmiş olup takipte anti-HBs oluşturmuştur. Böbrek fonksiyonları, kalsiyum ve fosfor değerlerinin tedavi alındaki seyri açısından hastalar değerlendirildiğinde tedavi başlangıcındaki değerler her iki grup arasında da benzer iken, takip sonunda ETV grubunda yeterli veri olmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır. Fakat TDF grubunda takip sonunda kalsiyum (p=0,0013) ve fosfor değerleri (p=0,0377) istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşerken, böbrek fonksiyonlarında anlamlı bozulma saptanmamıştır.

Sonuç: Sonuç olarak TDF ve ETV alan hastaların değerlendirildiği bu çalışmada her iki grupta uzun dönem etkinlik açısından fark saptanmamıştır. TDF tedavisi alan grupta kalsiyum ve fosfor değerlerinde anlamlı düşüş saptanmıştır. Oral antiviral tedaviler, uzun süre kullanımın getirdiği ilaç yorgunluğu dışında iyi tolere edilen ve etkinlik açısından olumlu sonuçlara sebep olan tedavilerdir.

Anahtar Kelimeler: Entekavir, kronik hepatit B, tenofovir

Tablo 1. Hastaların özellikleri

	ETV	TDF	*p*
Ortalama yaş (yıl)	50.5	49.82	0.6656
Erkek cinsiyet, n (%)	75 (62.5)	103 (66)	0.6120
Siroz varlığı, n (%)	11 (9.2)	14 (8.9)	1.0000
HBeAg pozitifliği, n (%)	42 (35)	37 (23.6)	**0.0440**
HBeAg serokonversiyonu, n (%)	17 (14.5)	13 (8.4)	0.1210
Bazal HBV DNA (kopya/ml), ortalama	$4,3X10^8$	$2,2X10^8$	0.1259
Bazal ALT (IU/L) Ortalama (min-max)	83.5169 (12-409)	81.5577 (9-938)	0.0641
Tedavi öncesi histolojik aktivite indeksi, Ortanca (min-max)	9 (3-14)	7 (3-15)	**0.0027**
Tedavi öncesi fibrosis skoru Ortanca (min-max)	3 (0-6)	2 (0-5)	0.2774
Tedavi uyumu	114 (95)	124 (79.5)	**0.0002**
HBsAg kaybı	1 (0.85)	1 (0.65)	1.0000
Tedavi süresi, ortanca ay	75	88	0.1439
HBV DNA negatifleşmesi, ortalama ay	14.4	15.9	0.4543
ALT yüksek hastada normalizasyon, ortalama ay	5.8	6	0.9254
Normal dağılan parametreler için ortalama, normal dağılmayanlar için ortanca değerleri verildi.			

[PS-291]

Salmonella paratyphi A'ya Bağlı Pansitopeni, İleus ve Akut Böbrek Yetmezliği: Olgu Sunumu

Sevil Alkan Çeviker[1], Dilara Yıldırım[2], Mustafa Yılmaz[1]

[1]*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya*
[2]*Sivas Numune Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Sivas*

Giriş: *Salmonella* türleri, gastroenteritin en sık bakteriyel etkeni olmakla beraber, gastroenterit dışında tifo-paratifo, bakteriyemi, metastatik enfeksiyon ve kronik taşıyıcılık gibi çeşitli tablolara neden olabilir. Bu bildiride *Salmonella paratyphi* A'ya bağlı nadir görülen pansitopeni, akut böbrek yetmezliği ve ileus tablosu olan olguyu paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş altı yaşındaki erkek hasta acil serviste değerlendirildi. Hipertansiyon dışında bilinen kronik hastalığı yoktu. Öyküsünden, 3 gündür bulantı-kusma, günde 5-6 kez olan kanlı, mukuslu dışkılama ve bir gündür genel durum bozukluğu karın ağrısı ve ateş yüksekliği şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, ateş: 37,7 °C, kan basıncı: 100/60 mmHg, kalp hızı: 80/dk, batında yaygın hassasiyet vardı. Laboratuvar tetkiklerinde, üre: 65 mg/dl, kreatinin: 2,57 mg/dl, aspartat aminotransferaz: 41 U/l, kreatin kinaz: 89 IU/l, C-reaktif protein 347 mg/l, prokalsitonin: 45, potasyum: 2,5, lökosit: 2100/mm^3 (%81 polimorfonükleer lökosit, %19 lenfosit), trombosit: 100.000/mm^3, hemoglobin: 8,9 g/dl idi. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Hasta gaita örneği veremedi. Ayakta direkt batın grafisi (ADBG) normaldi. Hastayı genel cerrahi ve nefroloji bölümleri değerlendirdi. Acil patoloji düşünülmedi. Hasta servisimize yatırıldı. Hastaya hidrasyon ve kan kültürleri alındıktan sonra ampirik olarak siprofloksasin 2x200 mg/IV tedavisi başlandı. Gaita çıkışı olmaması sebebi ile yatışta gaita kültürü gönderilemedi. Antibiyotik tedavisinin 1. gününde gaita örneği verebildi. Gaita mikroskopisinde patoloji saptanmadı. Yatışından itibaren ishali ve yatışın dördüncü gününden itibaren ateş yüksekliği olmadı, pansitopeni tablosu düzeldi. Ancak batın muayenesinde yaygın hassasiyete ilaveten rebound ve defans gelişmesi üzerine hastadan genel cerrahi konsültasyonu istendi. Hastanın ADBG'sinde hava-sıvı seviyeleri saptandı. Hastadan batın bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi. Batın BT'de splenomegali, hepatomegali ve ileal seviyelerde 3,5-4 cm'ye varan multipl hava-sıvı seviyeleri (ileus) tespit edildi. Hidrasyonuna devam edildi. Hipopotasemisi olan hastaya potasyum replasmanı yapıldı. Ayrıca hastanın bilinç bulanıklığı gelişmesi üzerine nöroloji konsültasyonu istendi ve hasta yakın takip amaçlı 3. basamak yoğun bakım ünitesine alındı. Hastanın kranial BT ve MR'sinde patoloji saptanmadı. Bilinç bulanıklığı metabolik hadisesine bağlandı. Hastanın arter kan gazında metabolik asidoz saptandı. Hasta entübe edildi. Hastaya bikarbonat infüzyonu ve noradrenalin infüzyonu başlandı. Sıvı replasmanı yapıldı. Hastanın gaita kültüründe üreme olmadı. Kan kültüründe ampisiline dirençli; seftriakson, sefotaksim, trimetoprim-sulfametoksazol, siprofloksasine duyarlı *Salmonella paratyphi* A üremesi oldu. Kültürler VITEK 2 (BioMerieux, Fransa) ile antibiyogram cihazı ile EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) tanı kriterlerine göre değerlendirildi. Antibiyotik tedavisine devam edildi. Hastanın bilinci açıldı, ileus tablosu geriledi, ekstübe edildi. Tedavisinin 10. gününde servise alındı ve tedavi 14. güne tamamlanılarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: İmmünosüprese ve yaşlılardaki açıklanamayan pansitopeni, ateş yüksekliği, ABY ve bilinç bulanıklığı tablolarında mutlaka kültürler alınmalı ve ampirik tedaviler *Salmonella* enfeksiyonlarını da düşünerek düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Salmonella paratyphi* A, akut böbrek yetmezliği, pansitopeni

[PS-292]

Protez Enfeksiyonunda Oral Antibiyoterapi Olgu Sunumu

Güliz Evik, Sibel Kuyugöz, Gülden Ersöz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Artroplasti cerrahisi sonrası en önemli komplikasyonlarından biri protez enfeksiyonudur ve total diz artroplastisi sonrası %1-3 oranında görülür. Tedavi cerrahi yaklaşım ve antibiyoterapi olmak üzere iki komponentten oluşur. Tedavide iki aşamalı revizyon cerrahisi, birinci aşamayı takiben 4-6 hafta parenteral antibiyotik uygulaması öncelikle önerilen yaklaşımdır. Ancak klinik pratikte intravenöz uygulamanın zorluğu ve maliyet gibi etkenlerden dolayı paranteral tedavi her zaman uygun bir seçenek olmayabilir. Bu yazıda oral antibiyoterapiyle tedavi edilmiş protez enfeksiyonu olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Dört ay önce 65 yaşındaki kadın hasta sağ dizde ağrı şikayetiyle başvurdu. Muayenesinde, şişlik ve ısı artışı saptandı. Laboratuvar değerleri; CRP: 237 mg/l ESR: 86 mm/saat, beyaz küre (WBC): 8,56x10^3/µl saptandı. Beş yıl önce gonartroz nedenli diz protez konulduğu öğrenilen hasta geç protez enfeksiyonu düşünülerek eklem ponksiyonu yapıldı. Sinovyal hücre sayımı: 7000/µl ve %85 PNL saptandı. Geç protez enfeksiyonu tanısı konulan hastanın protezi çıkartıldı ve teikoplanin içeren antibiyotikli çimento konuldu. Peroperatif alınan doku kültüründe üreme olmayan hastaya oral amoksisilin-klavulanik asit 3x1 gr başlandı. Birinci hafta kontrolünde operasyon alanı temiz görüldü ve enfektif görünüm saptanmadı. Semptomları gerileyen hastanın laboratuvar değerlerinde CRP: 27,72 mg/l ESR: 63 mm/saat WBC: 7,14x10^3/µl saptandı ve mevcut tedaviye devam edildi. Kontrollerinde şikayetleri gerileyen laboratuvarında düşüklük saptanan hastanın tedavisi 6 haftaya tamamlandı. Altıncı hafta kontrolünde semptomları tamamen düzelen olgunun 15 günlük antibiyoterapisiz izlemi sonrası kliniği ve laboratuvar değerleri normal saptanması üzerine diz protezi tekrardan konuldu. Cerrahi sonrası iki aylık takibinde şikayet gözlenmedi.

Sonuç: Protez enfeksiyonlarının tedavisi uygun cerrahi ve uzun süreli antibiyotik tedavisini gerektirir. Antibiyoterapinin oral olarak uygulanması hastanede yatış süresini azaltır ve maliyetin düşürmesini sağlamasının yanı sıra hastane enfeksiyonu gibi ciddi risklerden de hastayı korumak adına önemlidir. Burada iki aşamalı revizyon cerrahi sırasında oral tedaviden fayda görmüş bir olgu sunulmuştur. Ancak oral tedavinin paranteral tedavi kadar etkin olduğunu gösteren geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Oral antibiyoterapi, protez enfeksiyonu

[PS-293]

Patojenlerin Hızlı Tespitinde Gerçek Zamanlı Nanopor Dizileme Teknolojisinin Kullanımı

Aycan Gündoğdu[1], Ayşegül Ulu Kılıç[1], Zeynep Türe[2], Hüseyin Kılıç[1], Ufuk Nalbantoğlu[3]

[1]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri*

[2]*Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri*

[3]*Erciyes Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, Kayseri*

Giriş: Enfeksiyon hastalıklarında enfeksiyon etkeninin hızlı tanımlanması ve erken tedavi başlanması tedavi yanıtı açısında çok önemlidir. Rutin mikrobiyolojik tanı yöntemleri kültürlenebilir patojenler için bile negatif sonuçlar verebilmekte ve kritik hasta gruplarında gerek tanı koymada güçlük gerekse zamanlamada gecikmelere yol açabilmektedir. Bu çalışmada, 3. nesil tüm genom dizileme teknolojisiyle etken tanı yapılabilmesi için yazılım ve laboratuvar metodu geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Uzun süredir devam eden karın ağrısı, yüksek ateş, kilo kaybı şikayeti ile başvuran hasta çalışmaya dahil edildi. Tanı için yapılan bakteriyel ve mikobakteriyel örnekleme ve biyopsi sonucu negatif gelen hastanın periton mayisi örneği alındı. Mai örneğinden total DNA izolasyonu ve insan DNA uzaklaştırılması için MolYsis™-Complete 5 sistemi kullanıldı. Çift iplikli DNA (dsDNA) ölçümünde Qubit 2.0 Fluorometer cihazı ve Qubit dsDNA High Sensitivity Assay Kit kullanıldı. NEB Next Ultra II End Repair/dA-Tailing Module ile DNA onarımı, Blunt/TA Ligase Master Mix ile adaptör ligasyonu ve Dynabeads MyOne C1 Streptavidin ile saflaştırma işlemi yapıldı ve MinION protokolüne uygun olarak dizileme kütüphanesi hazırlandı. Dizilemeye hazır kütüphane FLO-MAP103 flow-cell ile sekanslandı. Veri analizinde proje amacına uygun üretilmiş in-house yazılım ve Metrichor using workflow v2.39.3. kullanıldı.

Bulgular: Ortalama olarak, ~9 Mbp DNA başına 10 dakikalık aralıklarla okunma işlemi yapıldı. İlk *Mycobacterium tuberculosis* okuması dizilemenin 20. dakikasında alınırken güven aralığını aşan okuma doğrulaması 50 dakikada yapıldı. Örnek alınmasından sonra laboratuvar hazırlığı ve DNA izolasyonu dahil patojen tanımlanmasına kadar geçen süre altı saat olarak hesaplandı. Tanıya ulaşılmasının ardından 72 saat süren sınıflama protokolüne devam edilerek üretilen materyaller genomik okunma ile 85 Mbp *Mycobacterium tuberculosis* olarak örtüştü.

Sonuç: Gerçek zamanlı nanopor dizileme teknolojisi ile numune laboratuvarımıza ulaştıktan 6 saat sonra etken tanımlaması yapılmıştır. Özellikle tanı ve tedavide zamanın önemli olduğu olgularda veya biyolojik terör gibi etken tanımlanmasının elzem olduğu durumlarda önerilen bu yöntemin hayat kurtarıcı olma potansiyeli yüksektir. Bu çalışma Tübitak 116S083 no'lu proje ile desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz peritonit, real-time nanopore dizileme, MinION (Oxford nanopore), hızlı patojen tanımlama

[PS-294]

İkinci Basamak Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmaları

Nuran Sarı[1], Dilek Karamanlıoğlu[1], Pınar Aysert Yıldız[1], Melek Kaya[2]

[1]*Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

[2]*Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Giriş: Kan ile bulaşan hepatit B, hepatit C, HIV ve Kırım-Kongo kanamalı ateşi gibi önemli mortalite ve morbiditeye yol açan ciddi yaralanmalar görülebilmektedir. Bu bildiride dört yıllık hastane kesici delici alet yaralanması verilerimizin paylaşılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Aralık 2018 tarihleri arasında sağlık çalışanlarında meydana gelen ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK) tarafından takibe alınan 156 olgu değerlendirilmiştir. Tutulan kayıtlardan retrospektif olarak faydalanabilmek için Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Etik Kurulu'ndan 13.06.2018 tarih ve 22568850-000-3676 numara ile etik kurul onamı alınmıştır. Yaralanmaya maruz kalanların mesleki dağılımları, cinsiyetleri, yaralanma alanları, yaralanmaya sebep olan aletler, koruyucu ekipman kullanımı, yaralanma bölgeleri, yaralanma sebepleri, kaynak serolojileri, uygulanan profilaksiler değerlendirilmiştir. Yaralanma durumunda iş kazası açısından öncelikler acil adli rapor tutulmakta, sonra EKK tarafından kesici-delici alet yaralanma formu doldurulup bildirimi yapılmaktadır. Enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde sağlık çalışanının (biliniyorsa hastaların) HBsAg, anti-HBs, anti-HCV ve anti-HIV sonuçlarına göre hastaların takip ve profilaksileri planlanmıştır.

Bulgular: Takip edilen dönemde 156 kesici-delici alet yaralanması tespit edilmiştir. Çalışanların 101 (%64) tanesi kadın, 55 (%36) tanesi erkek sağlık çalışanıydı. Yaralanmaya maruz kalanların meslek dağılımlarında 85 (%54,5) stajyer, 32 (%20,6) hemşire, 30 temizlik elemanı (%19,2), dört laboratuvar teknisyeni (%2,5), iki doktor (%1,2) en sık görülenleriydi. Yaralanmanın meydana geldiği alanlardan, 48 (%30,7) acil servis, 25 (%16) klinikler, 21 (%13,6) kan alma ünitesi, 14 (%9) ameliyathane, 11 (%7) yoğun bakım üniteleri gibi riskli alanlar başta gelmekteydi (Tablo 1). Kazaların 126 (%77) tanesinde hastaların kan yolu ile bulaşan hastalık varlığı bilinmiyor, 24 (%15,3) tanesinde bulaşıcı hastalık mevcut değil, 12 (%7,7) tanesinde bulaşıcı hastalık mevcuttu. Bulaşıcı hastalığı bulunan hastaların sekizi HBsAg pozitif, ikisi anti-HCV pozitif, ikisi HIV pozitif saptandı. Hepatit B teması olan sağlık çalışanlardan bağışıklığı olmayan 2 çalışanına aşı ve immünoglobulin, dört çalışana anti-HBs <10 olması nedeni ile 1 doz hepatit B aşısı, 2 çalışana anti-HBs >10 olması nedeni ile diğer viraller açısından 1., 3. ve 6. ay kontrolleri yapılmıştır. Hepatit C temaslılarda akut hepatit C açısından 6 aylık izlemlerde pozitiflik görülmemiştir. HIV pozitifliği bulunan iki hastanın malzemesi ile teması olan sağlık çalışanına 28 günlük oral anti-retroviral profilaksi başlanmış, 6 aylık sürece yapılan takiplerinde pozitiflik görülmemiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanları kesici ve delici alet yaralanmalarının sebep olduğu iş kazaları nedeni ile risk altındadır.

Anahtar Kelimeler: İkinci basamak, sağlık çalışanları, kesici-delici alet yaralanmaları

Tablo 1. Yüz elli altı kesici-delici alet yaralanmasının analizi

	Sayı	Yüzde (%)
Mesleki dağılım		
Stajyer öğrenci	85	54
Hemşire	32	20,6
Temizlik personeli	30	19
Laboratuvar teknisyeni	4	2,5
Doktor	2	1,2
Acil tıp teknikeri	1	0,64
Yemekhane personeli	1	0,64
Anestezi teknikeri	1	0,64
Kullanılan aletler		
Lümenli iğne	122	78,3
Bistüri	11	7
Ampül	3	2
Sütur iğnesi	1	0,6
Diğer	19	12
Yaralanma alanları		
Acil servis	48	30,7
Klinikler	25	16
Kan alma ünitesi	21	13,6
Yoğun bakım ünitesi	11	7
Ameliyathane	14	9
Laboratuvar	4	2,5
Lokal birimi	5	3,2
Diğer birimler	28	18
Kontaminasyon		
Kontamine alet	149	95
Kontamine değil	7	404
Kaynak enfekte durumu		
Bulaşıcı hastalığı yok	24	15,3
Bulaşıcı hastalığı var	12	7,7
Bilinmiyor	120	77
Kişisel koruyucu ekipman kullanımı		
Var	133	85
Yok	23	14,7
Yaralanma bölgesi		
Eller	151	96,8
Bacak	3	1,9
Ayak	1	0,64
Yüz	1	0,64

[PS-295]

Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Alet Yaralanmalarının Anket Çalışması ile Değerlendirilmesi

Gönül Çiçek Şentürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Kan yolu ile bulaşan patojenlere iğne veya diğer kesici-delici aletler ile mesleki maruziyet sağlık çalışanları için ciddi ancak önlenebilir bir problemdir. Ülkemiz için Kırım-Kongo kanamalı ateşi en önemli mesleki maruziyet risklerinden biridir ve oldukça mortal seyretmektedir. Bu çalışmada bir anket ile sağlık çalışanlarının kesici-delici alet yaralanmaları (DKAY) hakkında bilgi edinilmeye çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 3. basamak bir eğitim ve araştırma hastanesi olan kurumumuzda çalışan hemşire ve doktorlara uygulanan bir anket çalışmasıdır. Yirmi iki sorudan oluşan anket formu hazırlanarak hastanemizde çalışan doktor ve hemşirelere dağıtılmış, anketin yanıtlanmasında gönüllülük esas alınmıştır. 2017 yılında yapılan anket, çalışanların son bir yılda yaşadıkları DKAY'ye yöneliktir. Anketin yapıldığı yılda kurumumuzda 730 doktor, 672 hemşire çalışmakta idi.

Bulgular: Anketi 450'si (%67) hemşire 220'si (%30) doktor olmak üzere toplam 670 sağlık çalışanı yanıtlamıştır. Doktorların 116'sı (%53) erkek, 104'ü (%47) kadın, hemşirelerin 383'ü (%85) kadın, 67'si (%15) erkek idi. Doktorların 43'ü (%20), hemşirelerin 119'u (%18) son bir yılda DKAY'ye maruz kalmış idi. Anket sonuçlarına göre mükerrer yaralanmalar da dikkate alındığında doktorlarda 80 (%36), hemşirelerde 199 (%30) DKAY olayı yaşanmış idi. Ankete yanıt veren doktorların 41'i (%95), hemşirelerin 73'ü (%96) DKAY esnasında eldiven kullandığını belirtmiştir. Yaralanma sonrası, doğru müdahalede bulunan yani yaralanan yeri sıkıp kanatmadan (travmatize etmeden) su ve sabunla yıkadığını, belirtenlerin sayısı doktorlarda 32 (%74), hemşirelerde 59 (%77) idi. DKAY sonrası doktorların 14'ü (%32), hemşirelerin 24'ü (%31) enfeksiyon kontrol komitesi veya enfeksiyon kliniğine başvurmuş idi. Herhangi bir yere başvurmayan doktorların (n=29), 17'si (%59) hemşirelerin (n=51), 13'ü (%25) kaynak hastanın hepatit ve anti-HIV sonuçlarının negatif olması nedeni ile bu şekilde davranış sergilediklerini beyan etmişlerdir. DKAY'ye maruz kalan doktorların 39'u (%91), hemşirelerin 57'si (%75) hastada kullanılmış bir alet ile yaralanmıştı. Hastada kullanılmış alet ile yaralanma durumunda kaynak hastanın dördünde (%3) hepatit B virüs, dördünde (%3) hepatit C virüs taşıyıcılığı mevcuttu. Kaynak hastaların 90'ında (%76) kan yolu ile bulaşan bir etken saptanmamış, 21'inde (%18) kan yolu ile bulaşan bir patojen taşıyıp taşımadığı bilinmiyordu. Ankete yanıt veren sağlık çalışanlarına ilişkin diğer veriler de Tablo 1'de görülmektedir.

Sonuç: Sağlık çalışanları DKAY'leri büyük oranda bildirmemektedirler. Literatüre bakıldığında bu durum dünyadaki bir çok sağlık kuruluşunda ortak bir sorundur. Enjektör kapağını kapatırken olan DKAY'ler halen oldukça fazladır. Bu konularda verilecek eğitimler farkındalığı arttıracaktır. DKAY sonrası doğru müdahele oranının yüksek olması ise sevindirici bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Anket çalışması, kesici-delici alet yaralanmaları, sağlık çalışanları

Tablo 1. Anket sonuçlarına göre hastanemizde son bir yılda meydana gelen DKAY'ye ilişkin bazı veriler

Ankete yanıt veren personelin çalıştığı birimler	n=670 (%)
Acil polikliniği	68 (10)
Ameliyathane	140 (21)
Cerrahi klinikler	134 (20)
Dahili klinikler	145 (22)
Yoğun bakım klinikleri	109 (16)
Poliklinikler	58 (8)
Diğer	16 (3)
DKAY'nin meydana geldiği birimler	n=119 (%)
Acil polikliniği	19 (16)
Ameliyathane	46 (39)
Cerrahi klinikler	15 (13)
Dahili klinikler	14 (12)
Yoğun bakım klinikleri	20 (17)
Poliklinikler	5 (4)
DKAY'nin meydana geldiği işlem	n=199 (%)
Ameliyat esnasında	61 (31)
Enjektörün kapağını kapatırken	32 (16)
İnvazif işlem esnasında	71 (36)
Kesici-delici alet kutusuna atarken	9 (4)
Kan şekeri ölçümü esnasında	17 (9)
Başkasının elindeki iğne ile yaralanma	9 (4)
Yaralanma bölgesi	n=119 (%)
Sağ el-kol	69 (58)
Sol el-kol	50 (42)

DKAY: Kesici-delici alet yaralanması

[PS-296]

Akut Miyeloid Lösemi Tanılı Hastada Nadir Fakat İnvaziv Bir Etken: *Saprochaete capitata*

Merve Yetişken[1], Hüseyin Aytaç Erdem[2], Nur Akad Soyer[1], Bilgin Arda[2], Dilek Yeşim Metin[3]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*
[3]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: *Saprochaete capitata* doğada toprak, hava, süt ve süt ürünlerinde bulunabilen, ayrıca sağlıklı insanların deri, bronşiyal ve barsak yollarında kolonize olarak yer alabilen bir mantar türüdür. Ancak hematolojik malignitesi olan ve bağışıklığı baskılanmış hastalarda ciddi fırsatçı enfeksiyonlara da neden olabilir.

Olgu: Akut miyeloid lösemi tanılı 62 yaşında kadın hasta, sitozin arabinosid ve idarubisinden oluşan remisyon indüksiyon kemoterapisi sonrası nötropenik olan ve antifungal profilaksi olarak 1x300 mg oral posakonazol tablet almakta iken, serviste izlemi sırasında dirençli ateş yüksekliği ve C-reaktif protein (CRP) progresyonu olması üzerine meropenem 1 gr 3x1 ve teikoplanin 400 mg 1x1 intravenöz başlandı. Yetmiş ikinci saatinde ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine tedaviye parenteral olarak yükleme 70 mg/kg/gün ve idame 50 mg/kg/gün kaspofungin eklendi. Fizik muayenesinde her iki akciğerde inspiryum sonu ralleri olan hastanın karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği ve batın tomografisinde karaciğer ve dalak parankiminde multipl hepatosplenik kandidoz ile uyumlu odaklar, yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisinde de her iki akciğer parankiminde, çevrelerinde buzlu cam dansiteleri barındıran multipl nodül yapıları izlenmiş olup görünüm fungal enfeksiyon açısından anlamlı görüldü. İki gün parenteral kaspofungin tedavisi altında takip edilen hastanın eş zamanlı olarak kan kültüründe maya mantarı üredi. Etken mikromorfolojik özellikleri ve Maldi Tof MS ile *S. capitata* olarak tanımlandı, CLSI M27A3 kılavuzuna göre mikrodilüsyon yöntemi ile antifungal duyarlılığı yapıldı. Etkene yönelik belirlenmiş direnç sınır değeri olmamakla birlikte, MİK değerleri (amb-0,5 flu-0,5 itr-2 vor-0,125 pos-0,5 and->16 cas-16) göz önüne alınarak kaspofungin tedavisi kesildi ve lipozomal amfoterisin B 5 mg/kg/gün başlandı. Hastanın ekokardiyografisinde vejetasyon saptanmadı, göz dibi bakısı normal olarak değerlendirildi. Lipozomal amfoterisin B tedavisi ile ilk haftadan itibaren hastanın CRP'si ve ateşi düşmeye başladı. Tedavinin 1. ayında kontrol akciğer tomografisinde her iki akciğerde sayıca ve boyutça artış gösteren nodüler dansiteler, batın tomografisinde ise karaciğer, dalak ve böbrekte en büyüğünün boyutu 1,5 cm olan hipodens lezyonlar saptanması tedaviye parenteral olarak vorikonazol eklendi. Lipozomal amfoterisin tedavisinin 90. gününde ve vorikonazol tedavisinin 30. gününde hastanın karaciğer fonksiyon testlerinde gerileme saptandı, kan kültüründe üreme saptanmadı. Son yapılan akciğer ve batın tomografisinde akciğerde mevcut olan ve fungal pnömoni lehine değerlendirilen nodüllerde ve batın içi hipodens lezyonlarda boyutsal küçülme saptandı.

Sonuç: Hematolojik maligniteli ve bağışıklığı baskılanmış olan hastalarda ısrarlı ateş yüksekliği, geniş spektrumlu antibiyotiklere yanıtsızlık durumunda invaziv mantar enfeksiyonları akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Saprochaete capitata*, akut miyeloid lösemi

[PS-297]

Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Dirençli Gram-Olumsuz Bakterilerin Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi

Gürsel Ersan[1], Eren Arkalı[1], Çiler Zincircioğlu[2], Şükran Köse[1]

[1]*İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir*
[2]*İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir*

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) Gram-olumsuz bakteriler en sık saptanan bakteriler olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada anestezi YBÜ dirençli bakterilerde yıllara göre gelişen direnç oranları irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Anestezi YBÜ'sünden gönderilen klinik örneklerde üreyen ve hastalık etkeni olarak kabul edilen dirençli Gram-olumsuz bakterilerin antibiyotik dirençleri Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı'ndan ve Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Programı'ndan tarama yapılarak incelenmiştir.

Bulgular: Ocak 2010-Aralık 2018 tarihleri arasında İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi YBÜ'sünde yatan olgulardan gönderilen klinik örneklerden izole edilen ve hastalık etkeni olarak kabul edilen *Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae* gibi dirençli Gram-olumsuz bakterilerin antibiyotik direnç gelişimleri yıllara göre incelenmiştir. *A. baumannii, P. aeruginosa* ve *K. pneumoniae* için Tablo 1'de direnç oranları verilmiştir.

Sonuç: Gram-olumsuz bakteri enfeksiyonlarındaki artan direnç ve tedavi seçeneklerinin sınırlı olması önemli bir sorundur. Artan direnç oranları, antibiyotik yönetişimine dikkatleri çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antimikrobiyal direnç, yoğun bakım ünitesi

Tablo 1. ***Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa*** **ve** ***Klebsiella pneumoniae*** **yıllara göre direnç oranları (%)**

		2010			**2011**			**2012**		
	A. baumannii	*P. aeruginosa*	*K. pneumoniae*	*A. baumannii*	*P. aeruginosa*	*K. pneumoniae*	*A. baumannii*	*P. aeruginosa*	*K. pneumoniae*	*A. baumannii*
Amikasin	45	45	0	36	36	8	39	39	3	26
Gentamisin	23	23	42	19	19	71	39	39	39	27
Seftazidim	28	29	52	36	36	91	46	46	81	31
Sefepim	32	32	69	34	35	80	36	36	71	8
Siprofloksasin	22	22	65	18	18	40	17	17	38	11
İmipenem	0	0	3	43	42	0	70	70	11	50
Piperasilin/ Tazobaktam	30	30	68	45	45	62	48	48	74	14
Kolistin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	2013			**2014**			**2015**		
	P. aeruginosa	*K. pneumoniae*	*A. baumannii*	*P. aeruginosa*	*K. pneumoniae*	*A. baumannii*	*P. aeruginosa*	*K. pneumoniae*	*A. baumannii*
Amikasin	26	5	49	49	20	61	23	65	77
Gentamisin	27	20	41	41	30	77	18	47	71
Seftazidim	31	51	47	47	50	100	29	93	100
Sefepim	8	20	52	52	60	100	56	86	100
Siprofloksasin	11	18	35	35	20	100	29	67	97
İmipenem	50	22	66	66	20	98	46	60	97
Piperasilin/ Tazobaktam	14	55	82	82	50	100	61	88	90
Kolistin	-	-	0	0	-	2	0	31	0

	2016			**2017**			**2018**	
	P. aeruginosa	*K. pneumoniae*	*A. baumannii*	*P. aeruginosa*	*K. pneumoniae*	*A. baumannii*	*P. aeruginosa*	*K. pneumoniae*
Amikasin	54	47	50	42	71	89	19	32
Gentamisin	41	71	94	37	65	71	19	32
Seftazidim	38	96	100	31	100	100	45	91
Sefepim	56	100	100	33	100	100	50	86
Siprofloksasin	41	95	100	15	74	100	45	74
İmipenem	58	70	100	63	61	100	73	55
Piperasilin/ Tazobaktam	75	100	100	45	90	100	41	95
Kolistin	10	44	6	0	33	*	*	*

*Kolistin duyarlılığı disk difüzyon yöntemi ile çalışılmamıştır

[PS-298]

Milier Tüberküloz ve Tüberküloz Lenfadenitin Birlikte Olduğu İmmünosüpresif Tüberküloz Lenfadenit Olgusu

Nagihan Bülbül Çolak, Rukiye İnan, Emine Parlak, Mehmet Parlak

Atatürk Üniversitesi Tıp Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Tüberküloz dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Akciğer dışı tüberkülozun önemli bir bölümünü tüberküloz lenfadenitler oluşturur. Servikal bölgede tek taraflı bir veya birden fazla ağrısız şişliklerde akla gelmelidir. Akciğer tüberkülozunda sık görülen ateş, kilo kaybı, gece terlemesi akciğer dışı tüberkülozda daha az görülür. Bu bildiride ateşi, kilo kaybı ve gece terlemesi belirgin olan geç ateş yanıtı alınan tüberküloz lenfadenit olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında bilinen romatoid artrit tanısıyla immünosüpresif ilaç kullanımı olan erkek hasta yaklaşık bir aydır olan terleme, ateş ve kilo kaybı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın üşüme titremeyle yükselen 40 °C'ye varan ateş, özellikle geceleri olan bol miktarda terleme ve son 6 ayda 15 kilo kaybı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede genel durum orta, bilinç açık, oryante ve koopere olan hastanın ateş 38,9 °C, tansiyon arteriyel 100/70 mmHg, nabız 112/dk, solunum sayısı 23/dk, oksijen satürasyonu 97 idi. Bilateral akciğer sesleri olağandı. Bilateral servikal bölgede yaklaşık 1,5 cm, sol supraklaviküler bölgede 2 cm, sağ aksiller bölgede 1,5 cm, sol aksiller bölgede 3 cm lenfadenopati mevcuttu. Laboratuvar testlerinde beyaz küre 7,18 10^3/ul (nötrofil %69, lenfosit %22, monosit %7), hemoglobin 14,2 g/dl, trombosit 236 10^3/ul, kreatinin 0,7 mg/dl, CRP 165 mg/l, ESH: 41 mm, AST 67 U/l, ALT 60 U/l, LDH 886 U/l idi. Kan ve idrar kültürlerinde üreme saptanmadı. Hastanın PPD'si 11 mm ve Quantiferon testi pozitifti. Ultrasonografi görüntülemesinde fizik muayene ile uyumlu lenfadenopati saptandı. Hastanın aksiller bölgesinden eksizyonel LAP biyopsi sonucu nekrotizan granülomatöz iltihabı proses olarak sonuçlandı. Hastaya tüberküloz lenfadenit ön tanısıyla 4'lü anti-tüberküloz tedavisi başlandı. İmmünosüpresif tedavisi Romatoloji Kliniği tarafından düzenlendi. Hastanın takipleri sırasında 39 °C üzeri ateşleri oldu. Toraks BT'de miliyer tüberküloz ile uyumlu görünüm saptandı. Bronkoskopi yapılarak ARB ve mikobakteri kültürü istendi. ARB negatifti, mikobakteri kültüründe üreme saptanmadı. Hastanın tedaviye rağmen ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine hastaya ekokardiyografi yapıldı. Lenfoma yönüyle değerlendirildi. Sonuçları normal çıktı. Hastanın mevcut tablosu tüberküloz tedavi sırasında görülebilen paradoksal yanıt olduğu düşünüldü. Tedavinin 27. gününde ateş yanıtı gözlenen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Hastanın tedavisi ve takibine devam ediliyor.

Sonuç: Gelişmekte olan ülkelerde ateş, gece terlemesi, lokalize LAP ile gelen hastalarda tüberküloz yüksek oranda görülmektedir. İmmünosüpresyon açısından tedavi edilen hastalarda tüberküloz akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner tüberküloz, lenfadenopati, tüberküloz

[PS-299]

HIV ile Enfekte Hastalarda İnvaziv Mantar Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi: On Altı Hastadan Oluşan Olgu Serisi

Hüsnü Pullukçu[1], Cansu Bulut Avşar[1], Mehmet Sezai Taşbakan[2], Pervin Korkmaz Ekren[2], Meltem Işıkgöz Taşbakan[1], Feza Bacakoğlu[2], Deniz Gökengin[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: HIV/AIDS hastaları, invaziv mantar enfeksiyonları açısından önemli bir risk grubudur. Pulmoner ve özofageal kandidiyaz ile *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi (PCP) AIDS tanımlayıcı ciddi fungal enfeksiyonlardır. İnvaziv aspergilloz bu olgularda daha nadir görülmektedir. Bu çalışmada, HIV ile enfekte bireylerde ve AIDS hastalarında invaziv fungal enfeksiyonların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2006 ile 2019 yılları arasında Enfeksiyon Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları Solunumsal Yoğun Bakım Ünitesi'nde invaziv mantar enfeksiyonları nedeniyle hastaneye yatırılan ve HIV (+) saptanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Her invaziv fungal enfeksiyon için ekleme kriterleri, Avrupa Kanser / İnvaziv Mantar Enfeksiyonları Araştırma ve Tedavi Organizasyonu ve Ulusal Allerji ve Enfeksiyon Hastalıkları Mikozları Çalışma Grubu'nun 2008 kılavuzlarından uyarlandı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, eşlik eden viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, CD4+ T lenfositi sayıları ve viral yük değerleri, saptanan fungal patojenler ve türleri ve enfeksiyon bölgelerine ait bilgiler kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 16 olgu (12 erkek, 4 kadın hasta, ortalama yaş 47,5±12,7 minimum: 25, maksimum: 73) dahil edildi. Hastaların verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Eşlik eden akciğer kandidiyazisi olan iki hastanın tanısı bronkoskopi ile elde edilen biyopsi örneklerinin patolojik incelemesi ile desteklenmiştir. Uygun antibiyotik tedavisi altında yanıt alınamayan iki hastada antifungal tedavi sonrası klinik ve radyolojik yanıt elde edilmesi nedeniyle enfeksiyon lehine yorumlanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen verilere göre, CD4+ T lenfositi sayısının <100 hücre/µl olması ve özellikle akciğer tutulumu varlığı PCP başta olmak üzere olguların invazif fungal enfeksiyonlar açısından da değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: AIDS, aspergilloz, fungal pnömoni

Tablo 1. Fungal enfeksiyon saptanan hastalara ait veriler

Hasta no	Cinsiyet	Yaş	CD4 hücre/µl	Viral yük kopya/ml	PCP	Enfeksiyon odağı	Patojen	Eşil eden fırsatçı enfeksiyonlar	Sonuç
1	K	30	25	100,000	+	-	-	-	
2	E	64	10	100,000	+	-	-	HSV	
3	K	46	80	100,000	+	Akciğer	*Aspergillus*	CMV	Eks
4	E	52	72	100,000	+	Akciğer	*Candida*	CMV	
5	E	60	60	100,000	+	Akciğer + üriner sistem	*Candida*	CMV	
6	E	73	119	67,000	+	-	-	CMV	
7	E	57	93	75,000	+	-	-	Atipik tüberküloz	Eks
8	E	52	42	25,000	+	-	-	Dissemine tüberküloz	
9	E	46	40	100,000	+	-	-	Atipik tüberküloz	
10	E	33	74	85,000	+	Akciğer	Olası *Aspergillus*	-	Eks
11	E	33	14	1776	+	Özefagus	*Candida*	-	
12	E	61	270	1,600,000		Özefagus	*Candida*	-	
13	E	27	33	2486	+	-	-	-	Eks
14	E	25	23	88,000	+	-	-	CMV	
15	K	53	3	15,000	+	Akciğer	*Aspergillus*	CMV	Eks
16	K	48	4	350,000	+	-	-	CMV	

CMV: Sitomegalovirüs, E: Erkek, K: Kadın, PCP: *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi

[PS-300]

İşitme Kaybı ile Gelen Nedeni Bilinmeyen Ateş Olgusu: Wegener Granülomatozisi

Şeymanur Sağlam, Betül Yıldırım, Ümit Gemici, Ayşe Batırel

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Wegener granülomatozisi küçük ve orta boy damarları tutan, sıklıkla üst ve alt hava yollarının nekrotizan granülomatöz iltihabı ile karakterize sistemik bir vaskülittir, nedeni bilinmeyen ateş olgularının etiyolojisinde bulunabilir.

Olgu: Hipertansiyonu olan 63 yaşında erkek hasta iki aydır ateş, terleme, halsizlik şikayeti, 1 ay önce sağ kulakta ani işitme kaybı ve aralıklı sefazolin, siprofloksasin, amoksisilin-klavulonat kullanımına rağmen şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine başvurdu. Babasında tüberküloz öyküsü olan hastanın fizik muayenesi sağ kulakta işitme kaybı, subfebril ateş dışında doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde; C-reatif protein (CRP): 151 mg/l, sedimentasyon: 96 mm/saat, prokalsitonin: 0,5 ng/ml, Rose Bengal: negatif, anti-HBc IgG: + idi. Akciğer grafisinde sol sinüste küntlük, ekokardiyografide sol ventrikül hipertrofisi mevcuttu. Tüberkülin deri testi: anerjik, indüklenmiş balgam ARB: negatif olan hastanın 39 dereceye ulaşan ateşleri devam etti. Batın BT: orta rektum düzeyinde 2 cm çapında polipoid görünüm, kolonoskopide enfektif kolit raporlandı. Bir aydır işitme kaybı ve yeni başlayan burun akıntısı-tıkanıklığı olan hastada KBB muayenesinde: Nazal kavite hemorajik kurutlu görülüp, seröz otitis media ve sinüzit için antibiyoterapi önerildi. Paranazal sinüs BT: Yaygın mukozal tutulum olduğundan nazal mukoza biyopsi örneği alındı. Temporal BT: Otomastoidit olarak raporlandı. Kontrol CRP: 234 mg/l, prokalsitonin: 0,4 ng/ml olan hastaya piperasilin-tazobaktam başlandı. İzlemde yaygın artraljisi, sağ el bileğinde artriti ve bilateral alt ekstremitelerinde peteşial döküntüleri gözlenen hastanın ANA: zayıf pozitif, C3, C4 normal sınırlardaydı (Resim 1). Döküntüden deri biyopsisi alındı. Ağız içi aftöz lezyonu gelişen hastanın paterji testi negatifti. Yirmi dört saatlik idrar proteini 1100 mg olan, antibiyoterapiyle ateş ve serolojik yanıt alınamayan, enfeksiyöz tablodan uzaklaşılan hastada 12. günde piperasilin-tazobaktam kesildi. Bu dönemde ciddi hemoptizisi olan hastanın nazal mukoza biyopsisi: ülser zemininde multinükleer dev hücre proliferasyonu, deri biyopsisi: Lökositoklastik vaskülit olarak raporlandı. C-ANCA: 164 (0-19) olarak sonuçlandı. Mevcut bulgularla hastada Wegener granülomatozisi düşünüldü, immünosüpresif tedavi planı öncesinde preemptif entekavir ve sonrasında romatoloji önerisiyle pulse steroid, siklofosfamid başlandı ve plazmaferez uygulandı. Hastanın takibinde ateşi olmadı, CRP: 3 mg/l'ye, C-ANCA: 11'e geriledi. Proteinürisi azalan hastanın 1,5 aydır devam eden işitme kaybı tamamen düzeldi.

Sonuç: Antibiyoterapiye yanıtsız üst-alt solunum yolu ile ilgili şikayetleri olan hastalarda detaylı KBB muayenesi önemli olup, patolojik örnekleme için ısrarcı olunmalıdır. Özellikle renal tutulumun da eşlik ettiği bu tablodaki nedeni bilinmeyen ateş olgularında Wegener granülamatozisi ön tanıda mutlaka düşünülmeli, steroidden dramatik yanıt alınabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş, Wegener granülomatozisi, sinüzit



Resim 1. Peteşial döküntülerin steroid tedavisine yanıtı

[PS-301]

Son Beş Yıl İçerisinde Karaciğer Biyopsisi Yapılan Kronik Viral Hepatit B Olgularının Değerlendirilmesi

Habibe Tülin Elmaslar Mert, Zerrin Yuluğkural, Figen Kuloğlu, Ertuğrul Topçu, Filiz Akata

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Edirne

Giriş: Kliniğimizde 01.01.2014-31.12.2018 tarihleri arasında karaciğer biyopsisi yapılmış kronik viral hepatit B (KHB) olgularının, başlanan tedavilerin ve takipleri süresince yaşanan sorunların gözden geçirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizin veri tabanında 01.01.2014-31.12.2018 tarihleri arasında, servisimize yatırılıp karaciğer biyopsisi yapılmış KHB olgularının bilgileri, patoloji raporları, laboratuvar tetkikleri, başlanan tedaviler gözden geçirildi.

Bulgular: Toplam 155 adet karaciğer biyopsisi yapıldığı saptandı. Hastaların 79'u kadın, 76'sı erkekti. Hastaların yaş ortalaması 46,5 (20-74) idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 47,3 (23-66), erkek hastaların yaş ortalaması 45,6 (20-74) idi. Yüz elli iki hastaya 155 karaciğer biyopsisi yapıldığı; üç kadın hastaya çalışma süresi içinde iki kere biyopsisi yapıldığı saptandı. Hastaların on ikisinin HBeAg pozitifti. Bu hastaların altısında aynı anda anti-HBe de pozitifti; tedavi sonrası bu altı hastanın üçünde HBeAg'nin negatifleştiği saptandı. Biyopsi sonucunda güncel sağlık uygulama tebliğine göre 116 (%76,3) hastaya tedavi başlandı. Bir erkek hasta tedaviyi kabul etmedi. Tedavi başlanan 116 hastanın dokuzuna (%7,5) lamivudin verildi. Bu hastaların dördü kadın, beşi erkekti. Entekavir tedavisi başlanan 72 (%62,06) hastanın 38'i kadın, 34'ü erkekti. Tenofovir disoproksil fumarat (TDF) tedavisi başlanmış olan 35 (%30,17) hastanın 13'ü kadın, 22'si erkekti. Takipler sırasında on erkek, on kadın olmak üzere toplam 20 (%17,24) hastanın antiviral tedavisi değiştirildi. Lamivudin alan hastalardan yedi hastanın tedavisi HBV-DNA artışı sebebiyle değiştirilmişti. Tedavi değişimi yapılan bu hastalardan bir kadın hastanın tedavisi entekavir, altı hastanın (üç kadın, üç erkek) tedavisi TDF olarak değiştirildi. Entekavir alan dört kadın ve bir erkek hastanın tedavisi değiştiridi, TDF'ye geçildi. Bir kadın hastada gebelik, diğer bir kadın hastada ise tedaviyi tolere edemediği için tedavi değişikliğine gidildi. Geri kalan hastaların tedavisi HBV-DNA pozitifleşmesi sebebiyle değiştirildi. TDF almakta olan iki kadın ve altı erkek hastanın tedavileri entekavire değiştirildi. Bir erkek hastada görme bulanıklığı nedeniyle, diğer hastalarda ise kemik mineral yoğunluğundaki azalma nedeniyle değişikliğe gidildi.

Sonuç: Hastaların hepsinin aldığı güncel tedaviler incelendiğinde 116 hastanın ikisi (%1,72) (iki erkek) lamivudin (2014 ve 2015 yılında başlanmış), 75'i (%64,65) entekavir (36 kadın, 39 erkek), 37'si (%31,89) TDF (17 kadın, 20 erkek) tedavisi almaktadır ve henüz tedavi başarısızlığı saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer biyopsisi, kronik viral hepatit B, tedavi

[PS-302]

Hastane İçme ve Kullanma Sularının Mikrobiyolojik Analizi: Sakarya

Gökhan Çavdar, Mehmet Köroğlu, Mehmet Ölmez, Elif Özözen Şahin, Mustafa Altındiş

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Hastane içme ve kullanma sularının, patojen ve fırsatçı patojen mikroorganizma içermesi hastalar, sağlık çalışanları ve refakatçiler için risk oluşturmaktadır. Özellikle immün düşkün hastalarda (kanser hastaları, yoğun bakım hastaları, yaşlılar ve çocuklar) morbidite ve mortalitesi yüksek önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı hastanemiz içme ve kullanma suları, duş ve musluk başlıklarının hasta ve çalışan sağlığı açısından risk oluşturup oluşturmadığının konvansiyonel ve VITEK®/MALDI TOF yöntemleri ile araştırması, uygun bulunmayan su ve sürüntü örnekleri için gerekli tedbirlerin alınmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma materyali olarak, hastanemizin dört ayrı kampüsünden (Merkez, Korucuk, Doğumevi ve Serdivan) toplam 40 ayrı musluk/duş başlığından su örneği ve sürüntü örnekleri alınmış, tüm testler Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda çalışılmıştır. Su örnekleri için potasyum tiyosülfatlı 500 ml'lik kahverengi plastik steril şişeler, sürüntü örnekleri için ise eküvyon çubuklar kullanılmıştır. Su örnekleri mikrobiyolojik analizi 0.45 mikronluk filtreler (Sartorius, Almanya) kullanılarak altılı membran filtrasyon sistemi (Sartorius, Almanya) ile yapılmıştır. *Escherichia coli* ve koliform grubu bakterilerin izolasyonu için Cromocoult Coliform agar ve doğrulama testi olarak oksidaz testi, enterokok izolasyonu için Slanetz-Bartley agar (Merck, Almanya) ve doğrulama testi olarak Safra Eskülün agar (Merck, Almanya) besiyerinde üreme yöntemi kullanılmıştır. *Legionella* spp. izolasyonu için BCYE agar (Condalab, İspanya) ve doğrulama için kanlı agar besiyeri (Merck, Almanya) kullanılmıştır. Üreyen kolonilerin identifikasyonu kütle spektrofotometre yöntemi ile (VITEK® MS, biomerieux, Fransa) cihazı ile yapılmıştır.

Bulgular: Su örneklerinde; *E. coli*, diğer koliform grubu bakteriler, Enterokok ve *Legionella* spp. üremediği görülmüştür. Sürüntü örneklerinde ise *Legionella* spp. tespit edilmemiştir. Su ve sürüntü örneklerinde birçok fırsatçı patojen tespit edilmiş olup, bunlar Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur.

Sonuç: İncelemeye alınan su ve sürüntü örneklerinde *E. coli*, Koliform grubu bakteri, enterokok ve *Legionella* spp. tespit edilmemiş olup içme-kullanma sularının hastalar ve sağlık çalışanları için riskli bulunmamıştır. Hastanemizin su ve sürüntü örneklerinde fırsatçı patojenlerin tespit edilmesi riskli bulunmuş olup hastanelerin içme-kullanma sularının rutin mikrobiyolojik analizleri yapılmalıdır. Ayrıca klorlama ve termal eradikasyon ile dezenfeksiyon yöntemleri yanında, maliyeti yüksek olsa da kısa sürede çabuk etkili bakır-gümüş iyonizasyon ve ultraviyole ışınlama gibi dezenfeksiyon işlemleri de uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, içme suyu, mikrobiyolojik analiz

Tablo 1. Süründü örneklerinde üreyen mikroorganizmalar

Bakteri adı	İzole edildiği birim	Örnek no	Üreme oranı
Staphylococcus capitis	Merkez kampüsü su deposu	14.	%5 (2/40)
	Doğumevi kampüsü su deposu	34.	
Staphylococcus epidermidis	Merkez kampüsü su deposu	13.	%5 (2/40)
	Korucuk kampüsü onkoloji (duş)	17.	
Staphylococcus warneri	Korucuk kampüsü hematoloji (musluk)	22.	%7,5 (3/40)
	Doğumevi kampüsü doğumhane (duş)	30.	
	Serdivan kampüsü kardiyoloji (musluk)	37.	
Staphylococcus hominis	Korucuk kampüsü onkoloji (duş)	19.	%2,5 (1/40)
Staphylococcus aureus	Doğumevi kampüsü kadın doğum servisi (duş)	31.	%2,5 (1/40)
Staphylococcus haemolyticus	Doğumevi kampüsü kadın doğum servisi (duş)	31.	%2,5 (1/40)
Staphylococcus arlettae	Serdivan kampüsü su deposu	39.	%2,5 (1/40)
Bacillus megaterium	Merkez kampüsü su deposu	13.	%2,5 (1/40)
Bacillus cereus	Doğumevi kampüsü doğumhane (duş)	30.	%2,5 (1/40)
Pseudomonas oryzihabitans	Serdivan kampüsü su deposu	39.	%2,5 (1/40)
Micrococcus luteus	Korucuk kampüsü su deposu	24.	%10 (4/40)
	Doğumevi kampüsü çocuk dahiliye (duş)	27.	
	Serdivan kampüsü kardiyoloji (musluk)	37.	
	Serdivan kampüsü mutfak (musluk)	40.	
Küf ve maya (aynı kolonide birlikte üreme)	Anestezi yoğun bakım	1.	%10 (4/40)
	Merkez kampüsü su deposu	14.	
	Serdivan kampüsü su deposu	38.	
	Serdivan kampüsü su deposu	38.	

Tablo 2. Su örneklerinde üreyen mikroorganizmalar

Bakteri adı	İzole edildiği birim	Örnek no	Üreme oranı
Staphylococcus capitis	Merkez kampüsü çocuk servisi (duş)	11.	%5 (2/40)
	Merkez kampüsü su deposu	14.	
Staphylococcus epidermidis	Merkez kampüsü göğüs servisi (duş)	6.	%5 (2/40)
	Merkez kampüsü doku-organ trans. (duş)	8.	
Staphylococcus warneri	Merkez kampüsü su deposu	13.	%2,5 (1/40)
Staphylococcus pasteuri	Doğum evi kampüsü su deposu	34.	%2,5 (1/40)
Bacillus cereus	Merkez kampüsü su deposu	13.	%12,5 (5/40)
	Doğumevi kampüsü kadın doğum servisi (duş)	31.	
	Doğumevi kampüsü su deposu	34.	
	Korucuk kampüsü onkoloji (duş)	17.	
	Serdivan kampüsü kardiyoloji servisi	37.	
Bacillus pumilus	Doğumevi kampüsü su deposu	33.	%2,5 (1/40)
Ralstonia insidiosa	Serdivan kampüsü su deposu	38.	%2,5 (1/40)
Delftia acidovorans	Doğumevi kampüsü su deposu	33.	%5 (2/40)
	Serdivan kampüsü su deposu	39.	
Sphingonomas yanoikuyae	Merkez kampüsü intaniye (duş)	9.	%2,5 (1/40)
Corynobacterium durum	Çocuk klinik servisi (süt çocuğu)	29.	%2,5 (1/40)
Elizabethkingia meningoseptica	Doğumevi kampüsü doğumhane (duş)	30.	%2,5 (1/40)
Acitonobacter Johnsoni	Doğumevi kampüsü doğumhane (duş)	30.	%2,5(1/40)
Acitenobacter schindleri	Doğumevi kampüsü su deposu	34.	%2,5(1/40)
Pseudomonas aeruginasa	Doğumevi kampüsü su deposu	33.	%2,5(1/40)

[PS-304]

Yoğun Bakımda Takip Edilen Hastalarda Alınan Kültürlerin Değerlendirilmesi

Selin Bardak Özcem[1], Nedim Çakır[1], Hüseyin Kaya Süer[1], Atalay Arkan[2]

[1]*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, KKTC*
[2]*Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, KKTC*

Giriş: Yoğun bakımda takip edilen ve ölen hastaların bu klinik sonuçları ile üretilen mikroorganizma ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.09.2015 ile 01.07.2018 tarihleri arasında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi yoğun bakımda yatmış ve mortal seyreden hastalar çalışmaya alındı. Belirtilen tarihler arasında ölen 199 hastanın ölüm tarihlerinden önceki son on gün içinde alınmış olan kültürleri ve üremeleri geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Belirtilen tarihler arasında yoğun bakımda mortal sonuca karşın 20 (%10,05) hastadan hiç kültür alınmadığı, 48 (%24) hastanın ise alınan kültürlerinde üreme olmadığı saptanmıştır. Kültürlerinde üreme saptanan 131 (%65,8) hastanın sonuçları değerlendirilmiştir. Hastaların %32'si göğüs hastalıkları, %17'si iç hastalıkları, %15'i beyin cerrahisi, %5'i enfeksiyon hastalıkları, %5'i nöroloji ve %5'i ise onkoloji tarafından takip edilmekte idi. Kırk hastanın (%20,1) birden fazla örneğinde üreme olurken, 30 hastanın (%15) sadece idrarında üreme olduğu saptanmıştır. Toplam 25 (%19) örnekten ise *Candida* spp. soyutlanmıştır. Sadece idrarında üreme olanların 11'inde *Candida* spp., 16'sında Gram-olumsuz bakteri, üçünde ise *Enterococcus* spp. üremesi saptanmıştır. Kan kültürlerinde *Candida* spp. üremesi saptanan yedi hastanın (%3,5) eş zamanlı olarak idrar kültürlerinde de *Candida* üremesi olmuştu. *Acinetobacter baumannii* 7 hastadan alınan örneklerde saptanmış olup, bunların dördünün kan kültürü ile eş zamanlı alt solunum yolu örneğinde, ikisinin sadece derin trakeal aspirat kültüründe, bir hastanın ise sadece idrar kültüründe izole edilmiştir. Kan kültürleri açısından değerlendirildiğinde, 39 kan kültür pozitifliği saptanmıştır. Bunların 14'ü Gram-olumlu, 18'i Gram-olumsuz ve yedi *Candida* üremesi vardı. Gram-olumsuz bakterilerin beşi genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz salgılayan *Escherichia coli*, iki *Serratia marcescens*, iki *Pseudomonas aeruginosa*, bir *Burkholderia cepacia*, Gram-olumlulardan ise dört *Enterococcus faecalis*, iki metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* bir metisiline duyarlı *S. aureus* ve yedi hastadan izole edilen koagülaz-negatif stafilokokların (KNS) ikisi metisiline duyarlı iken, beşi metisiline dirençli olarak saptanmıştır. Hastalardan alınan kan kültürlerden sadece bir setinde KNS üremesi olanlar, çalışma dışı bırakılmış, değerlendirmeye alınmamıştır.

Sonuç: Yoğun bakıma yatış nedenleri farklı olsa da mortalite üzerinde enfeksiyonların önemli bir katkısı olmaktadır. Mortal seyreden hastalarımızın en az %65,8'inde en az bir mikroorganizma üremiştir. Toplam hastalarımızın %20'sinde birden çok mikroorganizma üretilmiştir. Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde enfeksiyon kontrol önlemlerinin doğru uygulanması ile çapraz kontaminasyonun önlenmesinin sağlanması amaçlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mortal, üreyen mikroorganizmalar, yoğun bakım

[PS-305]

İntrakraniyal Hematom ve Dalak İnfarktı ile Seyreden *Pseudomonas aeruginosa*'ya Bağlı Olarak Gelişen Nozokomiyal Yapay Kapak Endokarditi Olgusu

Salih Cesur, Esra Kaya Kılıç, Ülkü Öztoprak, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Metin Özsoy, Oğuzhan Yıldız, Sami Kınıklı

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *Pseudomonas aeruginosa*'ya bağlı yapay kapak endokardit nadiren görülür ve sıklıkla komplikasyonlarla seyreder. Uygun antimikrobiyal tedavi ile birlikte bazı olgularda erken cerrahi girişim de gerekebilir. Bu yazıda, intrakraniyal hematom ve dalak infarktı komplikasyonları ile seyreden *P. aeruginosa*'ya bağlı nozokomiyal yapay kapak endokarditi gelişen 37 yaşında bir erkek hasta sunuldu.

Olgu: Yaklaşık üç hafta önce aort ve mitral kapak hastalığı nedeniyle metalik mitral ve aort kapak replasmanı uygulanan hasta daha önce 13 gün süreyle başka bir merkezde yatarak takip ve tedavisi yapılmıştır. Hasta 6 günden beri süren ve 38,5 °C'ye kadar yükselen ateş, baş ağrısı ve eklem ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. Fizik muayenede ateş 37,7 °C, nabız 88/dk, kalp muayenesinde mekanik kapak sesi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit sayısı 10,37/mm^3, sedimentasyon hızı 73 mm/saat (normali 0-20 mm/saat), C-reaktif protein 141,6 mg/l (normali: 0-5) idi. Abdominal ultrasonografide patolojik bulgu saptanmadı. Hasta enfektif endokardit ön tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Protez kapağı olması nedeniyle üç set kan kültürü alındıktan sonra ampirik olarak vankomisin 2x1 gr ve gentamisin 3x120 mg IV başlandı. Tedavinin 2. gününde çekilen transösofagial EKO sonucu mitral kapak mekanik protez yapıda, posterior leaflette sol ventrikül yüzeyinden atriuma doğru olan 1,3x0,9 cm vejetasyonla uyumlu kitle izlendi. Mekanik aort kapakta vejetasyon saptanması olarak rapor edildi. Hastanın tedavi öncesi alınan üç kan kültüründe de *P. aeruginosa* üredi. *P. aeruginosa* suşu amikasin [minimal inhibitör konsantrasyon (MİK) değeri 4 mg/l], kolistin (MİK <=0,5 mg/l), ve gentamisine (MİK 4 mg/l) duyarlı, sefepim (MİK 16 mg/l), seftazidim (MİK 16 mg/l), meropenem (MİK >=16 mg/l) ve imipeneme dirençli idi. Hastaya glomerüler filtrasyon hızına göre imipenem ve kolistin kombinasyon tedavisi başlandı. Tedavinin 4. gününde baş ağrısı yakınmaları olan hastadan çekilen beyin MR'de intrakraniyal hematom saptandı. Hematom yönünden tedavisi nöroloji tarafından planlandı. Tedavinin 21. gününde 38 °C ateşinin olması üzerine çekilen abdomen USG'de splenik infarkt saptandı. Genel cerrahiye danışılan hastada operasyon düşünülmedi. Hastanın tedavisinin 6 haftaya tamamlanması planlandı. Kontrol EKO'da vejetasyon saptanmadı, kontrol MR'de intrakraniyal hematomda küçülme olduğu rapor edildi.

Sonuç: *P. aeruginosa*'ya bağlı yapay kapak endokarditleri intrakraniyal hematom ve dalakta infarkt gibi komplikasyonlarla seyredebildiğinden, hastaların erken tanı ve tedavisi prognoz açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Pseudomonas aeruginosa*, yapay kapak endokarditi, komplikasyon

[PS-306]

Kronik Hepatit B ve Kronik Hepatit C Hastalarında Serum Solubl Ürokinaz Plazminojen Aktivatör Reseptör (suPAR) Düzeyleri ve Klinik Önemi

Reyhan Öztürk[1], Şener Barut[2], Salih Cesur[3], Semanur Ayyıldız[4], Vildan Fidancı[4], Osman Demir[5], Ferdi Güneş[2], Ali Pekcan Demiröz[3]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tokat*
[3]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*
[4]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Ankara*
[5]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Tokat*

Giriş: Kronik hepatit B (KHB) ve kronik hepatit C (KHC) karaciğer sirozu ve hepatoselüler kanserin en önemli nedenlerindendir. Hastalığın ciddiyetinin ve enflamatuvar aktivitesinin belirlenmesi, tedavi başlanması ve hastanın takibi açısından çok önemlidir. Bu çalışmada KHB ve KHC hastalarının serum soluble ürokinaz plazminojen aktivatör reseptör (suPAR) seviyelerinin değerlendirilmesi, bunların kontrol hastaları ile karşılaştırılması ve suPAR seviyeleri ile bazı laboratuvar parametreleri, histolojik aktivite indeksi (HAI) ve fibrozis evresi arasında bir korelasyon olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: KHB enfeksiyonu olan 28 hasta, KHC enfeksiyonu olan 11 hasta ve 41 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 80 kişi çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcıların suPAR seviyeleri, ELISA kitleri kullanılarak ve üretici firmanın önerilerine göre ölçüldü. suPAR seviyeleri ile AST, ALT, lökosit sayısı, trombosit sayısı ve karaciğer histolojik skoru arasındaki ilişki istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: KHB hastalarının %50'si antiviral tedavi alıyordu. Serum suPAR seviyeleri hem KHB hem de KHC hastalarında kontrol grubundan daha yüksekti (p<0,001). Tüm grupların (KHB, KHC ve kontrol grubu) yaş, suPAR, HAI, AST, ALT, lökosit ve trombosit sayıları kaydedildi. KHB hastaları HBV-DNA düzeylerine göre HBV-DNA >1000 IU/ml olan ve HBV-DNA <1000 IU/ml olan grup olarak iki gruba ayrıldığında suPAR düzeyleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı. suPAR seviyeleri; AST, ALT seviyeleri, trombosit ve lökosit sayısı ve histolojik bulgular ile korele değildi.

Sonuç: KHB and KHC hasta gruplarının her ikisinde de suPAR düzeyleri kontrol grubundan yüksek saptandı, fakat suPAR seviyeleri hastalık aktivitesi ya da şiddeti ile ilgili parametrelerle korele bulunmadı. Bununla birlikte; suPAR ve hastalık aktivitesi ya da fibrozis evresi arasındaki ilişkinin incelenmesi için yeni geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hepatit B, kronik hepatit C, suPAR

[PS-307]

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Akut Solunum Yetmezliği Olan Hastalarda Atipik Pnömoni Etkenlerinin Belirlenmesi Önemli mi?

Emine Yeşilyurt Şölen[1], Neziha Yılmaz[2], Laser Şanal[3], Sema Turan[4], Emine Banu Çakıroğlu[4]

[1]*Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*
[2]*Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*
[3]*Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kan Merkezi, Ankara*
[4]*Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara*

Giriş: Atipik pnömoni etkenlerinin, yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) akut solunum yetmezliği (ASY) tanısıyla yatan hastalardaki sıklığı ve mortaliteyle ilişkisi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, YBÜ'lerinde ASY tanısıyla yatan hastalarda atipik pnömoni etkeni olabilen solunum virüsleri (influenza A, B, respiratuvar sinsityal virüs, parainfluenza virüs, metapnömovirüs, koronavirüs, adenovirüs, rinovirüs, enterovirüsler, insan bocavirüs) ile *Chlamydia trachomatis/pneumoniae, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae* sıklığının solunum örneklerinden araştırılması ve YBÜ'de gelişen pnömonilerde atipik pnömoni etkenlerinin rolünün belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara) YBÜ'lerinde yatan toplam 81 hasta çalışmamıza dahil edildi. ASY tanısı konan hastalardan solunum örnekleri (derin trakeal aspirat, bronkoalveolar lavaj sıvısı) alındı. Alınan örneklerden bakteriyel kültür yapıldı ve multipleks PCR, biochip hibridizasyon ve kemilüminesans yöntemlerinin bir arada kullanıldığı multipleks array yöntemi (Respiratory Multiplex Array, Randox, UK) kullanılarak etkenler tespit edildi. Elde edilen örneklerin laboratuvar çalışmaları Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda yapıldı. Sonuçlar, ventilatörde kalma süreleri, ateş, ek hastalık, kan-tansiyon değerleri, kültür sonuçları, kullanılan antibiyotikler ve YBÜ'de kalma süreleri ile kıyaslandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 66'sı erkek 15'i kadın olup yaş ortalaması 67 ve ventilatöre bağlı kalma süreleri de ortalama 277,68 saat idi. Seksen bir örneğin microarray ile analizinde 53'ünde (%65,4) pozitiflik saptanırken 28'inde (%34,6) herhangi bir pozitiflik saptanmadı. Pozitiflik saptanan örneklerin 30'unda (%56,6) atipik, 31'inde (%58,4) tipik, 11'inde (%20,7) ise tipik ve atipik mikroorganizmalar birlikte saptandı. Rutin trakeal aspirat kültürü yapılan 54 örneğin 41'inde üreme saptanırken 13'ünde üreme saptanmadı. Rutin trakeal aspirat kültürlerinde üreme olmayan 14 hastanın 12'sinde (%85,7) microarray ile influenza A, PIV, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, coronavirüs 229 E, rhinovirüs varlığı tespit edildi. Microarray ile analiz edilen ve negatif bulunan 28 (%34,5) trakeal aspirat örneğinin 17'sinde (%60,7) kültürde üreme (*E. coli, A. baumannii, K. pneumoniae, P. aeruginosa*) görüldü.

Sonuç: Çalışmada YBÜ'süne kabul edilen hastalarda atipik pnömoni etkenlerinin sıklığı %56,6, tipik etkenlerin %58,4, her ikisinin birlikteliğinin %20,7 olarak bulunmuştur. YBÜ'de ASY tanısı ile yatan hastalarda mortalite oldukça yüksektir. Erken ve doğru ampirik tedavi, mortalite ve morbitenin azalmasına ilaveten uygunsuz antibiyotik kullanımından kaynaklanabilen bakteriyel direnç, toksik yan etkiler ve sağlık harcamalarını azaltacaktır. Bu nedenle özellikle YBÜ'lerinde tedavi protokolünün oluşturulmasında bölgelere özgü tipik etkenler kadar atipiklerin tanımlanmasının da önemli olduğu kanısındayız [Çalışmamız, YBÜ BAP (Proje no: 6602c-TF/18-197) desteği ile yapılmıştır].

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, microarray, alt solunum yolu enfeksiyonu

[PS-308]

Bruselloz Tanılı Hastalarda Fokal Tutulumu Öngören Risk Faktörleri

Tuna Demirdal, Pınar Şen

Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Bruselloz, ülkemizde endemik olan morbiditesi yüksek zoonotik bir hastalıktır. Tanı, tedavi yanıtı ve nüks açısından yararlı olan hematolojik parametrelerin kronik ve komplike olgulardaki değeri hakkında kısıtlı bilgi bulunmaktadır. Çalışmamızda fokal tutulumu olan ve olmayan bruselloz tanılı hastaların klinik bulgularını ve laboratuvar bulgularını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2010-Şubat 2019 tarihleri arasında bruselloz tanısı ile yatarak izlenen 16 yaş üstü hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Bruselloz tanısı seroloji ve/veya kültür sonuçları ile konuldu. Brusellozda gözlenen komplikasyonlar hematolojik, osteoartiküler, genitoüriner, nörolojik, kardiyovasküler, gastrointestinal ve oküler tutulum idi. Fokal tutulum veya fokal komplikasyon, aktif brusellozda hematolojik tutulum dışında herhangi bir anatomik bölgede enfeksiyon bulgularının varlığı olarak tanımlandı. Hastalar fokal tutulumu olan ve olmayan bruselloz tanılı hastalar olmak üzere iki ayrı gruba ayrıldı. Hastaların demografik verileri, klinik bulguları ve laboratuvar değerleri iki grup arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 230 hasta dahil edildi. Hastaların 103'ü (%44,8) kadın ve 127'si (%55,2) erkekti ve yaş ortalaması 45,8±17,1 yıl (16-86 yaş) olarak bulundu. Hastaların demografik ve klinik verileri Tablo 1'de gösterildi. Hastanede ortalama yatış süresi 10,3±6,3 gün idi. Hastaların 30'unda (%13) herhangi bir komplikasyon görülmezken, 200 (%87) hastada en az bir sistemi tutan komplikasyon saptandı. Komplikasyon görülen 117 (%50,9) hastada hematolojik tutulum, 96 (%41,7) hastada gastrointestinal sistem tutulumu, 79 (%34,3) hastada kas-iskelet sistemi tutulumu, 10 (%4,3) hastada genitoüriner sistem tutulumu, 5 (%2,2) hastada santral sinir sistemi tutulumu, 4 (%1,7) hastada kardiyovasküler sistem tutulumu, 2 (%0,9) hastada oküler tutulum saptandı. Fokal tutulum hastaların 98'inde (%42,6) gözlendi. Laboratuvar değerleri incelendiğinde, 107 (%46,5) hastada anemi, 21 (%9,1) hastada lökopeni, 21 (%9,1) hastada lökositoz, 27 (%11,4) hastada trombositopeni, 6 (%2,6) hastada pansitopeni, 96 (%41,7) hastada transaminaz yüksekliği, 104 (%45,2) hastada eritrosit sedimentasyon hızında artış, 205 (%89,1) hastada C-reaktif protein yüksekliği, prokalsitonin testi bakılan 42 hastanın 21'inde (%50) prokalsitonin yüksekliği saptandı. Fokal tutulumu olan ve olmayan hasta grupları arasında anlamlı farklılık gösteren faktörler yaş (p=0,0001), ateş (p=0,016), bel/sırt ağrısı (p=0,0001), eklem ağrısı (p=0,003), lökosit (p=0,012), nötrofil (p=0,004), trombosit (p=0,002), ortalama trombosit hacmi (p=0,043) ve eritrosit sedimentasyon hızı (p=0,001) olarak bulundu (Tablo 1).

Sonuç: Komplike olguların erken dönemde belirlenmesi, uygun tedavi sayesinde relaps oranlarını düşürmede fayda sağlayabilir. Bruselloz tanılı hastalarda fokal tutulumu belirlemede anlamlı bulunan klinik bulguların ve belirteçlerin hızlı değerlendirilebilir, kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli olmaları nedeniyle komplike hastaları tanımada yarar sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Brusella, komplikasyon, risk faktörleri

Tablo 1. Bruselloz tanılı hastaların klinik ve laboratuvar değerleri

Risk faktörleri	Tüm hastalar (n=230, %100)	Fokal tutulum (+) (n=98, %42,6)	Fokal tutulum (-) (n=132, %57,4)	p
Cinsiyet				
Erkek	127 (%55,2)	61 (%62,2)	66 (%50)	0,081
Kadın	103 (%44,8)	37 (%37,8)	66 (%50)	
Brusella öyküsü	48 (%20,9)	18 (%18,4)	30 (%22,7)	0,552
Hastalık bulguları				
Ateş	116 (%50,4)	40 (%40,8)	76 (%57,6)	0,016
Bel/sırt ağrısı	97 (%42,2)	60 (%61,2)	37 (%28)	0,0001
Eklem ağrısı	57 (%24,8)	25 (%25,5)	32 (%24,2)	0,003
Yaygın vücut ağrısı	55 (%23,9)	14 (%14,3)	41 (%31,1)	0,061
Gece terlemesi	54 (%23,5)	17 (%17,3)	37 (%28)	0,878
İştahsızlık ve kilo kaybı	50 (%21,7)	19 (%19,4)	31 (%23,5)	0,519
Baş ağrısı	4 (%1,7)	4 (%4,1)	-	-
Laboratuvar değerleri				
Hemoglobin	12,5±1,8	12,5±1,7	12,5±1,8	0,867
Lökosit	7058,9±2727,4	7579,1±2618,4	6672,7±2752,1	0,012
Nötrofil	4251±2256	4750,7±2220,2	3880,1±2218,5	0,004
Lenfosit	2196,7±862,5	2126,9±765,8	2248,6±927,3	0,291
Monosit	542,3±283,6	559,6±261,7	529,3±299,1	0,424
Trombosit	249464,3 ±102186,9	273231,6± 103225,1	231818,9± 98120,6	0,002
MPV	9,1±1,5	8,9±1,3	9,3±1,6	0,043
ESH	36,4±26,1	43±27,4	31,3±23,9	0,001
CRP	3,7±4,4	4,1±4,9	3,4±3,9	0,254
Prokalsitonin	0,2±0,2	0,1±0,2	0,2±0,2	0,706
AST	47,4±68,7	39,3±59,6	53,3±74,4	0,127
ALT	49,7±67,6	42,2±46,5	55,2±79,5	0,149
Transaminaz yüksekliği	96 (%41,7)	35 (%35,7)	61 (%46,2)	0,137
Üre	15±8,1	16,2±6,1	14,2±9,3	0,059
Kreatinin	0,8±0,4	0,8±0,2	0,8±0,4	0,723
Rose Bengal pozitifliği	226 (%98,2)	97 (%99)	129 (%97,7)	0,638
STA pozitifliği	211 (%91,7)	90 (%91,8)	121 (%91,7)	1,000
Yüksek titrede STA pozitifliği	93 (%40,4)	38 (%38,8)	55 (%41,7)	0,685
Kültürde üreme	86 (%38,7)	31 (%31,6)	55 (%41,7)	0,163

[PS-309]

Pacemaker Endokarditli Altı Olgu

Sibel Doğan Kaya, Yeşim Uygun Kızmaz

İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Kalıcı pacemaker ve yerleştirilebilen kardiyoversiyon defibrilatörleri gibi kardiyak cihazların enfeksiyonu, yüksek mortalitenin eşlik ettiği ciddi bir hastalıktır. Cihazlara bağlı gelişen endokarditlerde mortalite, morbidite, hastaneye yatışlar ve ekonomik kayıplarda da artış görülmektedir. Bu bildiride amacımız, ülkemizde üçüncü basamak üniversite/eğitim ve araştırma hastanelerinde kalıcı pacemaker ve kardiyoversiyon defibrilatörler cihazlarına bağlı gelişen enfektif endokarditin klinik ve mikrobiyolojik özelliklerini araştırmaktır.

Olgu: Hastanemizde 1 Ocak 2017 yılı ile 28 Şubat 2019 yılları arasında altı hasta pacemaker endokarditi tanısı almış olup retrospektif olarak incelenmiştir (Tablo 1). Hastaların ikisi erkek (%33) dördü kadın (%77) idi. Yaş ortalaması 40,5 yıldı. Eşlik eden hastalıkları ise diabetes mellitus: 1 hasta (%16), yapay kapağı olan: 1 hasta (%16), koroner arter hastası: 1 hasta (%16), kronik böbrek yetmezliği: 2 hasta (%33) idi. Vejetasyon 2 hastada lead ucunda (%33), 4 hastada (%77) hem lead ucu hemde kapaklarda (mitral + aort kapak ve trikuspit kapak) ülmekteydi (Şekil 1). Hastaların yarısında kan kültüründe üreme oldu. Üreyen mikroorganizmalar ise *Staphylococcus epidermidis*, (%33) ve metisilin dirençli *Staphylococcus aureus* (%16) idi.

Sonuç: Ülkemizde kalıcı cihazlarına bağlı gelişen pacemaker ve kardiyoversiyon defibrilatörler hastaların endokarditlerle ilgili çalışmalar ve bu çalışmalardaki olgu sayıları azdır. Kardiyak cihazlar ile ilişkili endokardit, kardiyak cihaz implantasyonun nadir bir komplikasyonu olmasına rağmen mortalitesi halen yüksek olan bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Pacemaker, endokardit, pil enfeksiyonu



Şekil 1. EKO görüntüleri

Tablo 1. Hastaların klinik, mikrobiyolojik ve radyolojik bulguları

Hasta	WBC	CRP	Prokalsitonin	Eşlik eden hastalık	Üreyen mikroorganizma	Vegetasyon yeri	Vegetasyon boyutu	Cerrahi
1. Hasta	4,800/mm^3	12,5 mg/dl	0,9 ng/ml	KBY	MRSA	Lead ucu	Lead ucu: 19 mm	Yapıldı
2. Hasta	12400/mm^3	7,3 mg/dl	3,8 ng/ml	KBY	MRKNS	Lead ucu + Mitral + Aort kapak	Lead ucu: 17 mm Mitral kapak: 24x10 mm Aort kapak: 20x8 mm	Yapılmadı
3. Hasta	9000/mm^3	0,4 mg/dl	0,05 ng/ml	Yapay kapak	Üreme yok	Lead ucu + Triküspit kapak	Lead ucu: 25x15 mm Triküspit kapak: 0,5 mm	Yapıldı
4. Hasta	11500/mm^3	1,5 mg/dl	2 ng/ml	Koroner kalp hastalığı	Üreme Yok	Lead ucu + Triküspit kapak	Lead ucu: 23x18 mm Triküspit kapak: 5 mm	Yapılmadı
5. Hasta	11000/mm^3	56 mg/dl	0,3 ng/ml	Fallot tetralojisi	MRKNS	Lead ucu + Triküspit kapak	Lead ucu: 2x3 mm Triküspit kapak: 3 mm	Yapıldı
6. Hasta	24400/mm^3	4,2 mg/dl	0,3 ng/ml	DM	Üreme yok	Lead ucu	Lead ucu: 21x11 mm	Yapıldı

Hastaların ilk başvuru bulguları

[PS-310]

Kars İlinde Mülteci ve Sığınmacılarda Hepatit ve HIV Serolojisi

Okan Çalışkan[1], Özge Leyla Şengezer[1], Bayhan Bektöre[2]

[1]Kars Harakani Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kars
[2]Kars Harakani Devlet Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Kars

Giriş: Kars iline coğrafi konumu nedeniyle daha çok Afganistan, Gürcistan ve Azerbaycan gibi ülkelerden sığınmacı ve mülteciler gelmektedir. Polikliniğimize tarama amaçlı getirilen sığınmacı ve mültecilerin hepatit B, hepatit C ve HIV serolojileri değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında polikliniğimizde başvuran sığınmacı ve mültecilerden alınan kan örnekleri santrifüj sonrası serumlarına ayrılarak üreticinin önerileri doğrultusunda elektrokemilüminesans immünoassay yöntemi ile çalışan 4. jenerasyon HIV testi Cobas HIV Combi PT (Roche, Almanya), Cobas HBsAg II (Roche, Almanya), Cobas anti-HCV II (Roche, Almanya) ve Cobas Anti-HBs II (Roche, Almanya) kitleri ile Cobas e601 cihazında çalışılarak, HBsAg, anti-HBs, anti-HCV, anti-HIV sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Polikliniğimize bu tarihler arasında toplam 597 sığınmacı ve mülteci başvurdu. Bunların 6'sında (%1) HbsAg pozitif, 129'unda (%21,6) anti-HBs pozitif, 1'inde (%0,1) anti-HCV pozitif, 2'sinde (%0,3) anti-HIV pozitif saptandı (Tablo 1).

Sonuç: Bu çalışma hasta sayısının düşük olmasına rağmen bize önemli sonuçlar vermiştir. Anti-HBs pozitifliğinin düşük olması nedeniyle bu ülkelerde aşı programlarına daha çok önem verilmelidir. Bu hastalarda hepatit epidemiyolojisi ile ilgili daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kars, mülteci ve sığınmacı, hepatit serolojisi

Tablo 1. Negatif ve pozitif hepatit, HIV serolojileri

	HbsAg	Anti-Hbs	Anti-HCV	Anti-HIV
Pozitif	6 (%1)	129 (%21,6)	1 (%0,1)	2 (%0,3)
Negatif	591 (%99)	468 (%78,4)	596 (%99,9)	595 (99,7)
Toplam	597	597	597	597

[PS-312]

HIV/AIDS Hastalarımızda Hepatit B Koenfeksiyonu

Fatma Merve Koçak, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Çalışmamızda; hastanemizde takip edilen HIV ile enfekte olgularımızda HBV koenfeksiyonu ve izole anti-HBc IgG pozitifliği sıklığını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 01.01.2000-01.01.2019 tarihleri arasında en az altı ay süreyle takip edilen, 18 yaş üstü, HBsAg, anti-HBs ve anti-HBc IgG tetkikleri tamamlanmış tüm erişkin HIV ile enfekte olgular çalışma kapsamına alındı. Hastalara ait demografik veriler ve laboratuvar verileri hastaların dosya kayıtlarından retrospektif olarak elde edildi.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan 264 adet olgu incelendiğinde; HIV ile enfekte hastalarda HBsAg pozitifliği %8,7; izole anti-HBc IgG pozitifliği %8,7; anti-HBc IgG ve anti-HBs pozitifliği olan %20,8; toplamda hepatit B virüsü ile karşılaşma sıklığı %38,2 olarak saptandı (Tablo 1).

Sonuç: Türkiye'de hepatit B prevalansı %2-7 arasında değişmektedir. Ortak bulaş yolları nedeniyle HIV/HBV koefeksiyonlarına daha fazla rastlandığı bilinmektedir. Bu çalışmada da HIV ile enfekte olgularda HBV enfeksiyonu %8,7 oranında saptanmış olup, genel popülasyona göre sıktır. Çalışmamızda olguların %8,7'sinde saptanan izole anti-HBc pozitifliği de HIV ile enfekte bireylerde daha sık olup okült hepatit B enfeksiyonunun bir belirtisi olabilir. HIV ile enfekte bireylerde ART öncesi okült HBV varlığı da araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV/HBV koenfeksiyonu, izole anti-HBc pozitifliği, okült hepatit

Tablo 1. HIV ile enfekte olgularımızda hepatit B serolojisi

	n (%)
HBsAg+, anti-HBc+, anti-HBs-	23 (%8,7)
HBsAg-, anti-HBc+, anti-HBs+	55 (%20,8)
HBsAg-, anti-HBc+, anti-HBs-	23 (%8,7)
HBsAg-, anti-HBc-, anti-HBs-	163 (%61,7)

[PS-313]

Salmonella tallahassee'nin Etken Olduğu Femoral Arter Psödoanevrizma Olgusu

Merve Arslan[1], Murat Kutlu[1], Şafak Şimşek[2], İbrahim Gökşin[2], Levent Aksoy[3], İlknur Kaleli[3]

[1]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli*

[2]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Denizli*

[3]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli*

Giriş: *Salmonella* spp.'nin neden olduğu bakteriyemi genellikle gastroenterit sonrası görülür. Ancak HIV pozitifliği, altta yatan immünosüpresif ek hastalık veya ilaç kullanımı gibi risk faktörlerinin eşlik etmesi durumunda ishal tablosu görülmeden typhi dışı *Salmonella* türleri ile primer bakteriyemi gelişebilmektedir. Bakteriyemi sonrası metastatik enfeksiyon odakları ve endovasküler enfeksiyonlar da görülebilir. Burada *Salmonella tallahassee*'nin neden olduğu sağ femoral arterde psödoanevrizma gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Altmış sekiz yaşında erkek hasta sağ uylukta kızarıklık, ısı artışı, şişlik yakınmaları ile acil servise başvurdu. Bu yakınmalarının 15 gündür olduğu; ancak son beş gündür arttığı öğrenildi. Hastanın ateş yakınması yoktu. Fizik muayenede patolojik olarak sağ uylukta kızarıklık, şişlik ısı artışı vardı. Sağ bacakta distal nabızlar zayıf alındı. Lökosit: 14,000 K/Ul, hemoglobin 10,4 g/dl, C-reaktif protein: 28 mg/dl izlendi. Yapılan arter-venöz Doppler de sağ femoral arterde şüpheli psödoanevrizma ve femoral ven, popliteal ven, derin krural venlerde trombus izlendi. Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği görüşü alınarak anjiyotomografi planlandı. Hastada femoral arterde 4,5 cm çapında psödoanevrizma izlendi. Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği'ne alınarak ameliyat edilen hastanın psödoanevrizma kesesinde kötü kokulu, pürülan akıntı izlendiği bilgisi verildi. Hastanın tedavisi, kan kültürü alınması sonrası ampirik ampisilin-sulbaktam 4*1 gr IV, siprofloksasin 1*400 mgr IV olarak düzenlendi. Ameliyat materyali kültürü mikrobiyoloji laboratuvarı tarafından B. D Phoenix cihazıyla tanımlanarak eş zamanlı TSI besiyeri ekimi yapıldı. Aynı zamanda *Salmonella* antijen ve antikor testi bakılarak *S. tallahassee* üremesi bildirildi ve tedavi seftriakson 2*1 gr IV olarak düzenlendi. Kan kültüründe üreme olmadı. Ameliyattan bir hafta sonra hematomu tekrarlayan hasta tekrar ameliyata alındı. Popliteal ve femoral arter anevrizma tamiri yapıldı. On dört gün seftriakson tedavisi sonrası uylukta şişlik, ısı artışı devam etmesi üzerine MR yapıldı. Sağ uyluk orta kesiminde 6*10 cm hematom ile uyumlu görünüm ve çevre kas yapılarda enflamasyon izlendi. Hastanın tedavisine moksifloksasin eklendi. Yapılan transtorasik ekokardiyografide enfektif endokardit bulgusu izlenmedi. Hasta antibiyotik tedavisinin 30. gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: *Salmonella*'lalara bağlı vasküler komplikasyonlar nadir görülen komplikasyonlar olup 50 yaşından büyük, altta yatan immünosüpresif hastalığı olan bireylerde izlenir. Sunulan olguda bu risk faktörleri olmamasına rağmen *Salmonella thallassaee*'nin neden olduğu psödoanevrizma saptanmış ve tedavisi 30 günlük antibiyotik ve cerrahi ile tamamlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Salmonella enterica* grup C, enfektif psödoanevrizma

[PS-314]

Hekimler Arasında Hepatit C Farkındalığı

Onur Çolak[1], Selcan Tülü Çolak[2], Yeşim Uygun Kızmaz[3], Yasemin Çağ[4], Canan Ağalar[1]

[1]*İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

[2]*Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

[3]*İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

[4]*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Dünya genelinde 185 milyon insanı etkileyen hepatit C virüsü kronik karaciğer hastalığının önemli sebeplerinden birisidir. Son yıllarda geliştirilen doğrudan etkili antiviral tedaviler ile %95'e varan tedavi başarısı sağlanabilmektedir. Yeni tedavi rejiminin son 2 yıldır ülkemizde uygulanabilir olması ve hekimlerin tedavi başarısının farkında olmaması nedeniyle tedavi alabilecek hasta sayısında ciddi eksiklikler yaşanmaktadır. Bu çalışmada amaç, hekimler arasında güncel tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, ikisi kalp damar cerrahi hastanesi olmak üzere, dört adet eğitim araştırma ve üniversite hastanesinde çalışan hekimler dahil edilmiştir. İçerisinde yaş, cinsiyet, branş ve bir ay içerisinde yaptıkları ameliyat sayısı ile birlikte, hepatit C tanı ve tedavisi ile ilgili soruların da yer aldığı toplamda 14 soru birebir görüşülerek yöneltilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 271 hekim katılmıştır. Çalışmaya katılanların %60,51'i erkek, %39,48'i kadındır. Yaş ortalaması 35,35±9,25'tir. Çalışmaya katılanların %39,06'sı dahili branşlarda, %60,94'ü ise cerrahi branşlarda görev yapmaktadır. Hekimlerin 1 ayda majör veya minör olarak yaptığı cerrahi işlem sayısının ortalama 27,13±17,53 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %74,49'u girişim öncesi hepatit C için tarama yaptığını belirtmiştir. Tarama için kullanılan tetkikler Şekil 1'de gösterilmiştir. Hepatit C'nin bulaş yollarını sorguladığımızda ise hekimlerin %99,26'sı kan yoluyla cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerden %81,18'i hepatit C tespit ettiğini belirtmiştir. Hepatit C tespit ettiğinizde Enfeksiyon Hastalıkları veya Gastroenteroloji Bölümü'ne yönlendirir misiniz sorusuna %94,83'ü (n=257) evet olarak cevaplamıştır. Hepatit C'nin aşısı var mı sorusuna %90,77'si hayır, %5,9'u bilmiyorum seçeneğini işaretlemiştir. Hepatit C'li hasta ile riskli temas sonrası immünoglobulin uygulanır mı sorusuna %48,3'ü evet cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %88,92'si hepatit C hastalığının tedavisinin olduğunu belirtmiştir. Hastalığın güncel tedavi başarı oranını %34 hekim doğru cevaplamıştır.

Sonuç: Çalışma hayatında hepatit C tespit edilen hastaların yönlendirilmediği bilinmekte iken anket ile yönlendirir misiniz sorusuna verilen yüksek yanıt, hekimlere bu konuda farkındalık oluşturduğumuz sonucunu ortaya çıkmıştır. Hekim gruplarının bilgi düzeyi ve farkındalığının arttırılması, hastaların tedaviye ulaşabilmesi için önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit C, tedavi



Şekil 1. Tarama için kullanılan tetkikler

[PS-315]

Biber Turşusundan Kaynaklanan Botulizm Olguları

Zülal Özkurt[1], Esra Çınar Tanrıverdi[2], Handan Köksal Alay[1], Nurdan Yılmaz[1]

[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum
[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Botulizm *Clostridium botulinum* toksininin neden olduğu desenden tipte felçlerle seyreden ciddi seyirli mortalitesi %50-60 civarında olan bir enfeksiyon acilidir. Toksin bilinen en kuvvetli toksindir, sıklıkla A, B, E etkendir; nörotoksin olup sinir kas kavşağında asetil kolin reseptörlerine bağlanarak salınımı engeller ve felçlere neden olur. Ev tipi salamura ve turşular hastalığın en sık kaynağıdır. Burada iki botulizm olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yaklaşık bir hafta önce ev yapımı biber konservesinden yiyen 32 ve 39 yaşlarında iki erkek kardeş turşunun tadında ve kokusunda bozulma fark ettiklerini, çok az yediklerini belirttiler. Üç gün sonra çift görme, göz kapaklarında ağırlık, açamama daha sonra yutma güçlüğü, halsizlik kas güçsüzlüğü şikayetleri ortaya çıktığını ifade ettiler. Acil kliniğimize pitoz, disfaji ve kas güçsüzlüğü şikayetleri ile başvuran hastalara botulizm tanısı konuldu. Fizik muayenede diplopi, bilateral pitoz, konuşmada peltekleşme ve kollarda hafif güçsüzlük saptandı (Resim 1). Solunum normaldi, kabızlık yoktu. Trivalan antitoksin verildi ve kliniğimize yatışları yapıldı. Genel destek tedavisi, mayi ve multivitamin başlandı. Hastaların vital ve laboratuvar bulguları tamamen normaldi. Birkaç gün içinde yutma fonksiyonları düzelmeye başladı. Bir hafta izlenen hastaların diplopi ve pitoz şikayetleri geriledi. B vitamini verilerek taburcu edilen hastalar 20. günde kontrolde diplopinin tamamen düzeldiğini belirttiler. Yapılan göz muayenelerinde hastaların biri tamamen normaldi, diğerinde hala 1 mm pitoz saptandı. Konuşma ve yutma fonksiyonları tamamen düzelmişti, kaslarda yorgunluk azalmıştı. Çok konuştuklarında peltekleşme ve seste kısılma olduğunu, yorulduklarını belirttiler. Hasta sahibi her iki hastada da kötü ağız kokusundan şikayet etti. Muayenede algılamadığımız ancak pütrefaksiyon tarzında bir koku olduğunu ve giderek azaldığını ifade ettiler.

Sonuç: Botulismus nadir ancak akılda tutulması gereken bir tablodur. Hızla antitoksin uygulanması hayat kurtarıcıdır. Erken dönemde gelen olgularda toksin emilimini azaltmak için mide yıkama ve lavman da yapılabilir. Ev tipi konserve ve salamuralar hijyen kurallarına uygun hazırlanmalı, vakumu bozulan ya da şüphelenilen gıdalar tüketilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Botulizm, *Clostridium botulinum*, nörotoksin



Resim 1. Botulizm olguları tedavi öncesi ve sonrası göz bulguları

[PS-316]

Biyolojik Ajan Tedavileri Alan Hastalarda İnfluenza ve Pnömokok Aşılaması

Ayşe Gülden Bekgöz[1], Rahmet Güner[2], Orhan Küçükşahin[3], İmran Hasanoğlu[2], Ayşe Kaya Kalem[2], Bircan Kayaaslan[2], Turan Buzğan[2], Mehmet Akın Taşyaran[2]

[1]Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara
[3]Liv Hospital, Romatoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Enflamatuvar hastalıkların tedavisinde çok sayıda biyolojik ajan geliştirilmesine rağmen, bu ilaçların kullanımında enfeksiyon gelişme riski başta olmak üzere çeşitli endişeler bulunmaktadır. Çalışmamızda biyolojik ajan tedavileri alan romatoloji hastalarındaki pnömokok ve influenza aşılanma oranlarını saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01.05.2016-01.05.2018 tarihleri arasında, biyolojik ajan tedavisi alan 317 hasta üzerinde prospektif gözlemsel olarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmamızda biyolojik ajan tedavileri verilen 317 hasta alındı. Bu hastaların 82'si takipsiz olduğundan çalışma dışı bırakıldı. Toplam 235 hastanın ortalama yaşı 45±13 (19-79) saptandı. Hastaların %56,6'sı (n=133) kadın ve %43,4'ü (n=102) erkekti. Hastalar büyük çoğunlukla ankilozan spondilit (%44,7; n=105) ve RA (%31,1; n=73) tanılarına sahipti. Araştırmada tümör nekrozis faktör-alfa (TNF-α) inhibitörleri alan 158 hasta ve anti-TNF dışı diğer biyolojik ajan tedavileri (IL-1, 6,17, 12/23 inhibitörleri ve B hücre depresyonu yapan ilaçlar) alan 77 hasta mevcuttu. Hastalar değerlendirildiğinde, %23,8'inin influenza, %7,7'sinin pnömokok (polisakkarit ve konjüge aşı) için aşılandığı saptandı (Tablo 1). İnfluenza ve pnömokok aşısı yapılan hastaların ortalama yaşları yapılmayanlara göre (sırasıyla 56,1±12, 40,8±10,2; p<0,001) (sırasıyla 50,7±14,3, 44,3±12,5; p=0,041) daha yüksekti. İnfluenza aşısı yapılan grupta ek hastalığa sahip olma oranı yüksek (sırasıyla %50, %23,1; p<0,001) bulundu. Bu hastalıklar sıklıkla diabetes mellitus idi (sırasıyla %17,9, %6,9; p=0,032) ve hipertansiyon (sırasıyla %30,4, %12,5; p=0,004). İnfluenza aşısında aşı yapılan ve yapılmayan gruplar arasında anti-TNF kullanımı açısından fark saptanmazken, pnömokok aşısı yapılan hastalarda anti-TNF kullanım oranları daha düşük saptandı (sırasıyla %44,4, %71,2; p=0,037).

Sonuç: Romatizmal hastalığı olan ve biyolojik ajan tedavisi planlanan hastalara pnömokok ve yıllık influenza aşılarının yapılması CDC tarafından önerilmektedir. Ülkemizden yayınlanan romatolojik hastalıklarda erişkin aşılama önerilerinin yapıldığı derlemede bu hastalara yıllık influenza,

PCV13, PPSV23 aşılarının yapılması gerektiği belirtilmiştir. Retrospektif kohort çalışmalarında, romatolojik hastalığı olan kişilerin invaziv pnömokok hastalığı ve influenza sebebiyle hospitalize edilme oranlarının genel popülasyondan daha fazla olduğunu göstermiş ve hastaların aşı ile bu etkenlere karşı korunması gerektiği belirtilmiştir. Çalışmamızda ise tüm hasta popülasyonunun %23,6'sının influenzaya, %7,7'sinin pnömokoka yönelik aşılandığı saptandı. Çalışmamızda önceki çalışmalarla benzer şekilde influenza ve pnömokok aşısı yapılan hastaların, yapılmayan hastalara kıyasla ortalama yaşının daha yüksek ve influenza aşısı yapılan hastaların komorbiditelerinin daha fazla olduğu saptandı. Aşılama oranlarımızın düşük olduğu ve bu konuda bilinçlendirme, farkındalık çalışmalarına ülke genelinde ağırlık verilmesi gerektiği önemli bir gerçektir.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik ajanlar, aşılama, inluenza, pnömokok

Tablo 1. Biyolojik ajan tedavileri alan hastalarda influenza ve pnömokok aşılama oranları

Aşılar	n (%)
İnfluenza Aşısı (n=235)	
Yapılan	56 (23.8)
Yapılmayan	160 (68.1)
Bilinmeyen	19 (8.1)
Pnömokok Aşısı (n=235)	
Polisakkarit aşı (PPSV23)	11 (4.7)
Konjuge aşı (PCV13)	7 (3.0)
Pnömokok aşı serisini tamamlayan	0 (0)
Yapılmayan	198 (84.3)
Bilinmeyen	19 (8.1)

[PS-317]

Kandidemili Hastalarda Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Oğuz Karabay[1], Gülsüm Kaya[1], Ali Fuat Erdem[2], Ertuğrul Güçlü[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: Son zamanlarda yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) giderek artan kandidemi enfeksiyonları, ciddi mortalite ve morbiditeye yol açmaktadır. Bu çalışmada YBÜ'lerinde gelişen kandidemi olgularının epidemiyolojik verileri ve risk faktörleri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Yer ve zaman; çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 Mayıs 2017-1 Aralık 2018 tarihleri arasında Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi'nde (ARYBÜ) yapıldı. ARYBÜ toplam 20 yataklı ve 3 ayrı odası olan bir yoğun bakım ünitesidir. Çalışmamız 8'er yataklı ARYBÜ-1 ve ARYBÜ-3 odalarında yürütüldü. Çalışma öncesi Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı. Çalışma retrospektif kohort çalışmasıdır. Kandidemi tanısı; YBÜ aktif sürveyans yöntemiyle enfeksiyon kontrol ekibi tarafından günlük takip edildi. Klinik belirti ve bulgular ile birlikte en az bir kan kültüründe bir kandida türünün izole edilmesi kandidemi olarak tanımlandı. Kandidemi grubu; klinik belirti ve bulgular ile birlikte en az bir kan kültüründe bir kandida türünün izole edilen hasta grubudur. Kontrol grubu; çalışma dönemi boyunca YBÜ'de iki hasta gününden fazla yatan ve kandidemi gelişmeyen hastalardan oluşturuldu. Dışlanma kriterleri; YBÜ'de iki hasta gününden az yatan hastalar değerlendirme dışına alındı. Verilerin analizi; kandidemi ve kontrol grubu hastaların özellikleri karşılaştırmalı olarak SPSS 21 programında analiz edildi. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, sayısal verilerin değerlendirilmesinde ise normal dağılıma uygunluk testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,0166$ olarak alındı.

Bulgular: Çalışma dönemi boyunca yoğun bakım ünitesinde 810 hasta 8812 hasta günü takip edildi. İki hasta gününden az yatan 268 hasta çalışma dışına alındı. Toplam 14 hastada kandidemi gelişti (kandidemi hızı %2,58). Kandidemi ve kontrol grubuna ilişkin bulgular Tablo 1'de özetlendi.

Sonuç: Çalışmamızda YBÜ'de uzun süreli yatış, geçirilmiş karın cerrahisi, eşlik eden bir bakteriyemi varlığı, hemodiyaliz, TPN kullanımı, uzun süre antibiyotik kullanımı, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, mekanik ventilasyon varlığı, santral venöz kateter varlığı, diyaliz kateter varlığı, nazogastrik sonda kullanımı ve dren olması kandidemi için anlamlı risk faktörleri olarak bulunmuştur. Kandidemi gelişimini engellemek için hastaların mümkün olan en kısa sürede antibiyotikleri kesilmeli, hastanın YBÜ dışında takip edilecek hale getirmek için çaba sarfedilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kandidemi, yoğun bakım üniteleri, risk faktörleri

Tablo 1. Kandidemi gelişen hastalar ve kontrol grubu hastalara ilişkin veriler			
Değişkenler	**Kandidemi n=14**	**Kontrol n=528**	**p değeri**
Yaş	52,7±22,1 (18-51-83)	59,8±20,5 (16-64-100)	0,267
Cinsiyet (Erkek)	10 (71,4)	298 (56,4)	0,264
Yoğun bakım ünitesi yatış günü	59,5±26,2 (10-56-106)	15,9±22,1 (2-6-145)	0,001
Yoğun bakım ünitesi 30 gün üzeri yatış	13 (92,9)	93 (17,6)	0,001
Son 28 gün hastane yatışı	1 (7,1)	21 (3,9)	0,553
APACHE II skoru	10,7±5,5 (2-12-18)	9,3±6,5 (0-8-60)	0,396
SOFA skoru	6,6±3,4 (2-7-12)	4,5±4,1 (0-3-19)	0,017
Charlson cormorbidity indeks	6,0±38 (1-6-11)	3,8±3,0 (0-4-8)	0,029
Sonuç (canlı)	6 (42,9)	335 (63,4)	0,159
Karın cerrahisi	5 (35,7)	67 (12,7)	0,012
Travma	5 (35,7)	80 (15,2)	0,037
Diabetes mellitus	3 (21,4)	78 (14,8)	0,491
Eşlik eden bakteriyemi	6 (42,9)	62 (11,7)	0,001
KOAH	0	28 (5,3)	0,376
Böbrek yetmezliği	3 (21,4)	36 (6,8)	0,036
Organ nakli	0	0	>0,05
Hemodiyaliz	6 (42,9)	87 (16,5)	0,010
Hematolojik CA	0	6 (1,1)	0,688
Solid CA	1 (7,1)	61 (11,6)	0,609
Nötropeni	0	3 (0,6)	0,777
TPN kullanımı	12 (85,7)	123 (77,8)	0,001
İmmünosüprese ilaç kullanımı	2 (14,2)	42 (7,9)	0,319
Uzun süre antibiyotik kullanımı	10 (71,4)	37 (7,0)	0,001
Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı	14 (100)	218 (41,3)	0,001
Antifungal kullanımı	0	16 (3,0)	0,509
Mekanik ventilasyon varlığı	13 (92,9)	311 (58,9)	0,011
Mekanik ventilasyon günü	22,3±11,7 (10-20-49)	16,5±20,3 (1-9-137)	0,009
Trakeostomi varlığı	9 (64,3)	94 (17,8)	0,001
Trakeostomi günü	51,2±22,0 (18-45-87)	34,8±27,0 (0-34-123)	0,042
Santral venöz kateter varlığı	14 (100)	279 (52,8)	0,001
Santral venöz kateter günü	35,5±24,9 (9-32-106)	19,1±20,3 (1-12-122)	0,001
Diyaliz kateter varlığı	6 (42,9)	89 (16,9)	0,012
Diyaliz kateter günü	33,5±7,6 (25-31-45)	13,9±14,0 (0-9-79)	0,001
Üriner kateter varlığı	14 (100)	510 (96,6)	0,482
Üriner kateter günü	79,4±97,0 (10-56-406)	15,6±21,6 (1-6-145)	0,001
Nazogastrik sonda varlığı	14 (100)	156 (29,5)	0,001
Nazogastrik sonda günü	31,8±20,9 (10-23-84)	14,9±15,3 (0-11-127)	0,001
Dren varlığı	8 (57,1)	104 (19,7)	0,001
Dren günü	21,5±10,6 (8-21-42)	7,3±8,3 (1-4-46)	0,001
Sayısal değişkenler aritmetik ortalama ± standart sapma (minimum-medyan-maksimum) ve kategorik değişkenler n (%) olarak gösterilmiştir.			

[PS-318]

Yetişkin Aşı Verilerimiz

Sibel Doğan Kaya, Yeşim Uygun Kızmaz

İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Enfeksiyon hastalıkları, tüm yaşlar için önem taşımakta olup, erişkinlerin de çocuklarda olduğu gibi aşılanmaları gerekmektedir. Erişkinlerde morbidite ve mortalite bakımından önemli bir çok hastalıktan aşılama ile korunmak mümkündür.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, hem kardiyoloji hemde kardiyovasküler cerrahi hastaları ve kalp nakli ile akciğer nakli yapılan birimleri kapsayan özel dal hastanesidir. Hastanemiz aşı birimine başvuran hastaların 1 Ocak 2018-1 Mart 2019 tarihleri arasında verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Toplamda 1379 kişi aşılanmıştır. Altı yüz altmış iki kişi konjüge pnömokok aşısı (PCV13) (%48), 450 kişi hepatit B aşısı (%32), 260 kişi tetonoz aşısı (%19), yedi kişi hepatit A aşısı (%1) yapılmıştır. Kalp ve akciğer nakil adayları, nakil sonrası hastalarda takip edilmiş aşıları yapılmıştır. Hastalara aşı kartı verilmiştir (Şekil 1). Hastane bilgi sisteminde ICD-10 tanı girişinde aşı yapılacak hastalara uyarı verilerek aşı birimine gönderilmiştir. Tüm hekimlere eğitim verilmiş, aşı gereklilikleri anlatılarak farkındalık yaratılmıştır. Ücretsiz olarak Sağlık Bakanlığı'nın aşı kapsamını artırması hastaların daha kolay ulaşılabilirliğini arttırmıştır. Sağlık çalışanları aşıları tamamlanmaya çalışılmış ve kesici delici yaralanmalarda bildirim yapılması artırılmıştır.

Sonuç: Erişkin aşılamanın önemi doğrultusunda iyi seviyelere gelmesi açısından sağlık çalışanları ve toplumun bilgi, eğitim ve farkındalık düzeylerinin artırılması aşıların temini, geri ödemelerinin sağlanabilmesi en önemli basamaklar gibi görünmektedir. Çocuk aşılamada olduğu gibi erişkin aşı kartı uygulaması yararlı olabilir.

Anahtar Kelime: Aşı



Şekil 1. Aşı kartı

Tablo 1. Aşı verileri

Aşı	Hasta sayısı	Hasta yüzdesi
Pnömokok aşısı	662	%48
Hepatit B aşısı	450	%32
Tetonoz aşısı	260	%19
Hepatit A aşısı	7	%1

[PS-320]

Bir Yıl İçinde Lyme Borreliyoz Şüphesi Olan Hastalarda Borrelia Antikorlarının Klinik Bulgularla İlişkisinin Araştırılması

Fatma Sırmatel, Oğulcan Talat Özarslan, Şule Aydın Türkoğlu, Hayrettin Akdeniz

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bolu

Giriş: Multisistem tutulum ile son yıllarda birçok nörolojik ve romatolojik hastalıklarda sorumlu tutulan *Borrelia burgdoferi* bakterisi bölgemizde görülmektedir. Bölgemiz de yapılan daha önceki çalışmada toplum seroprevalansı %13,7 gibi saptanmıştır. Bizde bir yıllık bir süreç içersinde kliniğimizde izlediğimiz lyme borreliyoz kliniğine uyan olgularda borrelia antikorlarını araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Toplam bir yıllık süreç içerisinde nöroloji ve enfeksiyon hastalıklarına başvuran ve lyme hastalığı düşündüğümüz hastalardan serolojik olarak borrelia antikorları retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya alınan bu hastaların lyme borreliyoz ile ilgili olacak multisistem tutulumları CDC kriterleri doğrultusunda yapıldı. Hastaların öyküsünde kene ile temas ve tanısı konulamayan nörolojik, duyusal, artrit, kardiyak ve deri şikayetlerinin olması ve diğer tüm hastalıkların dışlanması ön plana alındı. Hastaların başvuru süresi 2017 yılı içersinde olması dikkate alınarak serumlarında immünofloresan test ile *B. burgdorferi* antikorları (IgG ve IgM) anlaşmalı olunan bir özel laboratuvarda yaptırıldı. Tanıda Euroimmün immünofloresan test yöntemi kullanıldı. Serolojisi pozitif olan olgular 4 hafta sonra tekrar lyme borreliyoz antikorları açısından değerlendirildi ve doğrulama testleri olarak Western Blot testi hepsine yapılamadı. Olgular kesin, olabilir ve şüpheli olarak değerlendirildi. Bu çalışmada iki kez lyme borreliyoz antikorları pozitif olgular demografik ve klinik şikayetler açısından değerlendirildi. Kesin tanısı konulan olgular tedaviye alındı. Hastaların serolojisi ile klinik bulgular arasındaki ilişki istatiksel olarak bilgisayar ortamında yapıldı.

Bulgular: Toplam bir yıllık süreç içerisinde 176 olgu değerlendirmeye alındı. Bunların 81 (%46,2) erkek, 95 (%53,93) kadın hasta idi. Olguların yaşı 12-82 (ortalama 49,89±18,07) olarak bulundu. Bu olguların toplam 37'si kesin idi ve bunların 34 poliklinik, 3 yatan hastaydı. Olguların kanlarında saptanan borreliya antikorlarının pozitifliği IgG için %21, IgM için %0,6 pozitif bulundu. Sonuçlar Tablo 1'de görülmektedir.

Sonuç: Bölgemizde multisistemik tulum ile görülen lyme borreliyozunun, erken yaygın ve geç dönem semptom gösteren olgularda rutin bakılması, özellikle nörolojik, romatolojik ve duyusal sistem tutulumu olan olgularda lyme borreliyoz antikorlarının değerlendirilmesi ve doğrulama testleri ile değerlendirilmesi birçok geç lyme borreliyozunun tanınmasına yol açacaktır.

Anahtar Kelimeler: Lyme borreliyoz antikorları, IgG, IgM

[PS-321]

Çok İlaca Dirençli Komplikasyonlarla Seyreden Tifo Olgusu

Merve Bedir, Yıldız Verdi, Safiye Nur Özcan, Emine Çelik, Ahsen Öncül, Nuray Uzun, İlyas Dökmetaş, Dilek Yıldız Sevgi

Şişli Hamdiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Tifo, gelişmekte olan ülkelerde hala önemini koruyan endemik bir enfeksiyon hastalığı olup erken tanı ve tedavi, komplikasyonları ve mortaliteyi azaltan en önemli faktördür. Bu olgu sunumunda hemolitik anemi ve gluteal apse komplikasyonları görülen çok ilaca dirençli *Salmonella typhi* enfeksiyonu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi altı yaşında, Pakistanlı erkek hasta, on gündür olan ateş yüksekliği, halsizlik, iştahsızlık, baş dönmesi ve günde beş-altı kez olan kansız mukussuz ishal şikayetiyle acile başvurdu. Pakistan'da yaşayan hasta 25 gün önce Türkiye'ye gelmiş. Fizik muayenesinde ateş: 38,1 °C, nabız: 110/dk, TA: 110/70 mm/Hg, solunum sayısı: 24/dk, genel durumu orta, dil kuru, traube kapalı idi. Tetkiklerinde hemogramda lökosit: 4600/Ul, nötrofil: 3900/ul, hemoglobin: 5,1 g/dl, platelet: 168,000/ul, C-reaktif protein (CRP): 150 mg/l, eritrosit sedimentasyon hızı: 55 mm/saat, AST: 297 u/l, ALT: 112 u/l, kreatinin: 0,53 mg/dl, üre: 40 mg/dl, LDH: 2240, total bilirubin: 2,09, direkt bilirubin: 0,63 idi. Dışkı makroskopisi açık kahverenkli, sulu, kansız, mikroskopisinde bol lökosit görüldü. Siprofloksasin 2x400 mg IV tedavisi başlandı. Hastanın kan kültürü ve gayta kültüründe *S. typhi* üremesi MALDI-TOF MS ile tanımlandı. EUCAST kriterlerine göre yapılan antibiyotik duyarlılık testinde ampisilin, sefotaksim, seftriakson, siprofloksasin ve trimetoprim-sulfometaksazol dirençli saptanan hastanın tedavisi meropenem 3x1 gr IV olarak değiştirildi. Batın ultrasonografisinde splenomegali görüldü. Soygeçmişinde talasemi öyküsü olan hastadan hemoglobin elektroferezi yapılarak talasemi minör tanısı konuldu. Klinik ve akut faz reaktan yanıtı alınan hastanın meropenem tedavisi on güne tamamlandı. Ancak antibiyoterapisi kesildikten 24 saat sonra 37,8 °C subfebril ateş yüksekliği olan, 48 saat sonra CRP iki katına yükselen hastanın fizik muayenesinde sağ gluteal bölgede hassasiyet ve ısı artışı görüldü. İntramüsküler enjeksiyon ve travma tariflemeyen hastanın pelvik MR'de sağ gluteus maksimus kası içinde yaklaşık 6 cm çapında düzgün konturlu apse ile uyumlu koleksiyon görüldü. Apse drenajı yapıldı. Gram boyamada bol lökosit görüldü, mikroorganizma görülmedi. Apse ve anaerob kültürde üreme olmadı. Meropenem tedavisine devam edilen hastanın sağ gluteal bölgedeki hassasiyeti ve ısı artışı geriledi, ateş yüksekliği tekrar etmedi, CRP normal aralığa geriledi. Antibiyoterapisi dört haftaya tamamlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Tifoda komplikasyon görülme oranı %10-15 olup, hemen her organ/sistem tutulabilmektedir. Lokal organ enfeksiyonlarında drenaj gibi cerrahi işlemler gerekebilir ve antibiyotik tedavi süresi 4-6 haftaya uzatılmalıdır. Pakistan'dan bildirilen *S. typhi* olgularında çok ilaca direnç dikkat çekmekte olup bu ülkeye seyahat öyküsü olan tifo hastalarında ampirik tedavide yüksek direnç oranları göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çok ilaca direnç, gluteal apse, tifo

Tablo 1. *Salmonela typhi* antibiyogram

Materyal: Kan kültürü	***Salmonella typhi* üredi**
Antibiyotik duyarlılığı	
Ampisilin	Dirençli
Azitromisin	Duyarlı
Sefotaksim	Dirençli
Seftriakson	Dirençli
Kloramfenikol	Duyarlı
Siprofloksasin	Dirençli
Ertapenem	Duyarlı
İmipenem	Duyarlı
Meropenem	Duyarlı
TMP/SXT	Dirençli

[PS-322]

Fare Isırığı Sonrası Gelişen *Corynebacterium* spp. Etkenli Selülit ve Septik Artrit

Sevil Alkan Çeviker[1], Dilara Yıldırım[2], Mustafa Yılmaz[1]

[1]*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya*
[2]*Sivas Numune Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Sivas*

Giriş: Fare ısırıkları ile insanlara *Staphylococcus* spp., *Coynebacterium* spp., *Pasteurella multocida*, *Leptospira* spp. ve *Fusabacterium* spp. bulaşı bildirilmiştir. Olgumuz literatürde bir tane benzer olgunun olması ve ülkemizden benzer olgu bildiriminin olmaması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: Otuz iki yaş kronik hastalığı olmayan erkek hasta sağ elde selülit ön tanısı ile yatırıldı. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi, şuuru açık koopere, vital bulguları stabil idi. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 14,1 g/dl, beyaz küre 12,200/mm^3, C-reaktif protein 24 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 76 mm/saat idi. Diğer tetkikleri normaldi. Sağ el 3. parmakta şişlik, kızarıklık, çap artışı ve tırnak dibinde serohemorajik akıntı vardı. Sağ el 2. ve 3. parmağında ısırık izi olduğu tahmin edilen hemorajik ve ekimotik alanlar görüldü (Resim 1). Öyküsünde 4 gün önce fare ısırığı olduğu öğrenildi. Yara yerinden sürüntü kültürü alınıp ampirik olarak ampisilin sulbaktam (SAM) 4x1 gr IV tedavisi başlandı ve tetonoz profilaksisi yapıldı. Hastanın şiddetli parmak ağrısı ve hareket kısıtlılığı olması üzerine hastadan ortopedi konsültasyonu istendi. Hastaya el direkt grafisi ve yüzeyel yumuşak doku ultrasonografi çekildi. Hastanın sağ el 3. parmakta metakarpofalangeal eklemde sıvı koleksiyonu tespit edildi. Bu alandan iğne aspirasyonuyla örnek alındı ve mikrobiyolojik incelemeye gönderildi. Gram boyamada parçalı çekirdekli lökositler ile Gram-olumlu difteroid basiller görüldü. Kanlı agar ve çikolata agara yapılan ekimlerde 24 saat 35 °C'de inkübasyondan sonra hemolizsiz, yuvarlak, düzgün kenarlı, katalaz (+), nitrat redüktaz (+), CAMP (-), hafif düzensiz Gram (+) basiller görüldü. Hem aspirasyon kültüründe, hem de parmak ucundan alınan sürüntü kültüründe *Corynebacterium* spp. üremeleri oldu. İdentifikasyonda VITEK® 2 Compact (Bio-Merieux, Fransa) otomasyon sistemi kullanıldı. Antibiyotik duyarlılık testinde, "EUCAST" kriterleri doğrultusunda önerilen zon çapları kullanıldı. Üreyen etken penisilin, eritromisine dirençli, klindamisin, rifampisin, gentamisin, tetrasiklin, kloramfenikol, ofloksasin, trimetoprim/sulfametoksazol (SXT), vankomisin, teikoplanine duyarlı idi. Hastanın tedavisi klindamisin 3x600 mg/IV olarak düzenlendi. Yedi günlük tedavi ile laboratuvar ve klinik bulguları düzelen hastanın tedavisi 14 güne tamamlandı. Hastanın klinik yanıtı olması nedeniyle debridman düşünülmedi. On dört günlük IV tedavi sonrası 2 hafta

oral ardışık SXT 2x1 tb ile taburcu edildi. Takiplerinde şikayetleri gerileyen hastanın toplam tedavisi 4 haftaya tamamlandı.

Sonuç: İnsan derisinde normal flora bakterisi olan *Corynebacterium* spp.'nin alınan kültürlerde üremesi etkenin fare mi yoksa insan kaynaklı mı olduğu konusunda düşünmemize neden olsa da hem eklem sıvısı hem de tırnak dibindeki akıntıdan alınan kültürde üreme olması fare ısırığı kaynaklı olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fare ısırığı, septik artrit, *Corynebacterium*



Resim 1. Sağ el 2. ve 3. parmağında ısırık izi olduğu tahmin edilen hemorajik ve ekimotik alanlar

[PS-323]

Gram-Olumsuz Üropatojenlerde Çoklu İlaç Direncini Gösteren Risk Faktörleri

Ertuğrul Güçlü[1], Fikret Halis[2], Aziz Öğütlü[1], Oğuz Karabay[1], Hüseyin Doğuş Okan[1], Sevgi Alan[1], Cem Uzun[1], Adem Şimşek[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*

[2]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: İdrar yolu enfeksiyonu toplumda sık görülen enfeksiyonlardandır. Uygunsuz ve aşırı antibiyotik kullanımına bağlı olarak toplum kökenli suşlarda da direnç artmakta ve tedavi yanıtsızlığına ve ağır enfeksiyonlarda mortalite artışına neden olmaktadır. Bu çalışmada toplum kökenli idrar yolu enfeksiyonlarında tespit edilen Gram-olumsuz bakteri suşlarında çoklu ilaç direncine neden olan risk faktörleri araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya üçüncü basamak hastane üroloji ve enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar alınmıştır. Son 1 ay içinde hastanede yatış veya antibiyotik kullanımı öyküsü bulunan, hemodiyaliz tedavisi alan, sürekli sondası, üriner stenti veya ürostomisi olan hastalar çalışmaya alınmadı. Literatürde belirtildiği üzere en az üç farklı grup antibiyotiğe direnç tespit edilen suşlar çoklu ilaç dirençli (ÇİD) olarak kabul edildi.

Bulgular: Toplam 168 hasta (82 erkek, 86 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 60,8±18,70 idi. Suşların 115'i *Escherichia coli*, 26'sı *Klebsiella* spp., 10'u *Pseudomonas aeruginosa*, 9'u *Enterobacter* spp., 4'ü *Proteus* spp. ve birer tanesi de *Citrobacter* spp., *Serratia* spp., *Burkholderia* spp. ve *Providencia rettgeri* idi. Suşların 72'si (%) ÇİD değilken, 96'sı (%) ÇİD bakteri olarak kabul edildi. Üç ve daha fazla sayıda antibiyotik kullanımı, üçüncü kuşak sefalosporin kullanımı ve son 6 ay içinde idrar yolu enfeksiyonu geçirmek ÇİD bakteri için risk faktörü olarak bulundu (Tablo 1).

Sonuç: Toplum kökenli üropatojenlerde de ÇİD riski yüksektir. Üçüncü kuşak sefalosporin kullanım öyküsü, son 3 ay içinde üç ve daha fazla sayıda antibiyotik kullanımı ve son 6 ay içinde idrar yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü olan hastalarda ÇİD bakteri ile idrar yolu enfeksiyonu riski yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotik, direnç, üriner

Tablo 1. Çoklu ilaca dirençli üropatojen için risk faktörleri

	Çoklu ilaç dirençli olmayan bakteri n=72	Çoklu ilaç dirençli olan bakteri n=96	p değeri
Cinsiyet E/K	32/40	50/46	0,32
Yaş	58,9	62,3	0,12
Son 3 ay içinde antibiyotik kullanan	40	64	0,14
Sadece 1 kez kullanan	20	25	0,82
2 kez kullanan	18	19	0,42
3 veya daha fazla sayıda kullanan	2	21	0,00
Kinolon kullanım öyküsü	14	31	0,19
3. kuşak sefalosporin kullanımı	8	22	0,04
2. kuşak sefalosporin kullanımı	7	6	0,40
Sefalosporin kullanımı	14	27	0,19
Ertapenem kullanımı	1	5	0,36
Son 6 ay içinde İYE varlığı	20	50	0,001
Son 3 ay içinde hastanede yatış	17	29	0,34
Son 3 ay içinde ameliyat	9	20	0,15
DM varlığı	17	23	0,95
Kanser varlığı	4	13	0,14
Sonda kullanımı	24	30	0,77

[PS-324]

HIV Ensefalopatisi

Mustafa Doğan[1], Rıdvan Karaali [2]

[1]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ*

[2]*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

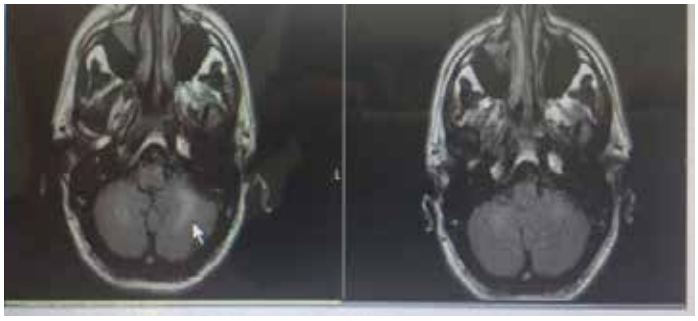
Giriş: Ataksi ve disdiadokinezi bulgularıyla başvuran, tetkiklerinde diğer nedenler dışlanan, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile serebellum tutulumu izlenen, primer HIV ensefalopatisi tanısı alan olguyu nadir görülen bir prezentasyon olduğu için paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Kırk yedi yaşında erkek hasta, bir kamu kurumunda memur olarak çalışmaktadır. Öncesinde bilinen bir hastalığı ya da ilaç kullanımı olmayan hasta da bir ay önce belirginleşen ve giderek artan yazı yazmada güçlük, merdiven inmede güçlük, sağ kol ve bacakta koordinasyon bozukluğu şikayetleri başlamıştı. Bu şikayetlerine bayılma eklenmesi sonrası nöroloji kliniğine baş vurmuştur. Yatırılarak tetkik edilen hastanın fizik muayenesinde; ateş: 36,4 °C, tansiyon arteriyel: 120/70 mm/hg, nabız: 78/dk, bilinç açık, oryente ve koopere, dismetri, disdiadokinezi, diplopi ve ataksi tespit edilmişti. Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları yokmuş ayrıca diğer sistem muayenelerinde özellik yokmuş. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 4270/mm^3, hemoglobin: 13,8 g/dl trombosit: 123000/mm^3, C-reaktif protein: 14,3 mg/l, ALT: 19 IU/l, üre: 22 mg/dl, sedimentasyon: 34 mm/h, brusella

tüp aglütinasyonu negatif, tüberküloz RCR: negatif, sifiliz IgG: negatif, HBsAg: negaitf, anti-HBc IgG: negatif, anti-HBc IgM: negatif, anti-HCV: negatif, toksoplazma IgG: negatif, toksoplazma IgM: negatif ve CMV IgM negatif, CMV IgG: pozitif (4,99), CD4 lenfosit: 54/mm^3, HIV-RNA: 12,325 kopya/ml olarak saptanmıştı. Hastanın bulaş yoluna yönelik anamnezinde erkek partneri olduğu bilgisine ulaşıldı. MRG'de her iki serebellar pedinküler düzeyde odaklar görülmekteydi (Şekil 1). Göz hastalıkları ile yapılan konsültasyonda göz tutulumu bulgusuna rastlanmamıştı. BOS tetkiklerinde; mikroskopide hücre görülmedi, kültürde üreme olmadı ve protein 71 mg/dl saptandı. Ayrıca, parechovirüs, herpes simpleks virüs 1, herpes simpleks virüs 2, varisella zoster virüs, adenovirüs, sitomegalovirüs, parvovirüs B19, insan herpes virüs 6, insan herpes virüs 7, enterovirüs negatif olarak sonuçlanmıştı. Mikobakteri kültüründe üreme olmadı, *Cyrptococcus neoformans* antijeni negatif saptandı. JC ve BK polyomavirüs PCR (BOS): saptanmadı. Hastaya ART başlandı. Üç ay sonra yapılan kontrolde; HIV-RNA: <saptanabilir düzey, CD4: 494/mm^3 idi. Klinik olarak dismetri ve disdiadokinezi bulguları devam etmekteydi. MRG'de her iki orta serebellar pedinkül düzeyindeki lezyonlar devam etmekteydi, kortikospinal trakt boyunca tutulan lezyonlar ilerlemiş olarak saptanmıştı. Diğer nedenler dışlanan olgu HIV ensefalopatisi olarak değerlendirildi.

Sonuç: Son yıllarda ülkemizde HIV pozitif olgu sayısında artış gözlenmektedir. Bu olgular farklı kliniklerle prezente olabilmekte ve bir kısmı henüz tanı almamış olabilir. Ensefalopati ayırıcı tanısında bir seçenek olarak HIV ensefalopatisi yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, ensefalopati, ataksi



Şekil 1. Serebellar tutulum MRG (ART sonrası 3. ay mukayeseli MRG)

[PS-325]

Karbapenemaz Üreten *Klebsiella pneumoniae* ile Karbapenem Duyarlı *Klebsiella pneumoniae*'nin Neden Olduğu Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarının Özelliklerinin İncelenmesi

Oğuz Karabay[1], Gülsüm Kaya[1], Ertuğrul Güçlü[1], Mehmet Köroğlu[2], Hasan Çetin Ekerbiçer[3]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*
[3]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: Karbapenemaz üreten *Klebsiella pneumoniae* suşları son zamanlarda yoğun bakım ünitelerinde önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu çalışmada karbapenem dirençli ve duyarlı *K. pneumoniae*'nin neden olduğu kan dolaşımı enfeksiyonlarının özellikleri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01 Ocak 2018-31 Aralık 2018 tarihleri arasında yapıldı. SÜEAH 90'ı yetişkin yoğun bakım ünitesi olmak üzere toplam 900 yatağa sahip üçüncü basamak bir hastanedir. Tüm yoğun bakım üniteleri enfeksiyon kontrol ekibi tarafından aktif sürveyans yöntemiyle takip edilmekte ve Türkiye Ulusal Hastane Sürveyans Ağı Rehberi 2017'ye göre hastane enfeksiyon tanısı konulmaktadır. Aktif sürveyans kayıtlarına göre, Karbapenem dirençli ve duyarlı *K. pneumoniae*'nin neden olduğu kan dolaşımı enfeksiyonları geriye dönük incelendi. Kontrol grubu hastalar aynı dönemde yatan *K. pneumoniae* bakteriyemisi olmayan hastalardan rast gele seçildi. Veriler SPSS 21 programında analiz edildi. Analizde Kruskal Wallis testi ve post-hoc Mann-Whitney U testi kullanıldı, p<0,0166 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Yoğun bakım ünitelerinde 2018 yılı boyunca 4,448 hasta 26,525 hasta günü takip edildi. *K. pneumoniae*'nin sebep olduğu kan dolaşımı enfeksiyonlarının 26'sı (%56,5) karbapenem dirençli *K. pneumoniae* iken, 20'si (%43,4) karbapenem duyarlı *K. pneumoniae* idi (p=0,210). Hastaların özelliklerine ait veriler Tablo 1'de sunuldu.

Sonuç: İmmünosüpresif ilaç kullanmak, TPN almak, mevcut serebrovasküler hastalık, uzun süreli antibiyotik kullanımı, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, mekanik ventilasyon, santral venöz kateter varlığı, yoğun bakım ünitesinde uzun süre yatış, artan SOFA skoru, üriner kateter varlığı karbapenemaz üreten *K. pneumoniae* kökenlerini arttırdığı gözlenmiştir. Karbapenemaz üreten *K. pneumoniae* gelişimini engellemek için mümkün olan en kısa sürede antibiyotikleri kesilmesi, gereksiz invaziv aletlerin çıkarılması, temas izolasyonu önlemlerinin alınması ve YBÜ'den kliniğe geçiş sürecinin hızlanması gibi çok bileşenli enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kan dolaşımı enfeksiyonu, karbapenemaz üreten *Klebsiella pneumoniae*, yoğun bakım ünitesi

Tablo 1. Karbapenem duyarlı ve dirençli Klebsiella pneumoniae bakteriyemisi olan hastalar ile kontrol grubu hasta verilerinin karşılaştırılması

Özellikler	Karbapenem duyarlı *Klebsiella pneumoniae* n=20	Karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae* n=26	Kontrol grubu n=25	p değeri
Cinsiyet (erkek)	10 (50,0)	9 (34,6)	11 (40,0)	0,564
>30 gün yoğun bakım yatışı[1]	17 (85,0)	23 (88,5)	0	0,001
Son 28 gün hastanede yatış	1 (5,0)	1 (3,8)	1 (4,0)	0,979
Sonuç (eksitus)[1]	17 (85,0)	20 (76,9)	10 (40,0)	0,002
İmmünosüpresif ilaç kullanımı[2]	13 (65,0)	14 (53,8)	6 (24,0)	0,015
Total parenteral nütrisyon[3]	16 (80,0)	25 (96,2)	14 (56,0)	0,003
Karın cerrahisi	1 (5,0)	1 (2,8)	3 (12,0)	0,479
Travma	3 (15,0)	1 (3,0)	2 (8,0)	0,401
Diabetes mellitus	4 (20,0)	3 (11,5)	4 (16,0)	0,731
Serebrovasküler hastalık[2]	0	12 (46,2)	4 (16,0)	0,001
Hastane enfeksiyonu[1]	6 (30,0)	8 (30,8)	1 (4,0)	0,033
KOAH	0	2 (7,7)	1 (4,0)	0,437
Böbrek yetmezliği[1]	6 (30,0)	9 (34,6)	0	0,005
Hemodiyaliz	7 (35,0)	10 (38,5)	4 (16,0)	0,176
Hematolojik CA	0	0	1 (4,0)	0,393
Solid CA	2 (10,0)	3 (11,5)	1 (4,0)	0,600
Uzun süre antibiyotik kullanımı[1]	15 (75,0)	12 (46,2)	1 (4,0)	0,001
Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı[2]	19 (95,0)	19 (73,0)	10 (40,0)	0,001
Antifungal kullanımı[3]	1 (5,0)	6 (23,1)	0	0,015
Mekanik ventilasyon varlığı[1]	20 (100)	22 (84,6)	8 (32,0)	0,001
Trakeostomi varlığı[1]	13 (65,0)	14 (53,8)	2 (8,0)	0,001
Santral venöz kateter varlığı[1]	20 (100)	23 (88,5)	8 (32,0)	0,001
Diyaliz kateter varlığı	6 (30,0)	10 (38,5)	5 (20,0)	0,352
Üriner kateter varlığı	20 (100)	25 (96,2)	24 (96,0)	0,668
Nazogastrik sonda varlığı[1]	15 (75,0)	19 (73,1)	3 (12,0)	0,001
Peg varlığı[1]	10 (50,0)	11 (42,3)	0	0,001
Dren varlığı	2 (10,0)	1 (3,8)	2 (8,0)	0,702
Yaş	70,1±17,8 (24-73-91)	65,4±17,3 (36-67-89)	55,7±23,5 (9-58-89)	0,060
Yoğun bakım ünitesi yatış günü[1]	66,8±36,7 (16-61-180)	23,6±55,0 (10-58-244)	8,6±6,5 (2-8-23)	0,001
SOFA skoru[1]	7,1±3,1 (2-6-15)	9,3±5,1 (1-8-19)	4,3±4,3 (0-3-16)	0,002
Üreme öncesi Antibiyotik kullanımı DDD[1]	27,7±20,2 (6-24-91)	29,2±23,8 (1-25-115)	9,2±5,0 (3-9-22)	0,001
Mekanik ventilasyon günü[1]	32,2±23,1 (1-30-111)	26,8±16,3 (10-22-73)	6,7±3,1(2-6-11)	0,001
Trakeostomi günü	40,0±26,2 (6-41-104)	63,4±38,2 (13-52-128)	2,5±0,7 (2-2-3)	0,022
Santral venöz kateter günü[1]	47,1±34,4 (1-44-149)	47,5±30,3 (10-40-112)	8±7,4 (2-4-20)	0,001
Diyaliz kateter günü	21,8±14,6 (4-21-45)	14,6±7,5 (3-15-24)	11,4±8,6 (2-7-22)	0,355
Üriner kateter günü[1]	64,3 ±36,0 (10-61-180)	73,6±55,0 (10-58-244)	8,8±6,5 (2-8-23)	0,001
Nazogastrik sonda günü	38,3±24,4 (0-42-84)	23,0±11,5 (5-21-48)	10,6±9,0 (4-7-21)	0,047
Peg günü	34,1±29,5 (0-32-110)	69±45,3 (18-60-162)	0	0,038
Dren günü	10±0 (10-10-10)	21±9,8 (14-21-28)	5,0±2,8 (3-5-7)	0,165

Sayısal değişkenler aritmetik ortalama ± standart sapma (minimum-medyan-maksimum) ve kategorik değişkenler n (%) olarak gösterilmiştir. [1]Farklılık kontrol grubunda kaynaklanmaktadır. [2]Farklılık karbapenem duyarlı *Klebsiella pneumoniae* grubundan kaynaklanmaktadır. [3]Farklılık karbapenem direnci *Klebsiella pneumoniae* grubundan kaynaklanmaktadır.

[PS-326]

İdrar Kültür Kontaminasyonlarını Önleyebilir miyiz?

Nuray Arı[1], Neziha Yılmaz[2], Emine Yeşilyurt Şölen[1]

[1]*Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*
[2]*Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat*

Giriş: İdrar yollarının herhangi bir bölgesine çok sayıda mikroorganizma topluluğunun yerleşmesi ile oluşan hastalık tablosu genel olarak üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) olarak ifade edilir. ÜSE toplumda ya da hastanede kazanılmış enfeksiyonlar içerisinde ilk sıraları almakta ve nozokomiyal enfeksiyonların yaklaşık %33'ünden sorumlu tutulmaktadır. Birçok araştırmada izole edilen bakteriler arasında ilk sırayı Gram-olumsuz bakteriler almaktadır. ÜSE'ye sıklıkla *Escherichia coli, Klebsiella* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, diğer Gram-olumsuz bakteriler ve stafilokok türleri neden olmaktadır. ÜSE'nin büyük bölümünü kolon florasından gelen bakteriler oluşturmakta, diğer bölümü ise perianal bölge florasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle idrar kültüründe üremenin kontaminasyon veya enfeksiyon etkeni olduğunun ayırımını yapmak önemlidir. İdrar kültür kontaminasyonları ÜSE tanısı için araştırılan hastaların tedavisinde gecikmelere neden olur. Kontaminasyonun önlenmesi zor olsa da çeşitli önlemlerle kontaminasyon oranları azaltılabilir. Hastanemizde idrar kültürlerinde yaş ve cinsiyete göre idrar kontaminasyon oranlarının belirlenmesi ve kontaminasyon oranlarını düşürmek/önlemek için etkenlerin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na 17.05.2017-04.02.2019 tarihleri arasında gelen toplam 12494 idrar kültür sonucu retrospektif olarak analiz edildi. Kantitatif olarak ekim yapılan idrar kültüründe 10^5 CFU/ml üreyen bakteriler üropatojen olarak kabul edilirken ürogenital deri flora elemanı veya üç veya daha fazla farklı tipte bakteri üreyen kültürler kontaminasyon olarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 12494 idrar örneğinin 4220'sinde (%33,8) kültür pozitifliği saptanırken 8274 örnekte (%66,2) üreme görülmedi. Kültür pozitif bulunan örneklerin 1613'ü (%38,2) etken patojen olarak tanımlanırken 2607'si (%61,7) kontaminasyon olarak değerlendirildi. Kontaminasyon oranı cinsiyete göre değerlendirildiğinde kontaminasyon oranı tüm çalışma grubunda kadınlarda %26,3 erkek hastalarda %15,2 olarak saptandı. Yaş grupları göz önünde bulundurulduğunda kontaminasyon oranının 1 yaş altındaki çocuklarda en yüksek (%33,88) olduğu ve 5 yaşından büyüklerde ise genel ortalamaya yaklaştığı görüldü.

Sonuç: Bu çalışmada kontaminasyon oranları oldukça yüksek bulunmuştur. Normal koşullar altında üriner sistemi oluşturan böbrekler, üreter ve mesane sterildir. Hastanın idrar vermesi aşamasından laboratuvar sonucunun çıkmasına kadar tüm aşamalardaki tüm uygunsuzluklar kontaminasyon oranlarını etkilemektedir. Kontaminasyon hastalığın tanı ve tedavisini geciktirerek komplikasyonlara veya yanlış tedavi sonucu antibiyotik direncine neden olabilir. Bu nedenle kontaminasyonun önlenmesinde veya oranlarını düşürülmesinde preanalitik ve postanalitik süreçlerin doğru uygulanması ve etken tanımlanmasında standartlara uyulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İdrar kültürü, kontaminasyon

[PS-327]

Batı Nil Virüsü Enfeksiyonlu Hastalarımızda Risk Faktörlerinin Olgu Kontrol Yöntemiyle Araştırılması

Oğuz Karabay[1], Ahmed Cihad Genç[2], Ertuğrul Güçlü[1], Aylin Çalıca Utku[1], Aslı Vatan[1], Nazan Tuna[1], Gökçen Budak[1], Adem Şimşek[1], Cem Uzun[1], Sevgi Alan[1], Hüseyin Doğuş Okan[1], Aziz Öğütlü[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya*
[2]*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya*

Giriş: Batı Nil virüsü (BNV) hastalığı Arbo virüslerle meydana gelen bir viral hastalıktır. Özellikle sivrisineklerin yaygın olduğu yaz sonu ateşli hastalıklarla ve meningoensefalitle şekillenen epidemilere neden olabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde izlediğimiz olgularda olgu kontrol araştırması ile risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemize 2018 yılı Eylül ve Ekim dönemlerinde, ani başlangıçlı ateş, baş ağrısı, kas ağrıları, bulantı, kusma, makülopapüler döküntü, viral menenjit ya da ensefalit bulguları ile başvuranlardan BNV PCR ve antikor testleri Ankara Halk Sağlığı Kurumu'nda araştırılan ve pozitif bulunan olgulardan serolojik yöntemlerle tanı konulanlar BNV olgusu olarak tanımlandı. Kontrol grubu: Aynı tarih aralığında hastanemizde izlenen yaş ve cinsiyet uyumlu olgulardan ve BNV için serolojik ve PCR testleri negatif olan olgulardan seçildi.

Bulgular: Hastalardan ve kontrol grubundan elde edilen sonuçlar Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur.

Sonuç: BNV'li olgularda kontrol grubuna göre C-reaktif protein, sedimentasyon, trombosit değerleri anlamlı oranda düşüktü. BNV olgularında en sık rastlanan bulgular ise ateş ve bilinç bulanıklığı idi. Ülkemiz kuşların göç yolundadır ve bu etken için uygun coğrafi şartları taşımaktadır. Özellikle Eylül ve Ekim aylarında ateş, bilinç bulanıklığı ile seyreden olgularda BNV enfeksiyonu ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Batı Nil virüsü, risk faktörleri

Tablo 1. Olguların genel demografik özellikleri	
n	**26**
Yaş (Ort)	55,7
Cinsiyet (Erkek)	18
PCR pozitifliği	5
Igm pozitifliği	24
Igg pozitifliği	21
Eks	4
Akrabada BNV pozitifliği	4
Hastanede yatış	19
YBÜ yatma gereksinimi	6 (%23,1)
Döküntü	6 (%23,1)
Ateş >38	25 (%96,1)
Bilinç bulanıklığı	16 (%61,5)
Dengesizlik	12 (%46,1)
Halsizlik	21 (%80,7)
Baş ağrısı	15 (%57,6)
Diyare	5 (%19,2)
Kırsal alanda kalma öyküsü	17 (%65,3)
Sigara	1 (%3,8)
Fasiyal paralizi	1 (%3,8)
DM	2 (%7,6)
HT	9 (%34,6)
HT gelişen	13 (%50)
BNV ile başlayan HT öyküsü	4 (%15,3)

Tablo 2. BNV pozitif ve negatif gelen grupların laboratuvar karşılaştırmaları

Parametre	BNV (N:26)	Kontrol (N: 22)	P değeri
Yaş	55.7	45.1	0.07
PDW	16.8	17.3	>0.05
%Eozinofil	0,648	0,604	>0.05
Eozinofil	0,113	0,05	>0.05
N/L	5,59	7,04	>0.05
Nötrofil	5,58	6.29	>0.05
Trombosit	**266**	**278**	**0.025**
Eritrosit	12.6	12.3	>0.05
Sedimentasyon	**36**	**58**	**0.02**
Üre	18	36	0.12
ALT	12	51	0.11
AST	18	45	0.08
GGT	49	50	0.47
CRP	**44.8**	**83.1**	**0.015**

[PS-328]

Antiretroviral Tedaviye Uyumsuzluğun Değerlendirilmesi

Serap Gençer[1], Sibel Gündeş[2], Öznur Ak[3], Bülent Kaya[3], Serdar Özer[3]

[1]*Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Maslak Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[2]*Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atakent Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

[3]*İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Giriş: HIV ile enfekte hastaların antiretroviral tedavi (ART) uyumu viral baskılanmanın sağlanması ve direnç gelişiminin önlenmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada, ART başlanan olguların izlemi sırasında tedaviye uyumu olumsuz etkileyen faktörler değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2010-Temmuz 2018 tarihleri arasında izleme giren, 305'i yeni tanı almış tedavi-naif ve 14'ü daha önce ART başlanmış tedavi-deneyimli olmak üzere iki farklı hastaneye ait 319 olgunun dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. İlk bir ay içerisinde izlem dışında kalan, ölen ve tedavi başlanmayan olgular değerlendirme dışı bırakılarak ART başlanan ve izlenen 295 olgu bu çalışmaya alındı. ART'ye bir aydan uzun süre ara vermiş olgular "tedavi uyumsuz" kabul edildi ve tedavisini ara vermeden sürdüren olgularla çeşitli özellikleri açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 295 olgunun medyan yaşı 37 idi. Çalışma tarihleri arasında medyan 21 ay izlemde kaldılar. Bunların 29'u (%9,8) izlemleri sırasında herhangibir zamanda 37 kez ART'ye bir aydan uzun süre ara verdi. Ara verdikleri tedaviler; 14'ünde lopinavir/ritonavir ve tenofovir/emtrisitabin, 13'ünde tenofovir/emtrisitabin/elvitegravir/kobistat, yedisinde dolutegravir ve tenofovir/emtrisitabin, ikisinde darunavir/ritonavir ve tenofovir/emtrisitabin, birinde raltegravir ve tenofovir/emtrisitabin kombinasyonları idi. İzlemde kalma süresi diğer grupla aynı olmasına rağmen tedaviye ara verme zamanı ART başlandıktan sonra medyan 8 aydı. Tedaviye uyumsuz grup daha genç (medyan 37'ye karşılık 34 yaş) ve daha fazla kadın (%10'a karşılık %17) olgulardan oluşuyordu. Sigara içme oranı (%48'e karşılık %75) tedavi uyumsuz grupta daha yüksekken ART dışı ilaç kullanımı gruplar arası fark yaratmadı. Tek tablet rejimi kullananlarda %11'e karşılık %6 ile tedaviye uyumsuzluk daha azdı (p=0,017). Ancak bu farkı yaratan proteaz inhibitörü kullananlardaki uyumsuzluğun daha fazla olmasıydı (%6'ya karşılık %22, p<0,001).

Sonuç: Proteaz inhibitörü kullanımı, kadın cinsiyet, genç yaş ve sigara kullanımı ART'ye uyumu etkileyen olumsuz faktörlerdi. Bu faktörler göz önünde bulundurularak her hastaya uygun ART rejiminin belirlenmesi ve izlem sırasında olumsuzluk oluşturabilecek tüm faktörleri tespit etmek için hastanın kapsamlı değerlendirilebilmesi ART'ye uyumu arttırmak açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anti-retroviral tedavi, HIV, uyumsuzluk

[PS-329]

Nadir Görülen Bir Menenjit Olgusu: *Streptococcus sanguinis Menenjiti*

Hasibullah Yaqoobi, Mehmet Çabalak, Tayibe Bal, Sabahattin Ocak, Yusuf Önlen

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay

Giriş: *Streptococcus sanguinis* oral kavite, gastrointestinal ve kadın genital sisteminde kolonize olabilen viridans grubu bir streptokoktur. Viridans grubu streptokoklar bakteriyel endokardit dışında nadiren bakteriyel menenjite neden olurlar.

Olgu: Otuz sekiz yaşında erkek hasta ateş, öksürük, baş ağrısı ve berrak burun akıntısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde daha önce iki kez menenjit geçirdiği, kafa tabanı defekti nedeniyle Kulak Burun Boğaz (KBB) hastalıkları takibinde olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde bilinci açık, genel durumu orta, oryante ve koopere, kan basıncı 120/70 mmHg, nabız 95/dakika, vücut sıcaklığı 37,2 °C solunum sayısı 20/dakika, ense sertliği pozitif, kernig ve brudzinski negatif, sağ nazal kaviteden berrak ve viskoz akıntı (rinore) mevcuttu. Sağ birinci ve sol ikinci molar dişlerlerde dolgu mevcuttu. Laboratuvar testlerinde C-reaktif protein: 50 mg/l, beyaz küre: 24,58x10^3/ul. Menenjit ön tanısıyla lomber ponksiyon yapıldı. BOS hücre sayımında 1440 lökosit, 35 eritrosit görüldü. BOS biyokimyasında protein: 170 mg/dl, glukoz: 50 mg/dl (eş zamanlı parmak ucu kan şekeri 82 mg/dl) olarak sonuçlandı. Akut pürülan menenjit tanısıyla yatışı yapıldı. Kan kültürü alınarak ampirik seftriakson ve vankomisin başlandı. Alınan BOS'dan 3 cc coçuk kan kültürü şişesine enjekte edilerek BACT/ALERT 3D bioMérieux cihazına yüklendi. Kalan BOS'dan kanlı agar, EMB agar, çikolata agara ekim yapılarak 37 °C Etüv'de 24 saatlik inkübasyona alındı. Kan kütürü şişesinden pozitif sinyal alındıktan sonra kanlı agar, EMB agar ve çikolata agara pasaj yapıldı. 37 °C Etüv'de 24 saatlik inkübasyona alındı. Kanlı agarda üreme olduktan sonra kolonilerden 0,5 MC FARLAND'a eş olacak şekilde alındıktan sonra VITEK® (compact) bioMérieux cihazına GP VE ST0.3 identifikasyon ve antibiyogram kartları ile verildi. Ertesi gün alınan sonuç: *S. sanguinis* idi. Antibiyogramında vankomisin duyarlı seftriakson direçli idi. Mevcut tedavisine devam edildi. Kafa tabanı defekti açısından KBB'ye danışıldı ve paranazal sinüs tomografisi (PNS-BT) çekildi. PNS-BT'de nazal septumda açıklığı yukarı bakan deviasyon, sağda kribriform plate düzeyinde kemikte yaklaşık 3 mm ene varan defektif görünüm ve komşuluğunda polipoid yumuşak doku görünümü izlendi (ensefalosel?) olarak sonuçlandı. Tedavisi 14 güne tamamlandı. Pnömokok aşısı, enfeksiyon hastalıkları poliklinik kontrolü ve KBB poliklinik kontrolü önerildi.

Sonuç: Literatür taramamızda tüm dünyada nadir *Streptococcus sanguinis* menenjiti bildirilmiş olup özellikle oral, nazal ve kafa tabanı defekti olan hastalarda nadiren karşımıza çıkmaktadır. Altta yatan patolojinin zamanında tedavi edilmesi *Streptococcus sanguinis* ve diğer etkenlere bağlı menenjitin önüne geçmek için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, *Streptococcus sanguinis*, kafa tabanı defekti

[PS-330]

Büyük Taklitçi: Oküler Sifiliz

Merve Türker, Derya Seyman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

Giriş: Sifiliz, sayısız organ sistemlerini tutan ciddi bir enfeksiyondur. Hastalığın erken döneminde semptomlar çok silik olabildiğinden önemsenmeyip gözden kaçabilmektedir. Tedavi edilmeyen sifiliz, çok farklı, ciddi klinik tablolara neden olduğundan "Büyük Taklitçi" olarak isimlendirilmiştir. En önemli taklitleri ise göz, kulak ve nörolojik tutulumlardır. Sifilizin yeniden ortaya çıkması ile birlikte oküler sifiliz olguları da gözlenmeye başlamıştır. Oküler sifiliz insidansı %2-10'dur. Gözün tüm bölümleri etkilenebilmesine rağmen en sık üveit ve optik sinir tutulumu gözlenmektedir. Oküler sifiliz, hastalığın tek klinik bulgusu olabileceği gibi %50-60 nörosifiliz ile birlikte bulunur. Hızlı tanı ve uygun tedavi hayati önem arz eder, çünkü oküler semptomlar başladıktan sonraki 1 ay içinde tedaviye başlanmamış olması kötü prognoz ile ilişkilidir.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2015-Aralık 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'ne başvuran ve oküler sifiliz tanısı ile takip edilen hastaların demografik ve klinik özellikleri retrospektif incelendi. Sifiliz tanısı için treponemal (TPHA) ve non-treponemal (VDRL) serolojik testler kullanıldı. BOS VDRL pozitif veya protein >45 mg/dl veya hücre sayımı >5 mm^3 lökosit olan hastalar nörosifiliz kabul edildi.

Bulgular: Çalışma süresince kliniğimizde sifiliz tanısı ile toplam 323 hasta takip edildi. Hastaların %31,3'ünde (101/323) HIV pozitifliği saptandı. Kliniğimizde AIDS tanısı ile takip edilen hastaların %25,3'ünde (101/400) ise HIV-sifiliz ko-enfeksiyonu vardı, bu hastaların %3,9'unda (4/101) nörosifiliz ve bir hastada (%0,99, 1/101) oküler sifiliz izlendi. Tüm sifilizli hastaların %7,4'ünde (24/323) nörosifiliz, %1,5'inde (5/323) oküler sifiliz vardı. Oküler sifilizli tüm hastaların BOS bulguları asemptomatik menenjit ile uyumluydu. Üveit en sık izlenen göz tutulumuydu. Bir çeşit nörosifiliz kabul edilen oküler sifiliz tedavisi de nörosifiliz tedavisi ile aynıdır. Tüm hastalarımıza kristalize penisilin G 24 MU/G, 14 gün verildi. Hastalarımızda göz semptomlarının başlama ve tanı koyulma arasında geçen ortalama süre üç ay gibi uzun olmasına rağmen tedaviye klinik başarı %100 izlendi. Oküler sifiliz tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda oküler sifiliz insidansı literatür ile uyumludur. Sifilize bağlı göz tutulumu hastalığın herhangi bir döneminde olabilmekle birlikte daha çok hastalığın erken döneminde semptomatik veya asemptomatik menenjit ile birlikte gözlenebilmektedir. Bundan dolayı oküler sifiliz tanılı hastaların hepsine lomber ponksiyon yapılması önerilir. Oküler sifiliz, birçok göz hastalığını taklit edebildiği için göz uzmanlarının bu konuda farkındalığını arttırmak erken tanı ve tedavi imkanı sağlayarak morbiditeyi azaltır.

Anahtar Kelimeler: Oküler sifiliz, nörosifiliz, büyük taklitçi

Tablo 1. Oküler sifiliz tanılı hastaların demografik ve klinik özellikleri					
Olgular	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Yaş	63	67	30	68	53
Cinsiyet	Erkek	Kadın	Erkek	Erkek	Kadın
Altta yatan hastalık	DM Diyabetik retinopati	DM Diyabetik retinopati	Edinsel immün yetmezlik	Yok	DM
Semptom ve süresi	Sol gözde ağrı ve bulanık görme 15 gün	Bulanık görme 5 ay	Bulanık görme 2 ay	Bulanık görme 4 ay	Bulanık görme 3 ay
Göz tutulumu	Üveit	Üveit	Panüveit	Üveit	Koriyoretinit+vitrit
Kan VDRL	1/32	1/32	1/32	1/32	1/32
BOS VDRL	1/8	1/2	Negatif	1/2	Negatif
BOS hüsre sayımı	60/mm³ lökosit (%100 lenfosit)	55/mm³ lökosit (%100 lenfosit)	100/mm³ lökosit (%90 lenfosit)	60/mm³ lökosit (%100 lenfosit)	50/mm³ lökosit (%80 lenfosit)
BOS proteini	78,9 mg/dl	53,5 mg/dl	111 mg/dl	51,5 mg/dl	48 mg/dl
BOS/kan glukoz	101/159	72/121	45/81	56/105	53/81
Tedavi yanıtı	Var	Var	Var	Var	Var

[PS-331]

Üçüncü Basamak Bir Hastanede İnvaziv Alet Kullanımı ve İnvaziv Alet İlişkili Enfeksiyon Nokta Prevalans Çalışması

Esra Kaya Kılıç, Şerife Altun Demircan, Esra Yüksekkaya, Taliha Karakök Pala, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Sami Kınıklı

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

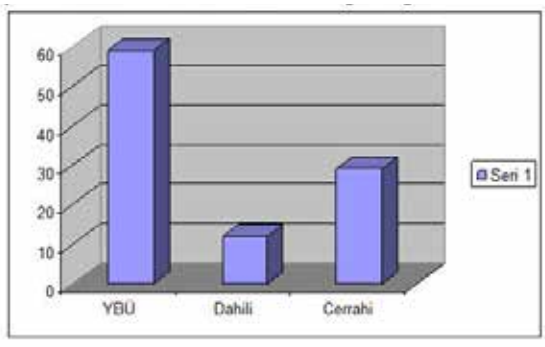
Giriş: Sağlık bakım ilişkili enfeksiyonların önemli bir bölümünü oluşturan alet ilişkili hastane enfeksiyonları (AİHE), özellikle yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan hastalar için büyük bir tehlike oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı üçüncü basamak bir hastanede, hastane genelinde invaziv alet kullanım oranlarını saptamak ve invaziv alet ilişkili enfeksiyonları belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 27 Şubat 2019 tarihinde Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde dahili, cerrahi birimler ve YBÜ'de yatmakta olan hastalar değerlendirildi. Çeşitli endikasyonlarla ve tanılarla üriner kateter, santral venöz kateter ve/veya mekanik ventilatör ihtiyacı ve cerrahi dreni olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Çalışmanın yapıldığı gün hastanede 433 hasta yatmakta idi. Bu hastalardan 100'ünde (%23) invaziv alet kullanımı saptandı. Ortama yaş 63,1 (±15,7 SD) idi. Elli dokuz hasta (%59) YBÜ'de, 12 hasta (%12) dahili ve 29 hasta (%29) cerrahi birimlerde izlenmekteydi (Şekil 1). Hastaların 44'ünde (%44) tekli invaziv araç kullanımı, 43 (%43) hastada birden fazla invaziv araç ve 13 (%13) hastada sadece cerrahi dren kullanımı saptandı. AİHE için Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberi tanımları kullanıldı. İnvaziv alet kullanımı ortalama süreleri üriner kateter, SVK ve mekanik ventilasyon için sırasıyla 12,1, 13,04 ve 28,04 olarak belirlendi. Çalışmaya alınan 100 hastadan 71'inde üriner kateter (%71), 49'unda (%49) santral venöz kateter ve 19'unda (%19) mekanik ventilatör mevcuttu (Şekil 2). Hastaların izlendikleri kliniklere göre üriner kateter, santral venöz kateter ve mekanik ventilatör kullanım oranları sırasıyla YBÜ'de %86,4, %71,1, %32,2, dahili kliniklerde %58,2, %41,6, %0, cerrahi kliniklerde %44,8, %6,8, %0 olarak saptandı. Ortalama kateter kullanım günü 23,01 (±49,6 SD) olarak belirlendi. Üriner kateteri olan 71 hastanın 13'ünde (%18,3) üriner sistem enfeksiyonu saptandı (p>0,01) ve hastaların hepsinde idrar toplama torbaları mesane seviyesinin üstünde idi. Yedi (%9,5) hastada ise torbaların yerde olduğu ve zeminle direkt temas ettiği gözlendi. Mekanik ventilasyon ihtiyacı olan 19 hastanın üçünde (%18,7) VİP geliştiği saptandı. Santral venöz kateteri olan hastaların onunda (%20,4) kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu mevcuttu.

Sonuç: Hastanemizde yatan hastaların %23'ünde invaziv alet kullanıldığı ve bu hastaların da çoğunluğunda AİHE olduğu görülmüştür. Hastalarda gereksiz invaziv alet kullanımından kaçınılması ile ilgili tüm hekimlerin dikkatli olması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık bakımı ilişki enfeksiyonlar, invaziv alet



Şekil 1. İnvaziv alet kullanımının kliniklere göre dağılımı

7. TÜRKİYE EKMUD BİLİMSEL PLATFORMU "ULUSLARARASI KONGRE" 3-7 NİSAN 2019

HAKEM LİSTESİ

Alper Şener
Ayhan Akbulut
Başak Dokuzoğuz
Behice Kurtaran
Bircan Ünal Kayaaslan
Birgül Kaçmaz
Birsen Çetin
Cemal Bulut
Derya Öztürk Engin
Ferhat Arslan
Figen Kaptan
Firdevs Aksoy
Gürdal Yilmaz
Halil Kurt
Haluk Erdoğan
Hanefi Cem Gül
İlker İnanç Balkan
İlyas Dökmetaş
İrfan Şencan
Meltem Arzu Yetkin
Meltem Taşbakan
Mesut Yılmaz
Murat Dizbay
Mustafa Yıldırım
Nazan Tuna
Nazif Elaldi
Nefise Öztoprak
Nevin İnce
Nurettin Erben
Oğuz Reşat Sipahi
Onur Kaya
Öznur Ak
Pınar Öngürü
Rahmet Güner
Recep Tekin
Sabahattin Ocak
Saim Dayan
Selma Tosun
Serap Gençer
Serhat Birengel
Servet Öztürk
Seza A. İnal
Süha Şen
Tansu Yamazhan
Tuba Turunç
Tuna Demirdal
Vildan Avkan Oğuz
Yasemin Çağ
Yunus Gürbüz
Yusuf Önlen
Zülal Özkurt

A

A. Ahmet Kıykım 81
Abdulkadir Daldal 127, 191, 232, 235
Abdulkadir Özgür 103
Abdullah Uyanık 208
Abdurrahim Çolak 242
Abdussamed Kök 249
Abdülkadir Sarı 63
Abubekir Böyük 192
Adalet Aypak 23, 52, 57, 77, 140, 152, 181, 187, 213, 224
Adem Köse 70, 79, 123
Adem Şimşek 223, 274, 277
Ahmed Cihad Genç 277
Ahmet Cem Yardımcı 116
Ahmet Furkan Kurt 190
Ahmet Karaduman 216
Ahmet Melih Şahin 85, 87
Ahmet Özbilgin 234
Ahmet Rıza Şahin 55
Ahmet Sertçelik 37
Ahmet Uyanıkoğlu 185
Ahsen Çelik 226
Ahsen Öncül 200, 273
Akif Gurbanov 195, 201
Ali Çoner 65
Ali Ergün Eryürekli 158
Ali Fuat Erdem 88, 270
Ali İlgın Olut 110, 132
Ali İrfan Baran 76, 142, 172, 206, 213, 241
Ali Pekcan Demiröz 264
Ali Ünal 251
Aliye Baştuğ 9, 52, 57, 77, 134, 140, 152, 153, 159, 181, 187, 243
Alkın Yazıcıoğlu 57, 161
Alparslan Merdin 106, 110
Alpay Arı 59, 202, 217, 228
Alper Karagöz 49
Alper Şener 131
Andrej Trampuz 201
Anıl Akça 131
Anıl Murat Öztürk 207
Arif Yüksel 110
Arzu Cennet İşık 142
Arzu İrvem 195
Arzu Nazlı Zeka 93
Arzu Şenol 147
Arzu Tarakçı 130, 134, 240
Asiye Tekin 211, 212
Aslı Haykır Solay 32
Aslı Vatan 202, 277
Aslıhan Ulu 41, 59, 91, 116, 233
Asude Demir 128
Asuman İnan 40, 172
Atakan Al 63
Atalay Arkan 263
Atilla Kanca 127
Aybegüm Özşahin 56
Aycan Gündoğdu 254
Ayça İlbak 108, 144, 160
Aydın Deveci 48
Ayhan Akbulut 38, 66
Ayhanım Tümtürk 160
Aylin Altay 154
Aylin Çalıca Utku 277
Aylin Erman Daloğlu 58
Aynur Atilla 43
Aynur Gülcan 31
Aysel Karataş 158, 203
Aysel Kocagül Çelikbaş 52, 129, 140, 151, 152, 159, 163, 187
Aysel Köksal 103, 205
Aysun Acun 211, 212
Aysun Yalçı 10, 210
Ayşe Albayrak 63, 116, 120, 135, 246
Ayşe Batırel 21, 40, 47, 86, 133, 146, 246, 260
Ayşe Betül Uslu Ersöz 156
Ayşe But 152
Ayşe Deniz Gökengin 93, 94
Ayşe Ertürk 3, 62, 87, 120, 135, 141, 157, 188, 198, 204, 228
Ayşe Gülden Bekgöz 269
Ayşe İnci 52, 181, 203, 223
Ayşe Kaya Kalem 78, 137, 194, 226, 248, 252, 269
Ayşe Sağduyu Kocaman 227
Ayşe Sağmak Tartar 38, 66
Ayşe Serra Özel 37, 101, 107, 109, 162, 195, 230
Ayşe Seza İnal 41, 59, 116, 233
Ayşe Şabablı Çetin 231
Ayşe Uyan Önal 67, 90, 175
Ayşe Yüksel 170, 172
Ayşegül Akkol Çamurcu 170, 173
Ayşegül İnci Sezen 169
Ayşegül Tuna 164, 165
Ayşegül Ulu Kılıç 248, 250, 251, 254
Ayşenur Evrenos 84
Ayşin Kılınç Toker 122, 145
Ayşin Zeytinoğlu 94, 197
Ayten İskenderova 158
Ayten Kadanalı 37, 44, 66, 101, 107, 109, 162, 195, 230
Aziz Öğütlü 4, 222, 223, 243, 250, 274, 277
Azize Sezin Şeyhanoğlu 90
Azman Ateş 242

B

Bahadır Orkun Özbay ... 243
Bahar Örmen ... 77, 164
Banu Bayraktar ... 200
Banu Eler Çevik ... 133
Barış Balasar ... 106
Barış Ertunç ... 61
Barış Otlu ... 70
Başak Dokuzoğuz ... 151, 163
Bayhan Bektöre ... 225, 267
Bedia Dinç ... 174
Bedia Mutay Sungur ... 77
Begüm Bektaş ... 149
Behice Kurtaran ... 41, 59, 91, 116, 233
Behiye Ulusoy ... 175
Belda Dursun ... 69, 113, 182
Belkıs Bayar ... 200
Bengisu Ay ... 228
Bengü Gireniz Tatar ... 65
Bengü Tatar ... 80, 145
Berfin Çirkin ... 114
Berksan Şimşek ... 31
Berrin Göktuğ Kadıoğlu ... 101
Betil Özhak ... 58
Betül Yıldırım ... 260
Betül Yıldız Karataş ... 195
Beysim Özcan ... 157
Bilge Çağlar ... 190
Bilgen Borulu ... 97
Bilgin Arda ... 67, 95, 175, 196, 257
Bilgül Mete ... 49, 158, 190
Bircan Kayaaslan ... 78, 79, 137, 194, 226, 248, 252, 269
Birgül Kaçmaz ... 168, 233
Birol Balçın ... 108, 144, 160
Birol Baysal ... 79
Birol Şafak ... 149, 156
Birsen Çerçi ... 93
Bora Barut ... 123
Buğra Kerget ... 35, 108
Burak Sarıkaya ... 108, 160
Burak Turaç ... 185
Burcu Anıl ... 11
Burcu Çalışkan Demirkıran ... 95, 139, 155, 193, 210
Burcu İşık ... 206, 207, 209
Burcu Özdemir ... 129
Burçin Şahin ... 223
Burçin Tuncel ... 168, 233
Bülent Kaya ... 133, 278
Büşra Emir ... 71
Büşra Meral ... 60, 176, 229

C-Ç

Can Hüseyin Hekimoğlu ... 36
Canan Ağalar ... 39, 60, 80, 122, 143, 144, 176, 229, 230, 268
Canan Eryıldız ... 123
Candan Çiçek ... 171
Cansu Bulut Avşar ... 67, 90, 171, 196, 259
Cem Uzun ... 170, 223, 274, 277
Cemal Bulut ... 53, 139, 155, 174, 193, 210
Cemalettin Yılmaz ... 216
Cemile Aslan ... 233
Cengiz Çavuşoğlu ... 173, 207
Cengiz Karacaer ... 91
Cenk Eraslan ... 118
Cennet Ertürk ... 52, 81
Ceren Sel ... 66
Cihan İşler ... 158
Cihangir Çakır ... 170
Cihangir Kaymaz ... 216
Cumali Çelik ... 232
Cumhur Artuk ... 4, 71, 139, 155, 193, 210
Çağrı Ergin ... 69
Çiğdem Akalan Kuyumcu ... 231
Çiğdem Ataman Hatipoğlu ... 53, 117, 126, 174, 179, 180, 263, 280
Çiğdem Banu Çetin ... 52, 234
Çiğdem Mermutluoğlu ... 112, 130
Çiğdem Yıldırım ... 93, 94, 220
Çiler Zincircioğlu ... 257

D

Damla Akdağ ... 39, 83, 90, 168, 175, 190, 196
Damla Erdoğan ... 59, 91, 116
Demet Aydın ... 81
Deniz Akyol ... 41, 67, 77, 86, 90, 91, 115, 146, 175, 196
Deniz Gökengin ... 93, 94, 259
Deniz Özer Türk ... 81, 234
Deniz Sözmen Cılız ... 129
Deniz Taşdelen Öğmen ... 184
Deniz Turan ... 80
Deniz Ulutaş ... 76, 172, 206, 241
Derya Öztürk Engin ... 21, 122, 143, 176, 229, 230
Derya Seyman ... 125, 279
Derya Şahin ... 225
Derya Yapar ... 78, 81, 186
Dicle İskender ... 110
Dilara Akman ... 133, 246
Dilara Öğünç ... 58
Dilara Yıldırım ... 253, 273
Dilek Asiltürk ... 194
Dilek Çolak ... 58
Dilek Karamanlıoğlu ... 183, 255
Dilek Menemenlioğlu ... 141

Dilek Özten 52, 81
Dilek Yağçı Çağlayık 12,232
Dilek Yeşim Metin 115, 257
Dilek Yıldız Sevgi 200, 226, 273
Dilşah Başkol 67, 86, 90, 115, 196, 197
Dinçer Yıldızdaş 91
Doğan Barış Öztürk 189
Dursun Mehmet Mehel 103
Duru Mıstanoğlu Özatağ 31, 46, 102, 177
Duygu Ercan Uzundal 129
Duygu Fındık 33, 128
Duygu Mert 103, 106, 110, 128, 139, 225, 227

E

Ebru Aykut Arca 160
Ebru Doğan 131
Ebru Oruç 247
Ebru Taşpınar 57, 77, 152, 224
Ece Ertürk Kocabaş 146
Ecem Saadet Kanpak 124
Edmond Puca 40
Elif Damar 246
Elif Ertürk 247
Elif Özözen Şahin 261
Elif Sofuoğlu 108, 144, 160
Elmas Biberci Keskin 96
Emel Uzunoğlu 85
Emin Ediz Tütüncü 211, 212
Emin Fatih Vişneci 130, 194
Emine Banu Çakıroğlu 264
Emine Basınlı 166
Emine Çelik 131, 183, 200, 226, 273
Emine İlay Şengül 86
Emine Parlak 63, 79, 101, 104, 114, 177, 208, 209, 240, 242, 246, 259
Emine Sehmen 215, 244
Emine Silcan Aydın 169
Emine Türkmen Şamdancı 123
Emine Yeşilyurt Şölen 176, 264, 277
Emre Güven 71, 221
Emre Yıldız 149
Enes Ardıç 149, 156
Enes Dalmanoğlu 62, 120, 141, 198, 204, 228
Ercan Yenilmez 5, 31, 108, 144, 160, 178
Erdal Yekeler 57, 161
Erdoğan Süleyman 227
Eren Arkalı 42, 247, 257
Ergin Ayaşlıoğlu Açıkgöz 164, 168
Ergün Dağlıoğlu 129
Ergün Parmaksız 81
Erkan Acar 227
Ersin Çiçek 131
Ertuğrul Güçlü 60, 88, 170, 220, 222, 223, 243, 245, 250, 270, 274, 275, 277
Ertuğrul Topçu 123, 261
Esengül Şendağ 211, 212
Esin Ergül 128
Esin Karayel 215
Esin Yalınbaş 177
Esma Eren 150
Esma Pehlivan Köroğlu 121
Esra Çınar Tanrıverdi 234, 269
Esra Erdem Kıvrak 168, 207
Esra Kaya Kılıç 81, 126, 180, 263, 280
Esra Ölmez 220
Esra Tanyel 48
Esra Yüksekkaya 280
Esra Zerdali 5, 54, 154, 169, 216
Esragül Akıncı 37, 134, 152, 153
Eşref Araç 79
Ezgi Gizem Soylu 117, 231
Ezgi Soylu 133

F

Fadime Callak Oku 211, 212
Fahriye Melis Gürsoy 140
Farida Tishkova 27
Faruk Karakeçili 13, 79, 249
Faruk Koçoğlu 234
Fatih Albayrak 120
Fatih Gönültaş 70
Fatma Amer 77
Fatma Aybala Altay 14, 211, 212, 231
Fatma Aydın 63
Fatma Bayrak Erdem 64, 85, 86, 238
Fatma Çölkesen 126, 130, 153, 194
Fatma Günbey 66, 183
Fatma Kaçar 126, 153
Fatma Kesmez Can 63, 101, 104, 114, 116, 135, 138, 177, 191, 208, 224, 234, 240
Fatma Merve Koçak 267
Fatma Özakkaş 80
Fatma Sırmatel 97, 107, 272
Fatma Şebnem Erdinç 126, 174
Fatma Şimşek 138, 191, 224
Fatma Yaşar 228
Fatma Yılmaz Karadağ 81
Fatma Zehra Avşar 154
Fatmanur Çelik Başaran 57, 161
Fehmi Tabak 49, 158, 190
Ferdi Güneş 264
Ferdi Kahraman 93
Ferhan Kerget 35, 40, 108

Feriha Çilli Hall 67, 175
Fethiye Akgül 79, 127, 191, 232, 235
Fevzi Altuntaş 106, 110
Feyza Aytekin 87
Feyza İzci Çetinkaya 248, 250, 251
Feza Bacakoğlu 161, 259
Figen Kaptan Aydoğmuş 54
Figen Kuloğlu 123, 261
Figen Sarıgül 119
Figen Yargucu Zihni 220
Fikret Halis 223, 274
Filiz Akata 123, 261
Filiz Aktaş 194
Filiz Günseren 58
Filiz İlçi Dengiz 235
Filiz Pehlivanoğlu 169
Firdevs Aksoy 6, 239
Firuze Soyak 166
Fulya Demircan 43

G

Gamze Kalın 248
Gamze Şanlıdağ 67, 121, 124, 196
Ganime Sevinç 211, 212
Gilda Tonziello 40
Gonca Karakuş Karataş 59
Gökçe Ayvaz 165, 233
Gökçen Budak 277
Gökhan Aygün 49, 158
Gökhan Çakırca 45
Gökhan Çavdar 261
Göknur Yapar Toros 103, 128, 139, 205, 227
Gönül Çiçek Şentürk 211, 212, 231, 256
Gönül Şentürk 77
Gözde Öngüt 58
Gül Arslan 151, 176
Gül Gürsoy 179
Gülay Okay 96
Gülcan Gül 184
Gülcan Türkmen 81
Güldem Turan 230
Gülden Ersöz 81, 254
Gülden Eser Karlıdağ 14, 42
Gülendam Bozdayı 112, 154
Gülfem Öcalan 246
Gülhan Eren 223
Güliz Evik 254
Gülnur Kul 129, 179
Gülsüm Çam 107
Gülsüm Kaya 88, 220, 222, 245, 250, 270, 275
Gülsüm Özet 52
Gülşen Hazırolan 213
Gülşen İskender 110, 128, 227
Gülşen Mermut 161, 173
Gülşen Yörük 52, 158, 181, 186, 203, 223
Günay Tuncer Ertem 117, 126
Günel Guliyeva 67, 90, 196
Gürdal Yılmaz 61, 239
Gürsel Ersan 42, 257
Güven Çelebi 217

H

H. Veli Atalay 81
Habibe Tülin Elmaslar Mert 123, 261
Hacı Hüseyin Dere 129
Hakan Erdem 40
Hakan Katı 183
Halide Aslaner 52, 129, 152
Halil Aslan 102, 177
Halime Araz 134, 163, 187
Haluk Erdoğan 35, 65
Handan Ankaralı 49
Handan Köksal Alay 63, 64, 101, 104, 114, 116, 135, 177, 240, 269
Hande Arslan 35, 70, 247
Hande Aydemir 217
Hande İdil Tüz 217
Hande Toptan 92, 125, 138
Hanife Uzar 133, 231
Hasan Çağrı Yıldırım 220
Hasan Çetin Ekerbiçer 60, 245, 275
Hasan Havıtçıoglu 93
Hasan Karsen 45, 90, 192
Hasan Öksüzoğlu 103
Hasan Selçuk Özger 112, 154, 183
Hasan Tahsin Gözdaş 107, 111
Hashimova Leyla 195
Hasibullah Yaqoobi 279
Hasip Kahraman 118
Hatice Gül Sarıkaya 149, 156
Hatice Handan Akbulut 66, 183
Hatice Kılıç 164, 165, 168, 233
Hatice Kübra Bağış 186
Hatice Rahmet Güner 56, 78, 137, 194, 226, 248
Hatice Tezcan 152, 159, 224
Hatun Öztürk Çerik 139, 192
Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu 186, 214, 223, 267
Hayrettin Akdeniz 272
Hayri Oğul 236
Hazal Erdem 158, 190
Hazal Ezgi Çifçi 202
Heval Can Bilek 48
Hikmet Tekçe 107

Hilal Ekici ... 189
Hilal Kellegöz ... 174, 217
Hilal Küpeli ... 43, 241, 242
Hilal Sipahi ... 77, 83
Hülya Çaşkurlu ... 119
Hülya Özkan Özdemir ... 217, 237, 241, 242
Hürrem Bodur ... 37, 52, 57, 77, 134, 152, 153, 159, 181, 187, 224, 243
Hüsamettin Atay ... 241
Hüseyin Agah Terzi ... 67, 68, 92, 137, 138
Hüseyin Aytaç Erdem ... 39, 93, 121, 124, 161, 175, 245, 257
Hüseyin Doğuş Okan ... 223, 274, 277
Hüseyin Esmer ... 109
Hüseyin Kaya Süer ... 263
Hüseyin Kayadibi ... 78
Hüseyin Kılıç ... 254
Hüseyin Özkarakaş ... 59, 202
Hüseyin Serkan Erol ... 35
Hüseyin Turgut ... 69, 83, 113, 166, 182
Hüsnü Pullukçu ... 83, 86, 93-95, 118, 124, 146, 161, 168, 171, 173, 190, 197, 220, 245, 259

I-İ

Ilgın Yıldırım Şimşir ... 121
Irmak Baran ... 37
Işıl Köylüoğlu ... 227
Iva Christova ... 25
İbrahim Doğan ... 81
İbrahim Erayman ... 106
İbrahim Gökşin ... 268
İftihar Köksal ... 61
İlgen Ertam Sağduyu ... 197
İlhami Çelik ... 46, 150, 151, 189, 201, 251
İlkay Akbulut ... 65
İlkay Karaoğlan ... 89
İlker İnanç Balkan ... 6, 49, 158, 190
İlker Yıldırım ... 149, 156
İlknur Akkuş ... 164, 168
İlknur Erdem ... 63, 149, 156
İlknur Esen Yıldız ... 62, 84, 135, 157, 188, 198, 204, 228
İlknur Kaleli ... 113, 182, 268
İlknur Yavuz ... 87
İlknur Yıldız ... 87
İlyas Dökmetaş ... 200, 226, 273
İmran Hasanoğlu ... 78, 81, 137, 194, 226, 248, 252, 269
İmre Altuğlu ... 146
İnci Yılmaz Nakir ... 169
İnşa Gül Ekiz İşcanlı ... 112, 130
İpek Mumcuoğlu ... 134, 159, 163, 213
İrfan Şencan ... 117, 133, 211, 212, 231
İsmail Balaban ... 216
İsmail Lale ... 232
İsmail Yaşar Avcı ... 139, 155, 193, 210

K-L

Kader Arslan ... 53, 126
Kader Görkem Güçlü ... 162
Kadriye Kart Yaşar ... 64, 85, 86, 147, 238
Kemal Avşar ... 130
Kemalettin Özden ... 120, 135
Kevser Özdemir ... 77, 79
Kevser Öztürk ... 69
Kıvanç Eren ... 216
Kürşat Nuri Baydili ... 147
Laman Hasanli ... 128
Laser Şanal ... 125, 264
Latif Mustafa Özbek ... 192
Levent Aksoy ... 268
Levent Görenek ... 31, 108, 144, 160, 178
Leylagül Kaynar ... 248
Lurdes Santos ... 40
Lütfiye Nilsun Altunal ... 37, 44, 66, 84, 101, 107, 109, 162, 195, 230

M

M. Enes Kardan ... 156
Mahmut Subaşı ... 57, 161
Mahmut Sünnetçioğlu ... 142
Maksude Esra Kadıoğlu ... 135, 157
Mariyana Stoycheva ... 28
Mazlum Dursun ... 131, 183
Mehmet Akın Taşyaran ... 56, 269
Mehmet Bayraktar ... 185
Mehmet Ceylan ... 150
Mehmet Çabalak ... 15, 36, 114, 279
Mehmet Çelik ... 76
Mehmet Demirağ ... 104
Mehmet Durgun ... 131, 183
Mehmet Emirhan İşık ... 142
Mehmet Emre Şen ... 59
Mehmet Furkan Şahin ... 57, 161
Mehmet Köroğlu ... 67, 68, 92, 125, 137, 138, 222, 261, 275
Mehmet Melikoğlu ... 236
Mehmet Nuri Aydın ... 236
Mehmet Nuri Koçak ... 138
Mehmet Ölmez ... 261
Mehmet Parlak ... 101, 104, 114, 177, 208, 209, 236, 240, 242, 259
Mehmet Reşat Ceylan ... 45, 185
Mehmet Sezai Taşbakan ... 173, 190, 207, 259
Mehmet Sinan Dal ... 106
Mehmet Umut Çayıröz ... 110, 132
Mehtap Aydın ... 108, 144, 160
Mehtap Biçer ... 49

Melda Türken 80, 122, 150
Melek Çivi 81
Melek Kaya 145, 255
Meliha Meriç Koç 96, 156
Melike Çıvak 186
Melike Demir 90, 245
Melike Nur Kültür 169
Meltem Arzu Yetkin 85, 87
Meltem İşıkgöz Taşbakan 39, 83, 86, 93-95, 115, 118, 121, 124, 146, 168, 171, 173, 190, 196, 197, 207, 220, 245, 259
Meral Gürcan 149, 156
Mercan Taştemur 193
Merih Kızıl Çakar 225
Mert Döşkaya 161
Mert Kuşkucu 49
Merve Aykan 172, 173
Merve Ayyıldız 183
Merve Bedir 200, 226, 273
Merve Çağlar Özer 37, 66
Merve Çağrı Zöğ Yavuz 213
Merve Hacer Bozkurt 128
Merve Kaçar 176
Merve Mert 121, 196
Merve Sifil 133
Merve Türker 279
Merve Yetişken 257
Metin Akgün 35
Metin Özsoy 109, 263
Mevlüt Çeri 69, 113, 182
Meyha Şahin 54, 154, 216
Mihrap Gürel Sezer 206
Mihriban Yücel 126, 174
Mine Hasırcı 139, 155, 193, 210
Muhammed Alperen Yıldırım 128
Murat Aydın 239
Murat Dizbay 154, 183
Murat Duranay 81
Murat Konuşkan 87
Murat Kutlu 268
Murat Özban 69, 113, 182
Murat Türken 66
Murat Ünal 142, 172
Murat Yalçınsoy 123
Murat Yazıcıoğlu 112
Musa Göksu 151, 201
Mustafa Akdi 160
Mustafa Alkan 49
Mustafa Altındiş 67, 68, 92, 125, 137, 138, 261
Mustafa Arslan 251
Mustafa Başaran 228
Mustafa Ceylan 191
Mustafa Cihangiroğlu 251
Mustafa Demir 90
Mustafa Doğan 63, 149, 156, 274
Mustafa Ertek 103, 106, 110, 128, 139, 204, 205, 225, 227
Mustafa Kasım Karahocagil 76
Mustafa Kemal Çelen 183
Mustafa Namıduru 89
Mustafa Necati Eroğlu 151
Mustafa Özyurt 31
Mustafa Uzan 158
Mustafa Yıldırım 169
Mustafa Yılmaz 102, 177, 253, 273
Muzaffer Keklik 150
Müge Ayhan 78, 137, 194, 248
Müzeyyen Ay 112, 130

N

Naciye Betül Baysal 119
Nadide Çolak Ergün 80
Nafia Canan Gürsoy 70, 123
Nagehan Didem Sarı 52, 158, 181, 186, 203, 223
Nagihan Bülbül Çolak 208, 209, 246, 259
Nagihan Ulu Demirci 103
Naim Ceylan 190
Nalan Neşe 234
Nazan Güneş Yaşar 244
Nazan Tuna 202, 277
Nazif Elaldı 26
Nazife Duygu Demirbaş 127, 191, 232, 235
Nazlı Deniz Atik 161
Nazmiye Budak 149, 156
Necati Mumcu 248
Necla Tülek 117, 174
Nedim Çakır 263
Nermin Gür 125
Nesibe Korkmaz 179, 187
Nesibe Şimşekoğlu 147
Neslihan Çelik 40
Neslihan Genç 174, 202
Nesrin Ghanem Zoubi 40
Nesrin Türker 164
Neşe Saltoğlu 49, 158, 190
Nevin İnce 60, 200
Nevin Turgay 161
Nevriye Sezgin 145
Neziha Yılmaz 176, 264, 277
Nida Bayık 101
Nihal Pişkin 217
Nihat Mermutluoğlu 112, 130
Nilgün Altın 133
Nilgün Deniz Küçükler 175

Nizamettin Kemirtlek 224
Nur Akad Soyer 257
Nuran Sarı 145, 255
Nuray Arı 176, 277
Nuray Bilge 138, 224
Nuray Uzun 200, 273
Nurbanu Sezak 164
Nurcan Baykam 78, 186
Nurdan Yılmaz 269
Nurgül Andiç 156
Nurgül Ceran 163
Nurhayat Kepeli 175
Nuri Kiraz 149, 156
Nuriye Nuray Ulusu 78

O-Ö

Oğulcan Talat Özarslan 97, 272
Oğuz Karabay 7, 60, 81, 88, 91, 125, 170, 202, 220, 222, 223, 243, 245, 250, 270, 274, 275, 277
Oğuz Reşat Sipahi 20, 41, 67, 77, 83, 86, 90, 91, 95, 115, 118, 168, 175, 196
Oğuzhan Yıldız 263
Okan Çalışkan 225, 267
Oktay Yapıcı 110
Onur Çolak 176, 268
Onur Gürsan 93
Onur Ünal 40, 236
Orçun Barkay 249
Orhan Küçükşahin 269
Osman Demir 264
Osman Kızılkılıç 158
Osman Necati Volkan 187
Ozan Salim 58
Ömer Aras 35
Ömer Aydos 181
Ömer Çelik 238
Ömer Karaşahin 40, 236
Özay Akyıldız 91
Özden Horoz 91
Özge Eren Korkmaz 54, 118
Özge Leyla Şengezer 225, 267
Özge Özgen Top 154
Özge Turhan 58
Özgür Günal 102-104, 127
Özlem Akdoğan 78, 186
Özlem Altuntaş Aydın 85, 86, 238
Özlem Aydemir 67, 68, 92, 137, 138
Özlem Bakırlıoğlu 52
Özlem Güzel Tunçcan 112, 154, 183
Özlem Kuman 121
Özlem Kurt Azap 70
Özlem Tünger 52, 81, 234
Özlem Yüksel Ergin 228
Öznur Ak 278
Öznur Dağcı Bulut 106

P-R

Pelin Adar 150
Pervin Korkmaz Ekren 161, 259
Pınar Aysert Yıldız 183, 255
Pınar Çayıröz 132
Pınar Erdoğan 120, 157
Pınar Gürkaynak 179
Pınar Kıran 47
Pınar Korkmaz 31, 46, 102, 177
Pınar Öngürü 17, 37
Pınar Şen 55, 71, 72, 74, 218, 265
Pınar Ünveren 125
Rabia Merve Erbıyık 101
Rahmet Güner 40, 56, 78, 81, 137, 194, 226, 248, 252, 269
Ramazan Gümral 95
Ramazan Köylü 130
Raşit Serdar Özer 47
Reyhan Öztürk 125, 264
Reyhan Yiş 43, 202, 242
Rıdvan Karaali 49, 158, 190, 274
Rıza Aytaç Çetinkaya 3, 31, 108, 144, 160, 178
Rugıyya Samadzade 128
Rukiye İnan 208, 209, 246, 259

S

Sabahat Alışır Ecder 81
Sabahat Çeken 106, 110, 128, 139, 225, 227
Sabahattin Ocak 279
Sabina Hasanova 195
Sabire Şöhret Aydemir 41, 168
Safiye Bilge Güçlü Kayta 131
Safiye Nur Özcan 200, 226, 273
Saim Dayan 131
Saim Yüksel 231
Saime Ergen Dibekoğlu 102
Sait Kitaplı 198
Salih Atakan Nemli 54, 72, 162
Salih Cesur 109, 125, 179, 180, 263, 264
Salih Maçin 33, 128
Saliha Ayan 48, 170, 172, 173
Saliha Çevik 112, 130
Saliha Kazcı 152, 153, 163
Sami Kınıklı 53, 109, 117, 126, 174, 179, 180, 263, 280
Sanem Özçelik 193
Savaş Çamur 230
Savaş Sipahi 81
Seçil Deniz 163
Seda Zor 151

Sedat Kaygusuz 164, 165
Sedef Başgönül 93, 115, 132, 185
Seher Tarhan 235
Selcan Tülü Çolak 268
Selçuk Erdem 192
Selçuk Nazik 55
Selda Erensoy 161
Selda Şahan 7, 36, 125
Selin Bardak Özcem 263
Selin Tunalı Çokluk 243
Selin Yalınç 59
Selma Ateş 55
Selma Bartu 220
Selma Karaahmetoğlu 129
Selma Tosun 43, 59, 84, 110, 169, 174, 202, 217, 228, 237, 238, 241, 242
Sema Turan 264
Semanur Ayyıldız 264
Semra Hajizade 195, 201
Semra Karaman 85
Semra Kavas 60, 83, 143, 176, 229, 230
Semra Öz 125
Semra Şen 84
Seniha Şenbayrak 24, 48, 170, 173
Serap Gençer 25, 47, 227, 278
Serap Ural 164
Serap Yağcı 117, 174
Sercan Ulusoy 67, 77, 83, 90, 95, 171, 175
Serdar Gül 8, 165, 233
Serdar Keskin 131, 183
Serdar Özer 47, 278
Serhan Karakılıç 106
Serhan Sakarya 83
Serhat Uysal 90
Serkan Sürme 190
Serpil Erol 24, 48, 163, 170, 172, 173
Serpil Öztürk 143
Servet Güreşçi 140, 153
Servet Kölgelie 204
Servet Öztürk 60, 80, 122, 143, 144, 176, 229, 230
Sevda Özdemir Al 62, 135, 157
Sevgi Alan 223, 274, 277
Sevgi Ceylan 220
Sevgi Özan 166
Sevil Alkan Çeviker 46, 102-104, 127, 177, 253, 273
Sevilay Özmen 35
Sevinç Aslan 85
Sevtap Şenoğlu 85, 86, 238
Seyit Ali Büyüktuna 34, 79
Seza Ayşe İnal 91
Sezai Yılmaz 70, 123
Sırrı Kılıç 102-104, 127
Sibel Altunışık Toplu 70
Sibel Bolukçu 156
Sibel Doğan Kaya 184, 216, 266, 272
Sibel El 164
Sibel Gündeş 278
Sibel İba Yılmaz 40
Sibel Karabulut 159
Sibel Kuyugöz 254
Sibel Ünlü 106
Simten Dağdaş 52
Sinan Akıncı 65
Sinan Demircioğlu 206
Sinan Mermer 77, 90, 173, 197
Sinan Öztürk 37, 101, 107, 109, 162, 195, 230
Sinan Türkkan 57, 161
Sinem Akkaya İşık 31, 32, 105, 108, 144, 160, 178
Soner Yılmaz 17, 31
Songül Araç 79
Suna Seçil Öztürk Deniz 166
Suzan Ekmen 235
Suzan Şahin 81, 133
Süheyla Kömür 41, 59, 91, 116, 233
Süleyman Koç 152, 187
Sümeyra Kayalı 66, 183
Sümeyye Kazancıoğlu 18, 37, 51
Sümeyye Şen 49

Ş

Şaban Gölcü 214
Şafak Kaya 79
Şafak Özer Balın 38
Şafak Şimşek 268
Şaziye Rüçhan Sertöz 93
Şebnem Çalık 59, 202, 228
Şebnem Şenol Akar 52, 234
Şehmuz Kaya 79
Şemsi Nur Karabela 64, 85, 86, 147, 238
Şenay Akdemir 48
Şenay Elbasan Omar 80
Şenay Onat 164
Şener Barut 264
Şengül Üçer 186
Şenol Çomoğlu 37, 79, 101, 107, 109, 162, 195, 230
Şerife Altun Demircan 126, 179, 180, 280
Şevki Çetinkalp 197
Şeyhmus Külahçıoğlu 216
Şeymanur Sağlam 260
Şeymanur Topraklı 146
Şinasi Taner Yıldıran 95
Şöhret Aydemir 41, 95, 168
Şule Aydın Türkoğlu 272

Şule Özdemir Armağan 134
Şükran Akşit Barık 175
Şükran Köse 65, 80, 122, 145, 150, 247, 257
Şükran Sevim 179, 180

T

Tahir Darçın 205
Taliha Karakök Pala 280
Taner Akalın 245
Tansu Yamazhan 86, 95, 115, 168, 190, 196, 197
Tayfur Demiray 137
Tayibe Bal 36, 279
Taylan Bozok 41
Taylan Önder 131
Tayyar Tarcan 142, 172, 206, 213, 241
Tayyibe Bal 114
Tolga Canbak 101
Tuba Aydın 172, 241
Tuba Damar Çakırca 45, 90, 185
Tuba İlgar 62, 87, 125, 188, 198
Tuba Turunc 247
Tuğba Arslan Gülen 81
Tuğba Falay Gür 105
Tuğba Özdemir 193
Tuğba Sarı 69, 113, 166, 182
Tuğba Yanık Yalçın 70
Tuğçe Şimşek Bozok 41
Tuna Demirdal 18, 54, 55, 71, 72, 74, 118, 162, 218, 265
Turan Buzğan 269
Türkkan Kaygusuz 8

U-Ü

Ufuk Nalbantoğlu 254
Ufuk Yükselmiş 47
Uğur Arslan 33
Uğur Kostakoğlu 62, 87, 120, 135, 141, 157, 188, 198, 204, 228
Uğur Önal 67, 77, 90, 95, 196
Uğur Uzun 42
Uluhan Sili 232
Umut Devrim Binay 249
Ülkü Öztoprak 263
Ülkü Üser 119
Ümit Gemici 146, 260
Ümit Kervan 160
Ümit Kılıç 137
Ümit Savaşçı 19, 95
Ümit Şahin 145
Ümit Tözalgan 223
Ünal Erkorkmaz 137
Ünsal Bağın 87, 120, 135, 141, 188, 204
Üzeyir Yıldız 106

V-X

Vahibe Aydın 169
Veysel Ersan 70
Vildan Avkan Oğuz 93
Vildan Fidancı 264
Violet Levi 229
Xavier Argemi 40

Y

Yakup Çağ 47
Yasemin Ayşe Tezer 57, 160, 161
Yasemin Çağ 39, 40, 79, 119, 149, 206, 207, 209, 268
Yasemin Durdu 33, 79
Yasemin İmamoğlu 188
Yaşar Bayındır 70, 123
Yekta Özkılıç 150
Yeliz Çiçek 131, 183
Yeşim Alpay 23
Yeşim Taşova 41, 59, 91, 116, 233
Yeşim Uygun Kızmaz 184, 216, 266, 268, 272
Yeşim Yıldız 79
Yıldız Verdi 273
Yunus Gürbüz 211, 212, 231
Yusuf Açıkgöz 129
Yusuf Arslan 142, 213
Yusuf Önlen 114, 279
Yusuf Tunalı 158
Yusuf Ziya Demiroğlu 247
Yücel Meriç 230
Yüksel Kolukısa 139, 204
Yves Hansmann 40
Yvon Ruch 40

Z

Zati Vatansever 26
Zehra Altunbaş 89
Zehra Beştepe Dursun 46, 201
Zekai Halıcı 35
Zeki Tuncel Tekgül 59, 202
Zeliha Koçak Tufan 56
Zerrin Yuluğkural 261
Zeynep Arzu Yeğin 112
Zeynep Bilgiç 226
Zeynep Oktay 78, 137, 194
Zeynep Şule Çakar 37, 107, 109, 162, 195, 230
Zeynep Tekin Taş 112, 154
Zeynep Türe 189, 201, 254
Zuhal Atan Uçar 81
Zülal Aşçı Toraman 66, 183
Zülal Özkurt 116, 120, 234, 236, 240, 246, 269
Züleyha Güler Bataroğlu 198