

13. TÜRKİYE EKMUD BİLİMSEL KONGRESİ - 10-18 MAYIS 2025

2025 EKMUD POSTER SUNUMLAR

[PS-001]

Mogadişu, Somali'de Miçetoma Epidemiyolojisi ve Klinik Bulgular

Ahmet Doğan¹, Faduma Nur Adan², Tigad Abdisad Ali²,
Ali Kutta Çelik², Ahmed Mohamed Ali²

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları
Anabilim Dalı, Bolu

²Mogadişu Somali-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Mogadişu

Giriş: Miçetoma, Afrika'da önemli bir halk sağlığı sorunudur.

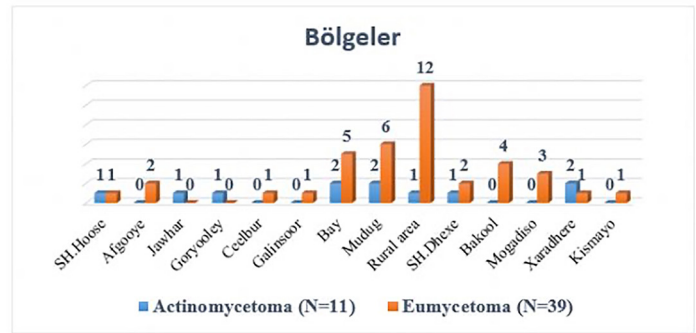
Gereç ve Yöntem: Üçüncü basamak bir araştırma hastanesinde 1 Ağustos-30 Eylül 2024 tarihleri arasında takip edilen toplam 50 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların demografik özellikleri, tanı yöntemleri, fizik muayene bulguları ve semptomları rapor edildi.

Bulgular: Olguların %76'sı erkek, %24'ü kadındı. Tüm olguların yaş ortalaması (ortalama+SS) (35,50+15,14) idi. En çok etkilenen meslek grubu çiftçilerdi (%44). Tüm hastalar şişlik şikayeti ile başvurmuştu. Olguların yaklaşık %30'unda semptomlar >1-5 yıldır mevcuttu. Olguların %62'sinde tanı patolojik biyopsi ile konulmuştur. Ağırlıklı olarak alt

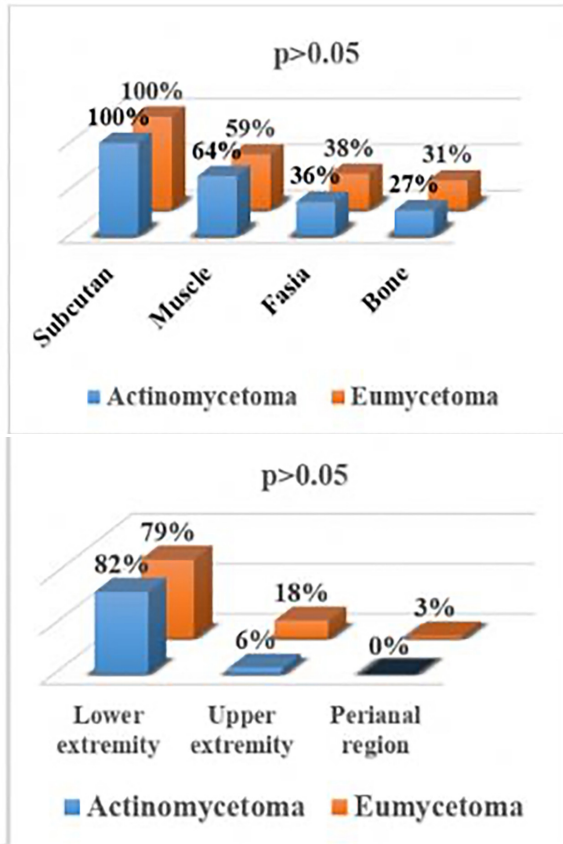
ekstremiteler (%80) ve genellikle deri altı ve kas dokusu etkilenmiştir. Kemik tutulumu eumiketoma olgularında aktinomiketomaya kıyasla daha yüksekti.

Sonuç: Bu çalışmada, Somali'deki miçetoma olguları ilk kez klinik ve epidemiyolojik olarak araştırılmış ve belgelenmiştir.

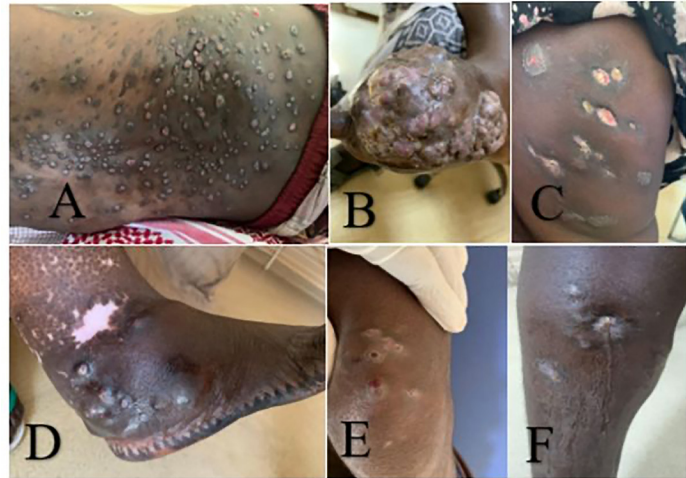
Anahtar Kelimeler: Epidemiyoloji, miçetoma, Mogadişu



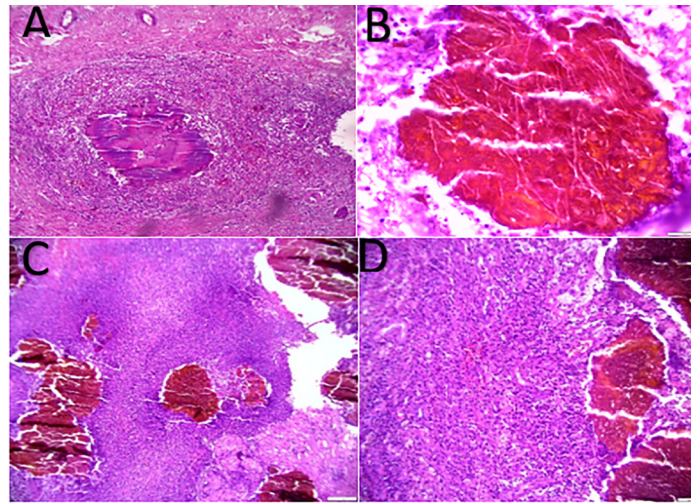
Şekil 1. Somali'deki olguların bölge çapında dağılımı



Şekil 2. Etkene göre vücut bölümlerinin ve dokuların tutulumu yüzdesi



Şekil 3. (A ve C) Dorsal bölgede deriye fistülize olan geniş, akıntılı lezyonlar. (B) Sağ ayağın ön yüzünde daha sık olmak üzere ayak parmaklarının amputasyonuna yol açan deriden kabarık kitlelerin görünümü. (D) Sağ ayağın yan tarafında deriye fistül



Şekil 4. Histopatolojik inceleme. (A) Yoğun eozinofilik materyal (Splendore-Hoeppli fenomeni) ile özetlenen bakteriyel aktinomikotik koloni (tane). Lenfositler, plazma hücreleri, eozinofiller ve yabancı cisim tipi dev hücreler içeren makrofajlardan oluşan karışık enflamatuvar infiltratın çevre reaksiyonu, hematoxilen ve eozin boyası, $\times 40$ büyütme. (B) Ömikotik koloninin iç içe geçmiş hiflerini ve oval kulüp şeklindeki uçlarını gösteren histolojik kesitler 60x. (C, D) Histolojik kesitler, karışık enflamatuvar hücrelerden oluşan bir arka plan içinde bir ösifikotik koloni göstermektedir (düşük güçte H ve E boyası 10x ve 20x)

Tablo 1. Patoloji sonuçlarına göre olguların karşılaştırılması				
Parametreler		Ömiçetoma n=39, (%)	Aktinomiçetoma n=11, (%)	Toplam, n (%)
Cinsiyet	Kadın Erkek	7 (14) 32 (64)	5 (10) 6 (12)	12 (24) 38 (76)
Meslek	Ev hanımı Çiftçi (p=0,049) Stokçu Koyun besiciliği İşçi Sürücü	4 (8) 18 (36) 14 (28) 1 (2) 1 (2) 1 (2)	3 (6) 4 (8) 1 (2) 3 (6) 0 (0) 0 (0)	7 (14) 22 (44) 15 (30) 4 (8) 1 (2) 1 (2)
Komorbidite	Yok DM HT DM+HT	35 (70) 1 (2) 1 (2) 2 (4)	11 (22) 0 (0) 0 (0) 0 (0)	46 (92) 1 (2) 1 (2) 2 (4)
Şikayet	Şişlik Akıntı Ağrı	33 (66) 13 (26) 6 (12)	7 (14) 4 (8) 0 (0)	40 (80) 17 (34) 6 (12)
Semptomların süresi	0-1 yıl 1-5 yıl 5-10 yıl >10 yıl	6 (12) 12 (24) 9 (18) 3 (6)	3 (6) 2 (4) 3 (6) 3 (6)	9 (18) 14 (28) 12 (24) 6 (12)
Tanı metodu	Patoloji Radyoloji Sadece klinik Patoloji + mikrobiyoloji	22 (44) 12 (24) 5 (10) 0 (0)	9 (18) 1 (2) 0 (0) 1 (2)	31 (62) 13 (22) 5 (10) 1 (2)
Yara kültürü	Hayır MSSA MRSA <i>Escherichia coli</i> (E. coli) <i>E. coli</i> + <i>Staphylococcus aureus</i>	35 (70) 2 (4) 1 (2) 0 (0) 1 (2)	10 (20) 0 (0) 0 (0) 1 (2) 0 (0)	45 (90) 2 (4) 1 (2) 1 (2) 1 (2)
Yüzde hesaplamaları toplam olgular üzerinden yapılmıştır (n=50). Ömiçetoma ve Aktinomiçetoma olguları karşılaştırıldığında, meslek grupları hariç diğer parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Meslek grupları arasında, çiftçiler arasındaki prevalans anlamlı derecede yüksekti (p=0,049) DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, MSSA: Metisiline duyarlı <i>Staphylococcus aureus</i> , MRSA: Metisiline dirençli <i>Staphylococcus aureus</i>				

[PS-002]

Parvovirüs B19'a Bağlı Ensefalit OlgusuAyşe Çolak¹, Kübra Erbay², Abdullah Said Yurdakul¹, Lokman Hızmalı¹, Mustafa Gökhan Gözel¹¹Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırşehir²Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kırşehir

Giriş: Parvovirüs B19 enfeksiyonu ensefalit ve diğer nörolojik tutulumlarla seyredebilmektedir. Ancak ensefalit kliniğiyle gelen hastalarda, parvovirüs B19 akla ilk gelen etkenlerden biri olmamaktadır. Bu sunumun amacı klinik ve laboratuvar olarak ensefalit tablosunda olan bir hastada ayırıcı tanıda parvovirüs B19'un da düşünülmesi gerektiğini aklımıza getirmektir.

Olgu: Ek hastalığı olmayan 34 yaşındaki erkek hasta, acile kişilik değişikliği ve ajitasyon nedeniyle getirildi. Hasta yakınlarından alınan bilgiye göre, hastanın bir haftadır kas ağrısı ve yorgunluk şikayeti olduğu bunun dışında ek bir şikayeti olmadığı öğrenildi. Şehir merkezinde yaşadığı, şüpheli besin veya su tüketimi öyküsü ve kimyasal madde maruziyeti olmadığı öğrenildi. Yapılan ilk fizik muayenesinde, vital bulguları stabil saptandı. Sistemik muayenesi hastanın ajitasyonu nedeniyle optimal yapılamadı. Hastanın laboratuvarında beyaz küre 14,45 10³/ul, nötrofil 10,63 10³/ul, C-reaktif protein 3 mg/l, aspartat aminotransferaz 44 U/l, alanin aminotransferaz 40 U/l, kreatinin 0,9 mg/ml saptandı. Mevcut klinikle birlikte değerlendirildiğinde hastada santral sinir sistemi enfeksiyonu dışlanamadı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı beyaz küre 122, mononükleer hücresi sayısı 121, glukoz 62 mg/dl ve proteini 53 mg/dl saptandı. Gram-boyamada mononükleer lökosit görüldü, bakteri görülmedi. Asit hızlı boyama aranmasında aside dirençli basil görülmedi, VDRL ve brusella testleri negatif geldi. Hastanın kültürlerinde üreme olmadı. Hastaya ampirik olarak seftriakson ve asiklovir tedavisi başlandı. Bir gün sonra hastanın ajitasyonu geriledi, bilinci açıldı. Mevcut klinik ve bulguları bakteriyel menenjit ve herpes ensefaliti ile ilişkilendirilmediği için seftriakson ve asiklovir tedavisi takipte kesildi. Beyin omurilik sıvısı menenjit multipleks polimeraz zincir reaksiyonu panelinde parvovirüs B19 DNA pozitif saptandı. Serumda parvovirüs IgM değeri sınırda pozitif saptandı. Hastada mevcut bulgularla parvovirüs B19'a bağlı ensefalit düşünüldü. Yatışının ikinci gününde hastanın kreatinin değeri artmış olmuş olup, ayırıcı tanıda parvovirüs B19'un immün kompleks aracılı böbrek tutulumuna bağlı kreatinin progresyonu ve asiklovire bağlı böbrek toksisitesi düşünüldü. Takibinde ek nörolojik belirtileri olmayan hasta dört gün takip edildikten sonra taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde böbrek fonksiyonları düzeldi, ek şikayeti olmadı.

Sonuç: Parvovirüs B19 klasik olarak bilinen eritema enfeksiyozum, artrit, anemi tablosu dışında nörolojik tutulum da yapabilmektedir. Virüs sadece progenitor eritroid hücrelere afinite göstermektedir yani hastada gelişen anemi virüsün primer çoğalmasına bağlı olmaktadır. Bunun dışındaki tüm sistem tutulumlarını immün kompleks-otoantikorlar aracılığıyla yapmaktadır. Nörolojik semptomları olan ve santral sinir sistemi enfeksiyonu düşünülen hastalarda parvovirüs B19 enfeksiyonu da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ensefalit, nörolojik tutulum, parvovirüs B19

[PS-003]

İmmünyetmezliği Olmayan Bir Yetişkinde Menenjit ve Miliyer Tüberküloz ile Birlikte Multipl Kraniyal Tüberkülomlar

Ahmet Doğan, Hasan Tahsin Gözdaş, Tayibe Bal, Sultan Beste Argana

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Bilinen immünosüpresyonu olmayan ve bronkoalveolar lavaj (BAL) sıvısı ile tanı konulan bir miliyer pulmoner tüberküloz ve dissemine beyin tüberkülozu olgusu sunulmuştur.

Olgu: On dokuz yaşında, Afganistanlı erkek hasta. Herhangi bir kronik hastalık öyküsü olmayan hasta acil servise bilinç bulanıklığı ve ateş şikayetleriyle getirildi. Fizik muayenede ateş >38 °C idi. Nörolojik muayenede boyun rijiditesi saptandı. Kernig ve Brudzinski negatifti. Pulmoner oskültasyonda yaygın raller saptandı. Diğer sistem muayenelerinde özellik olmayan hastanın beyin manyetik rezonans görüntülemesinde supra ve infratentoryal yaygın tüberküloz ile uyumlu lezyonlar görüldü (Şekil 1). Bilateral yaygın ralleri olan hastanın akciğer bilgisayarlı tomografisinde bilateral yaygın miliyer tutulum ve kavitasyon alanları görüldü (Şekil 2). Tüberküloz menenjit şüphesiyle lomber ponksiyon yapılan hastanın beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde beyaz küre 20/mm³, eritrosit 170/mm³, protein: 1851 mg/l (150-400), glukoz: 24 mg/dl (40-70) (eş zamanlı kan glukozu: 91), klor 118 mmol/l (118-132) saptandı. Safleştirilmiş protein türevi testi anejikti. Hastanın laboratuvar değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hasta genel durum bozukluğu nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. BOS, kan ve idrar kültürleri negatifti. Respiratuvar virüs polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) negatifti. BOS asit hızlı boyama (ARB) negatifti. BOS'tan *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) kültürü ve PCR gönderildi. HBSAg, anti-HCV, anti-HIV negatifti. Kompleman C3, C4 ve immünoglobulin düzeyleri normaldi. Yoğun bakım takibinin üçüncü gününde bilinci açık ve vital bulguları stabil olan hasta servise alındı. Tüberküloz dispanseri ile temasa geçilerek izoniazid 1x300 mg/gün, rifampisin 1x600 mg/gün, etambutol 1x15 mg/kg/gün ve pirazinamid 1x25 mg/kg/gün başlandı. Deksametazon ilk hafta 1x0,4 mg/kg/gün, ikinci hafta 1x0,3 mg/kg/gün, üçüncü hafta 1x0,2 mg/kg/gün ve dördüncü hafta 1x0,1 mg/kg/gün olarak planlandı. Pridoksin 1x50 mg/gün de eklendi. Balgam çıkaramayan hastaya bronkoskopi yapıldı ve BAL sıvısı alındı. Sıvıdan gönderilen ARB negatif iken *M. tuberculosis* PCR pozitif bulundu. Anti-tüberküloz tedavinin üçüncü gününde aspartat aminotransferaz ve alanin aminotransferaz değerleri üç kat arttı ancak hastanın herhangi bir semptomu yoktu. Tedavinin birinci haftasının sonunda karaciğer enzimleri tekrar düşmeye başladı. Tedavinin 15. gününde, hayati bulguları stabil olan ve herhangi bir şikayeti bulunmayan hasta, mevcut idame tedavisinin ayrıntılı bir açıklaması ve poliklinik takibi önerisiyle taburcu edildi.

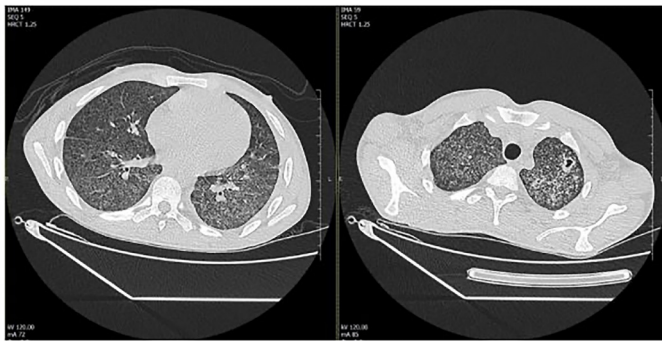
Sonuç: Miliyer tüberküloz genellikle bebeklerde veya bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda görülse de nadiren bağışıklık sistemi baskılanmamış genç erişkinlerde de ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: İmmünokompetan, miliyer tüberküloz, tüberküloz



Şekil 1. Olgunun beyin MRG'sinde farklı kesitlerden tüberkülomların görünümü

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme



Şekil 2. Olgunun göğüs bilgisayarlı tomografisinde yaygın miliyer tutulum ve kavite alanları

Tablo 1. Olguların hemogram ve biyokimya değerleri		
Parametreler	Sonuç	Normal aralık
Beyaz küre	6,61	4,5-11,0 K/ul
Hemoglobin	11,8	11,5-17,5 g/dl
Trombosit	304	140-400 K/ul
Nötrofil (%)	76,9	%40-66
Lenfosit (%)	13,8	%25-46
Glikoz	114	75-100 mg/dl
C-reaktif protein	14,9	0-5 mg/l
Üre	39	12-42 mg/dl
Kreatinin	0,54	0,72-1,25 mg/dl
Alanin aminotransferaz	27	0-55 U/l
Aspartat aminotransferaz	39	5-34 U/l
Alkalın fosfataz	90	40-150 U/l
Gama glutamil transferaz	47	12-64 U/l
Total bilirubin	0,36	0,2-1,2 mg/dl
Direkt bilirubin	0,17	0-0,5 mg/dl
Laktat dehidrogenaz	438	125-220 U/l

[PS-005]

Herpes Simpleks Virüs Ensefaliti İlişkili Hiponatremi: Bir Olgu Sunumu

Haluk Erdoğan¹, Derya Ulu², Sezen Diba Çelik², Selman Zafer Uysal², Zekeriya Karasak³, Aşkın Erdoğan³

¹Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

²Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

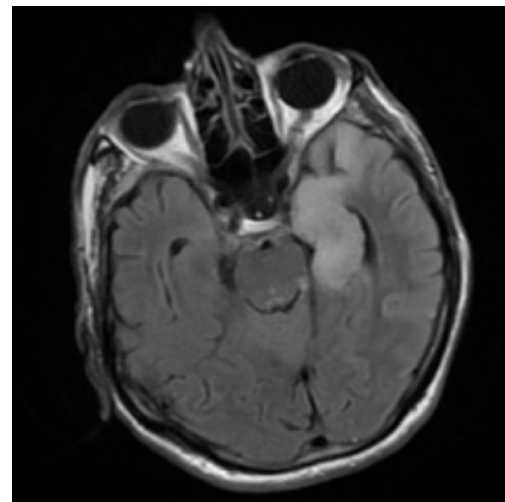
³Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Herpes simpleks virüs (HSV) akut ve sporadik viral ensefalitin en sık nedenidir. Beyin patolojilerinde hiponatremi (<135 mEq/l) görülebilen bir elektrolit bozukluğudur. Burada HSV ensefaliti sırasında hiponatremi gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta, iki günlük yüksek ateş ve bilinç değişikliği şikayetiyle acil servise başvurdu. Beyin omurilik sıvısı incelemesi polimeraz zincir reaksiyon yolu ile HSV-tip 1 (HSV-1) için pozitif saptandı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde sol temporalde ve hipokampüste T2AG-FLAIR sekanslarda hiperintens sinyal değişikliği izlendi. Hasta asiklovir 30 mg/kg/günden IV tedavi aldı. Hastanın takibi esnasında dili kuru, deri turgoru azalması hipovolemiyi destekliyordu. Takip eden günlerde spot idrar sodyumu 110 mEq/l'nin ve üzerinde ve kan sodyum değeri ise 133-135 mmol/l aralığında seyretti. Hastaya günlük 4-5 l olacak şekilde izotonik infüzyonu verildi. Asiklovir tedavisinin yanı sıra agresif izotonik tedavi ile hiponatremisi düzeldi. Asiklovir tedavisi 21 güne tamamlandı. Klinik ve laboratuvar değerleri düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Takiplerinde hiponateremi, idrar sodyum atılımının yüksek olması ve hipovolemisi serebral tuz kaybı sendromunu düşündürdü. Bu olgu HSV ensefalit ilişkili serebral tuz kaybı sendromuna karşı farkındalığı artırmak amacı ile sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Herpes simpleks, ensefalit, hiponatremi, serebral tuz kaybı sendrom



Resim 1. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde sol temporalde ve hipokampüste hiperintens sinyal değişikliği izlendi

[PS-007]

Laboratuvarımızda Tespit Edilen *Staphylococcus aureus* Türlerinin Metisilin Direnç Oranlarının AraştırılmasıMuhammet Gökçehan Ateş, Ömer Şahin, Hatice Bulut, Serdar Gül,
Ayşegül Tuna, Beyza CebeciKırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) (MRSA), beta-laktam antibiyotiklere dirençli bir bakteridir. Hastane ve toplum kaynaklı MRSA özellikle immünsuprese kişilerde deri, akciğer ve kan dolaşımı enfeksiyonlarına neden olabilmektedir. Çalışmamızda 2024 yılında hastanemizde yatarak veya ayaktan tedavi edilen hastalardan izole edilen ve klinik olarak enfeksiyon etkeni kabul edilen *S. aureus* örneklerinin antibiyotik direnç oranları araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2024 ile 1 Ocak 2025 tarihleri arasında laboratuvarımıza gönderilen tüm hasta örneklerinin kültürleri yapılmıştır. Klinik olarak enfeksiyon etkeni kabul edilen örnekler BD Phoenix 100 (Becton Dickinson Diagnostic System, ABD) otomatize sistem ile tiplendirilmiş ve antibiyotik duyarlılıkları

elde edilmiştir. *S. aureus* üreyen örnekler çalışmaya dahil edilmiş, mükerrer örnekler yer verilmemiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 69 hastadan üretilen *S. aureus* suşlarının izole edildiği yer ve metisilin direnç oranları Tablo 1’de belirtilmiştir. Tüm *S. aureus* suşlarından %27,6’sı metisilin dirençli saptanmıştır.

Sonuç: Mortalite ve morbidite oranlarında artış, tedavi başarısızlığı gibi problemlere sebep olmasından dolayı metisilin direnç oranlarının anlaşılması için verilerin sürekli olarak takip edilmesi son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Direnç, MRSA, stafilokok

Tablo 1. Metisilin direnç oranları

Örnek	MRSA, n (%)	MSSA, n (%)	Toplam, n
Kan	5 (19,3)	21 (80,7)	26
Yara	9 (45)	11 (55)	26
İdrar	3 (21,5)	11 (78,5)	14
Diğer	2 (22,3)	7 (77,7)	9
Toplam	19 (27,6)	50 (72,4)	69

MRSA: Metisiline dirençli *S. aureus*, MSSA: Metisiline duyarlı *S. aureus*

[PS-009]

Tedaviye Uyumsuz-dirençli Anterior Üveitle Seyreden Sekonder Sifiliz Olgusu

Veysel Akça, Turhan Togan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla

Giriş: Kliniğimizde takipli tedavi uyumsuz-dirençli sekonder sifiliz olgusunu paylaşmak için hazırlanmıştır.

Olgu: Yirmi yedi yaş erkek hasta, vücutta yaygın makülopapüller döküntü, baş ağrısı, sağ gözde tama yakın görme kaybı, sağ gözde pupil defekti ve sol gözde görmede azalmayla başvurdu. Diğer muayeneleri ve bulguları olağandı. Riskli cinsel teması 1 yıl önce belirtildi. Anti sifiliz antikor pozitif ve trombositin zengin plazma (RPR) 1/8 olarak sonuçlandı. Hasta sekonder sifiliz, üveit ve nörosifiliz açısından yatırıldı. Göz hastalıklarınca sağ gözde posterior ve anterior şinesi, pupil defekti ve anterior üveit ve gün aşırı takip olarak değerlendirildi. Lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Sonuçlar normal aralıkta saptandı. Beyin omurilik sıvısından (BOS) FTA-ABS ve VDRL numunesi gönderildi. Kontrastlı beyin manyetik rezonansı (MR) çekildi. Nöroloji MR'de ve fizik muayene normal olarak değerlendirildi. Kristalize penisilin G 6x3 milyon/ünite başlandı. Kırk sekizinci saat göz muayenesinde lezyonlarda gerileme saptandı. Deri lezyonlarında 72. saatten itibaren azalma başladı. BOS FTA-ABS pozitif

ve VDRL negatif sonuçlandı. Tedavide yanıt alınmasına rağmen, 7. günde izinsiz ayrıldı, tedaviyi bıraktı. Bir hafta sonra görme bozukluğunda artışla başvurduğunda, enjeksiyon süresinin uzun olması, sigara-madde kullanımı nedeniyle hastaneden ayrıldığını belirtti. Göz muayenesinde anterior üveit ve anterior şinesi devam ettiği belirtildi. Hastaya seftriakson 2 gr başlandı. Bir hafta sonra kontrole çağrıldı. Kontrole gelmedi. Dört ay sonra hasta mahkum olarak polikliniğe getirildi. Şikayetlerde artış saptandı. Göz muayenesinde anterior üveit, anetrior-posterior şinesi saptandı. Yatış kabul etmedi. Diğer muayenelerde ek bulgu saptanmadı. Seftriakson 2 gr reçete edildi. Kontrol beyin MR istendi, LP yapıldı. MR normal, LP sonuçları normal olarak saptandı. Bir hafta sonra görme ve lezyonlarda düzelme olmaması üzerine doksisisiklin 2x100 mg eklendi. Bir hafta sonra deri lezyonları geriledi, sol gözde görme normal ve sağ gözde görmede artış tariflendi. Seftriakson kesildi, doksisisiklin 2 haftaya tamamlandı. Doksisisiklinin 2. haftasında, deri lezyonları belirgin geriledi. Sağ gözde gözde minimal anterior şinesi-anterior üveit olduğu için doksisisiklin 4 haftaya uzatıldı. Kontrolde göz muayenesinde üveit tablosunun geriledi. Kontrol RPR 1/2 saptandı. Birkaç makülopapüller döküntü olsa da doksisisiklin 4 haftada kesildi. Tedavi sonrası 3 aydır semptomu gözlemlenmedi.

Sonuç: Sekonder sifiliz olgularında anterior üveit saptanabilmektedir. Penisilin G tedavisinin uyumu zor olduğu unutulmamalıdır. Olgumuzda tedavi ret sonrası seftriakson altında doksisisiklinle klinik düzelme olmuştur. Anterior üveit olması ve tedavide doksisisiklinle fayda görmesi nedeniyle özgün bir olgu olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doksisisiklin, sifiliz, üveit



Tablo 1. BOS bulguları

Glukoz	88 mg/dl (parmak ucu 90)
Klor	127,8 mmol/l
Protein	26,5 mg/dl
Beyaz küre-BF	5
PMN#	0
MN#	5
RBC#	0

BOS: Beyin omurilik sıvısı

Resim 1. Lezyonların seyir sırasında değişimi

[PS-012]

Damar Yoluyla Gelen Tehdit: IV Madde Kullanımı ve Enfektif Endokardit

Güneş Şengüldür, Elif İnan, Bekir Tunca, Dilek Akıncı, Nevin İnce

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

Giriş: Triküspit kapak endokarditi, sol kalp endokarditine kıyasla daha nadir görülen ancak ciddi seyreden bir enfeksiyondur. Özellikle intravenöz (IV) madde kullanıcıları, santral venöz kateter taşıyan hastalar ve immünoşüpresyonu olan bireylerde ortaya çıkmaktadır. Sol kalp endokarditinden farklı olarak, triküspit kapak tutulumu sıklıkla pulmoner septik embolilerle komplike olur. Bu olgu sunumunda, IV madde kullanımı öyküsü olan genç erkek hastada triküspit kapak endokarditi ve buna bağlı gelişen septik emboli süreci ele alınmaktadır.

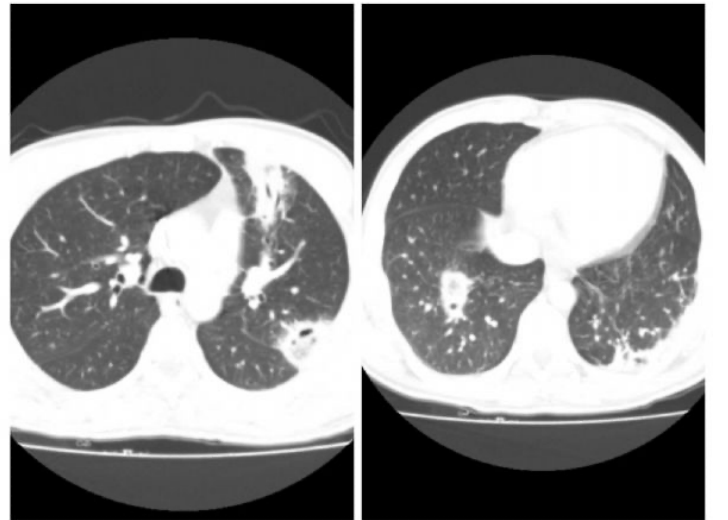
Gereç ve Yöntem: Yirmi beş yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta; ateş, üşüme-titrete, kilo kaybı, bulantı, kusma, öksürük-balgam, gece terlemesi, iştahsızlık ve sırt ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Öyküsünde, başvurudan 20 gün önce IV madde kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde, bilateral bazallerde ral ve triküspit kapak odağında üfürüm saptandı. Laboratuvar incelemelerinde, beyaz küre 7210/mm³, hemoglobin 11,5 g/dl ve C-reaktif protein 0,35 mg/dl olarak ölçüldü. Transtorasik ekokardiyografide, triküspit kapak anterior leaflet chordasında 7×9 mm ve interventriküler septum üzerinde triküspit anulusa yakın bölgede 23×9 mm boyutlarında vejetasyonlar görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) bilateral plevraya oturan multipl kaviter lezyonlar saptandı ve septik emboli düşünüldü (Resim 1). Batın ultrasonografisinde hepatomegali dışında patolojik bulgu izlenmedi. Alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Hastaya ampirik olarak seftriakson, daptomisin ve levofloksasin tedavisi başlandı. Yatışının 12. gününde daptomisin sonrası yaygın makülopapüler deri döküntüsü gelişmesi üzerine tedavi sefazolin, moksifloksasin ve vankomisin olarak değiştirildi. Haftalık ekokardiyografi kontrollerinde vejetasyonların gerilediği izlendi. Altı haftalık IV antibiyoterapi tamamlandıktan sonra yapılan transözofageal ekokardiyografide triküspit kapak korda üzerinde 1,8×0,3 cm çapında kalsifik vejetasyon saptandı. Genel durumu iyi olan hasta taburcu edildi. Poliklinik takibine devam edildi, dış merkez kalp

ve damar cerrahisi tarafından triküspit kapak yetmezliği nedeni ile replasmanı yapıldı.

Bulgular: Triküspit kapak endokarditi, tüm enfektif endokardit olgularının yalnızca %5-10'unu oluşturmalarına rağmen, IV madde kullanıcılarında en sık görülen formdur. *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), özellikle metisiline dirençli *S. aureus*, en yaygın etken olup, bu olguda olduğu gibi kültür negatif olabilir. Bu nedenle, ekokardiyografi ve toraks BT gibi görüntüleme yöntemleri tanıda kritik rol oynamaktadır. Tedavide uzun süreli IV antibiyotik uygulaması esastır. Sol kalp endokarditine kıyasla cerrahi tedavi gereksinimi daha azdır ancak büyük (>20 mm) ve mobil vejetasyonlar, rekürren emboli, persistan enfeksiyon veya kapak yıkımı durumlarında cerrahi müdahale düşünülmelidir.

Sonuç: IV madde kullanan hastalarda açıklanamayan ateş, pulmoner semptomlar ve kardiyak üfürüm varlığında triküspit kapak endokarditi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: IV madde, sağ kalp endokarditi, septik emboli



Resim 1. Hastaya ait septik emboli toraks BT görünümü

BT: Bilgisayarlı tomografi

[PS-013]

Kutanöz Şarbon Nadir Komplikasyonu; Kompartman Sendromu

Ayşe Kaya Kalem, Ahmet Sertçelik, İmran Hasanoğlu, Fatma Eser,
Bircan Kayaaslan, Rahmet Güner

Ankara Yıldırım Beyazıt University, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Şarbon, *Bacillus anthracis*'in neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur. Olguların %95'i deri şarbonudur ve tedavisiz ölüm %10-40'tır. Kompartman sendromu, deri şarbonunun nadir, yaşamı tehdit eden komplikasyonudur. Kompartman sendromu acil cerrahi gerektirir. Cerrahi yapılmadan, steroid tedavisi ile izlediğimiz kompartman sendromu gelişen kutanöz şarbon olgumuzun paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz dört yaşında erkek hasta, hayvan temasından 2 gün sonra elde gelişen yara şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Hastaya amoksisilin-klavulonik asit reçete edilmiş. İlaçlarını kullanmayan hasta 2 gün sonra kızarıklık, şişlik artışı ve yeni başlayan ağrı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Anamnezinden lezyonun 4 gün önce küçük kaşıntılı bir sivilce şeklinde başladığı, sonrasında yaranın giderek büyüdüğü, ortasının siyahlaştığı, sağ elinin şiştiği öğrenildi. Ağrı, ilk başta yokken şişlik, kızarıklık artışı ile başlamış. Vücut sıcaklığı 38,2 °C, taşikardi dışında vital bulguları normaldi. El sırtında çevresi veziküler, ortası çökük nekrotik, ön kol distal ve medialinde bullöz lezyonları ve dirseğe kadar uzanan yaygın ödem ve kızarıklık mevcuttu (Resim 1). Fizik muayenede patolojik bulgu tespit edilmedi. Anamnez ve fizik muayene bulguları doğrultusunda hasta deri şarbonu tanısı ile servise kabul edildi. Hastaya siprofloksasin tedavisi başlandı. Yatışının ikinci gününde şikayetleri artan hastanın nabızları alınamadı, his kaybı gelişti. Plastik cerrahi tarafından elevasyon, soğuk uygulamanın devam edilmesi ve tedavisine kompartman sendromu tanısı ile 250 mg prednizolon eklenmesi önerildi. Yatışının üçüncü gününde mevcut ödem ve kızarıklığın göğüs kafesine ilerlemesi sonucu hastaya 250 mg prednizolon başlandı.

Antibiyoterapisine meropenem eklendi. Prednizolon ikinci dozu sonrası hastanın kapiller dolumu alındı, ancak gövdedeki ödem ve kızarıklık abdominal bölgeye ilerledi (Resim 1). Prednizolon iki gün 250 mg/gün dozda verilmesi ardından 10 günde azaltılarak kesildi. Yatışının 8. gününde avuç içinde his duyusu, 12. gününde nabızlar alınmaya başladı. Hasta komplike kutanöz ve sistemik şarbon tanısı ile antibiyoterapisi 14 güne tamamlandı. Hasta takibinin 3. ayında olup, eskarı devam etmektedir.

Sonuç: Kutanöz şarbona sistemik semptomlar ve komplikasyonlar nadirdir. Komplikasyonlar sepsis belirtileri, baş boyun tutulumu olan hastalarda sık görülmektedir. Kompartman sendromu tedavisinde hem kortikosteroid hem de cerrahi endikasyonu mevcuttur. Ancak şarbona cerrahi, disemine hastalık ve sepsise neden olmasından dolayı önerilmemektedir. Kortikosteroidler ise tartışmalıdır. Bu olgu sunumumuz ile komplike şarbona kortikosteroidlerin bir alternatif oluşturabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kompartman sendromu, kutanöz şarbon, steroid



Resim 1. Yatış ve takip görüntüsü

[PS-014]

Hastanemize Son İki Yılda Santral Sinir Sistemi Şüphesiyle Başvuran Olguların Değerlendirilmesi

Habibe Figen Turp, Veyisel Akça, Turhan Togan

*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla*

Giriş: Meningoensefalit, meninkslerin ve beyin parankiminin enflamasyonu olarak bilinmektedir. Baş ağrısı, ense sertliği, ateş, mide bulantısı, ışığa veya sese karşı hassasiyet gibi semptomlar gelişebilmektedir. Kişilerde birçok etkene bağlı tablo gelişebilmektedir. Tanı aşamasında laboratuvar ve klinik değişkenlik gösterebilmektedir. Hastanemize son 2 yılda başvuran olgular değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Son 2 yıl çalışmada incelenmiştir. Acil serviste ve hastanede santral sinir sistemi şüphesi açısından tarafımıza konsültasyon oluşturulan hastalar değerlendirilmiştir. Hastane sistemi üzerinden veriler toplanmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması $54,50 \pm 31,32$ olarak saptanmıştır. 38 kadın ve 70 erkek olmak üzere 108 kişi incelenmiştir. En sık bilinç bulanıklığı 81 (%75) kişide ve en az pitozis 3 kişide (%2,8) klinik olarak saptanmıştır. Ateş 32 (%29,6) olguda saptanmıştır. Son 3 ayda antibiyotik kullanımı 20 (%18,5) ve yatış öyküsü 14 (%13) saptanmıştır. Son 3 ayda seyahat öyküsü 3 (%2,8) kişide saptanmıştır. Son 3 ayda üst solunum yolu enfeksiyonu 31 (%28,7) kişide saptanmıştır. Laboratuvarda C-reaktif protein $68,7 \pm 98,39$ mg/l ayrıca beyin omurilik sıvısında; glukoz $64,06 \pm 38,34$ mg/dl,

protein $157,65 \pm 182,86$ mg/dl, klor $118,96 \pm 8,84$ mmol/l, beyaz küre# $1705 \pm 604,3$, PMN# $1492 \pm 571,3$ ve MN# $207 \pm 27,57$ olarak saptanmıştır. İlk tanı anında 6 kişide lomber ponksiyon (LP) yapılamamıştır. On yedi kişide kontrol LP yapılmıştır. Kontrollerde genel olarak düzelme saptanmıştır. Tabloda belirtilmiştir. Toplamda 9 kişide viral polimeraz zincir reaksiyonu pozitif saptanmıştır. 5 HSV-1, 5 VZV ve 1 enterovirüs saptanmıştır. Doksan iki kişide kültür üremesi saptanmamıştır. En sık 4 kişide (%3,7) *Streptococcus pneumoniae* üremesi saptanmıştır. Elli dört kişide manyetik rezonanstaki patolojik bulgu saptanmıştır. En sık 15 kişide temporal tutulum (%13,9) gözlenmiştir. Elektroensefalografi bulgusu olarak en sık teta dalgası 9 (%8,3) saptanmıştır. Başlangıçta en sık kullanılan ajanlar 75 kişide (%69,4) seftriakson ve 70 kişide (%64,8) asiklovir olarak saptanmıştır. Takip eden süreçte 81 kişiye ek antibiyoterapi eklenmemiştir. Eklenen antibiyotik olarak 9 kişiye (%8,3) en sık eklendiği saptandı. Toplam tedavi süresi $16,04 \pm 13,73$ gün olarak saptandı. Takipte 63 kişide (%58,3) komplikasyon gelişmedi. 13 kişi (%12) eks oldu. Sekiz kişide (%7,4) nörolojik defisit gelişti. Altmış bir kişi (%56,5) olası tanı ve 47 (%43,5) kesin santral sinir sistemi tanısı kondu.

Sonuç: Santral sinir sistemi enfeksiyonu tanısı günümüzde hala zorluğunu korumaktadır. Başlangıçta alınan çoğu tetkik ve görüntüleme %100 bulgu saptanamamaktadır. Bu nedenle kişilerde servis ve yoğun bakım ünitesi takiplerinde tanı kesinleşebilmekte ya da dışlanabilmektedir. Buna bağlı kişilerde maalesef hala mortalite ve morbidite oranları yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Ensefalit, menenjit

Tablo 1. Çalışma sonuçları	
	n (%) SS
Yaş	54,50±31,32
Cinsiyet	
Kadın	38 (35,2)
Erkek	70 (64,8)
Gelişinde şikayeti	
Ateş	32 (29,6)
Bilinç bulanıklığı	81 (75)
Baş ağrısı	28 (25,9)
Baş dönmesi	8 (7,4)
Ekstremitelerde güç kaybı	7 (6,5)
Pitozis	3 (2,8)
Bulantı-kusma	15 (13,9)
Konuşma bozukluğu	23 (21,3)
Nöbet varlığı	19 (17,6)
Son 3 ayda antibiyotik kullanım öyküsü	
Var	20 (18,5)
Yok	39 (36,1)
Veri yok	49 (45,4)
Son 3 ayda hastanede yatış öyküsü	
Var	14 (13)
Yok	84 (77,8)
Veri yok	9 (8,3)
Son 3 ayda seyahat öyküsü	
Var	3 (2,8)
Yok	86 (79,6)
Veri yok	19 (17,6)
Son 3 ayda üst solunum yolu öyküsü	
Var	31 (28,7)
Yok	67 (62)
Veri yok	10 (9,3)
Geliş CRP mg/l	68,7±98,39
Geliş BOS glukoz (6 kişi eksik)	64,06±38,34
Geliş BOS protein (6 kişi eksik)	157,65±182,86
Geliş BOS klor (6 kişi eksik)	118,96±8,84
Geliş BOS WBC (6 kişi eksik)	1705±604,3
Geliş BOS PMN (6 kişi eksik)	1492±571,3
Geliş BOS MN (6 kişi eksik)	207±27,57
Kontrol BOS glukoz (17 kişi sadece)	52,35±19,59
Kontrol BOS protein (17 kişi sadece)	125,52±158,72
Kontrol BOS klor (17 kişi sadece)	132,82±40,77
Kontrol BOS WBC (17 kişi sadece)	186,75±539,88
Kontrol BOS PMN (17 kişi sadece)	61,68±200,68
Kontrol BOS MN (17 kişi sadece)	125,06±342,22
BOS viral panel	
HSV-1	5 (4,6)
VZV	5 (4,6)
Enterovirüs	1 (0,9)
PCR istenmeyen	14 (13)
BOS Kültür	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	4 (3,7)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	1 (0,9)
<i>Listeria monocytogenes</i>	1 (0,9)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1 (0,9)
Üreme yok	92 (85,2)
Kültür sonucu olmayan/sonuçlanmayan	9 (8,3)

Tablo 1. Devamı	
	n (%) SS
MR patolojik bulgu varlığı	
Var	54 (50)
Yok	25 (23,1)
MR çekilemeyen	29 (26,9)
MR bulguları	
Frontal tutulum	10 (9,3)
Temporal tutulum	15 (13,9)
Supratentorial tutulum	8 (7,4)
Parahipokampal tutulum	1 (0,9)
Parietal tutulum	4 (3,7)
Serebrit	2 (1,9)
Mastoidit	11 (10,2)
Ampiyem	5 (4,6)
Toksoplazmoz ile uyumlu	1 (0,9)
EEG bulgusu	
Yavaş dalga	8 (7,4)
Teta dalgası	9 (8,3)
Ritmik paroksizim	2 (1,9)
Diğer	2 (1,9)
Veri yok	37 (34,3)
Başlangıçta seftriakson kullanımı	75(69,4)
Başlangıçta vankomisin kullanımı	50(46,3)
Başlangıçta meropenem kullanımı	19(17,6)
Başlangıçta ampicilin kullanımı	24 (22,2)
Başlangıçta asiklovir kullanımı	70 (64,8)
Başlangıçta TMP-SMX kullanımı	2 (1,9)
Başlangıçta metronidazol kullanımı	4 (3,7)
Takipte eklenen ajanlar	
1. Ampicilin	2 (1,9)
2. Antitüberküloz tedavi	1 (0,9)
3. Asiklovir	1 (0,9)
4. Meropenem	9 (8,3)
5. Meropenem + Ampicilin	1 (0,9)
6. Meropenem + Asiklovir	1 (0,9)
7. Meropenem + Linezolid + Rifampisin	1 (0,9)
8. Meropenem + Rifampisin	1 (0,9)
9. Meropenem + TMP-SMX + Linezolid + Sefepim+ Moksifloksasin + Rifampisin	1 (0,9)
10. Seftriakson + Vankomisin	1 (0,9)
11.Vankomisin + Ampicilin + Doksisiklin	1 (0,9)
12.Vankomisin + Ampicilin + TMP-SMX	1 (0,9)
13. Vankomisin + Asiklovir	1 (0,9)
14. Vankomisin + Meropenem	2 (1,9)
15. Vankomisin + Meropenem + Asiklovir	1 (0,9)
16. Vankomisin + Metronidazol	1 (0,9)
17. Vankomisin + TMP-SMX + Linezolid	1 (0,9)
18. Eklenen ajan yok	81 (75)
Toplam tedavi süresi/gün	16,04±13,73
Takip süresince progress ves onlanım	
Komplikasyon yok	63 (58,3)
ABY	2 (1,9)
Apse	4 (3,7)
Nörolojik defisit	8 (7,4)
İşitme kaybı	3 (2,8)
Konuşma bozukluğu	2 (1,9)
Eksitus	13 (12)
Sevk	9 (8,3)
İsteğe bağlı çıkış	2 (1,9)
Diğer	1 (0,9)
Tanı	
Olası tanı	61 (56,5)
Kesin tanı	47 (43,5)
BOS: Beyin omurilik sıvısı, WBC: Beyaz küre, PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu, SS: Standart sapma, CRP: C-reaktif protein, MR: Manyetik rezonans, EEG: Elektroensefalogram	

[PS-015]

Travma Sonrası *Klebsiella pneumoniae* ile Oluşan İnvaziv Karaciğer Apsesi Sendromu

Merve Aytekin, Selen Gülgen, Habibe Tülin Elmaslar Mert, Hüsnüye Figen Kuloğlu, Filiz Akata

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Edirne

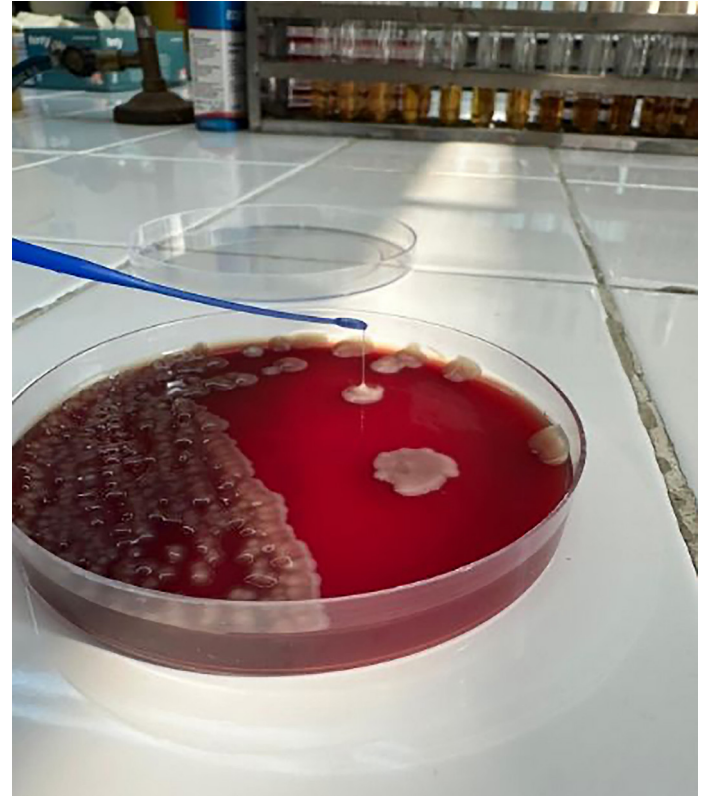
Giriş: *Klebsiella pneumoniae*'ye (*K. pneumoniae*) bağlı invaziv karaciğer apsesi sendromu saptanan olgularda %6 oranında endojen endoftalmi görülmektedir. Bu çalışmanın amacı toplum kaynaklı *K. pneumoniae* ile oluşan invaziv karaciğer apsesi sendromunun önemini vurgulamaktır.

Olgu: Diabetes mellitus, hipertansiyon ve Ailevi Akdeniz Ateşi tanıları bulunan 71 yaşındaki erkek hasta, on gündür devam eden ateş yüksekliği ve birkaç gündür sağ gözde oluşan kızarıklık ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Bir ay önce araç içi trafik kazası geçiren hastanın fizik muayenesinde patoloji saptanmamıştı. Hastanın güncel fizik muayenesinde, sağ gözde kızarıklık ve hassasiyet saptandı, diğer sistemik muayeneleri olağandı. Hasta sağ gözde endojen endoftalmi tanısı ile yatırılarak takibe alındı. Laboratuvar tetkiklerinde lökositöz (16.400) ve C-reaktif protein yüksekliği (175 mg/l) tespit edildi. Orbita ultrasonografi incelemesinde, sağ lob arka kamerasında posterior vitröz dekolman ve intravitroz hemoraji ile uyumlu görünüm izlendi. Hastaya empirik olarak sistemik vankomisin ve seftriakson tedavisi başlandı. Göz hastalıkları ekibi tarafından vitrektomi yapılarak aspirat örneği alındı. İntravitreal olarak vankomisin ve seftazidim uygulandı. Hastanın kan kültüründe genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz üretemeyen, üçüncü kuşak sefalosporinlere duyarlı *K. pneumoniae* üredi (Şekil 1); bunun üzerine vankomisin tedavisi kesildi. Vitreus örneklemede de *K. pneumoniae* üremesi tespit edildi. Tedavisinin dördüncü gününde ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine hastaya batın bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi yapıldı. Batın BT'de karaciğerde 8,5x7 cm boyutlarında apse ile uyumlu lezyon izlendi. Perkütan apse drenajı uygulandı ve alınan örneklemede de *K. pneumoniae* üredi. Hastanın sistemik seftriakson tedavisine ve göze uygulanan topikal tedavilerine toplam dört hafta devam edildi. Klinik ve laboratuvar yanıt alınması ve batın görüntülemesinde apse regresyonunun gözlemlenmesi üzerine hasta taburcu edildi. İki hafta süreyle oral trimetoprim-sülfametoksazol ile tedaviye devam edildi.

Kontrol göz muayenesinde, hastanın sağ gözünde kısmi görme kaybı geliştiği saptandı.

Sonuç: Bu olgu, diyabet gibi yüksek riskli komorbidite bulunan bir hastada travmanın, *K. pneumoniae*'ya bağlı invaziv karaciğer apsesi sendromunun ortaya çıkışında tetikleyici faktör olabileceğini göstermektedir. *K. pneumoniae*'ya bağlı endojen endoftalmi saptanan hastalarda özellikle karaciğer apsesi olmak üzere ek enfeksiyon odağı araştırılması komplikasyonların kontrol altına alınması ve mortalite oranlarının düşürülmesinde kritik rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endoftalmi, *Klebsiella pneumoniae*, travma



Şekil 1. Kanlı agar; hipervirülen *Klebsiella pneumoniae* üremesi

[PS-016]

SLE ilişkili Non-bakteriyel Trombotik Endokarditi

Funda Balaylar, Pelin Adar, Sabri Atalay

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

Giriş: Non-bakteriyel trombotik endokardit (NBTE), kalp kapakçıklarında trombotik vejetasyon oluşumuyla karakterize nadir bir durumdur ve kapak disfonksiyonuna, kalp yetmezliğine ve tromboembolik olaylara yol açar. Sıklıkla romatolojik hastalıklar, otoimmün bozukluklar ve solid malignitelerle ilişkilidir. Bazı olgular teşhis edilmeden kalır veya postmortem analizde teşhis edilebilir. Bu çalışmada, sistemik lupus eritematozusa (SLE) bağlı endokardit tanısı konulan genç bir hastayı bildiriyoruz.

Olgu: On dokuz yaşında kadın hasta baş ağrısı, sol kolda uyuşma ve sol tarafta güçsüzlük yakınmaları ile acil servise başvurmuş. Demir eksikliği anemisi dışında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde; vücut sıcaklığı 37 °C, nabız 96/dakika, kan basıncı 120/80 mmHg olarak saptandı. Nörolojik muayenesinde ise göz hareketlerinde bilateral sola bakışta kısıtlılık, sol tarafta belirgin duyu ve motor güçsüzlüğü mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde, lökosit 8390/mm³, hemoglobin 7,8 gr/dl, hematokrit %26, trombosit 64 000/mm³ idi. C-reaktif protein 4,4 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 37 mm/saat saptandı. Kraniyal görüntüleme incelemelerinde; hastada sol MCA infarkti saptanması üzerine hasta servis takibine alındı. Hastaya kardiyoloji tarafından yapılan transtorasik ve transözofagial ekokardiyografide; mitral kapakta 10*11 mm boyutunda vejetasyon saptandı. Atriyal miksoma, enfektif endokardit ve NBTE ön tanısı ile hastadan 3 set kan kültürü gönderildi ve ampirik seftriakson 2x1 gr intravenöz (IV) + vankomisin 2x1 gr IV başlandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. *Coxiella burnetii* serolojisi negatifti. Romatolojik açıdan ileri tetkikleri istendi. Tetkikler sonucunda; ANA, anti-double stranded DNA (anti-dsDNA) ve kardiyolipin antikor pozitifliği saptandı. Hasta multidisipliner olarak değerlendirildi ve operasyon kararı alındı. Mitral kapak replasmanı yapılan hastanın kapak kültüründe üreme olmadı. Mevcut bulgular ile enfektif endokardit tanısı dışlanarak antibiyotik tedavisi kesildi. SLE'ye bağlı kardiyak tutulum olarak değerlendirilen hastaya steroid tedavisi başlanarak romatolojik takibe alındı.

Sonuç: Sonuç olarak, NTBE nadir görülen bir durumdur ve diğer durumlara benzerliği nedeniyle teşhisi oldukça zordur. Hastalığın patogenezi daha iyi anlamak ve etkili tanı ve tedavi stratejileri geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Non-bakteriyel trombotik endokardit, SLE

[PS-017]

HIV ve Nedeni Bilinmeyen Ateş: Dissemine CMV Olgusu

Rukiye Bulut, İbrahim Erayman, Bahar Kandemir, Pınar Belviranlı Keskin

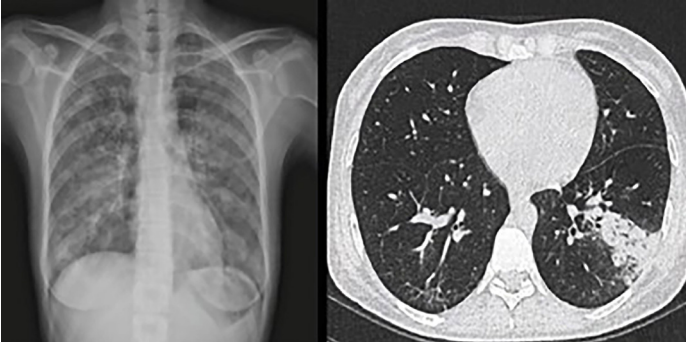
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, CD4 T-lenfosit sayısı düşük hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar nedeniyle ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Bu sunumda, yeni tanı HIV enfeksiyonu ve nedeni bilinmeyen ateş ile izlenen hastada saptanan dissemine sitomegalovirüs (CMV) hastalığının tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 34 yaşında kadın hasta, yeni tanı HIV enfeksiyonu ile dış merkezde takip edilirken 5 gündür olan ateş ile kliniğimize yatırıldı. Tanı anında HIV-RNA düzeyi 1.300.000 kopya/ml CD4 T-lenfosit sayısı 48 hücre/mm³ olan hastaya dış merkezde antiretroviral tedavi olarak tenofovir disoproksil fumarat, emtricitabin, dolutegravir ve primer fırsatçı enfeksiyon profilaksileri başlandığı öğrenildi. Tedavinin 15. gününde olan hastanın 1 haftadır öksürük, balgam, günde 3-4 kez sulu dışkılama şikayetleri mevcuttu. Fizik muayenede, genel durumu kötü ve kaşektik, vücut sıcaklığı 38,3 °C, solunum sayısı 30/dk, oda havasında oksijen saturasyonu %75, solunum seslerinde bilateral ralleri mevcuttu. Sağ gluteal bölgede ve sağ el 3. parmakta eritemli, erode yara mevcuttu. Deri lezyonlarının 1 aydır olduğu ve lokal tedavilere yanıt vermediği öğrenildi. Akciğer grafisinde yaygın bilateral opasite artışı görüldü (Şekil 1). Dış merkezde 1 hafta boyunca meropenem, linezolid ve tigesiklin tedavilerine rağmen ateşi devam eden ve pnömonisi olan hastaya ampirik liposomal amfoterisin B, gansiklovir, moksifloksasin ve deksametazon başlandı. Hastanın tetkiklerinde ardışık serum galaktomannan testleri, kriptokok antijeni, balgamda Giemsa-boyama negatif ve PPD 0 mm olarak sonuçlandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. CMV-IgM negatif, IgG pozitif, CMV-DNA 1100 kopya/ml idi (Tablo 1). Göz muayenesinde retinite dair bulgu saptanmadı. Deri lezyonlarından alınan biyopside plazma hücrelerinden zengin enflamasyon gözlemlendi. Hastanın pnömonisi, koliti ve deri lezyonlarının bulunması ve immünoşüpresif olması sebebiyle dissemine CMV hastalığı düşünüldü. Bilgisayarlı tomografide hiler lenfadenopatiler, konsolidasyon, sekel değişiklikler saptandı (Şekil 1). Bulgular primer tüberkülozu düşündürebileceği için hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveolar lavaj (BAL) örneğinde ARB boyama ve tüberküloz DNA negatif saptandı. BAL bakteri ve tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Patolojik incelemede hücrelerde basil görülmedi. Bu bulgular doğrultusunda tüberküloz dışlandı. Tedavinin 18. gününde oksijen ihtiyacı olmayan hastanın antifungal, antibiyotik ve steroid tedavisi kesildi. Gansiklovir tedavisi 30. günde CMV-DNA negatif olarak sonuçlanınca sonlandırıldı. Hastanemiz yatışının 54. gününde aktif şikayeti olmayan hasta antiretroviral tedavi ve antibiyotik profilaksileri ile taburcu edildi (Tablo 1). Antiretroviral tedavi ile stabil olan hasta takiplerine devam etmektedir.

Sonuç: HIV ilişkili nedeni bilinmeyen ateş ile takipli olgularda fırsatçı enfeksiyonlar araştırılmalıdır. CMV, bu hastalarda multisistem tutulumuna yol açabilir. Bu olgu, fırsatçı enfeksiyonların karmaşık klinik seyrini ve etkin tedavi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dissemine CMV enfeksiyonu, fırsatçı enfeksiyon, HIV



Şekil 1. Hastanın akciğer grafisi ve HRCT görüntüsü

Tablo 1. Hastanın başvuru anında ve tedavi sonrası laboratuvar parametreleri		
	Başvuru anı	Tedavi sonrası
Beyaz küre (ul)	4900	5190
Nötrofil (ul)	3920	2950
Lenfosit (ul)	520	1440
Hemoglobin (g/dl)	10	10
Trombosit (ul)	215.000	305.000
Sedimentasyon (mg/h)	76	23
C-reaktif protein (mg/l)	113	10
Kreatinin (mg/dl)	0,67	0,71
Laktat dehidrogenaz (u/l)	296	109
CD4 (hücre/mm ³)	48	247
CD8 (hücre/mm ³)	126	891
HIV-RNA (kopya/ml)	1.300.000	0
CMV-DNA (IU/ml)	1100	0
HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü, CMV: Sitomegalovirüs		

[PS-018]

İlaç Erüpsiyonu/İlaç Ateşi ile Karışan Erişkin Still Hastalığı Olgusu

Mehmet Ali Tüz, Muhammet Öksüzöğlü

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

Giriş: Nedeni bilinmeyen ateşin gençlerde en sık romatolojik sebeplerinden biri erişkin Still hastalığıdır (ESH). Bu bildiride ilaç erüpsiyonu ile karışan ESH olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yirmi üç yaş kadın hasta, ateş ve vücutta döküntü şikayetiyle acil servise başvurdu. Yirmi gün önce konjunktivit sebebiyle göz damlası kullandıktan sonra bacaklarında döküntü gelişmiş, bir süre sonra spontan gerilemiş. On gün önce üst solunum yolu enfeksiyonları öntanısıyla amoksisilin-klavulonik asit kullanımıyla döküntü tekrarlamış, antibiyoterapi sırayla sefaksim + gentamisin ve

trimetoprim - sülfametaksazol olarak değiştirilmesine rağmen döküntü artarak gövde ve yüze yayılmış, son 1 haftadır da ateş yüksekliği olmaktaymış. On gündür gaz çıkardığını fakat gaita çıkarmadığını belirtti. Fizik muayenede ateş: 38,6 nabız: 119 TA: 100/40 SpO₂: 100, batin muayenesinde defans yok, rebaund yok, hassasiyet yok, sağ submandibular bölgede 3x2 cm LAP, bacaklarda, karında, kollarda ve yüzde eritemli doku üzerinde basmakla solan döküntüleri mevcut. Başvuru ve izlemde rutin laboratuvar sonuçları Tablo 1’de verilmiştir. Torakoabdomen bilgisayarlı tomografi çekiminde kontrast madde sonrası döküntülerde artma oldu. Görüntülemelerde splenomegali (149 mm) ve bilateral inguinal bölgede birkaç adet LAP raporlandı. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Hasta nedeni bilinmeyen ateş, ESH ve ilaç erüpsiyonu öntanılarıyla yatırıldı. Antibiyoterapi dahil tüm ilaçlar kesildi, intravenöz sıvı desteği verildi ve dermatoloji önerileriyle setrizin 2x1 tb başlandı. Transtorasik EKO’da vejetasyon saptanmadı. Romatolojiye danışıldı, romatoloji hastada ESH düşünmedi. Servis izleminde 48 saatten sonra ateş yüksekliği olmadı, 3. günde dışkılaması oldu ve döküntüleri gerilemeye başladı. Akut faz reaktanları gerileyen, kültürlerinde üreme olmayan hasta setrizin de kesilerek herhangi bir ilaç kullanmaması önerisiyle 7. günde taburcu edildi. Ayaktan takibin 5. gününde 2 gündür tekrarlayan ateş ve döküntü ile başvurdu. ESH öngörülen hastaya NSAİD denendi, fakat döküntüler NSAİD ile artması üzerine ileri merkez romatolojiye sevk edildi. Yapılan tetkiklerde kliniği açıklayan ek bulgu saptanmayan ve ayrııcı tanı için yapılan deri biyopsisi ESH ile uyumlu raporlanan ve Yamaguchi kriterlerine göre ESH tanısı alan hastaya metilprednizolon tedavisi başlanmış. Kontrolde ateş yüksekliğinin tekrarlamadığı, döküntülerin tamamen gerilediği ve akut faz reaktanlarının gerilediği görülmüştür.

Sonuç: Non-bakteriyel artrit (NBA) olgularında ampirik tedavi denemeleri, gereksiz ilaç kullanımına neden olabilir. Bunun yanında olgumuzda olduğu gibi ilaca bağlı gelişen reaksiyonlar nedeniyle klinik tablonun karmaşıklaşarak tanının gecikmesine neden olabilir. Bu nedenle özellikle klinik stabil seyreden NBA olgularında ampirik tedavi denemelerinden kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, erüpsiyon, Still



Şekil 1. Yüzde ve boyunda dağınık yerleşimli eritemli plaklar

Tablo 1. Başvuruda ve takipte rutin bakılan kan tetkikleri

	Başvuruda	2. gün	3. gün	4. gün	7. gün	Kontrol
Beyaz küre (/mm ³)	8100	3400	2300	3300	6300	9000
Nötrofil (/mm ³)	7300	2900	1600	2400	4600	7500
Hemoglobin (g/dl)	8,4	7,7	7,5	7,4	7,4	8,3
Platelet (x10 ³ /mm ³)	144	111	91	96	135	255
PCT (ug/ul)	3,5	2,0	1,2	-	-	0,2
C-reaktif protein (mg/l)	85	88	64	39	25	49
Kreatinin (mg/dl)	1,14	0,78	0,8	0,51	0,52	0,6
Üre (mg/dl)	24	13	8	5	8	13
Sedimentasyon (mm/sa)	68	48	49	34	51	40
AST (IU/l)	271	164	112	116	88	38
ALT (IU/l)	136	106	77	71	74	30
T. bilirubin (mg/dl)	0,56	-	0,40	0,38	-	0,53
ALP (IU/ml)	-	105	102	94	-	-
GGT (IU/l)	188	142	119	106	94	67
LDH (U/l)	954	1021	1105	1074	777	579
Ferritin (ug/l)	-	>1500	-	-	-	>1500

AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, ALP: Alkalen fosfataz, GGT: Gama-glutamil transferaz, LDH: Laktat dehidrogenaz

[PS-019]

Ekstrapulmoner Tüberkülozun Nadir Bir Sunumu: Tek Taraflı Diz Eklem Artriti

Ezgi Erdal Karakaş, Sena Kaçan, Zeynep Büşra Keser, Ayşe Aydınoğlu, Funda Memişoğlu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Tüberküloz (TB), gelişmiş ülkelerde nadir görülmekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Son yıllarda, immünoşüpresif hastaların artan prevalansı ile birlikte ekstrapulmoner TB olgularının sıklığı da artmıştır. Bu olguda, *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) enfeksiyonuna bağlı olarak gelişen tek taraflı diz eklem artriti sunulmaktadır.

Olgu: Kırk bir yaşında kadın hasta, 8 yıldır devam eden sol diz eklemi ağrısı şikayetiyle başvurmuştur. Daha önce dış merkezde romatoid artrit tanısı almış ve plaquenil ile prednol tedavisi başlanmıştır, ancak romatoloji takibi düzensizdir. Sol dizdeki ağrının şiddetlenmesi üzerine ortopedi polikliniğine yönlendirilmiştir. 2016 yılına ait kontrastlı sol diz manyetik rezonans (MR) raporunda, diz ekleminde kortikal erozif değişiklikler ve enflamatuvar artrit bulguları gözlemlenmiş olup, romatizmal artrit olasılığı öne çıkmıştır. 2023 yılına ait MR'de, sol dizde subakut enflamatuvar artrit bulguları (yüksek olasılıkla TB artriti) tespit edilmiştir. 2022 yılında sol dizde yapılan biyopsi, geniş nekroz alanları ve granülom varlığı göstermiştir. Tbc-IGST testi pozitif çıkmış ve enfeksiyon konseyi kararı ile 01.06.2022'de anti-TB tedavi başlanmıştır. Hastaya protez takılması planlanmış ancak tedavi sürecinin 18. ayında anti-TB tedavisi sonlandırılmıştır. 2024 Mart ayında, yüksekte düşme sonucu gelişen sol diz kapağı kırığı nedeniyle hasta opere edilmiş ve intra-op alınan materyalden yapılan *M. tuberculosis* polimeraz zincir reaksiyonu testi, rifampisin dirençli düşük pozitif sonuç vermiştir. Patoloji raporunda, kazeifikasyon nekrozu içeren granümatöz enflamasyon tespit edilmiştir. Hasta, dirençli ekstrapulmoner TB tanısıyla tedavi düzenlenmesi amaçlı ileri merkeze sevk edilmiştir.

Sonuç: Kemik ve eklem TB'si, genellikle omurga ile büyük eklemleri etkiler. Diz eklemi TB'si ise daha nadir görülmekle birlikte, özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu olguda, immünitinin baskılanması, hastanın diz ekleminde latent TB'ye karşı daha duyarlı olmasına yol açmıştır. Literatürde, diz TB'si olguları genellikle yavaş ilerleyen monoartrit şeklinde kendini gösterir ve ilk belirti genellikle ateş olmaksızın uzun süreli ağrıdır. Ancak bu bulgular, TB'nin tanısını zorlaştırabilir ve romatizmal hastalıklar veya dejeneratif eklem hastalıkları ile karışabilir. Diz ekleminde TB, cerrahi müdahaleden sonra geri dönüşümsüz eklem hasarına yol açabilir ve total diz replasmanı gerektirebilir. TB artriti olgularında, hastaların tedaviye yanıtı genellikle iyi olmakla birlikte, TB'nin dirençli formu ve cerrahi komplikasyonlar, tedavi sürecini karmaşılaştırabilir. Bu olguda, rifampisin dirençli TB tespiti, tedavi sürecini daha zorlu hale getirmiştir. Eklem TB'si, diz ekleminde enfeksiyon düşünülen durumda özellikle immünoşüpresif hastalarda ayırıcı tanı olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner TBC, immünoşüpresyon



Resim 1. Intra-op sol diz eklemi ve diz eklem grafisi

[PS-021]

Nekrotizan Fasiit: Erken Tanı ve Etkili Yönetimin Hayati Önemi

Feray Aycaan Yılmaz, Nesibe Korkmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Nekrotizan fasiit (NF) genellikle polimikrobiyal, hızlı ilerleyen bir enfeksiyondur. Erken tanı ve cerrahi debridman mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir. Çalışmamızda klinik ve radyolojik olarak NF düşünülen hastalara ait demografik ve klinik özelliklerin değerlendirmesi ve mortalite oranlarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2023-Ocak 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak hastanemiz acil servisinde ya da yataklı servislere takip edilirken çekilen bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ve ultrasonografide “nekrotizan fasiit” yorumu olan 71 hasta incelendi. Cerrahi eksplorasyonda nekroz görülmemesi veya hastanın cerrahi yapılmadan başarılı şekilde tedavi edilmesi dışlama kriteri olarak değerlendirildi. Hastalara ait demografik özellikler, laboratuvar değerleri, kültür üremeleri ve mortalite durumları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Yetmiş bir hastadan 22 tanesi (%30,9) klinik olarak NF kabul edildi. 22 hastanın %63,6'sı (n=14) erkek, %36,4'ü (n=8) kadındı.

Hastaların yaş ortalaması 56 (minimum: 19 - maksimum: 88) bulundu. Hastaların %72'sine (n=16) diabetes mellitus (DM) eşlik ediyordu. Hastaların mortalite oranı %22,7 (n=5), LRINEC skor ortalaması ise 8,5 (minimum: 5 - maksimum: 13) idi. Yirmi iki hastanın 16'sından (%72,7) yara kültürü alındığı ve bunların da 14'ünde (%87,5) üreme olduğu görüldü. Üreyen kültürlerin 10'unda (%71,4) tek etken, 4'ünde (%28,6) birden fazla etken mevcuttu. Etkenlere ait veriler Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 13'ünün (%59) aynı gün, 7'sinin (%31,8) 72 saat içinde, 2 hastanın ise 72 saat sonrasında debridmana alındığı görüldü. Mortalite ile seyreden 5 hastanın 4'ü DM tanılı olup bu 5 hastanın başvuru günü ortalaması 8,6 iken sağ kalan hastaların ortalamasının 4,8 gün olduğu görülmüştür (p=0,16).

Sonuç: NF tanısı alan hastaların yaş ortalamasının 50 yaş üstü olduğu ve %72'sine DM eşlik ettiği görülmüştür. Elli yaş üstü, DM'nin eşlik ettiği yumuşak doku enfeksiyonu olan hastalarda NF açısından dikkatli değerlendirilme gereklidir. Görüntülemelerde NF şüpheli olarak tanımlanan hastaların klinik olarak NF kabul edilme oranı %30,9 saptanmıştır. Radyolojik görüntülemeler NF tanısı için klinisyene yardımcı tetkiklerdir. NF gibi hızlı ilerleyen enfeksiyonlarda hastaneye geç başvurunun hem tedavi hem de cerrahiye geciktirdiğinden ölüm riskini artırdığı görülmektedir. Bu nedenle mortalite oranı yüksek olan bu enfeksiyon için erken başvuru, uygun antibiyoterapi başlanması, doğru ve hızlı tanı ile agresif cerrahi müdahale hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: LRINEC skoru, nekrotizan fasiit, radyolojik görüntüleme

Tablo 1. Etkenler ve duyarlılık

		Penisilin	Ampisilin	Sefalosporin	Metisilin	Kinolon	Karbapenem	Glikopeptit	Trimetoprim-Sulfametaksazol
1.hasta	1.Streptococcus anginosus								
	2.Bifidobacterium longum								
2.hasta	Escherichia coli			R		S	S		
3.hasta	Streptococcus constellatus	S							
4.hasta	Escherichia coli			R		R	S		
5.hasta	1.Escherichia coli			S		S	S		
	2.Enterococcus faecium		R					S	
6.hasta	En Az 3 Farklı Koloni Morfolojisinde Karışık Non-hemolitik Gram Pozitif Mikroorganizma								
7.hasta	Klebsiella pneumoniae			S		S	S		
8.hasta	1.Staphylococcus aureus				S	S			S
	2.Streptococcus anginosus	S							
	3.Escherichia coli			S		S	S		
9.hasta	Klebsiella pneumoniae			S		S	S		
10.hasta	Pseudomonas aeruginosa					R	R		
11.hasta	Actinomyces europaeus								
12.hasta	Streptococcus anginosus	S							
13.hasta	Streptococcus constellatus								
14.hasta	Streptococcus pyogenes								

(S:Duyarlı, R:Direnci)

Hastalar retrospektif olarak tarandığında duyarlılık girilmeyen etkenlere antibiyogram çalışmadığı görüldü

[PS-022]

Investigation of Antibiotic Resistance in *Pseudomonas* and *Klebsiella* Isolates from Clinical Samples: The Case of Cyprus Near East Hospital

Hülya Arık, Afayi Prinsley Ndikaka, Kaya Süer, Nedim Çakır
Near East University Hospital, Clinic of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Nicosia, Cyprus

Objective: This study aims to determine the resistance rates of *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) and *Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*) strains isolated from clinical samples at Near East University Hospital in Northern Cyprus between 2017 and 2022 to ceftazidime and other antibiotics, evaluate risk factors, and contribute to regional antibiotic resistance surveillance.

Materials and Methods: Designed as a retrospective study, 100 *P. aeruginosa* and 100 *K. pneumoniae* isolates were analyzed. Microbiological identification and antibiotic susceptibility testing were performed using the BD Phoenix 100 system, with results interpreted according to CLSI guidelines. Demographic data, sample sources, and resistance rates were statistically evaluated using SPSS 25.0.

Results: • Ceftazidime resistance was detected in 24% of *P. aeruginosa* strains, which was higher compared to other antibiotics such as cefepime (4%) and piperacillin/tazobactam (5%).

• For *K. pneumoniae*, ceftazidime resistance (28%) was the second-highest among cephalosporins. The most effective antibiotic was piperacillin/tazobactam, with an 11% resistance rate.

• Imipenem resistance in *P. aeruginosa* was 25%, similar to ceftazidime resistance.

• No statistically significant association was observed between resistance and sociodemographic factors such as age, gender, or sample source ($p>0.05$).

Conclusion: The study highlights that ceftazidime resistance is a significant problem in *P. aeruginosa* and *K. pneumoniae* and emphasizes the need for regional resistance monitoring programs. Empirical treatment should incorporate local resistance data, with alternatives like piperacillin/tazobactam considered effective options. Limitations such as limited patient interaction and the single-center design should be addressed in future multi-center, prospective studies.

Keywords: Antibiotic resistance, ceftazidime

Table 1. Characteristics of *P. aeruginosa* and *K. pneumoniae*

		<i>P. aeruginosa</i>			<i>K. pneumoniae</i>		
		R	S	p-value	R	S	p-value
Age	≤30	7	12	0.199	4	11	0.08
	31-50	18	24		19	43	
	≥51	13	26		15	8	
Sex	Female	17	43	0.032	27	13	0.100
	Male	12	28		14	26	
Type of specimen	Sputum	6	9	0.751	3	6	0.111
	Urine	10	20		25	35	
	Deep tracheal aspirate	6	11		1	4	
	catheter	2	3		1	4	
	Cerebrospinal fluid	0	2		0	0	
	Blood	2	6		4	8	
	Others	1	3		0	4	

Social demographic data of patient was evaluated in table 1 Above using chi-square, a p-value not more than 0.01 and if below 0.005 they are considered highly statistically significant. However, in the table above there is no value result of statistical significance

[PS-024]

Brusella Spondilodiskiti Olgularının Klinik Özellikleri ve İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Şebnem Çalık, Selma Tosun, Alpay Arı

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

Giriş: *Brusella* spondilodiskiti olgularında standart bir tedavi rejimi ve süresi olmadığı için bruselloz spondilodiskiti olgularının yönetimi zordur. Bu çalışmada üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda izlenmiş olan bruselloz spondilodiskiti olgularının risk faktörleri, klinik özellikleri ve izlem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif olarak planlanan bu çalışmada bir Eğitim ve araştırma hastanesinde 2009-2019 yılları arasında takip edilen 60 brusella spondilodiskiti tanılı hastaya ait veriler elektronik veri kayıt sisteminden değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel analizler SPSS 26 programı kullanılarak yapılmıştır. Karşılaştırılan gruplardaki değişkenlerin dağılımlarının karşılaştırılması kategorik değişkenler için ki-kare testi veya Fisher's exact testi, sürekli değişkenler için ise Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

Bulgular: Toplamda 212 hasta bruselloz tanısı ile takip edilmiştir. Hastaların yaş aralığı 16-81 olup ortalama $48,6 \pm 15,3$ 'tür. Altmış (%) olguda spondilodiskit, 15 (%) hastada sakroileit, 9 (%) olguda nörobruselloz, 9 (%) olguda hepatit, 4 (%) olguda pyelonefrit, 1(%) olguda endokardit saptanmıştır. Bruselloz spondilodiskiti gelişen olgularda semptomların süresi ($p=0,007$), bel ağrısı ($p=0,000$), kas ağrısı ($p=0,023$) ve sedimentasyon yüksekliği ($p=0,044$) daha sıktır. Spondilodiskit gelişen olguların 14'ünde kan kültüründe (%23,3) ikisinde (%3,3) apse kültüründe *brusella* spp. bakterisi izole edilmiştir. En sık lomber bölge (23 olgu, %38,3) tutulumu görülürken bunu torakal bölge (13 olgu, %21,7) ve lumbosakral bölge (11 olgu, %21,7) izlemiştir. Yirmi bir (%35) olguda apse saptanmıştır. On yedi (%28,3) olguya iki antibiyotik içeren tedavi rejimlerinden biri verilirken, 43 (%71,7) olguya üç antibiyotik içeren tedavi rejimlerinden biri verilmiştir. Üç antibiyotik içeren tedavi rejimleri, daha başarılıdır ($p=0,001$). Olguların ortalama tedavi süresi $19,7 \pm 12$ haftadır (en az 12-en fazla 66 hafta). Beş (%8,3) olguda relaps gelişmiştir. Üç olguda kas gücü kaybı ve nörolojik defisit gelişmiştir. Hiçbir olgu kaybedilmemiştir.

Sonuç: Bruselloz spondilodiskiti, hastalığın nadir olmayan ve ciddi bir komplikasyondur. Spondilodiskit tedavisi için, Enfeksiyon hastalıkları, radyologlar, beyin cerrahları ve fizik tedavi uzmanlarından oluşan bir ekip gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, spondilodiskit, tedavi

Tablo 1. Tedavi rejimlerinin başarılarının değerlendirilmesi

Tedavi	Sayı n (%)	Yanıt alındı	Yanıt alınmadı	p-değeri
Doksisiklin + rifampisin	14	6 (%42,9)	8 (%57,1)	0,006
Doksisiklin + streptomisin	3	1 (%33,3)	2 (%66,7)	0,131
Doksisiklin + rifampisin % streptomisin	31	25 (%80,6)	6 (%19,4)	0,111
Doksisiklin + rifampisin + siprofloksasin	8	7 (%87,5)	1 (%12,5)	0,286
Doksisiklin + rifampisin + trimetoprim - sülfametaksazol	4	4 (%100)	0 (%0)	0,193
Toplam	60	43 (%71,7)	17 (%28,3)	-

[PS-025]

Epstein-Barr Virüsü İlişkili Hodgkin Lenfoma ve HIV: Klinik Bir Olgu İncelemesi

Ezgi Erdal Karakaş, Sena Kaçan, Ayşe Aydıngöz, Zeynep Burçin Yılmaz, Funda Memişoğlu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, hücrel immüniteniyi zayıflatarak, kanserlerin gelişimine yatkınlık oluşturan bir durumdur. HIV ile enfekte bireylerde malignite gelişme riski, genel popülasyona göre belirgin şekilde yüksektir ve bu oran %25 ila %40 arasında değişmektedir. Bu çalışmada, HIV ile enfekte bir hastada Hodgkin lenfoma tanısının konulmasıyla ilgili klinik bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Otuz iki yaşında erkek hasta, sol aksillada ele gelen şişlik şikayeti ile başvurmuştur. Yapılan değerlendirme sonucunda, eksizyonel biyopsi planlanmış ve hazırlık sırasında yapılan tetkiklerinde anti-HIV pozitif saptanmıştır. Bunun üzerine hasta, HIV enfeksiyonu ile ilgili ileri inceleme yapılmak üzere polikliniğimize yönlendirilmiştir. Yapılan tetkiklerde anti-HIV değeri 912,86 S/co, HIV-RNA polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) 446,110 copy/ml CD4 sayısı 247 ve doğrulama testi pozitif sonuçlanmıştır. Hastaya, kliniğini yakından takip edebilmek ve işlem sürecini hızlandırmak amaçlı yatış verilmiş ve antiretroviral tedavi (ART) olarak emtrisitabin/tenofovir disoproksil ve dolutegravir rejimi başlanmıştır. Ayrıca, alınan biyopsi örneğinden Epstein-Barr virüsü (EBV)-PCR, sitomegalovirüs (CMV)-PCR ve tüberküloz (TBC) PCR çalışılmış, malignite açısından patolojiye örnek gönderilmiştir. Biyopsi materyalinde EBV-PCR sonucu 63.697 kopya/ml eş zamanlı olarak kandaki EBV-PCR ise 4.060 copy/ml olarak saptanmış; CMV-PCR ve TBC-PCR-aside rezistan bakteri negatif sonuçlanmıştır. Bunun üzerine hasta, ART tedavisi ile taburcu edilmiştir. Ancak, bir hafta sonra hasta, dirençli 38 °C ve üstü ateş şikayetiyle acil servise başvurmuştur. Yapılan fizik muayenede, orofarenkste kriptler tespit edilmiş, ancak ek patolojiye rastlanmamıştır. Hastaya yatış verilmiş ve takip sürecinde patoloji raporu; “Klasik Tip Hodgkin Lenfoma, Mikst Sellüler Tip” olarak sonuçlanmış, tedavi düzenlenmesi amacıyla hasta hematoloji bölümüne yönlendirilmiştir.

Sonuç: HIV ile enfekte hastalarda, non-neoplastik lenfadenopatilerden B hücreli lenfomalara kadar geniş bir yelpazede lenfoproliferatif bozukluklar gelişebilir. HIV enfeksiyonu, bağışıklık sistemini zayıflatarak, lenfatik sistemde malignite gelişimine yatkınlık oluşturur. HIV ile enfekte bireylerde Hodgkin lenfoma, enfekte olmayanlara göre 5-14 kat daha sık görülmekte olup, bu grup içinde görülen kanserlerin yaklaşık %4’ünü oluşturmaktadır. HIV ile enfekte, Hodgkin lenfoma tanısı almış olguların yaklaşık %90’ı, EBV ile ilişkilidir. Bu hastalarda, özellikle ateş, gece terlemeleri, kilo kaybı gibi B semptomları sıklıkla görülür ve aynı zamanda fırsatçı enfeksiyonlar da önemli bir komplikasyon oluşturabilir. HIV ile ilişkili hematolojik malignitelerin sık görüldüğü bu hastalarda, ilk başvuru şikayeti, B semptomları olmaksızın sadece lenfadenopati olan ve yapılan tetkiklerle HIV tanısı alan bu olguda, özellikle HIV ile ilişkili hematolojik maligniteler ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, EBV, Hodgkin lenfoma

[PS-027]

Three-year Antibiotic Use Patterns Among Inpatients in a Private Hospital in İstanbul

Dilruba Garashova¹, Yağmur Aslan², Saliha Ruayercan³, Bahri Teker⁴

¹*Istanbul Medipol University, Private Nisa Hospital, Department of Infectious Diseases, İstanbul; Center for Infectious Diseases, Department of Infectious Diseases, Nakhchivan, Azerbaijan*

²*Istanbul Medipol University Faculty of Pharmacy, Department of Clinical Pharmacy; İstanbul Medipol Mega University Hospital, Department of Pharmacy, İstanbul*

³*Istanbul Medipol University, Private Nisa Hospital, Infectious Diseases Committee, Department of Infectious Diseases; İstanbul Medipol University Faculty of Nursing; İstanbul Medipol University/Medipol Bahçelievler Hospital, Infectious Diseases Committee, Department of Infectious Diseases, İstanbul*

⁴*Istanbul Medipol University, Private Nisa Hospital, Department of Infectious Diseases; İstanbul Medipol University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, İstanbul*

Introduction: Antibiotic resistance is a global health crisis, and the coronavirus disease-2019 (COVID-19) pandemic disrupted healthcare, potentially influencing antibiotic prescribing. There is limited data on antibiotic consumption habits in our country. We aimed to compare the amount of antibiotic use in our hospital over three years and to examine whether there was a change in the amount of antibiotic use and spectrum selection with the onset of the pandemic.

Materials and Methods: A retrospective study was conducted to collect three years of antibiotic usage data from private hospital patients. Antibiotic quantities and patient information were obtained from the hospital’s registration and pharmacy systems. The amount of antibiotic dispensing from January 2018 up to December 2020 was analyzed. Data were extracted from pharmacy records, converted into defined daily doses (DDD), and DDD/100 bed-days were calculated using the antimicrobial consumption (AMC) tool. The following twenty-four antibiotics were included in the study (Tables 1 and 2).

Results: A significant decrease in cephalosporin antibiotic usage was observed over three years. We hypothesize that this reduction is linked to the postponement of elective surgeries due to the COVID-19 pandemic. Cefazolin, commonly used for surgical prophylaxis, exhibited a corresponding decline, with consumption falling from 4246 to 3282 and then to 333.6 DDD (Figure 1).

Conclusion: We did not detect any statistically significant change in the total amount of antibiotic use over three years from 2018 to 2020. Further research is needed to understand the long-term impact of the pandemic on antibiotic prescribing patterns.

Keywords: Defined daily dose, antibiotic consumption

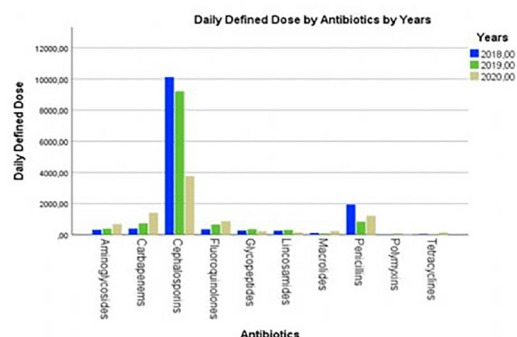
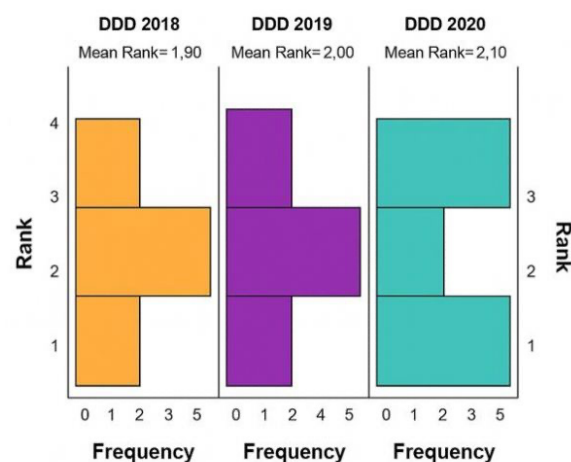
Table 1. Antibiotics data included in the study

Class	Antibiotic	ATC code	DDD g (parenteral)	DDD by years	DDD by years	DDD by years	DDD/100 bed-days by years	DDD/100 bed-days by years	DDD/100 bed-days by years
				2018	2019	2020	2018	2019	2020
Carbapenems	Meropenem	J01DH02	3	297.333	391.666	245.666	3.702	5.227	2.956
	Ertapenem	J01DH03	1	95	290	432	1.183	3.87	5.198
	Imipenem and cilastatin	J01DH51	2	2.5	39.5	73.25	0.077	0.527	0.881
Penicillins	Ampicillin	J01CA01	6	156.166	231	204.333	1.945	3.083	2.465
	Ampicillin sulbactam	J01CR01	6	1210.5	346.5	909.167	15.075	4.624	10.939
	Piperacillin tazobactam	J01CR01	14	572.786	252.642	107.679	7.133	3.372	1.296
Cephalosporins	Ceftriaxone	J01CR05	2	5281	4597	3168	65.766	61.890	38.118
	Cefazolin	J01DB04	3	4246.666	3283.33	333.633	52.885	44.204	40.144
	Cefaperazone sulbactam	J01DD62	4	0	4.5	2.75	0	0.06	0.033
	Cefotaxime	J01DD01	4	34	662.5	16	0.106	0.884	0.193
	Ceftazidime	J01DD02	4	10	285	8	0.125	0.380	0.096
	Cefuroxime	J01DC02	3	529	381	213.5	6.588	5.085	2.569
	Cefepime	J01DE01	4	20.5	2.25	5.75	0.251	0.03	0.069
Fluorquinolones	Moxifloxacin	J01MA14	4	137	272	238	1.706	3.63	2.864
	Levofloxacin	J01MA12	0.5	61	53	317	0.76	0.707	3.814
	Ciprofloxacin	J01MA02	0.8	159.5	331	311.5	1.986	4.424	3.748
Aminoglycosides	Amikacin	J01GB06	1	39	53.5	43.5	0.486	0.714	0.523
	Gentamicin	J01GB03	2.4	284	336	633.333	3.537	4.484	7.62
Tetracyclines	Tigecycline	J01AA12	0.1	50	9	145	0.623	0.121	0.174
Macrolides	Clarithromycin	J01FA09	1	110	82	231.5	1.3	1.094	2.785
Lincosamides	Clindamycin	J01FF01	1.8	265	311.333	154.33	1.37	4.155	1.857
Glycopeptides	Teicoplanin	J01XA02	0.4	91	227	74	3.3	3.029	0.890
	Vancomycin	J01XA01	2	183	136	157	1.133	1.815	1.889
Polymixin	Colistin	J01XB01	0.3	21.11	66.11	16.11	0.830	0.882	0.194

ATC code: Anatomical therapeutic chemical classification on code for the antibiotic. DDD g (Parenteral): Defined daily dose grams for parenteral administration. DDD: Total defined daily doses, DDD/100 bed-days: Defined daily doses per 100 bed-days for the specified year

Table 2. The number of beds, inpatients, bed-days and occupancy rate by years

	2018	2019	2020
Beds	55	55	55
Inpatients	2853	2551	2863
Bed-days	8154	7493	8311
Beds occupancy rates	0.46	0.37	0.41

**Figure 1. Daily Defined Dose by antibiotics by year****Figure 2. Comparison of DDD values across years based on Friedman test results**

DDD: Daily Defined Dose

[PS-028]

Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS ile Yaşayan Kişilere Yönelik Bilgi, Tutumlarının Değerlendirilmesi

Zülal Yavuz Akay¹, Fatma Özlem Kandemir¹,
Mustafa Serhat Şahinoğlu¹, Tuğçe Şimşek Bozok¹,
Simge Yaşar Ekinci¹, Sümeyye Aksu²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

²Çankırı Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Çankırı

Giriş: Sağlık çalışanları, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan kişilere yönelik bakım ve destek hizmetlerinin sunumunda kritik bir rol oynar. Eksik veya yanlış bilgiye dayalı korku ve önyargılar HIV ile yaşayan bireylere yönelik ayrımcı bir tutum sergilemesine neden olur, bu da tedaviye erişimi ve uyumu olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının HIV ile yaşayan kişilere yaklaşımı, konu hakkında bilgi düzeyi durumu son derece önemlidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, 1 Haziran 2024-30 Eylül 2024 tarihleri arasında Mersin'de çalışan 460 sağlık çalışanıyla anket çalışması olarak uygulanmıştır. Katılımcılara, Anne C. Wagner ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilen ve Ceylan ve Yangın tarafından 2022 yılında Türkçe'ye uyarlanan "Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Damgalama Ölçeği" ile bilgi düzeylerini ölçen bir anket uygulanmıştır. Anket, e-anket olarak Google Forms® platformu üzerinden 90 gün boyunca açık kalmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %97,8'inin en az bir damgalayıcı tutumu onayladığı saptandı. Yaş arttıkça HIV/AIDS hakkında stereotipleme, ayrımcılık ve önyargı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların %48,8'inin HIV/AIDS'in tedavi edilen bir hastalık olmadığını düşünmesi dikkat çekmektedir. Mesleki deneyim ile stereotipleme, ayrımcılık, önyargı düzeyi arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dahili branşta çalışanların bilgi düzeyi puanları cerrahi branşta çalışanların bilgi düzeyi puanlarından anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Daha önce HIV/AIDS hastalarına bakım veren çalışanların bilgi düzeyi puanları bakım vermeyen çalışanların bilgi düzeyi puanlarından anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Hemşirelerin stereotipleme düzeyi, hekimlerin stereotipleme düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları Mersin'deki sağlık çalışanları için önemli çıkarımlara sahiptir. Mersin'deki doktor ve hemşirelerin çoğunluğunun en az bir damgalayıcı tutuma sahip olduğunu göstermiştir. Bu tutum HIV ile yaşayan bireylerin profilaksi tedavilerinin kaçırılmasına, testlerin gecikmesine, teşhislerin atlanmasına, tedavi programlarına katılımın azalmasına, sağlık durumunun gizlenmesine neden olabilmektedir. Çalışmamızın sonuçları Mersin'deki sağlık çalışanları için önemli çıkarımlara sahiptir. Mersin'deki doktor ve hemşirelerin çoğunluğunun en az bir damgalayıcı tutuma sahip olduğunu göstermiştir. Bu tutum HIV ile yaşayan bireylerin profilaksi tedavilerinin kaçırılmasına, testlerin gecikmesine, teşhislerin atlanmasına, tedavi programlarına katılımın azalmasına, sağlık durumunun gizlenmesine neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), damgalama, sağlık çalışanları

[PS-030]

Ateş Etiyolojisi Araştırılmak İçin Yatırılan Hastadaki *Coxiella burnetii* Enfeksiyonu

Murat Yılmaz, Hüseyin Öztürk, Enes Dalmanoğlu
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş: *Coxiella burnetii*, zorunlu hücre içi Gram-negatif bir bakteri olup, neden olduğu Q ateşi tüm dünyada görülen zoonotik bir hastalıktır. Hastalık etkeninin rezervuarı çiftlik hayvanlarıdır (sığır, koyun, keçi), ancak diğer evcil hayvanlar (kedi, köpek, tavşan), kuşlar ve kenelerde olabilmektedir. Hastalığın başlıca bulaş yolu enfekte damlacıkların inhalasyon yoluyla alınmasıdır. Q ateşinin tanısı başlıca serolojik testlerle yapılır ve serolojik tanıda referans metod immüno floresan antikor (IFA) yöntemidir. Bu çalışmada, ateş nedenini saptamak amacıyla yatırılan bir hastada tespit edilen *Coxiella burnetii* enfeksiyonu sunulmuştur.

Olgu: Elli dört yaşında erkek hasta, enfeksiyon hastalıkları polikliniğine 10 gündür olan ateş, baş ağrısı, halsizlik ve kilo kaybı (1 ay içinde 20 kilo) şikayetleri ile başvurdu. Hastanın bilinen romatoid artrit tanısı ve serebrovasküler hastalık öyküsü nedeniyle metotreksat, prednol ve asetilsalisilik asit kullanımı mevcuttu. Hastanın genel durum orta, bilinç açık koopere ve oryante idi. Ateş; 37,5 °C, nabız; 114/dakika, kan basıncı; 120/90 mmHg olup fizik muayenesinde patolojik bulgu tespit edilmedi. Hasta ateş etiolojisi araştırılması sebebiyle enfeksiyon hastalıkları servisine yatırışı yapıldı. Hastadan çift set kan kültürü alındı. Ateş etiolojisi araştırılırken enfektif endokardit ekartasyonu açısından kardiyo logjiye konsülte edildi. Yapılan transtorasik ekokardiyografide şüpheli vejetatif görünüm izlendi ve transözefagiyal ekokardiyografi randevusu alındı. Hastaya ampirik olarak doğal kapak endokarditi ön tanısı altında vankomisin ve seftriakson tedavisi başlandı. Bu esnada bruselloz ve Q ateşi ile ilgili tetkikler istendi. Q ateşine yönelik serum örnekleri alınarak T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarı'na gönderildi. Rose Bengal negatif, *Brucella* immüno globülin M ve IgG (ELISA) negatif saptandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. *Coxiella burnetii* (Q ateşi) IFA IgG (faz I) negatif ve *Coxiella burnetii* (Q ateşi) IFA IgG (faz II) 1/256 pozitif saptanmıştır. Sonrasında yapılan transözefagiyal ekokardiyografide kapakta vejetasyon saptanmadı ve bunun üzerine hastanın vankomisin, seftriakson tedavisi stoplandı. Hastaya olası Q ateşi tanısı altında doksisisiklin 2*100 mg tb başlandı. Hastadan 2 hafta sonra alınan tetkiklerde *Coxiella burnetii* (Q ateşi) IFA IgG (faz II) 1/1024 pozitif saptandı. Hastaya doğrulanmış Q ateşi tanısı konuldu ve tedaviden sonra şikayetlerinde gerileme olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Nedeni bilinmeyen ateş veya değişik organ tutulumu olan hastalarda Q ateşi serolojisi izlenerek tanı ve tedavisinin yapılması açısından hekimlerin farkında olması gerekir.

Anahtar Kelimeler: *Coxiella burnetii*, Q ateşi, Q ateşi serolojisi

[PS-031]

Kontamine Su Kaynaklı Orofaringeal Tularemi Olgusu**Fahriye Melis Gürsoy Kurtoğlu***Mamak Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*

Giriş: Tularemi, Gram-negatif kokobasil olan *Francisella tularensis* enfeksiyonu sonucu gelişmektedir. Özellikle kuzey yarımkürede salgınlara yol açan zoonotik bir hastalıktır. İnsanlara enfekte hayvanların yenmesi, enfekte doku-vücut sıvılarıyla temas, arthropod ısırması ile bulaşmakta olup ülkemizde en sık kontamine gıda, su tüketimiyle bulaşır. Etkenin subtipine, vücuda giriş yerine, tedaviye başlama zamanına göre değişken klinik seyir gösterir. Ülkemizde 2005-2019 yılları arasındaki tularemi olgu verilerine göre İç Anadolu Bölgesi 2.842 olgu ile en fazla görülen coğrafi bölge olup insidans hızı (yüz binde) 4,69 ile Sivas ili 8. sırada yer almıştır. Olgumuzda su kaynaklı orofaringeal tularemi olgusunu bildirerek ve epidemiyolojik öykünün önemini vurgulayarak ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bu hastalık konusunda farkındalık oluşturmaya amaçladık.

Olgu: Bilinen hastalık öyküsü olmayan 52 yaşında kadın hasta 10 gün önce kulak-burun-boğaz polikliniğine dökümanate ateş, boğaz ağrısı ve boyun sağ tarafında şişlik şikayetiyle başvurmuş. Amoksisilin-klavulanat reçete edilmiş. Şikayetlerinin geçmemesi nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde öncesinde hayvancılık öyküsü vardı. Vektör-kene, fare temas

öyküsü yoktu. Yirmi gün kadar önce Sivas'ın Gürün ilçesinde Karaören köyünde bulunan hasta depo kaynaklı su tüketmişti. Fizik muayenesinde orofarinks hiperemik, tonsiller hipertrofikti. Sağ submandibulerde belirgin palpabl, ağrılı, mobil ve lenfadenopati uyumlu şişlik mevcuttu. hastaya ait laboratuvar tetkikleri Tablo 1'deki gibiydi. Hastaya doksisisiklin 2x100 mg tedavi başlandı. İstenen *Brucella*-Wright testi, Rose Bengal, *Franciella tularensis* aglütinasyon (FTA) testi negatif sonuçlandı. Bir hafta sonraki kontrollerinde C-reaktif protein 6 mg/l sonuçlanmış, şikayetleri gerilemiş ve tedaviye klinik yanıtı mevcuttu. Kontrol başvurusunda hastanın Sivas'ta bulunduğu bölgede kendisinden sonra benzer şikayetleri olan yakınlarının olduğunu belirtmesi üzerine hastadan ilk alınan testten 14 gün sonra istenen FTA testi 1/320 titrede pozitif saptandı. Sağlık müdürlüğü ile iletişime geçildiğinde köyde 3 olgu tespit edilmesi sonrası yapılan fiyasyonda kaynak olarak su deposu olarak belirlendiği sözöl olarak tarafımıza iletili. Hastanın toplam tedavisi 21 güne tamamlandı. Tedavi sonrası kontrollerinde boyunda şişlik şikayeti azalan ama devam eden hastadan istenen boyun ultrasonografisinde sağda 21x14 mm ölçülen bazıları ekojenik hilusları seçilen oval konfigürasyonlu yer yer nekrotik görünümlü lenf nodları görüldü. Hastanın bu açıdan kulak-burun-boğaz ve enfeksiyon polikliniğinde takibi devam etmektedir.

Sonuç: Ülkemizdeki tularemi olguları sıklıkla kontamine olmuş içme sularından kaynaklanmaktadır. Olgular özellikle beta-laktam grubu antibiyotik tedavilerine yanıt vermeyen lenfadenopatiyle başvuran hastalarda tularemi ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tularemi, orofaringeal

Tablo 1. Hastanın başvurusundaki laboratuvar değerleri

C-reaktif protein (CRP)	Kreatinin	Lökosit	Nötrofil	Platelet	Hemogloblin	Sedimentasyon
86 mg/l	1,06 mg/dl	10,07 X10 ³ /ul	5,4 X10 ³ /ul	418 X10 ⁹ /l	13,8 g/dl	7 mm/saat

[PS-032]

Ekstrapulmoner Tüberküloz: Çoklu Organ Tutulumunun Tanısal Zorlukları ve Metastatik Kanser Taklidi

Ezgi Erdal Karakaş, Zeynep Köse Akkoç, Sibel Altunışık Toplu, Funda Memişoğlu

İnönü Üniversitesi, Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Tüberküloz (TB), vücudun birçok organını etkileyebilen ve çeşitli hastalıkları taklit edebilen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam eden yaygın bulaşıcı hastalıklardan biridir. Sağlık teknolojilerindeki ilerlemeler ve tanı yöntemlerindeki gelişmelere rağmen, TB'nin teşhisi klinik pratikte hala zorluklar yaratmaktadır. Bu olgu sunumunda, başlangıçta malignite şüphesiyle değerlendirilen, ancak detaylı incelemeler sonucunda ekstrapulmoner TB tanısı konan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış yaşında erkek hasta, yaklaşık 3 aydır devam eden ateş, gece terlemeleri, kilo kaybı ve karın bölgesinde şişlik şikayetleriyle genel cerrahi polikliniğine başvurmuştur. Hastanın bilinen herhangi bir hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktadır. Yapılan tam kan tetkikleri, karaciğer-böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda bulunmuştur. TB-IGST indeterminate olarak sonuçlanmıştır. Çekilen kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi raporunda, batin tüm kadrantlarında, en derin bölgede 13 cm'ye kadar ulaşan ve özellikle alt kadrantlarda belirgin olan, mai dansitesinde yaygın peritoneal kalınlaşma gözlemlenmiş olup, bu bulgular primer mezotelyoma ya da sekonder metastatik tutulum gibi malign peritoneal patolojileri düşündürmüştür. Ayrıca, hemitoraksta en kalın bölgede 3,5 cm'ye kadar ulaşan, yoğun içerikli loküle mai dansitesi ve komşuluğunda yer yer düzensiz plevral kalınlaşma ve kontrastlanmalar saptanmıştır. Hastaya diagnostik laparotomi yapılmış ve alınan örneklerden yapılan TB polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), asidorezistan basil (ARB) kültürü negatif sonuçlanmıştır. Patoloji sonucunda ise granülomatöz peritonit bulgularına rastlanmış, granülomlardan birinde küçük kazeifikasyon nekrozu benzeri bir odak tespit edilmiştir. Tanıyı netleştirebilmek amacıyla sol akciğerdeki ampiyemden alınan örnekte, ADA düzeyi 10,4 U/l olarak ölçülmüş, TB PCR ve ARB testleri ise pozitif bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda hastaya, ekstrapulmoner TB ön tanısı ile dörtlü anti-TB tedavisi (HRZE) başlanmıştır.

Sonuç: TB, çoklu organ tutulumuyla seyredebilen bir hastalık olup, bu durum metastatik kanseri taklit edebilir ve tanıyı zorlaştırabilir. Yanlış negatif sonuçların oranı önemli ölçüde yüksek olup, bu nedenle mikrobiyolojik ve histolojik örneklerin tekrarlanması esastır. Yüksek klinik şüphe ile kombine araştırma yöntemlerinin uygun bir şekilde kullanımı, erken tanıyı koymada yardımcı olur ve böylece hastalığa bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner tüberküloz, malignite

[PS-033]

Artriti Olan Tularemi; Bir Olgu Sunumu

Esma Kepenek Kurt, Aslınur Erzine

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Tularemi, aerobik ve seçici Gram-negatif bir bakteri olan *Francisella tularensis*'in neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur. Burada üls eroglandüler tularemi tipi olup ek olarak ellerde döküntüsü ve sağ diz ekleminde artriti olan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Altmış dört yaşında kadın hasta bulantı, kusma, 37,5 °C ateş, boğaz ağrısı, halsizlik, boynun sol tarafında şişlik olması, penisilin kullanmasına rağmen ellerinde kızamık ağrılı lezyonlarda oluşması üzerine lenfadenopati etiyoloji araştırılması amacıyla yatırıldı. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve hiperkolesterolemi mevcuttu. Genel durumu orta-iyi, vital bulguları normaldi. Fizik muayenede sol tonsilde kriptik lezyon; sol servikal bölgede ele gelen hareketli fluktuasyon vermeyen ağrılı lenfadenopati (Şekil 1), ellerinin palmar ve dorsal yüzlerinde eritemili ağrılı makülopapüler döküntüleri mevcuttu. Laboratuvar parametrelerinde beyaz küre sayısı 13,44*10³/µl, nötrofil sayısı 7,55*10³/µl, hemoglobin 12,1 g/dl, trombosit sayısı 482*10³/µl, Sedimentasyon hızı 53 mm/h ve C-reaktif protein 117 mg/l saptandı. Servikal ultrasonografide (USG) "Sol servikal seviye 3'de yaklaşık 15*25 mm ebatlı, ince hilus yapıları seçilen, kalın ve heterojen lenf nodları" izlendi. Hastanın ellerindeki lezyonları dermatoloji tarafından "Sweet sendromu, Eritama Multiforme" düşünülerek takip önerildi. Hastanın takibinde sağ dizinde ağrı ve şişlik gelişmesi üzerine çekilen USG'de "Diz eklemi çevresinde en derin yerinde 1,5 cm ulaşan septasyonlar ve seviyelenme gösteren yoğun içerik izlenen sıvı lokülasyonu" saptandı. Artrit ön tanısıyla ortopedi bölümü tarafından sağ diz eklemine yapılan poksiyonda 50 cc pürülan mayi geldi. Eklem mayisinde 17,452 mm³ lökosit, Gram-boyamada Bol lökosit görüldü, bakteri görülmedi. Drenaj mayi kültüründe üreme olmadı. Hastanın kan serumundan çalışılan tularemi mikroaglutinasyon testi (MAT) sonucu 1\320 pozitif geldi. Tularemi tanısı konuldu. Geriye dönük anamnezinde hastanın şikayetleri başlamadan önce yakın zamanda fare yuvalarına çıplak elle siva yaptığını öğrenildi. Streptomisin 1*1 gr im ve doksisisiklin 2*100 mg po başlandı. Hastanın sağ dizindeki artriti için tularemiye bağlı septik artrit düşünülerek ortopedi bölümü tarafından opere edildi. Eklem doku patolojisinde "pyojenik enflamasyon ve nekroz odakları" saptandı. Takiplerinde ellerindeki lezyonları, artriti, servikal lenfadeniti ve tonsiliti gerileyen hasta streptomisin 27 gün, doksisisiklin 60 güne tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Non-spesifik antibiyotiklere cevap vermeyen boyun lenfadenopatilerinde tularemi akla gelmelidir. Bu olguda tulareminin diz eklem artriti ve ellerde döküntü yapabileceği de görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tularemi, lenfadenopati, artrit



Şekil 1. Hastanın boyun lenfadenopatisi

[PS-034]

Böbrek Nakli Sonrası CMV Enfeksiyonu: Düşük Doz Valgansiklovir ile Profilaksi Deneyimlerimiz

Gülnur Kul¹, Pelin Beyza Ünal¹, Emel Işıktaş Sayılar²,
Gürkan Değirmencioğlu³, Ebru Oruç¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Nefroloji Bölümü, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Solid organ naklinden sonra sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu oldukça sık görülen ve alıcıda morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir etkenidir; 1. Antiviral ajanlarla genel profilaksi CMV hastalığı insidansını ve CMV hastalığının endirekt etkilerini azaltmaktadır; 2. Profilakside düşük doz valgansiklovirin tercih edilmesiyle hem yan etki azalmakta hem de CMV enfeksiyonu ve hastalığı görülme oranında herhangi bir değişiklik görülmemiştir. 3.-5. çalışmamızda düşük doz valgansiklovir profilaksisi uygulanan hastalarımızı sunacağız.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 01.10.2023-17.02.2025 tarihleri arasında böbrek nakli yapılmış olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait demografik veriler, laboratuvar sonuçları hastane yönetim sisteminde elde edildi.

Bulgular: Çalışmamızda hastanemizde böbrek nakli yapılan 62 hastanın verileri incelenmiştir. Hastaların 23'ü kadın olup yaş ortalaması 42 yıl (21-74) idi. Nakil endikasyonları değerlendirildiğinde; dokuz hastada hipertansiyon, yedi hastada diabetes mellitus, yedi hastada fokal segmental glomerüle skleroz, beş hastada immünoglobülin A (IgA) nefropatisi, 10 hastanın diğer nedenler ve 13 hastanın etiyolojisi bilinmiyordu. Vericilerin 51'i canlı 11'i kadaverik donördü. Nakil öncesi kronik böbrek yetmezliği replasman tedavileri 51 hastada hemodiyaliz 11 hastada periton diyaliziydi. Ortalama beş yıl süreyle replasman tedavisi alan hastalardı. Alıcı CMV IgG sonuçlarında iki hastada CMV IgG negatif, 51 canlı vericinin birinde CMV IgG negatif saptanmıştır. Nakil sonrası düşük doz (1x450 mg oral) valgansiklovir tedavisi üç ay süreyle tüm hastalara verilmiştir. Nakil sonrası takiplerinde yalnızca üç hastada CMV hastalığı gelişmiştir. Bu hastalardan biri yüksek riskli olup (D+/R-) diğer ikisinde donör ve alıcı CMV IgG pozitifdir. Hastalar kolit, pnömoni ve viremi tanılarıyla takip edilmiştir. CMV reaktivasyonu nakilden ortalama yedi ay sonra gözlenmiştir. Takiplerinde hastalara uygun antiviral tedavileri verilmiş olup birinde CMV hastalığı sırasında pulse steroid tedavisi uygulanmış ve immünosüpresif tedavinin dozu azaltılmıştır.

Sonuç: Düşük doz valgansiklovir, böbrek nakli sonrası D+/R+ orta riskli hastalarda CMV profilaksisinde etkin ve iyi tolere edilen bir seçenek olabilir. Bu yaklaşım, antiviral etkinliği korurken potansiyel yan etkileri azaltma avantajı sunmaktadır. CMV enfeksiyonunu önlemede düşük doz kullanımının uzun vadeli etkinliği ve güvenliği konusunda daha geniş kapsamlı, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu, valgansiklovir

[PS-035]

Gebelikte Suçiçeği Enfeksiyonu; Bir Olgu Sunumu

Esma Kepenek Kurt, Rukiyye Bulut, Fatma Ayçiçek, Pınar Belviranlı Keskin, Bahar Kandemir, İbrahim Erayman

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Varicella zoster virüs (VZV) çoğunlukla çocukları etkileyen, ateşin eşlik ettiği, yaygın, ağrılı, kaşıntılı makülopapüler, veziküler ve püstüller döküntülerle karakterize, kendini sınırlayan viral bir enfeksiyondur. Oldukça bulaşıcıdır, damlacık yoluyla veya direkt veziküler sıvı temasıyla bulaşmaktadır. Gebelikte primer suçiçeği enfeksiyonu insidansı düşüktür. Gebelikte suçiçeği nadir olmasına rağmen maternal varicella pnömonisi, fetal varicella sendromu ve yenidoğanın varicella hastalığı gibi hem anne hem fetus için ciddi komplikasyonlara sebep olabilir. Anne için ciddi hastalık riski gebeliğin ikinci yarısında daha yüksek iken fetus için konjenital enfeksiyon riski ilk veya ikinci trimesterde daha yüksektir. Burada suçiçeği enfeksiyonu tanısı alan 8 haftalık gebe olgu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında 8 haftalık gebe olan hasta, hastaneye yatışından yaklaşık 3 gün önce yüzünde başlayan sonra tüm vücuda yayılan kızarıklık, yer yer sulantılı döküntü şikayetiyle başvurdu. Döküntüler başlamadan yaklaşık bir hafta önce ciddi üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Orofarenkste hiperemi, yumuşak damakta veziküller ve ülserasyonlar mevcuttu. Benzer lezyonlar labium minör ve majörde de bulunmaktaydı. Tüm vücutta, eritemli zeminde, polimorfik, sarı kırmızı kurutlu papüloveziküller ve papülopüstüller lezyonlar mevcuttu (Şekil 1). Çocukluk çağı aşılı tam olan hasta suçiçeği enfeksiyonu tanısı ile enfeksiyon servisine yatırıldı. Fizik muayenesinde vital bulguları ve sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar parametrelerinde C-reaktif protein 30,46 mg/l, beyaz küre sayısı $10,13 \times 10^3/\mu\text{l}$, alanin aminotransferaz 34,8 U/l, aspartat aminotransferaz 35,7 U/l olarak görüldü. Serolojik testlerinde VZV immünoglobülin M (IgM) pozitif saptandı. Solunum yolu izolasyonu yapılan hastaya asiklovir 5x800 mg tablet başlandı. Varicella zoster immünoglobülin verilmesi planlandı ancak tedarik edilemedi. Olgu günlük kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonları ile fetal kalp atımları ve sağlığı açısından izlendi. Biyokimyasal parametreleri normale dönen hastanın asiklovir tedavisi 10 güne tamamlanarak kesildi, sağlıklı bir şekilde taburcu edildi. Gebeliğin 18. haftasında amniyotik sıvıdan VZV deoksiribonükleik asit incelemesi yapıldı. VZV polimeraz zincir reaksiyonu sonucu negatif saptandı. Obstetrik ultrasonografide amniyon sıvısı ve fetal biyometri normaldi. Mikrocefali, ekstremitte hipoplazisi, intrauterin büyüme geriliği gözlenmedi. Doğumdan sonra annenin ve bebeğin sağlık durumu iyiydi.

Sonuç: Gebeliğin ilk trimesterinde suçiçeği tanısı alan komplikasyon gelişmeden tedavi edilen olgu, nadir olması ve tedavi planının hem bebek hem anne için sağlıklı bir şekilde yönetiminin vurgulanması amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, suçiçeği



Şekil 1. Hastanın yüz bölgesindeki lezyonları

[PS-036]

Tavşan Teması Sonrası Gelişen *Bartonella henselae* Enfeksiyonu Olgusu

Ferhat Arslan, Betül Güler, Muhammet Gökçehan Ateş, Birgül Kaçmaz, Serdar Gül, Ayşegül Tuna

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

Giriş: Kedi tırmığı hastalığı (KTH), genellikle bölgesel lenfadenopati (LAP) ile seyreden, nadiren organ ve sinir tutulumları görülen bulaşıcı bir hastalıktır. Etken, Gram-negatif bakteri *Bartonella henselae*'dir (*B. henselae*). Rezervuarları evcil hayvanlar ve vahşi hayvanlar olup, pireler aracılığıyla bulaşır. Tavşan teması sonrası gelişen ve sol koltuk altında ağrı, şişlik, ateş ile kilo kaybı şikayetleri bulunan KTH olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk dört yaşında, avcılık öyküsü olan erkek hasta, sol dirsek iç yüz ve koltuk altında 3 gündür devam eden ağrı, şişlik ve kızarıklık şikayetleriyle başvurdu (Şekil 1). Anamnezde, 2 hafta önce avladığı tavşanı temizlediği, kedi teması olmadığı ve 1 hafta boyunca amoksisilin/klavulanat kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede, sol aksiller bölgede eritem ve ısı artışı ile birlikte koltuk altı lenf nodu palpe edildi. Vital bulgularda ateş $38,2^\circ\text{C}$ olarak ölçüldü. Fizik muayenede, sol aksiller bölgede ağrılı ve hassas lenf nodları, sol dirsekte ödem, eritem ve hassasiyet saptandı. Omuz eklem hareketleri kısıtlı olup hareketle hassasiyet artışı mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın başvuru sırasında laboratuvar değerlerinde lökosit sayısı: $6,4 \times 10^3/\mu\text{l}$ (%77 nötrofil), trombosit: $97 \times 10^3/\mu\text{l}$, hemoglobin: 14,3 g/dl, C-reaktif protein: 303 mg/l, alanin aminotransferaz: 61 ul, aspartat aminotransferaz: 90 ul böbrek fonksiyon testleri ise normal olarak bulunmuştur. Sol koltuk altındaki şişlik için yapılan yüzeyel USG'de, en büyüğü 32×12 mm olan, korteksi belirgin birkaç LAP saptandı. tularemi, Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) ve KTH ön tanıları ile hasta servise yatırıldı. Solunum paneli RT-polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), tularemi MHA, KKKA RT-PCR ve *B. henselae* IFA-IgG testleri istendi. Piperasilin/tazobaktam ve siprofloksasin tedavisi başlandı. Koronavirüs hastalığı-2019 PCR testi pozitif olan hastanın başvuru sırasında alınan kültürlerinde üreme olmadı. KKKA

PCR, tularemi MHA testi, *B. henselae* IFA-IgG testleri negatif sonuçlandı. Hasta tedavisinin 7. gününde amoksisilin/klavulonat + ciprofloksasin ile taburcu edildi. Tedavisinin 14. gününde poliklinik kontrolünde tularemi MHA testi, *B. henselae* IFA-IgG testleri tekrarlandı. *B. henselae* IFA-IgG 1/128 titrede pozitif olarak sonuçlandı. LAP'larda gerileme olmaması üzerine tedavisine 5 günlük azitromisin eklendi. Kontrol muayenesinde aktif şikayeti olmayan hastanın kontrol USG'sinde LAP'ları geriledi.

Sonuç: Yabani hayvanlarla temas öyküsünün KTH'de göz önünde bulundurulması, KTH'nin erken ve doğru tespiti, uygun antibiyotik tedavisine başlamak için önemlidir. Kedi temas öyküsü olmayan kişilerde tavşan temasına bağlı KTH olabileceği özellikle nadir rezervuarlardan olan tavşan teması akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kedi tırnağı hastalığı, tavşan, *Bartonella henselae*



Şekil 1. Sol axiller lenf nodları, sol dirsek bursiti

[PS-037]

Agorafobi ve Serebral Toksoplazmoz ile Başvuran AIDS Olgusu

Selen Gülgen, Merve Aytekin, Gökhan Aytekin, Habibe Tülin Elmaslar Mert, Hüsnüye Figen Kuloğlu, Filiz Akata

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Edirne

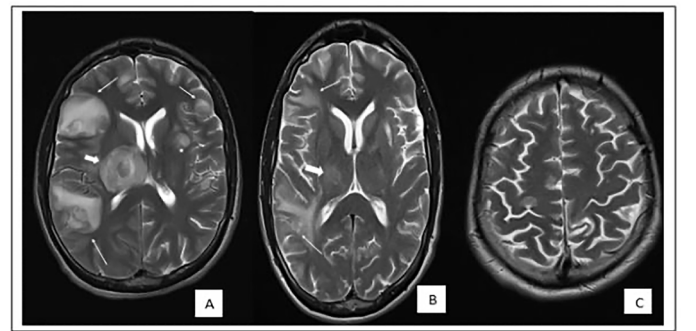
Giriş: Toksoplazmoz, uygun profilaksi almayan AIDS hastalarında en sık görülen merkezi sinir sistemi enfeksiyonudur. koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) pandemisi nedeniyle anti-retroviral tedaviyi (ART) ve takiplerini bırakan hastanın AIDS tablosu, toksoplazma reaktivasyonu ve agorafobi kliniğiyle başvurusuna dikkat çekmek istedik.

Olgu: Genel durum bozukluğu ve jeneralize tonik-klonik nöbet şikayetleri ile başvuran 27 yaşında erkek hastanın, 28.06.2019 tarihinde dış merkezde insan immün yetmezlik virüsü (HIV) pozitif olduğu saptanmış. Hastaya tenofovir disoproksil fumarat/emtricitabin/dolutegravir (TDF+FTC+DTG) tedavisi başlanmış ilk altı aylık takipten sonra COVID-19 pandemisi nedeniyle kontrollerine gidememiş, bu dönemde

çevrimiçi psikiyatrik görüşmeler ile agorafobi tanısı alarak çeşitli tedaviler kullanmış ancak semptomlarında iyileşme sağlanamamış. Hastanın 20.12.2021 tarihinden itibaren ART almadığı belirlendi. 28.11.2024 tarihinde başvuru esnasında fizik muayenesinde bilinci açık, oryantasyon-kooperasyonu kısıtlıydı. Ağız içinde kandida plakları saptandı, diğer sistem muayeneleri olağandı. Kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde her iki hemisferde multipl nodüler lezyonlar tespit edildi. Radyolojik olarak serebral toksoplazmoz ile uyumlu bulundu (Resim 1A). Lomber ponksiyon sonucunda beyin omurilik sıvısında (BOS) 2 hücre/mm³, protein 151 mg/dl, BOS şekeri 63 mg/dl ve kan şekeri 95 mg/dl saptandı. Hasta serebral toksoplazmoz ön tanısıyla yatırıldı. Laboratuvar incelemelerinde HIV-RNA 8.431.000 IU/ml CD4 9 hücre/mm³ (%2,3) saptandı. Halk Sağlığı Referans Laboratuvarı'ndan istenen serolojik tetkikler tabloda belirtilmiştir (Tablo 1). Hastaya TDF+FTC+DTG, trimetoprim/sülfametaksazol (TMP-SXT), deksametazon ve flukonazol tedavisi başlandı. Klinik yanıt alınmasını takiben, ikinci hafta kraniyal MR'de lezyonların gerilediği saptandı (Resim 1B). Hasta taburcu edildi. Birinci ay poliklinik kontrolünde CD4 30 hücre/mm³ (%5), HIV-RNA 570 IU/ml olarak belirlendi. Dekametazon kademeli olarak kesilirken TMP-SXT ve ART tedavisine devam edildi. Hasta dışarı çıkmakta artık zorluk çekmediğini belirtti. İkinci ay kontrolünde CD4 69 hücre/mm³ (%6,63), HIV-RNA 313 IU/ml saptandı ve kontrol kraniyal MR'da lezyonların tama yakın regresyon gösterdiği izlendi (Resim 1C). Altı haftalık TMP-SXT tedavisinin ardından sekonder profilaksi başlandı.

Sonuç: Toksoplazmoz, HIV/AIDS hastalarında sık görülen fırsatçı enfeksiyonlardan biridir ve en sık ensefalit tablosu ile prezente olmaktadır. Toksoplazma reaktivasyonu olasılığı CD4 <100 hücre/mm³, toksoplazma seropozitif, etkili profilaksi ve ART almayan hastalarda %30'a çıkmaktadır. Bu olguda üç yıl aradan sonra uygun ART ve serebral toksoplazma tedavisi ile agorafobi bulguları tamamen gerilemiştir. Anksiyolitik ilaç kullanımına gerek kalmamıştır. Hastaların düzenli takibi, tedavisi ve ilaç uyumu fırsatçı enfeksiyonların önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Agorafobi, toksoplazmoz, AIDS



Resim 1. Tedavi ile radyolojik değişim. A) Başvuru sırasında, B) tedavinin ikinci haftası, C) tedavinin ikinci ayı

Tablo 1. Laboratuvar tetkikleri

Tarih	Anti-toksoplazma IgM	Anti-toksoplazma IgG	Serum toksoplazma gondii Sabin Feldman	Serum Cryptococcus neoformans antijeni	BOS toksoplazma gondii PCR	BOS toksoplazma gondii Sabin Feldman
28.11.2024	Negatif	Pozitif	1/16	Negatif	Negatif	Negatif

BOS: Beyin omurilik sıvısı, PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu, Ig: Immüoglobülin

[PS-038]

Karın Ağrısı ve Mezenterik Pannikülit Kliniğiyle Başvuran Bruselloz Olgusu

Salih Emre, Seda Kabukcu

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

Giriş: *Brucella* türlerinin neden olduğu bruselloz ülkemizde endemik bir hastalıktır. Farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilir ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekir. Sık görülen semptomları ateş, halsizlik, eklem ağrılarıdır. Farklı organ ve sistem tutulumları sonucu hastalar çeşitli şikayetlerle başvurabilir. Bu yazıda karın ağrısı şikayetiyle başvuran, batin tomografisinde mezenterik pannikülit saptanan ve bruselloz tedavisi sonrası şikayetleri düzelen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Otuz yedi yaşında erkek hasta 1,5 aydır devam eden karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurmuş. Özgeçmişinde 1 yıl önce geçirilmiş miyokard infarktüsü, 15 yıl önce geçirilmiş bruselloz öyküsü varmış. Ateşi olmayan hastanın ishal, bulantı ve kusma şikayetleri de olmamış. Acil serviste vital bulguları stabil olan hastanın muayenesinde batin sağ ve sol alt kadrantlarda hassasiyet saptanmış, defans ve rebound yokmuş. Kan tetkiklerinde lökosit sayısı 15500/mm³, C-reaktif protein (CRP) 92 mg/l saptanmış. Diğer biyokimyasal testler normal sınırlarda çıkmış. Çekilen kontrastsız batin tomografisi "Mezenter kökü düzeyinde ödem - enflamasyon ile uyumlu dansite artışları izlendi(Pannikülit?)" olarak raporlanmış (Şekil 1). Genel cerrahiye konsülte edilen hastaya siprofloksasin, metronidazol ve analjezik önerilmiş, poliklinik kontrolüne çağırılmış. Bu tedavilerle şikayetleri gerilemeyen hasta 20 gün sonra enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Karın ağrısı devam eden hastanın ek şikayeti yoktu. Genel durumu iyi, vitaller stabildi. Muayenede batin alt kadrantlarda hassasiyet mevcuttu. Hayvancılıkla uğraşan hastanın çiğ süt ve taze peynir tüketimi yoktu. Geçmişte bruselloz tedavisi gördüğü için ek olarak *Brucella* serolojisi istendi. Rose Bengal testi pozitif, *Brucella* aglütinasyonu (Wright testi) testi 1/2560 pozitif, 2-Merkaptoetanöl testi 1/320 pozitif saptandı. Bruselloz tanısı konan hastaya 6 haftalık doksisiklin-rifampisin tedavisi başlandı. Tedaviyle şikayetleri düzelen hastanın tedavi sonu bakılan tetkiklerinde lökosit sayısı 8100/mm³, CRP <3 mg/l olarak görüldü.

Sonuç: Sonuç olarak, bu olgu, brusellozun çeşitli klinik tablolarla ortaya çıkabileceğini ve hastaların karın ağrısı gibi özgül olmayan şikayetlerle başvurabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, mezenterik pannikülit, karın ağrısı



Şekil 1.

[PS-039]

Nocardia Ventrikülit Olgu Sunumu

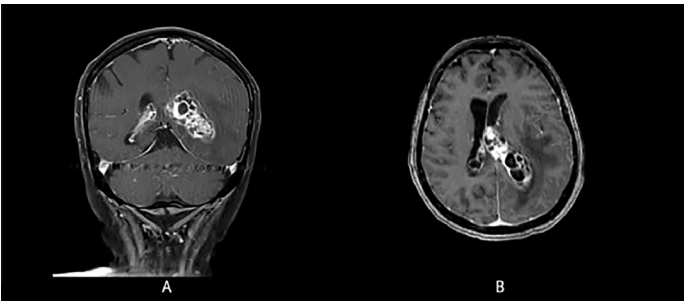
Hatice Hicret Öner Demetgül¹, İlem Karaca², Gülşen Hazırolan³, Gülşah Çetin⁴, Mustafa Berker⁴, Ömrüm Uzun¹¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: *Nocardia* spp.'nin neden olduğu ventrikülit, merkezi sinir sisteminin nadir ama yaşamı tehdit eden bir enfeksiyondur. Bildiğimiz kadarıyla, *Nocardia otitidiscaviarum*'un neden olduğu ventrikülit hiç bildirilmemiştir. *Nocardia* ventrikülit tanısı alan bir olgu tarif ediyoruz.

Olgu: Bilinen idiyopatik trombositopenik purpura tanısı ile steroid kullanım öyküsü olan 64 yaşında kadın, acil servise konfüzyonla başvurdu. Santral sinir sistemi görüntülemesinde sol koroid pleksusta ventrikülit düşündürülen belirgin genişleme ve kontrast tutulumu saptandı. Meropenem ve vankomisin eş zamanlı deksametazon tedavisi ampirik olarak başlandı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde düşük glukoz ve yüksek protein saptandı, mikroorganizma üremedi. Üç gün sonra Glasgow Koma Skalası (GKS) skoru 5'e düştü ve hasta acil operasyona alındı. Ameliyat sırasında elde edilen irin mikrobiyolojik incelemesi ve kültürü *Nocardia otitidiscaviarum* olarak rapor edildi. Vankomisin kesildi ve yüksek doz meropenem intravenöz trimetoprim/sülfametaksazol (TMP-SMX) eklendi. Hastanın klinik durumu değişmeden kaldı. Antibiyotik duyarlılık testi sonuçlandığında Meropenem durduruldu ve günde iki kez 600 mg intravenöz linezolid başlandı. Ertesi gün GKS 3'e düştü ve bir Dış Ventriküler Drenaj (EVD) yerleştirildi. Amikasin tedavi rejimi (30 mg/gün) EVD yoluyla eklendi. Linezolid serum düzeyi terapötik sınırlarda (7,4 mg/l) olmasına rağmen, trombositopeni gelişti. Linezolid durduruldu. Trombosit iyileşmesinden sonra daha düşük bir dozla (günde iki kez 400 mg) başlandı ama tekrar trombositopeni ile sonuçlandı ve linezolidin kesildi. TMP-SMX ve amikasin altında, hastanın GKS'si 12 civarında dalgalandı. Hastanın durumu stabil hale geldi ve sonraki ventriküler sıvı kültürleri negatifti. Ancak takip sırasında hasta *Klebsiella pneumoniae* bakteriyemisinin neden olduğu septik şok nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: Primer piyogenik ventrikülit yetişkinlerde nadirdir. Klinik belirtiler ve BOS bulguları karakteristik değildir; bu nedenle, MR taraması tanı için çok önemlidir. SSS ilişkili nokardiyoz olgularının sistematik bir incelemesinde, hastaların üçte birinde immünyetmezlik vardı ve kortikosteroid kullanımı en yaygın risk faktörüydü. Diğer *Nocardia* spp. ile karşılaştırıldığında, *N. otitidiscaviarum* daha düşük bir prevalansa sahiptir. Tanımlamada MALDI-TOF MS klinik uygulamada yaygın olarak kullanılmaktadır. BOS'ye iyi geçişi nedeni ile tedavi rejimi TMP-SMX'i içerir. *Nocardia* türleri farklı antibiyotik duyarlılık profillerine sahip olduğundan, tedavi için antibiyotik duyarlılık testi gereklidir. *Nocardia* spp.'nin neden olduğu primer ventrikülit nadir olmakla birlikte mortalite oranı yüksektir, bu nedenle doğru antibiyotik seçimi ile tedaviye mümkün olduğunca erken başlanmalıdır. *Nocardia* tanısında şüphe, görüntüleme ve histopatolojik değerlendirme önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ventrikülit, koroid pleksit, *Nocardia*



Resim 1. Başvuru anındaki görüntüler. Manyetik rezonans T1 ağırlıklı koronal (A) ve aksiyel (B) görüntülerinde her iki lateral ventrikül dilate izlenmiş, kontrast tutulum gösteren multipl kistik lezyonlar saptanmıştır

Tablo 1. <i>Nocardia otitidiscaviarum</i> 'un antimikrobiyal duyarlılığı		
Antibiyotik	MIC değeri (µg/ml)	Yorum
Amikasin	0,25	Duyarlı
Amoksisilin-klavulonat	32	Dirençli
Imipenem	32	Dirençli
Klaritromisin	4	Orta Duyarlı
Linezolid	0,19	Duyarlı
Seftriakson	32	Orta Duyarlı
Siprofloksasin	1,5	Orta Duyarlı
Tobramisin	1,5	Duyarlı
TMP-SMX	0,064	Duyarlı
TMP-SMX: Trimetoprim/sülfametaksazol, MIC: Minimum inhibitör konsantrasyonu		

[PS-040]

Preventing Ventilator-Associated Pneumonia: Knowledge and Practices Among Critical Care Nurses in Mogadishu, Somalia “Multicentre Cross-Sectional Study”

Suad Abdikarim Isse¹, Ahmet Doğan², Tigad Abdisad Ali¹, Ali Kutta Çelik³, Fatima Nor Adam³, Jabir Abdullahi Wehlie⁴, Sowda Abdikarim Sheikh⁵, Salad Mohamud Mohamed⁶

¹Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infection Prevention Control, Mogadishu, Somalia

²Bolu Abant İzzet Baysal University İzzet Baysal Training and Research Hospital, Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Bolu, Türkiye

³Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Mogadishu, Somalia

⁴Jazeera Specialist Hospital, Clinic of Dermatology, Mogadishu, Somalia

⁵Kampala International University Teaching Hospital, Clinic of Obstetrics and Gynecology, Ishaka, Uganda

⁶Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Emergency Medicine, Mogadishu, Somalia

Introduction: Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a major cause of morbidity and mortality in intensive care units (ICUs), particularly in low-resource settings such as Mogadishu, Somalia. Understanding the

knowledge and practices of critical care nurses regarding VAP prevention is essential for improving patient outcomes. This study aims to assess the knowledge and practices of ICU nurses in Mogadishu regarding VAP prevention.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted between August 20 and November 25, 2024, across three hospitals in Mogadishu, Somalia. Data were collected using structured questionnaires targeting nurses working in neonatal, pediatric, medical, surgical, and coronary ICUs. The questionnaire assessed demographic characteristics, knowledge, and practices related to VAP prevention.

Results: A total of 134 critical care nurses participated in the study. Among them, 73% were under 30 years of age, 55.2% were female, and 73% were married. More than half of the participants were working in medical or surgical ICUs. Although ICU nurses were aware of the importance of VAP prevention, significant gaps in knowledge and adherence to preventive practices were observed. When it was evaluated whether there was a significant relationship between practice scores and demographic data, a significant relationship was found between age groups and ICU types and practice scores. A poorly positive ($r=0.281$) and significant ($p=0.01$) correlation was found between total knowledge score and practise score.

Conclusion: The study highlights critical gaps in ICU nurses' knowledge and practice of VAP prevention and associated factors in Mogadishu.

Keywords: Ventilator-associated pneumonia, intensive care unit, knowledge and practices

Table 1. Demographic parameters

Parameters		n	%
Age	<30	98	73.1
	31-40	34	25.4
	>40	2	1.5
Gender	Male	60	44.8
	Female	74	55.2
Marital status	Married	98	73.1
	Single	36	26.9
Education level	Diploma	1	0.7
	Bachelor's degree	125	93.3
	Master	8	6
Experience (year)	1-5	96	71.6
	<1	33	24.6
	>5	5	3.7
Type of ICU	Medical and surgical ICU	70	52.2
	Pediatric ICU	32	23.9
	Neonatal ICU	28	20.9
	Coronary ICU	4	3
ICU: Intensive care unit			

[PS-041]

Erken Tanılı HIV + Olguda Gelişen Baziller Anjiyomatozis ve Olası IRIS

Aysu Zafer, Selma İlkay Şahin, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu

Salgı Bilimleri Üniversitesi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

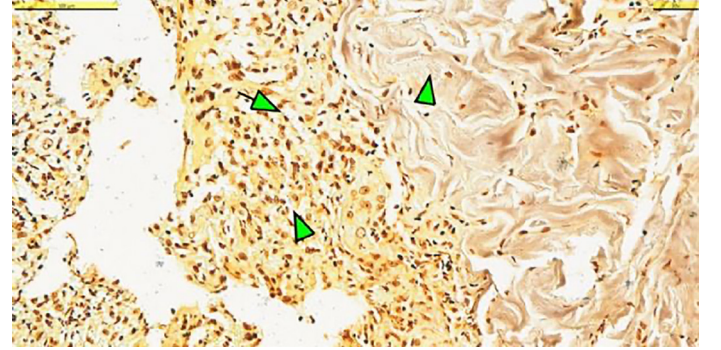
Giriş: Baziller anjiyomatozis (BA), genellikle bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde görülen ve *Bartonella* türleriyle ilişkili nadir bir enfeksiyondur. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan kişilerde sıklıkla ileri evrede, CD4 sayısı $<100/\text{mm}^3$ iken ortaya çıkar. Bu olgu sunumu, erken tanılı ve yüksek CD4 düzeyine sahip bir HIV pozitif bir kişide BA'nın ve bağışıklık yeniden yapılanma enflamatuvar sendromunun (IRIS) gelişimini ele almaktadır.

Olgu: Elli beş yaşındaki erkek hasta, 2 hafta önce genital bölgede ağrısız ülser ve gövde ile sırtta birkaç adet makülopapüler döküntü şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde bir ay önce korunmasız cinsel ilişki öyküsü vardı. İstenilen tetkiklerinde; VDRL: 1/16, TPHA: 1/280 pozitif saptanan olguya sifiliz tanısı konularak tek doz benzatin penisilin 2,4 MU IV tedavisi verildi. Eş zamanlı anti-HIV testi pozitif saptandığından doğrulama testine yönlendirildi. 2 hafta sonra kontrole gelen hastanın Western-Blot testi pozitif, HIV-RNA: 17750 ve CD4 sayısı: 516 (%31) olarak belirlendi. Hastaya HIV enfeksiyonu tanısıyla anti-retroviral terapi (ART) (biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid) başlandı. ART'nin ilk ayında, hastanın döküntüleri ekstremitelere ve saçlı deriye yayıldı ve ön planda sifiliz ilişkili IRIS veya tedavi yetersizliği olarak değerlendirildi. Daha sonra suprapubik bölgede nodüler lezyonlar ve saçlı deride ağırlı krutlu lezyonlar oluştu. Olgu erken tanılı (CD4 sayısı $>500/\text{mm}^3$) olduğundan ilk planda kaposi sarkomu ve BA gibi ileri evrede beklenen dermatolojik hastalıklar düşünülmedi. Giderek artan ve şekil değiştiren lezyonlar için dermatolojik konsültasyon sonrası biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede kronik aktif lenfositik dermal enflamasyon, Warthin-Starry boyası ile de basiller gösterilerek BA tanısı konuldu. Oral doksisisiklin (2x100 mg) tedavisi başlandı ve en az 3 ay süreyle devamı planlandı. ART sonrası hızlı kötüleşme ise BA ilişkili IRIS olarak değerlendirildi. Antibiyotik sonrası lezyonlar geriledi ancak üç ayda tam iyileşme olmaması üzerine doksisisiklin süresi uzatıldı.

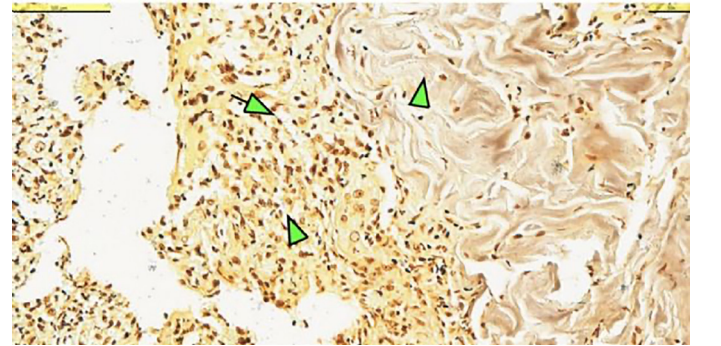
Sonuç: Bu olgu, HIV pozitif kişilerde baziller anjiyomatozisin yalnızca ileri evrede değil, erken tanı alan ve yüksek CD4 sayısına sahip bireylerde

de gelişebileceğini göstermektedir. Ayrıca, BA olgularında ART sonrası IRIS gelişimi nadir de olsa dikkate alınmalıdır. Erken tanı, multidisipliner değerlendirme ve uygun tedavi, hastalık prognozunu iyileştirmede kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Baziller anjiyomatozis, insan immün yetmezlik virüsü (HIV), IRIS



Şekil 1. Baziller anjiyomatozis lezyonunun Warthin-Starry boyası ile histokimyasal incelemesi



Şekil 2. Baziller anjiyomatozis lezyonunun Warthin-Starry boyası ile histokimyasal incelemesi

[PS-042]

Prevalence of Surgical Site Infection after Cesarean Section and Associated Factors in Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital

Tigad Abdisad Ali¹, Ahmet Doğan²¹Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infectious Control Nurse, Mogadishu, Somalia²Abant İzzet Baysal University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Bolu

Introduction: Surgical site infection after cesarean section is a major problem in sub-Saharan Africa.

Materials and Methods: Cases admitted to the obstetrics and gynecology clinic in a tertiary health institution in Mogadishu between 2021 and 2022 were included by survey method.

Results: A total of 250 cases were included in the study. 56.4% of all cases were between 31-40 years of age. Cesarean section (CS) infection was detected in approximately one-fourth of the cases who were presented with frequent chills after CS. The discharge area of CS and medical management of CS were directly associated with the development of infection ($p<0.001$). When the mother-pregnancy status was compared according to income level, it was found that those with a high-income level had a high level of education ($p<0.001$). Prenatal care follow-up compliance was higher in the group with low-income levels ($p<0.001$). Comorbid conditions were generally unknown in the low-income group ($p<0.001$, $p<0.016$, respectively). When evaluated according to maternal age, similar results were found in the group up to 40 years of age ($p<0.001$).

Conclusion: In Mogadishu, surgical site infection after cesarean section was found to be higher in studies conducted in developing and developed countries. The effects of maternal-pregnancy status and demographic structure were examined in the study.

Keywords: Risk factors, Somalia, surgical site infections

Table 1. Parameters, frequency, and percentage

Parameters		n=250	%
Age	25-30 years	97	38.8
	31-40 years	141	56.4
	41-45	12	4.8
Marital status	Married	183	73.2
	Divorced	54	21.6
	Widow	13	5.2
Maternal education	University Level	34	13.6
	Secondary	25	10
	Primary	122	48.8
	Illiterate	39	15.6
	Madrasah Kuran	30	12
Maternal occupation	Housewife	81	32.4
	Daily lobar	59	23.6
	Self-employment	57	22.8
	Employee	37	14.8
	Student	16	6.4
Parity	1-2	137	54.8
	3-4	17	6.8
	>4	96	38.4
Gestational age	<37 weeks	39	15.6
	>37 weeks	211	84.4
CS type	Elective	139	55.6
	Emergency	111	44.4
Duration of CS	<1 hour	207	82.8
	>1 hour	43	17.2
Premature rupture	Yes	112	44.8
	No	138	55.2
ANC visit	1-2	1	0.4
	3-4	209	83.6
	>4	40	16
Hypertension	Yes	41	16.4
	No	71	28.4
	Not known	138	55.2
Diabetes mellitus	Yes	18	7.2
	No	79	31.6
	Not known	153	61.2
CS infection	Yes	63	25.2
	No	187	74.8
Symptoms of CS	Fever	11	4.4
	Chills	191	76.4
	Discharge area of CS	48	19.2
Management of CS	Medical management	239	95.6
	Surgical exploration	11	4.4

ANC: Antenatal care, CS: Caesarean section

[PS-044]**Assessing Parental Knowledge, Attitudes, and Practices Towards Antibiotic Use in Children: A Study in a Teaching and Training Tertiary Care Hospital in Mogadishu, Somalia**

Suad Abdikarim Isse¹, Ahmet Doğan², Ali Kutta Çelik³,
Tigad Abdisad Ali¹, Jabir Abdullahi Wehlie⁴,
Sowda Abdikarim Sheikh⁵, Mücahit Türkan¹, Bisharo Omar Ali⁶,
Qasim Shirar Ahmed⁷, Ahmed Mohamed Ali³,
Salma Abdikarim Isse⁸, Fartun Mohamed Hilowle⁹

¹Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infection Prevention Control, Mogadishu

²Bolu Abant İzzet Baysal University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Bolu

³Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Mogadishu

⁴New Vision University Hospital, Clinic of Dermatology, Mogadishu

⁵Kampala International University Teaching Hospital, Clinic of Obstetrics and Gynecology, Ishaka-Bushenyi

⁶Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Pediatric Inpatient, Mogadishu

⁷Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Pediatric Emergency, Mogadishu

⁸Monitoring and Evaluation Officer, Southwest Organization for Relief and Development Organization, Somali

⁹Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Education, Mogadishu

Introduction: The study was aimed to measure antibiotic knowledge, perception, attitudes and behaviours of Somali parents with a questionnaire method.

Materials and Methods: The study was planned as a prospective, observational cross-sectional survey study voluntarily. The minimum sample size was calculated as 325 with a 5% margin of error, 95% confidence interval and 50% distribution of responses.

Results: A total of 325 volunteers accepted to participate in the survey study. Almost half of the cases (48.3%) were in the age range of 20-30 years. The majority (69.2%) were mothers. The majority (82.8%) were married. One-third of the parents had primary school education. The proportion having more than two children was 77.2%. The majority (64%) lived in the city center (Table 1). Sociodemographic structure and antibiotic knowledge, perception and attitudes were evaluated

separately. A significant correlation was found between age groups, gender, marital status, education and the responses to questions about whether antibiotics should be given in the treatment of viruses, that treatment would be incomplete if the course was not completed, using less antibiotics than prescribed, taking antibiotics other than the doctor's advice, and completing the course even if cured ($p<0.005$).

Conclusion: A significant effect of sociodemographic structure on antibiotic knowledge, perception, attitudes and behaviours of Somali parents was determined.

Keywords: Antibiotics, parents, knowledge

Table 1. Sociodemographic characteristics

Parameters		n	%
Age group	20-30	157	48.3
	31-40	136	41.8
	41-50	28	8.6
	51-60	4	1.2
Gender	Male	100	30.8
	Female	225	69.2
Marital status	Married	269	82.8
	Unmarried	56	17.2
Fathers education	Illiterate	88	27.1
	Primary school	115	35.4
	Secondary school	29	8.9
	Diploma	52	16
	University level	41	12.6
Mothers education	Illiterate	106	32.6
	Primary school	100	30.8
	Secondary school	48	14.8
	Diploma	53	16.3
	University level	18	5.5
Number of children	1 or 2	74	22.8
	>2	251	77.2
Residency	City	208	64
	Village	73	22.5
	Region	44	13.5

[PS-045]

Santral Sinir Sistemi Fırsatçı Enfeksiyonları ve Malignite: HIV ile Enfekte Bireylerde Ayırıcı Tanı Yaklaşımı

Ezgi Erdal Karakaş, Sena Kaçan, Sibel Altunışık Toplu,
Funda Memişoğlu, Adem Köse

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya*

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonuna bağlı fırsatçı enfeksiyonlar, immünitinin bozulmasıyla latent enfeksiyonların reaktivasyonu veya düşük virülanslı patojenlerle gelişir. Bu olguda, HIV'ye bağlı santral sinir sistemi enfeksiyonlarında ayırıcı tanının önemini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, dış merkezde yapılan HIV doğrulama testi pozitifliğiyle tarafımıza yönlendirilmiştir. Yapılan tetkiklerde HIV-RNA düzeyi 267.000 kopya/ml ve CD4 hücre sayısı 226 olarak saptanmıştır. Hasta, iki ay önce senkop geçirmiş, epilepsi ön tanısı ile hastaya levetirasetam 2x500 mg ve deksametazon 2x2 mg tedavisi başlanmış. Dış merkezde çekilen kraniyal manyetik rezonans; sağ temporal lobun anteriorunda, parahipokampal gyrus, unkus, insula ve eksternal kapsülü kapsayan, bu bölgelerde gyral konfigürasyonu bozan, gri-beyaz cevher bileşkesinde silinmeye yol açan, T1A kesitlerinde hipointens, T2A kesitlerinde hiperintens geniş çaplı lezyon izlenmiştir. Bulgular, enfektif-enflamatuvar patolojiler, özellikle ensefalit [HIV ile ilişkili ensefalit, progresif multifokal lökoensefalopati (PML)] açısından

anamlı olabilir, ayırıcı tanıda düşük grade glial tümör de göz önünde bulundurulmuştur, olarak raporlanmıştır. Hastaya lomber ponksiyon (LP) planlanmış; ancak kraniyal MR'de kitle nedeniyle LP kontraendike olarak değerlendirilmiştir. Yapılan konseyde, kitleden biyopsi alınması önerilmiş ve hastanın HIV ve deksametazon tedavisi düzenlenerek, stereotaktik biyopsi yapılabilen bir merkeze sevk edilmiştir. Hasta, patoloji raporu ile polikliniğimize başvurmuş olup, patoloji raporunda grade 2 astrositom olarak sonuçlanmış ve tedavi amaçlı onkoloji bölümüne yönlendirilmiştir.

Sonuç: HIV enfeksiyonu, immünitede ciddi bozulmalara yol açarak fırsatçı enfeksiyonlar ve malignitelerin ortaya çıkmasına zemin hazırlar. ilerleyici multifokal lökoensefalopati (PML), HIV pozitif bireylerde karşılaşılan fırsatçı enfeksiyonlardan biridir ve HIV ile ilişkili ensefalitlerin bir parçası olarak, genellikle beyinde beyaz cevher lezyonlarına yol açmaktadır. PML, John Cunningham virüsünün reaktivasyonu sonucu gelişebilir ve hastalar genellikle progresif nörolojik bozukluklar, motor defisitler ve kognitif işlev bozuklukları gösterir. Ancak, bu tür klinik belirtiler, benzer nörolojik semptomlar gösteren diğer patolojilerle de örtüşebilir. Bu bağlamda, HIV ile enfekte bireylerde PML'nin yanı sıra düşük dereceli glial tümörlerin de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Düşük dereceli glial tümörler, özellikle astrositomlar, HIV pozitif hastalarda nadiren de olsa görülebilir. Glial tümörler, MR görüntüleme T2A ve T1A kesitlerinde PML ile benzer hiperintens ve hipointens lezyonlara yol açabilir. Bununla birlikte, bu tümörlere histopatolojik inceleme ile doğru tanı konulabilmektedir. Özellikle HIV hastalarında, düşük dereceli glial tümörlerin tanısı, erken dönemde tedavi seçeneklerini etkileyebilir, bu nedenle her iki patolojik durumu da ayırt edebilmek kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, fırsatçı enfeksiyon, histopatolojik tanı

[PS-046]

Önce Zihin Karıştı, Sonra Deri Konuştu: Geç Gelen İpucu ile VZV Ensefaliti

Hilal Karadağ, Ayşe Melek Önder Köse, Bekir Tunca, Nevin İnçe

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Düzce

Giriş: Varisella zoster çocuk hastalarda suçiçeği olarak önümüze çıkarken, yetişkin hastalarda genellikle zona olarak karşımıza çıkar. Nadir bir komplikasyon olarak ensefalit kliniği şeklinde karşımıza gelebilir. Komplikasyonlar genellikle immün olarak baskılanmış kişilerde beklenmekle beraber bu olgumuzda immünkompetan bir hastada gelişen varicella zoster virüs (VZV) ensefalitini ele alıyoruz.

Olgu: Bilinen bir kronik hastalığı olmayan 35 yaşında erkek hasta bilinç bulanıklığı ile acil servise getirildi. Hastanın şikayetleri 5-6 gündür mevcut olup şiddetli baş ağrısı ve ateş ile dış merkeze acile başvurduğu ve semptomatik tedavi verildiği öğrenildi. Şiddetli baş ağrısı şikayeti devam eden hasta ani hiperaktivite artışı, yakınlarını tanıyamama, boş bakma şikayetleri olması üzerine yakınları tarafından acil servise getirildi. Acil servisteki ilk muayenesinde genel durumu orta bilinç konfüze, ajite, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlıydı. Davranışsal ve bilişsel patolojik bulgular mevcuttu. Meningeal irritasyon bulguları (ense sertliği, Kernig, Brudzinski) negatifti. Hastanın diğer muayene bulguları doğaldı. Tetkiklerinde lökosit $19,25 \times 10^3/\text{mm}^3$ ile yüksek ölçüldü. Ancak C-reaktif protein 0,14 mg/dl, sedimentasyon 4/saat ile normal değerlerdeydi. Acil serviste çekilen difüzyon manyetik rezonans görüntüleme ve kontrastsız beyin tomografisinde patolojik bulgu saptanmayan hasta meningoensefalit ön tanısıyla değerlendirildi. Herhangi bir kontrendikasyon saptanmaması üzerine lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) berraktı. BOS'nin mikroskopik incelemesinde $220 \text{ lökosit}/\text{mm}^3$ görüldü eritrosit görülmedi. BOS biyokimyasında, albümin 657mg/l, protein 93,40 mg/dl yüksek, glukoz 59 mg/dl ile normaldi. Hastaya genel durumunun orta-kötü olması ve antibiyotik kullanım öyküsü olması nedeniyle asiklovir, seftriakson tedavileri başlanarak enfeksiyon hastalıkları servisine meningoensefalit ön tanısıyla yatırıldı. Yatışının 2. gününde hastanın sağ göğüs üstü ve sağ skapular bölgede vezikülopapüler döküntüleri başlaması üzerine VZV ensefaliti düşünüldü. Yapılan LP sonrası BOS menenjit panelinde VZV polimeraz zincir reaksiyonu pozitif sonuçlandı. Göz dibi muayenesinde evre 1-2 papil ödem ile uyumlu gelen hastaya asetazolomid başlandı. Hastanın seftriakson tedavisi stoplanarak asiklovir tedavisine devam edildi. Gelişinde şiddetli baş ağrıları olan hastanın takibinde şikayetleri ve lezyonları geriledi. Bilinç bulanıklığı tekrar olmayan, papil ödemi gerileyen hasta asiklovir tedavisi 14 güne tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Hastamız immünokompetan olsa da ensefalit düşündüğümüz bir olguda fizik muayene deri bulguları dahil ayrıntılı bir şekilde yapılmalı, bizi tanıya götürecek ipuçları dikkatle değerlendirilmelidir. Mortalite

oranının yaklaşık %5-10 olduğu VZV ensefalitinde asiklovir tedavisinin erken başlanması hayati öneme sahiptir. Döküntüler genellikle daha önce ortaya çıksa da bu hastada olduğu gibi ensefalitten daha sonra ortaya çıkma olasılığı da aklımızda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Varisella zoster, ensefalit, zona



Lezyonların çıktığı ilk gün



Lezyonların 12.günü

Şekil 1. Varicella zoster virüs ensefaliti gelişen hastada döküntüler. Sağ skapüler ve göğüs bölgesindeki vezikülopapüler lezyonların görünümü

[PS-048]

Prevalence and Associated Factors of Needle Stick and Sharp Injuries Among Health Care Workers in a Tertiary Care Hospital Mogadishu, Somalia

Suad Abdikarim Isse¹, Ahmet Doğan², Ali Kutta Çelik³,
Tigad Abdisad Ali¹, Jabir Abdullahi Wehlie⁴,
Sowda Abdikarim Sheikh⁵, Ahmed Mohamed Ali³,
Liban Ade Hussein³, Fatima Nor Adam³, Mücahit Türkkan¹

¹Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infection Prevention Control, Mogadishu

²Bolu Abant İzzet Baysal University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Bolu

³Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Mogadishu

⁴New Vision University Hospital, Clinic of Dermatology, Mogadishu

⁵Kampala International University Teaching Hospital, Clinic of Obstetrics and Gynecology, Ishaka-Bushenyi

Introduction: Needle sticking and sharps injuries (NSSIs) are significant occupational hazards for healthcare workers, contributing to the transmission of blood-borne pathogens such as hepatitis B, hepatitis C, and human immunodeficiency virus. However, the prevalence and associated risk factors for NSSIs, particularly in low-resource settings, remain underexplored.

Materials and Methods: A cross-sectional survey was conducted with 333 healthcare workers in a tertiary care hospital in Mogadishu, Somalia, in which questionnaires were used to assess injury occurrence, demographic data, and safety practices.

Results: The majority of the participants (72.4%) were between 26-40 years of age. 55% of the participants were male, 59% were single, and more than one third were nurse/midwife. Needle injury history, severity, frequency, fear and awareness of needle injury were significantly associated with sociodemographic characteristics (gender, profession, marital status, education, etc.) of healthcare workers ($p<0.005$).

Conclusion: The study presented risk factors for needle injuries among health care workers in a tertiary care hospital in Somalia.

Keywords: Prevalence, needle sticking injuries, healthcare workers

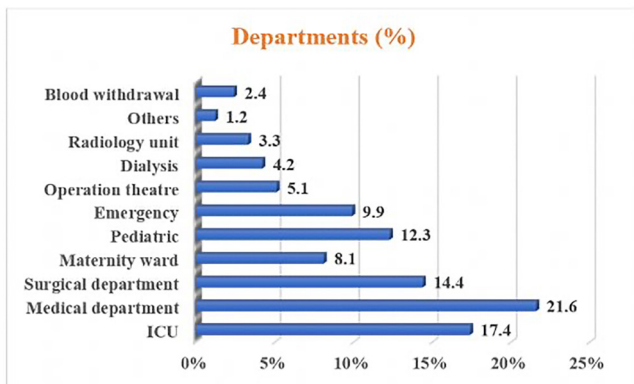


Figure 1. Departments
ICU: Intensive care unit

[PS-049]

Üriner Sistem Enfeksiyonlarında Üçüncü Kuşak Sefalosporin Direnci ve Risk Faktörleri

Ayşegül Okur¹, Ahmet Melih Şahin¹, Sinan Çetin¹, Mediha Uğur²,
Meltem Arzu Yetkin¹

¹Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun

²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun

Giriş: Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) klinik pratikte sık karşılaşılan ve artan antibiyotik direnç oranları nedeniyle yönetiminde zorlanılan hastalıklardan biridir. Çalışmamızda hastanemizde yatarak takip edilen, üst ÜSE ön tanısıyla idrar kültürü alınan ve etken olarak *Enterobacterales* türü bakteri saptanan hastalardaki üçüncü kuşak sefalosporin (3KS) direnci için risk faktörleri araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 01.01.2024-01.08.2024 tarihleri arasında yatarak izlenen, üst ÜSE tanısı alan ve idrar kültüründe *Enterobacterales* türü bakteri üreyen 116 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar etkenin 3KS direnci olup olmamasına göre iki gruba ayrıldı. Cinsiyet, yaş, komorbid hastalık ve durumlar, son 6 ayda hastane yatış öyküsü, son 3 ay içinde antibiyotik kullanımı, etkenin direnç paterni, tekrarlayan ÜSE varlığı ve hastane yatışı sırasında gelişen mortalite oranı iki grup arasında analiz edildi. Nicel verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Bağımsız gruplar arasındaki oranların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. 3KS direnci için bağımsız risk faktörlerini belirlemek amacıyla tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi, $p<0,05$ değeri kabul edildi.

Bulgular: İncelenen 116 hastanın 54'ünde 3KS direnci saptandı. Tüm hastaların yaş ortalaması $71,1\pm 15,9$ idi. Olguların 74'ü (%63,8) kadındı. Kadın hastalarda 3KS direnç sıklığı önceki çalışmalarda desteklemekteydi. Etkenlerin dağılımı 94 *Escherichia coli*, 21 *Klebsiella* spp. ve 1 *Enterobacter cloaca* şeklindeydi. Hastaların demografik ve klinik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Son 3 ay içerisinde antibiyotik kullanımı ve siprofloksasin direnci sıklığı 3KS dirençli grupta daha fazlaydı. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde $p<0,200$ olarak belirlenen değişkenlerle oluşturulan çok değişkenli analizde son 3 ay içerisinde antibiyotik kullanımı 3KS direnci için bağımsız risk faktörü olarak belirlendi (olasılık oranı: 2,64).

Sonuç: Çalışmamızda üst ÜSE tanısı ile yatan hastalarda 3KS direnç oranları ve neden olabilecek risk faktörleri incelenmiştir. Sık ve uygunsuz antibiyotik kullanımı direnç gelişmesinde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmaya alınan hastaların %46,5'inde 3KS direnci saptanırken, direnç olan bu grupta tedavi alternatifi olabilecek siprofloksasin direncinin de %75,9 olması dikkat çekicidir. Antibiyotiklerin dikkatli ve doğru kullanımı direnç gelişimini önlemek ve halk sağlığını korumak adına kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Direnç, risk faktörleri, üriner sistem enfeksiyonu

Tablo 1. 3KS direncini etkileyen faktörler

	3. kuşak sefalosporin duyarlı n=62	3. kuşak sefalosporin dirençli n=54	p-değeri
Yaş	72,4±15	69,6±17	0,450
Kadın cinsiyet	44 (%71)	30 (%55,6)	0,085
DM	21 (%33,9)	21 (%38,9)	0,575
Malignite	10 (%16,1)	21 (%38,9)	0,734
İmmünoşüpresyon	10 (%16,1)	14 (%25,9)	0,194
Üriner kateter varlığı	31 (%50)	29 (%53,7)	0,690
KBH	12 (%19,4)	17 (%31,5)	0,132
BPH	14 (%22,6)	16 (%29,6)	0,387
Üriner taş	10 (%16,1)	7 (%13)	0,631
Son 6 ay da hastanede yatış öyküsü	37 (%59,7)	39 (%72,2)	0,156
Yatış öncesi 3 ay içinde antibiyotik kullanım öyküsü	27 (%43,5)	35 (%64,8)	0,022
Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu	32 (%51,6)	36 (%66,7)	0,101
Hastane içi mortalite	3 (%4,8)	2 (%3,7)	0,764
DM: Diabetes mellitus, KBH: Kronik böbrek hastalığı, BPH: Benign prostat hiperplazisi			

Tablo 2. 3KS direnci için bağımsız risk faktörleri

	OO (%95 GA)	p-değeri	OO (%95 GA)	p-değeri
Cinsiyet	1.956 (0,908-4.212)	0,087		
İmmünoşüpresyon	1.820 (0,732-4.522)	0,197		
KBH	1.914 (0,816-4.490)	0,135		
Son 6 ay da hastanede yatış öyküsü	1.757 (0,803-3.841)	0,158		
Yatış öncesi 3 ay içinde antibiyotik kullanım öyküsü	2.388 (1.127-5.060)	0,023	2.644 (1.216-5.748)	0,014
Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu	1.875 (0,882-3.984)	0,102		
GA: Güven aralığı, OO: Olasılık oranı, KBH: Kronik böbrek hastalığı				

[PS-050]

Teikoplanin Kullanımında Nadir Bir Yan Etki: Hepatoksisite

Lena Bakar, Tayibe Bal, Ahmet Doğan

AİBÜ İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bolu

Giriş: Bu bildiride, protez enfeksiyonu nedeni ile teikoplanin kullanılan bir hastada gelişen hepatotoksiste olgusu sunulmuştur.

Olgu: Altmış dört yaşında kadın hasta, sağ diz ağrısı ile başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda sağ diz protez enfeksiyonu nedeniyle opere edilerek değişim yapıldı. Postoperatif dönemde protez enfeksiyonu açısından tarafımızca değerlendirildi. Hastanın tıbbi geçmişinde hipertansiyon ve 2 sene önce sağ diz total artroplastisi öyküsü bulunmaktaydı. Anamnez derinleştirildiğinde 1,5 sene önce protez enfeksiyonu tanısı ile iki aşamalı revizyon cerrahisi uygulandığı ve bir yıl süresince semptomsuz dönem geçirdiği öğrenildi. Hastanın vital bulguları normal sınırlarda saptandı, fizik muayenesinde sağ diz protezi üzerinde lokalize ısı artışı tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde C-reaktif protein (CRP) 90 mg/dl (referans aralığı: 0-5 mg/dl), beyaz küre: 12.33 k/µl (referans aralığı: 4,5-11 k/µl), sedimentasyon hızı: 43 mm/saat, alanin aminotransferaz (ALT): 13 U/l (referans aralığı 0-55 U/l), aspartat aminotransferaz (AST): 15 U/l (referans aralığı 5-34 U/l) olarak görüldü. Peri-operatif alınan eklem sıvısı kültüründe Metisilin rezistan *Staphylococcus aureus* üremesi üzerine intravenöz (iv) teikoplanin 1x800 mg (coplanin) tedavisine başlandı. Tedavinin 48. saatinde yapılan kontrol tetkiklerinde, CRP: 6 mg/dl (referans aralığı: 0-5 mg/dl), beyaz küre: 8.5 k/µl (referans aralığı: 4.5-11 k/µl), sedimentasyon hızı: 24 mm/saat, ALT: 306 U/l (referans aralığı 0-55 U/l), AST: 286 U/l (referans aralığı 5-34 U/l) olarak raporlandı. Bitkisel ilaç, uyuşturucu ve non-steroid anti-enflamatuvar ilaç kullanımı veya hepatotoksiste neden olacak faktörler sorgulandı, ancak ek bir bulguya rastlanmadı. Mevcut karaciğer enzimlerindeki yükselmenin teikoplanine bağlı olabileceği düşünülerek, teikoplanin tedavisi sonlandırıldı. Levofloksasin 1x750 mg ve trimethoptim sulfametoksazol 2x1 tablet planlandı. Ancak bu ikili tedavinin 3. gününde şiddetli bulantıları olması nedeniyle hasta tekrar polikliniğe başvuran hastanın tedavisi stoplandı. Hastaya yatış verilerek hastaya daptomisin iv tedavisi başlandı. Teikoplaninin sonlandırılmasından bir hafta sonra çalışılan karaciğer enzimlerinin (AST ve ALT) regrese olmaya başladığı ve sonraki takiplerinde normal sınırlara döndüğü görüldü.

Sonuç: Teikoplanine bağlı hepatotoksiste, literatürde nadir bildirilen bir yan etki olsa da tedavi takibinde böbrek fonksiyon testleri ile karaciğer fonksiyon testleri yakından izlenmelidir. Bu olguda olduğu gibi, karaciğer fonksiyon testlerinde artış tespit edilen hastalarda, teikoplanine bağlı hepatotoksistenin potansiyel bir etiyolojik faktör olarak dikkate alınması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Hepatotoksiste, teikoplanin, advers olay

[PS-052]

Sitokin Salınım Sendromu ile Mortal Seyreden Batı Nil Ensefalitli OlguKübra Saka Uyulur¹, Cemal Bulut¹, Zehra Karaca¹, Gürhan Taşkın²¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara*²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Kliniği, Ankara*

Giriş: Batı Nil Ateşi ülkemizde ilk olarak 2010 yılında bildirilmiştir. Hastalıkta asemptomatik klinikten, menenjit/ensefalite kadar farklı tablolar görülebilir.

Olgu: Bu olguda hastanemiz yoğun bakım kliniğinde takip edilen ve sitokin salınım sendromu ile mortal seyreden Batı Nil ensefalitli olgudan bahsedilmiştir. Yirmi yaşında olduğu bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta, baş ağrısı, bulantı, kusma, karın ağrısı, ateş, ishal şikayeti ile ağustos ayında hastanemiz acil servisine başvurmuştu. Hasta Tekirdağ'da er olarak görev yapmaktaydı. Dört gün önce baş ağrısı, halsizlik şikayeti ile Çorlu'da hastaneye başvurmuş, tetkikleri normal olarak değerlendirilmiş ve flukloksasilin reçete edilmişti. Şikayetlerinin artması üzerine Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi'ne başvurmuştu. Kırsal alan teması, uyuşturucu, alkol, sigara tüketimi, böcek ısırığı, hayvan teması yoktu. Acil serviste, bilinç açık, oryantasyon, kooperasyon tam, orofarenks hiperemik, kript yok, defans rebound yok, traube kapalı, döküntü yok, ateş 37,4 °C, solunum sayısı 35/dk, kan basıncı 70/40 mmHg, SpO₂ %99 idi. Abdomino-torakal bilgisayarlı tomografide karaciğer uzun aksı 20 cm ve periportal ödem, her iki akciğerde birkaç adet buzlu cam dansiteleri saptandı. Yapılan kan tetkiklerinde, kreatin 2,68 mg/dl, aspartat aminotransferaz 263 IU/ml, alanin aminotransferaz 102 IU/ml, lenfosit 170/mm³, platelet sayısı 44 bin/mm³ idi. Hastanın hipotansif seyretmesi üzerine nöradrenalin desteği başlanmış ve yoğun bakım ünitesine yatışı yapılmış ve ampirik levofloksasin tedavisi başlanmıştı. Hastanın platelet değeri düşerken, karaciğer fonksiyon test, ve böbrek fonksiyon testi değerleri ise yükseldi. Kan transfüzyonu yapıldı. Tedaviye ampirik meropenem ve teikoplanin eklendi. Yatışının 2. günü hastanın bilincinde bozulma (kendisinin kışlada sanması gibi) başlaması üzerine LP planlandı. FM'de bilateral alt ekstremitelerde kas gücü kaybı olduğu (1/5) görüldü. Yapılan LP de beyin omurilik sıvısının (BOS) berrak renksiz ve pandy negatif olduğu, BOS hücre sayısının 60 hücre/mm³, glikoz 51 mg/dl, eş zamanlı parmak ucu kan şekeri 135 mg/dl, protein 53 mg/dl olduğu saptandı. Menenjit/ensefalit multipleks polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile mikroorganizma saptanmadı. Elektif entübasyon yapıldı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu laboratuvarında yapılan kan idrar ve BOS numunelerde, west Nile virüs PCR pozitif saptandı. Hastanın tedavisine 0,4 gr/kg iv IVIG tedavisi eklendi. Hastanın ağız içi kanamaları başladı, kreatin değerleri arttı, sürekli renal replasman tedavisine alındı, dörtlü inotrop desteği altında hipotansif seyretmeye devam etti. Yatışının 8. gününde hasta eksitus oldu.

Sonuç: BNV enfeksiyonları sırasında nörolojik tutulum, flask paralizi, ensefalit bulguları nadiren görülmekte ve daha çok yaşlı hasta grubunda rastlanılmaktadır. Derin trombositopeni, multi organ yetmezliği ve hipotansiyon ile birlikte genç hastalarda nörolojik tutulumun birlikte olması literatürde bildirilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Batı Nil ensefalit, hipotansiyon, sitokin salınımı

[PS-053]

Akut Viral Hepatit Kliniği ile Seyreden Bruselloz Olgusu

Elif Çelik

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Düzce

Giriş: Bruselloz, ülkemizde endemik seyreden, sistemik ve kronik seyirli zoonotik bir hastalıktır. Brusellozis bir çok hastalığı taklit eder, bu nedenle ayırıcı tanılarda mutlaka dikkate alınmalıdır. Hastalığın seyrinde karaciğer tutulumu sık olup nadiren akut hepatit kliniği ortaya çıkar. Hastanemizde enfeksiyon kliniğinde takip edilen brusellaya bağlı gelişen akut hepatit olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli dört yaşında kadın hasta yaklaşık 2 haftadır ateş, titreme, eklem ağrıları, bulantı, kusma, karın ağrısı mevcuttu. Son bir haftadır idrar renginde koyulaşma ve gaita renginde açılma olan hasta bu şikayetlerle acil servise başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde karaciğer enzim düzeylerinde artış saptanması üzerine gastroenteroloji tarafından değerlendirilmesi sonrasında kliniğimize akut viral hepatit ön tanısı ile yatışı yapıldı. Hastanın fizik muayenesinde skleralar ve deri ikterik, hepatomegali ve splenomegali saptandı, traube kapalı idi. Lenfadenopatisi yoktu ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Bakılan

laboratuvar tetkiklerinde aspartat aminotransferaz (AST): 650 U/l, alanin aminotransferaz (ALT): 449 U/l, alkalen fosfataz: 388 U/l, gama-glutamil transferaz: 81 U/l, total bilirubin: 2,7 mg/dl, direkt bilirubin: 1,2 mg/dl, albümin: 2,9 g/dl, hemoglobin: 10,4 g/dl, lökosit: 4100/mm³, trombosit: 60000/mm³, sedimentasyon: 8 mm/h, uluslararası normalize oran: 1,3, Anti-Hepatit A virüs immünoglobulin M negatif, hepatit B yüzey antijeni: negatif, anti hepatit B core IgM: negatif, Anti-hepatit C virüs: negatif ve gastroenteroloji tarafından istenen ANA, ASMA, Anti LKM1, AMA tetkikleri negatif olarak sonuçlanmıştı. Akciğer grafisi normaldi. Hastanın yapılan batin ultrasonografisinde; karaciğer ve dalak boyutlarında artma saptandı, koledok ve intrahepatik safra yolları normal izlendi. *Brucella* tüp aglütinasyon testi pozitif (1/640), *Brucella* coombs aglütinasyon testi 1/640 titrede pozitif saptandı. Kan kültüründe *Brucella* spp. üredi. Hasta *Brucella* hepatiti olarak kabul edildi. Doksisisiklin ve streptomisin tedavileri başlandı. Tedavi başlanmasından sonra 3. gün itibarıyla karaciğer enzimleri düşmeye başlayan hasta tedavinin 10. gününde AST, ALT, bilirubin değerlerinin normale gelmesi üzerine rifampisin 1x600 mg, doksisisiklin 2x100 mg po tedavileri reçete edilerek önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Çoğu organ sistemi brusellozdan etkilenmekte olup, bu özelliğinden dolayı birçok hastalığı taklit edebilir ve tanı gecikebilir. Brucellanın endemik olarak görüldüğü ülkemizde akut viral hepatitin ayırıcı tanısında brusellozun da akla gelmesi gerektiği ve erken tanının tedaviye yanıtta önemli olduğu bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatit, bruselloz, endemik

[PS-054]

Ekstrapulmoner Tüberküloz Hastalarının Retrospektif Değerlendirilmesi

Ebru Atalay, Aslı Haykır Solay, Semanur Kuzi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Akciğer dışı tüberküloz (ADTB), tüm dünyada yaygın olup ülkemizde bildirilen yeni veya nüks olguların %35'ini ADTB oluşturmaktadır. Klinik bulguların özgül olmaması, örneklem için invaziv yöntemlere ihtiyaç duyulması ve düşük bakteriyel yük nedeniyle mikrobiyolojik testlerin sınırlı duyarlılığı tanı konulmasını zorlaştırmaktadır. Bu bildiride merkezimizde ADTB tanısı alan hastaların klinik ve laboratuvar bulgularının incelenmesi, tanıda yaşanan gecikmelerin değerlendirilmesi ve tanıda kullanılan yöntemlerin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nde 01.10.2022-14.02.2025 tarihleri arasında ADTB tanısı alarak anti-tüberküloz tedavi başlanan >18 yaş hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 39 hastaya ait veriler incelenmiştir. Hastaların 21'i (%54) erkek olup, yaş ortalaması 48,6 olarak saptanmıştır. Hastaların %36'sı (n=14) yabancı uyruklu, %59'unda en az bir kronik hastalık mevcuttur. Klinik formlar değerlendirildiğinde, en sık gözlenen formun miliyer tüberküloz (%30,3) olduğu belirlenmiş; bunu sırasıyla vertebra tüberküloz (%27,3) ve tüberküloz lenfadeniti (%24,2) takip etmiştir. Yapılan analizde, hastaların şikayetlerinin başlaması ile tüberküloz tanısının konulması arasındaki süre de incelenmiştir ve tanı sürecindeki gecikmenin ortalama 194 gün (4-1600) olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Quantiferon pozitifliği, test edilen 35 hastanın yalnızca %65,8'inde saptanmıştır. Mikrobiyolojik veriler incelendiğinde; ARB 15 (%48,4), tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu 20 (%66,7) ve tüberküloz

kültürü 20 hastada (%64,5) pozitif saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunda (%79,5) tüberküloza özgül patolojik bulgular saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda ADTB olgularının klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulguları incelenmiştir. Quantiferon testinin negatifliği, ADTB'yi dışlamak için tek başına yeterli değildir ve tanısal değerlendirme diğer bulgularla desteklenmelidir. Tanı süreçlerinde histopatolojik incelemelerin, mikrobiyolojik testlerle birlikte değerlendirilmesinin kritik olduğu gösterilmiştir. Klinik şüphe durumunda biyopsi ve ileri patolojik incelemelerin tanıyı destekleyici rolü vurgulanmıştır. ADTB tanısında gecikmeler yaşanmakta olup, çalışmamızda da hastalara tanı konulana kadar uzun süre geçtiği gözlemlenmiştir. Bu gecikmeler; hastalığın özgül olmayan bulguları, klinik şüphenin geç gelişmesi ve ileri tetkiklerin zaman alması gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Literatürde bildirilen zorluklar doğrultusunda, ADTB tanısında karşılaşılan güçlükler ve gecikmeler göz önüne alındığında, bu hastaların klinik takibinin daha dikkatli yapılması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamız, ADTB yönetiminde erken tanı için multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymakta ve tanı süreçlerinde yaşanan gecikmelerin önlenmesi adına tanısal süreçlerin iyileştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrapulmoner tüberküloz

Tablo 1. Tüberküloz klinik formlarında tanıya kadar geçen süre ortalaması

Klinik form	Taniya kadar geçen süre (gün)
Deri tüberkülozu	275
Miliyer	258
Lenfadenit	231
Vertebra	187
Peritonit	55
Menenjit	25

[PS-055]

Seftazidim Avibaktam Kullanan Yoğun Bakım Olgularının Klinik Olarak Değerlendirilmesi

Mehmet Ceylan, Sare İrem Uzan, Güneş Şenol

Bakırçay Üniversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Çoklu ilaca dirençli (MDR) Gram-negatif bakteri enfeksiyonları küresel halk sağlığı sorunudur ve kısıtlı tedavi seçenekleri nedeniyle yönetimi zordur. IDSA, 3. nesil sefalosporin ve β -laktamaz inhibitörü kombinasyonu olan seftazidim avibaktamın (S/A) öncelikle karbapenem dirençli organizmalarla gelişen komplike idrar yolu enfeksiyonu, pnömoni ve intraabdominal enfeksiyonlarda kullanılmasını önermektedir. Çalışmamızda MDR Gram-negatif basil (GNB) enfeksiyonu olan kritik hastalarda S/A etkinliği ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2021-2023 yılları arasında Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erişkin Yoğun Bakımda yatan ve MDR GNB enfeksiyonu nedeniyle S/A kullanılan hastalar dahil edilmiştir. Demografik veriler, hastaların kronik sağlık durumu, klinik-mikrobiyolojik sonuçlar ve mortalite sonuçları retrospektif incelenip değerlendirilmiştir.

Bulgular: İncelememizde 31 hastaya MDR GNB enfeksiyonları nedeniyle S/A verildiği görüldü, bunlardan 13'ü kadın, 18'i erkekti. Hastaların 20'sinde pnömoni, 6'sında üriner sistem enfeksiyonu, 4'ünde primer bakteriyemi, birinde merkezi sinir sistemi enfeksiyonu mevcuttu. Hastaların yaş ortalaması 69, ilk gün APACHE II skoru ortalaması 20, SOFA skoru ortalaması 5'ti. En sık etken *Klebsiella* suşlarıydı (%93). Kombinasyon tedavisi 13 hastada verilmişti. Kombinasyonda karbapenem (%30), aminoglikozid (%23), polimiksin-E (%23), fosfomisin (%15) kullanılmıştı. Tedaviye klinik ve mikrobiyolojik yanıt 11 (%35) hastada mevcuttu, bunları üçünde kombinasyon tedavisi tercih edilmişti. S/A atfedilen yan etkiye rastlanılmadı. Otuz günlük mortalite oranı %61'di. Otuz gün içinde mortalite gerçekleşenlerde Charlson komorbidite indeksi (CCI) ortalama 5,1 olarak saptanırken diğerlerinde ortalama 4,1 olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda tedaviye klinik ve mikrobiyolojik yanıt oranı %35, otuz günlük mortalite oranı %61,2 olarak saptandı. Literatüre bakıldığında benzer bir çalışmada 127 olguda 30 günlük mortalite oranı %27,5 saptanmış. Bir başka benzer çalışmada klinik yanıt %73,5 otuz günlük ölüm oranı %32,4 saptanmış. Bir diğer benzer çalışmada CCI ≥ 5 ve APACHE II skoru ≥ 15 olmasının daha yüksek 28 günlük mortaliteyle ilişkili olduğu saptanmış. Çalışmamızda CCI yüksek hastalarda 30 günlük mortalitenin daha yüksek olması ve tedaviye yan etki saptanmaması literatürdeki çalışmalarla uyumludur. S/A'nın MDR GNB enfeksiyonlarındaki etkinliği geniş hasta gruplarıyla yapılacak çalışmalarda daha iyi anlaşılabilir.

Anahtar Kelimeler: Gram-negatif bakteriler, seftazidim avibactam, yoğun bakım

[PS-056]

Biliyer Fistül Gelişen Kist Hidatik Olgusu

Mehmet Ceylan, Mizgin Yılmaz, Cansel Dağdelen, Güneş Şenol

Bakırçay Üniversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kist hidatik, *Echinococcus granulosus*'un larva formunun neden olduğu paraziter bir enfeksiyondur. Helminth hastalıkları içinde insan ve hayvan sağlığının yanı sıra sebep olduğu ekonomik kayıplar nedeniyle de dünyanın birçok bölgesinde ve ülkemizde halk sağlığı problemi olarak önemini korumaktadır. Hastalığın erken evrelerinde farklı nedenlerle istenen akciğer grafisi veya batin ultrasonografisi ile tesadüfi olarak tanı konulmaktadır. Kist hidatikte medikal, perkütan, cerrahi tedavi kullanılmaktadır. Karaciğer kist hidatik tanısı alan ve tedavi amacıyla servisimize yatırılan olgumuza perkütan girişim sonrası komplikasyon olarak biliyer fistül gelişmesi nedeni ile sunulması planlandı.

Olgusu: Olgumuz 50 yaşında kadın hasta, ek hastalık olarak bilinen hipertansiyon ve astım tanıları bulunmaktadır. Farklı bir klinik tarafından Aralık 2024'te çekilen batin tomografisinde karaciğerde yaklaşık 9 cm çapında kalın duvarlı kist saptanması üzerine peroral albendazol başlanarak ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatırılmıştır. Yatışının dördüncü gününde girişimsel radyoloji tarafından PAİR (perkütan aspirasyon, enjeksiyon ve reaspirasyon) girişim yapılarak kist boşaltıldı, serbest drenaja alındı. Aspirat materyali kaya suyu renginde berrak ve direkt bakısında lökosit ve parazit görülmedi. Kültüründe üreme olmadı. Girişimin ikinci gününde drenajından sarı-yeşil renkte geleni olması üzerine bakılan eş zamanlı serum total bilirubin: 0,3 mg/dl, direkt bilirubin: 0,17 mg/dl; mayii total bilirubin: 22,01 mg/dl, direkt bilirubin: 21,30 mg/dl olarak saptandı. Hastanın oral alımı kapatılarak izleme alındı. Çekilen batin tomografisinde karaciğerde drenaj kateterinin sonlandığı alan içerisinde kontrastlanma farklılıkları belirtilmesi üzerine, bulgular olası bir portal biliyer fistül açısından kolanjiyopankreatografi çekirildi. Tetkik, perikolesistik fistülizasyon şeklinde raporlandı. Girişimsel radyoloji tarafından yapılan poş grafilerinde intrahepatik safra yolları dalları ile ilişkili safra fistülü saptandı. Endoskopik sfinkterotomi işlemi yapıldı. Yatışının on birinci gününde, albendazol tedavisinin 30. gününde, karaciğer enzim yüksekliği saptanması üzerine (AST: 110, ALT: 110) oral ilaç kesildi. Yatışının 17. gününde genel durumu iyi olan olgu poliklinik kontrolü planlanarak taburcu edildi. Taburculuktan bir hafta sonraki kontrolünde kolestatik enzim yüksekliği devam eden hastaya albendazol başlanması ertelendi. Takip eden kontrollerde kolestatik enzimlerinde regresyon olması üzerine, albendazol tedavisi kesildikten 27 gün sonra tekrar başlandı. Hasta kendi isteği üzerine tedavisinin devamı için ikamet ettiği yerdeki merkeze yönlendirildi.

Sonuç: Kist hidatik hastalarının yönetiminde perkütan girişim sonrası biliyer fistül gelişebileceği akıldaki tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Biliyer fistül, kist hidatik, komplikasyon

[PS-057]

Böbrek Nakli Öncesi Canlı Aşı Gerekliliğinin DeğerlendirmesiNevin Derya Korkmaz¹, Ebrar Özge Taştekin¹, Bengü Gireniz Tatar²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Böbrek nakli alıcıları immünsupresyona bağlı olarak enfeksiyöz komplikasyonlar açısından risk altındadır. Özellikle nakil sonrası erken dönemde viral enfeksiyonlar greft kaybı ve ölüme neden olabilmektedir. Bu nedenle nakil öncesi tarama ve aşı ile önlenemeyen enfeksiyonların serolojik durumunu değerlendirmek önemlidir. Canlı aşı olmaları sebebiyle nakil öncesinde tüm alıcı adaylarında kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği serolojisi bakılmalı ve seronegatif alıcıları nakil öncesi aşılması planlanmalıdır. Bu çalışmada böbrek nakli öncesi kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği serolojisinin değerlendirilmesi ve seronegatiflerin aşı yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2023-Şubat 2025 tarihleri arasında, merkezimizde böbrek nakli yapılan hastaların kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği serolojik durumu hastane bilgi sisteminden retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait demografik özellikleri ve nakil öncesi değerlendirilen kızamık, kızamıkçık ve kabakulak, suçiçeği serolojileri kaydedildi. Verileri eksik olan hastalar çalışmadan çıkarıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 42 hastanın 21'i erkek, 21'i kadındı. Yaş ortalaması 42 yıl (12-69) idi. Nakillerin 28'i canlıdan, 14'ü kadaverikti. Seropozitiflik oranları; 27 (%64,2) hasta varicella zoster virüs IgG, 27 (%64,2) hasta kabakulak IgG, 33 (%78,5) hasta kızamık IgG, 26 (%61,9) kızamıkçık IgG pozitif. Seronegatif hastalardan 6'sına kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı, 3'üne suçiçeği aşısı yapıldı.

Sonuç: Nakil sonrası immünoşüpresif tedavilerle enfeksiyon riskinin artması, aşı yanıtlarının az olması ve canlı aşı yapılamaması göz önüne alındığında aşı ile önlenemeyen hastalıkların serolojik durumunu değerlendirmek ve nakil öncesi dönemde aşılamalarının tamamlanması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Immünoşüpresyon, aşılama, böbrek nakli

Tablo 1. Böbrek nakli alıcılarının KKK ve VZV seropozitiflik ve seronegatiflik oranları

	Seropozitif, sayı (%)	Seronegatif, sayı (%)
Kızamık IgG	33 (78,5)	5 (11,9)
Kızamıkçık IgG	26 (61,9)	3 (7,14)
Kabakulak IgG	27 (64,2)	4 (9,52)
VZV IgG	27 (64,2)	1 (1)

KKK: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak, VZV: Varicella zoster virüs

[PS-058]

Kliniğimizde İzlenen Sıtma Olgularının Değerlendirilmesi: 3 Yıllık Tepecik Deneyimi

Aygül Ordu, Fırat Servan Fidan, Sarp Singil, Sabri Atalay, İlker Ödemiş, Gürsel Ersan

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

Giriş: Sıtma, *Plasmodium* parazitinin etken olduğu bir hastalıktır. İnsanı enfekte eden *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*, *P. knowlesi* olmak üzere beş türü mevcuttur. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilen sıtma olgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 1 Ocak 2022-2025 tarihlerinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların; yaş, cinsiyet, seyahat öyküsü, olası bulaş yolu, yakınma, fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, uygulanan tedavi ve klinik sonuçları incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya sıtma tanılı 10 hasta alınmıştır. Hastaların tamamı erkek olup, yaş ortalaması 39 (18-64) yıldır. Dört hastanın Nijerya'ya, diğer altı hastanın ise sırasıyla Fildişi Sahili, Çad, Tanzanya, Güney Sudan, Gabon ve Uganda'ya seyahat öyküsü mevcuttur. Semptomların başlama süresi ziyaret edilen ülkeden döndükten sonra ortalama 15,6 (3 gün-2 ay) gündür. En sık görülen yakınmalar; ateş-titreme (%100), bulantı-kusma (%40) ve baş ağrısıdır (%30). Hastaların 1'inde (%10) senkop ve nöbet gelişmiştir. Laboratuvar tetkiklerinde hastaların dokuzunda (%90) trombositopeni, 3'ünde (%30) anemi saptanmıştır; 7'sinde (%70) bilirubin, 6'sında (%60) LDH, üçünde (%30) AST-ALT ve kreatinin yüksekliği saptanmıştır. Hastaların tamamında CRP (118-282 mg/l) ve prokalsitonin (0,4->75 µg/l) yüksek bulunmuştur. Dokuz olguda *Plasmodium falciparum*, bir olguda da *Plasmodium ovale* etken olarak tespit edilmiştir. Tedavi planı olarak altı hastaya 3 gün/6 doz artemether-lumefantrine tedavisi, bir hastaya da 7 gün kinin sülfat + doksisislin + klindamisin tedavisi planlanmıştır. Nörolojik bulgu, akut böbrek yetmezliği ve periferik yaymada hiperparazitemi saptanan üç hasta şiddetli sıtma olarak değerlendirilerek tedavilerine IV artesunat ile başlanmıştır. Sonrasında tedavileri üç gün artemether-lumefantrine ile tamamlanmıştır. *Plasmodium ovale* olarak tiplendirmesi yapılan hastanın G6PD enzim aktivitesi normal aralıkta saptanması üzerine mevcut tedavisine 14 günlük primakin tedavisi eklenmiştir.

Sonuç: Dünya çapında en sık görülen sıtma etkeni *P. falciparum* olup kliniğimizde takip edilen hastaların tür tayininde de en çok saptanan etken olmuştur. Çalışmamızda hastaların tamamı importe olgu olup hiç biri sıtma profilaksisi almamıştır. Bu nedenle sıtma için endemik bölge seyahat planı olan herkesin süreç boyunca sıtma profilaksisi alması önerilmelidir. Hastaların hepsi hastaneye ateş yüksekliği şikayeti ile başvurmuştur ve istenen tetkiklerde anemi, trombositopeni ve bilirubin yüksekliği saptanmıştır. Bu nedenle endemik bölgeye seyahat öyküsü olan ateş şikayeti ile başvuran tetkiklerinde anemi, trombositopenisi, bilirubin yüksekliği gibi hemoliz bulguları olan hastalarda sıtma mutlaka ekarte edilmesi gereken bir tanıdır.

Anahtar Kelimeler: Sıtma, *P. falciparum*, biyobelirteçler

Tablo 1. Hastaların 0. ve 3. günündeki laboratuvar verileri		
Parametre	0. gün	3. gün
Lökosit sayısı (4.000-10.000 ul)	5,97	6.277
Hemoglobin (13,5-17,5 g/dl)	13,6	11,4
Trombosit sayısı (150.000-450.000 ul)	63.200	150.555
Total bilirubin (0,3-1,2 mg/dl)	2,28	0,84
Direkt bilirubin (0-0,2 mg/dl)	0,89	0,22
AST (0-50 U/l)	52,5	33,5
ALT (0-50U/l)	44,9	38,5
Kreatinin (0,8-1,3 mg/dl)	1,29	0,87
LDH (0-248 U/l)	493,7	322,6
CRP (0-5 mg/l)	163	64,9
Prokalsitonin (0,04-0,1 µg/l)	15,1	2,2

[PS-059]

Hematolojik Maligniteli Hastalarda İnvaziv Mantar Enfeksiyonları, Büyük Sorun

Şeyma Şık, Simge Yılmaz, Gülşen İskender, Duygu Mert, Mustafa Ertek

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

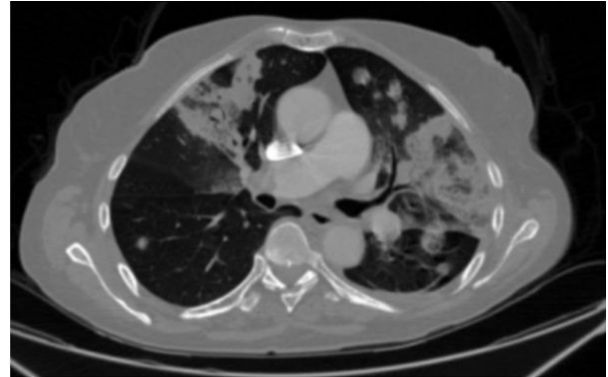
Giriş: Hematolojik maligniteli hastalarda invaziv mantar enfeksiyonlarında tanı ve takip sürecini, antifungal ilaç düzeyi takibinin önemini açıklamayı amaçladık.

Olgu: Bilinen multipl miyelom tanılı 64 yaşında kadın hasta, otolog kök hücre nakli (OKHN) hazırlığında iken verilen kemoterapi sonrasında pnömoni bulguları ile (ateş, öksürük ve balgam) Enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı. Laboratuvar incelemesinde; beyaz küre sayımı: $6,00 \times 10^3$ hücre/ μ l, Hemogloblin: 8,5 g/dl saptandı. Çekilen toraks BT'de her iki akciğerde üst loblarda daha fazla olmak üzere büyüğünün boyutu 67x48 mm ölçülen kavitasyon gösteren lezyonlar izlendi (Şekil 1). Hastanın serum galaktomannan (GM) değeri 3,36 olarak sonuçlandı. Bronkoskopiye kabul etmeyen hastaya olası invaziv pulmoner aspergilloz tanısıyla intravenöz (iv) vorikonazol 2x6 mg/kg başlandı, iki hafta sonra oral vorikonazol 2x200 mg ile devam edildi. Hasta oral tedavisinin 2. ayında kendisi bir ay antifungal tedaviye ara verip tekrar başlamıştır. Antifungal tedavinin 4. ayında kontrol BT'de regresyon olmadı (Şekil 2), hastaya bronkoskopi ve lavaj (BAL) yapıldı. Alınan örnekte mantar hiflerin görülmesi ve GM 3,9 gelmesi üzerine hastanın tekrar yatışı yapılarak iv vorikonazol başlandı. Tedavinin 4. gününde kan vorikonazol düzeyi terapötik aralıkta izlendi. Bu sırada

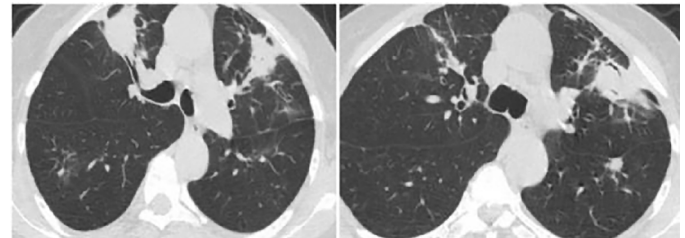
küf mantar üremesi olan BAL örneğinde üreyen mantar, *Alternaria* spp. olarak tanımlandı (vorikonazol, anidulafungin duyarlı idi) BAL'da *Aspergillus* spp. üretilmedi, PCR negatif geldi. Antifungal tedavinin 8. ayında kontrol BT'de; sol akciğer üst lob anteriorsegment düzeyinde düzensiz konturlu solid 37x28 mm boyutlarda olmak üzere multifokal konsolidasyonlar izlendi (invaziv mantar?). Balgamda GM 5,5, serum GM 0.4 olarak saptandı. Hasta semptomsuzdu. Vorikonazol tedavisine devam edildi. Antifungal tedavinin 9. ayında OKHN planı olan hastaya multidisipliner toplantı yapıldı. Hastada kavite ve mantar topu varlığı nedeniyle BAL ve balgamda GM pozitifliğinin devam ettiği düşünüldü. Akciğer tutulumunun bilateral ve geniş olmasından dolayı rezeksiyon düşünülmeydi. Hastaya nakil öncesi 2'li antifungal tedavi başlanarak OKHN yapılması planlandı. Bal örneğindeki *Alternaria* spp. antifungal duyarlılığı dikkate alınarak hastanın aldığı vorikonazole, anidulafungin 1x200 mg iv yükleme sonrası 1x100 mg iv idame eklendi. Kombine antifungal tedavinin 2. haftasında hastaya OKHN yapıldı. Anidulafungin 21 güne tamamlandı ve vorikonazol oral forma geçildi (2x4 mg/kg) tedavi altında vorikonazol düzeyinin terapötik aralığı (2-6 µg/ml) aştığı saptandı (6.7 µg/ml) ve dozu 2x200 mg olarak ayarlandı.

Sonuç: Hematolojik maligniteli hastalarda invaziv mantar enfeksiyonları tedavisi zor, ciddi ve yaşamı tehdit eden enfeksiyonlardır. Tanısal yöntemlerin zamanında uygulanabilmesi etkenin doğru tanımlanmasında önemli olmasına rağmen bu hastalarda invaziv işlemlerin yapılması her zaman mümkün olmamaktadır. Antifungal ilaçların serum düzeyinin düzenli olarak takip edilebilmesi etkin tedavi dozlarının ayarlanmasında gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Hematolojik malignite, invaziv mantar enfeksiyonu, vorikonazol ilaç düzeyi



Şekil 1. Her iki akciğerde üst loblarda daha fazla olmak üzere büyüğünün boyutu 67x48 mm ölçülen kavitasyon gösteren lezyonlar izlendi



Şekil 2. Her iki akciğerde ağırlıklı üst loblarda olmak üzere büyüğünün boyutu 49x35 mm ölçülen kavitasyon gösteren nodüler lezyonlar ve konsolidasyon alanları izlenmiştir

[PS-060]

Double J Stenti Olan Bir Hastada *Achromobacter piechaudii*'ye Bağlı Gelişen Üriner Sistem Enfeksiyonu

Emine Türkoğlu, Mustafa Yılmaz

Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

Giriş: *Achromobacter* spp., ilk olarak 1971 yılında izole edilmiş olup *Alcaligenaceae* familyasına mensup non-fermenter Gram-negatif bakterilerdir. Bugüne kadar klinik örneklerden 15 *Achromobacter* türü izole edilmiştir. *Achromobacter* türleri, çoğunlukla kistik fibrozlu hastalarda kronik solunum yolu patojenleri olarak izole edilir. *Achromobacter* enfeksiyonlarının klinik spektrumuna ilişkin veriler daha çok olgu raporlarından ve olgu serilerinden gelmektedir. *Achromobacter* enfeksiyonlarının çoğu nozokomiyal veya sağlık bakımıyla ilişkili olup sıklıkla yabancı cisim varlığında görülür. Sunulan olguda da *Achromobacter piechaudii*'ye bağlı Double J kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu saptanmıştır.

Olgu: Otuz altı yaşında kadın hasta dizüri, poliüri yakınmalarıyla polikliniğe başvurdu. Altı ay önce gebeliğinin 2. trimesterında iken,

bilateral hidronefroz nedeniyle Double J stent takılmıştı. Son 6 ay içerisinde sık sık idrar yolu enfeksiyonu (İYE) geçirmişti. İYE ataklarının birinde yoğun bakıma yatış öyküsü vardı. İYE nedeniyle Double J kateteri çekilmiş ancak hidronefrozu devam ettiği için enfeksiyon tablosu düzeldikten sonra tekrar takılmıştı. Güncel tetkiklerinde pyüri saptandı. İdrar kültüründe 10.000 koloni *Achromobacter piechaudii* üredi. Meropenem ve piperasilin tazobaktama duyarlıydı. Hastaya 1*1 gr dozunda ertapenem tedavisi başlandı. Tedavi altında klinik semptomları geriledi. Tedavinin 3. gününde alınan idrar kültüründe üreme saptanmadı. Ertapenem tedavisi 10 güne tamamlanarak kesildi. Hasta Double J stentinin çekilmesi için üroloji polikliniğine yönlendirildi.

Sonuç: *Achromobacter* spp. gerek toplum ve gerekse de sağlık bakımı ilişkili nadir bir enfeksiyon etkenidir. *Achromobacter* spp., çoğu antibiyotiğe (sefalosporinlerin çoğu, aztreonam ve aminoglikozid) doğal dirençlidir ve karbapenemlere de direnç kazanmaktadır. Avrupa Antimikrobiyal Duyarlılık Testi Komitesi *Achromobacter* türlerinde antibiyotik duyarlılık sonuçlarının değerlendirilmesinde üç antibiyotik için (trimetoprim/sülfametoksazol, piperasilin/tazobaktam, meropenem) sınır değerleri tanımlamıştır. Özellikle yabancı cisim varlığında nadir de olsa enfeksiyon etkeni olarak karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Giderek artan antimikrobiyal direnç oranları nedeniyle erken dönemde bakterinin tanımlanması ve eradikasyonu büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Achromobacter piechaudii*, *Achromobacter* spp., idrar yolu enfeksiyonu

[PS-061]

Nedeni Bilinmeyen Ateş ve Romatizmal Hastalıklar: Üç Olgu Üzerinden Tanısal Yaklaşım

Dilek Bulut¹, Begüm Rüveyda Aksu¹, Davut Özçetin¹, Cansu Gökçe Kaya Yılmaz¹, Betül Sena Satıbeşe², Aslı Haykır Solay¹, İrfan Şencan¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş: Nedeni bilinmeyen ateş (NBA) hastalarının önemli bir kısmının etiyojisinde enfeksiyon hastalıklarından sonra romatolojik bir neden olduğu bulunmuştur. Kliniğimizde NBA tanısıyla takip edilen ve romatolojik hastalık tanıları alan üç olgu sunulacaktır.

Olgu 1: Kırk yaş erkek hasta, bir aydır olan ateş, gece terlemesi, kilo kaybı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Hastanın son 2 aydır kulak ağrısı, tekrarlayan otit atakları olduğu ve sol kulakta bu ataklar sonrası %50 işitme kaybı geliştiği öğrenildi. Hastanın kontrastlı torakoabdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) akciğerde yaygın nodüler konsolidasyonlar görüldü. Tetkiklerde C-anca pozitif bulundu. Yatışında normal olan kreatinin değeri, üçüncü günde 2,3'e mg/dl'ye progresse oldu. Mevcut bulgularla hastada granülatöz polianjitis düşünüldü ve nefroloji kliniğine devredildi.

Olgu 2: Kırk dört yaşında kadın hasta, on gündür olan ateş ve bir ayda 14 kilo kaybı, şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hasta son bir haftadır artan görme bulanıklığı tarifliyordu. Hastanın muayenesinde gözlerde kızarıklık ve şişlik mevcuttu. Göz hastalıkları konsültasyon sonucunda anterior granülatöz üveit tespit edildi. Bu bulgunun ön planda sarkoidozu düşündürdüğü ifade edildi. Toraks BT'de yaygın mediastinal lenadenopatiler mevcuttu. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Arb negatif,

mikobakteri kültüründe üreme olmadı. Anjiyotensin dönüştürücü enzim değeri 115,7 V/l (8-53) olup normalden yüksekti. Hasta dış merkeze endobronşiyal ultrasonografi için yönlendirildi. Biyopsi sonucu lenfosit infiltrasyonu ve non-kazeöz epiteloid granülomalar olarak raporlanan hastada sarkoidoz düşünüldü.

Olgu 3: Biline ek hastalığı olmayan 66 yaş kadın hasta bir haftadır olan ateş şikayeti ile tarafımıza baş vurdu. Tetkiklerinde CRP: 298 mg/l, ferritin: 514 µg/l, sedim 119 mm/h, beyaz küresi: 14.000 olarak geldi. Hastaya ampirik başlanan antibiyotik tedavisi ile akut faz reaktanları gerilemedi, her gün akşam saatlerinde 40 dereceye varan ateşi oldu. BT, pozitron emisyon tomografisi-BT'de dahil ileri görüntülemelerinde malinite ve enfeksiyona yönelik bulgu saptanmadı. Romatolojik kan parametreleri ve tm markerları negatif geldi. Lenf nodları örnek alınacak boyutta değildi. Hastaya yatışının 13. gününde erişkin still hastalığı ön tanısı ile 1x70 mg prednizolon tedavisi başlandı. Hastanın aynı gün ateşi düştü, takibinde tekrarlamadı. Kliniği dramatik olarak düzeldi. CRP, sedim, ferritin ve beyaz küre değerlerinde düzelme görüldü (Tablo 1). Steroid tedavisi orale geçilerek romatoloji takibine alındı.

Sonuç: NBA etiyojisinde romatizmal hastalıklar akılda tutulmalı, semptom ve klinik bulgular doğrultusunda uygun testler istenmelidir. Romatolojik hastalıkların erken teşhisi tedavinin doğru yönlendirilmesi açısından hayati önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş, romatolojik hastalıklar

Tablo 1. Olgu-3 steroid tedavisi altında kan tablosu ve ateş seyri			
Steroid tedavisi günleri	Ateş (C°)	CRP (mg/l)	Sedim (119 mm/h)
Steroid tedavisi 0. gün	40,5	300	>140
Steroid tedavisi 2. gün	36,5	144	100
Steroid tedavisi 4.gün	36,4	22	99
Steroid tedavisi 6. gün	36,7	10	90
CRP: C-reaktif protein			

[PS-062]

Sağlık Çalışanlarının Temas Öncesi Profilaksi Konusunda Bilgi Düzeyi ve Farkındalığının Değerlendirilmesi

Oğuzhan Acet¹, Ayşe Merve Parmaksızoğlu Aydın¹,
Selin Ece Taşbakan², Pelin Bademkiran³, Hüsnü Pullukçu¹,
Damla Akdağ¹, Meltem Işıkgöz Taşbakan¹, Ayşe Deniz Gökengin¹

¹Ege Üniveritesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı, İzmir

²Bornova Türkan Özalhan Devlet Hastanesi, İzmir

³Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

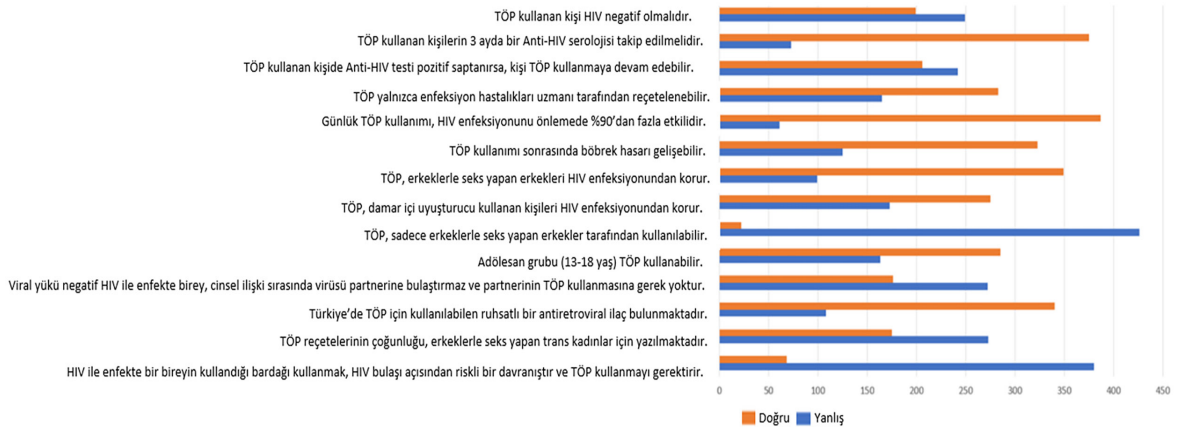
Giriş: Temas öncesi profilaksi (TÖP), yeni tanı insan insan immün yetmezlik virüsü (HIV) olgularını azaltmak ve UNAIDS'nin 95-95-95 hedeflerine ulaşmak için önemli bir stratejidir. TÖP'nin mevcut olmadığı ülkelerde, TÖP konusundaki farkındalık ve bilgi düzeyi genellikle düşüktür. TÖP, Türkiye'de yakın zamanda erişilebilir hale gelmiştir. Bu çalışma, Türkiye'deki sağlık profesyonellerinin TÖP konusundaki bilgi düzeyini ve farkındalığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Ulusal ve uluslararası TÖP rehberleri doğrultusunda hazırlanan ve 15 sorudan oluşan internet tabanlı bir anket katılımcılara uygulandı. Bilgi puanları, her doğru yanıt için 1 puan, yanlış yanıtlar için ise 0 puan verilerek hesaplandı. Kadın ve erkek cinsiyetler, yaş grupları, tıp fakültesi öğrencileri ve doktorlar, klinik ve klinik öncesi öğrenciler ile TÖP'ü daha önce duyan ve duymayan katılımcılar karşılaştırıldı. Bağımsız grupları karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi kullanıldı, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 449 katılımcının 177'si (%39,4) tıp öğrencisi, 237'si (%52,8) doktor ve 35'i (%7,8) diğer sağlık çalışanlarıydı. Katılımcıların 310'u (%69) kadın olup, ortalama yaş $26,27 \pm 7,03$ yıl olarak bulundu. Katılımcıların 267'si (%59,5) TÖP hakkında daha önceden bilgi sahibi olduğunu belirtti. En önemli iki bilgi kaynağı doktorlar ($n=157$; %58,8) ve bilimsel dergiler/makaleler/kitaplardı ($n=142$; %53,2). Doktorlar en yaygın bilgi kaynağı olmasına rağmen, bilimsel dergilerin bilgi skoru üzerindeki etkisi daha fazlaydı ($p < 0,001$). Ortanca bilgi puanı 8,0 (çocuk aşı takvimi: 3,0) olarak bulundu. Cinsiyetler arasında bilgi puanı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,438$). Klinik ve klinik öncesi öğrenciler arasında bilgi düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,635$). Benzer şekilde, tıp öğrencileri ve doktorlar arasında ($p=0,173$), TÖP veya HIV tedavisi alan birini tanıyan ve tanımayanlar arasında da ($p=0,408$) bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak, TÖP'yi daha önce duyan katılımcılar, TÖP'yi daha önce duymayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bilgi düzeyine sahipti ($p < 0,001$). Bilgi puanlarını etkileyen faktörler ve anket soruları ve yanıtlar Tablo 1 ve Şekil 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Bu çalışma, Türkiye'deki sağlık çalışanları arasında TÖP bilgi düzeyini değerlendiren ilk çalışmadır. TÖP'nin doğru kullanımı ancak iyi düzeydeki bilgi seviyesi ile mümkündür. Sağlık çalışanları arasında bilgi düzeyini ve farkındalığı artırmak için eğitimler düzenlenebilir.

Anahtar Kelimeler: İnsan immün yetmezlik virüsü, sağlık çalışanı, temas öncesi profilaksi



Şekil 1. Anket soruları ve yanıtlar

Tablo 1. Bilgi puanını etkileyen faktörler				
Kategori	Grup	s	Ortanca bilgi puanı (CAA)	p-değeri
Cinsiyet	Erkek	139	8,0 (3,0)	0,438
	Kadın	310	9,0 (3,0)	
Meslek	Öğrenci	177	9,0 (3,0)	0,173
	Doktor	237	8,0 (3,0)	
	Diğer	35	8,0 (2,0)	
Branş (doktor)	Temel tıp	27	10,0 (3,0)	0,310
	Dahili bilim	166	8,0 (3,0)	
	Cerrahi bilim	43	8,0 (3,0)	
Öğrenci	Klinik öncesi (1-3. sınıf)	86	9,0 (3,0)	0,635
	Klinik (4-6. Sınıf)	91	8,5 (3,0)	
Daha önce TÖP'yi duymuş muydunuz?	Evet	267	9,0 (2,0)	<0,001
	Hayır	182	8,0 (2,0)	
TÖP kullanan ya da HIV tedavisi alan birini tanıyor musunuz?	Evet	34	8,0 (2,0)	0,408
	Hayır	415	8,0 (3,0)	
Bilgi kaynağı	Arkadaş (evet)	62	8,5 (2,0)	0,132
	Arkadaş (hayır)	387	8,0 (3,0)	
	Doktor (evet)	157	9,0 (3,0)	
	Doktor (hayır)	292	8,0 (3,0)	
	Okul (evet)	21	9,0 (2,0)	
	Okul (hayır)	428	8,0 (3,0)	
	Sosyal medya (evet)	68	9,0 (2,0)	
	Sosyal medya (hayır)	381	8,0 (3,0)	
	Makale/dergi (evet)	142	9,0 (2,0)	
	Makale/dergi (hayır)	307	8,0 (3,0)	

CAA: Çocuk aşı takvimi

[PS-063]

TTP ile Karışan Şiddetli Sıtma Olgusu

Bahar Büşra Sivrikaya¹, Mustafa Usanmaz¹, Özgür Günel¹,
Duygu Yener¹, Süleyman Sırrı Kılıç²¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon
Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

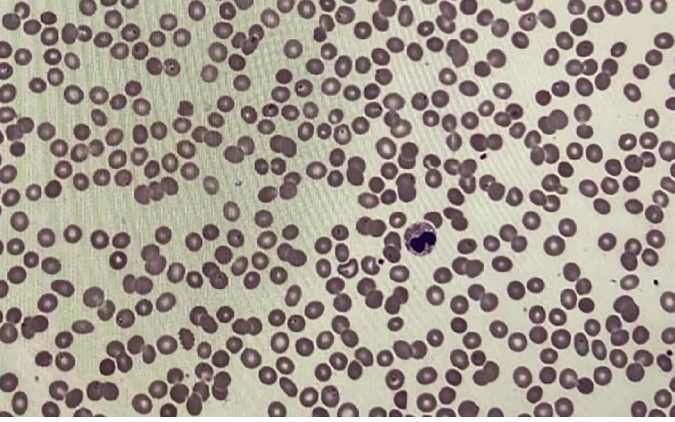
Giriş: Şiddetli sıtmaya bağlı komplikasyonlar nedeniyle etkili tedavi almalarına rağmen olgularda %15-25 arasında değişen ölüm oranları bulunmaktadır. Böbrek yetmezliği yetişkin sıtma olgularında ciddi bir komplikasyon olarak öne çıkmaktadır.

Olgu: Kırk beş yaşında erkek hasta 5 gündür olan ateş, üşüme titreme, bulantı, kusma, idrar renginde koyulaşma, idrar miktarında azalma, bilinç değişikliği ile dış merkez acile başvurmuştu. Hasta trombotik trombositopenik purpura (TTP) ön tanısı ile hematolojiye sevk edilmiş ve periferik yaymasında plasmodium trofozoitleri görülmesi üzerine tarafımıza konsülte edilmişti. Dört yıldır Gine'de çalıştığı ve 1 hafta önce Türkiye'ye döndüğü öğrenildi. Başvurusundan 12 ay önce ve en son 4

ay önce sıtma tedavisi almıştı, son sehayatinden önce sıtma profilaksisi almamıştı. Özgeçmişinde bilinen ek hastalığı yoktu. Vital bulgularında kan basıncı 110/70 mmHg, nabızı 110/dakika, ateş: 37,6 °C ve oksijen saturasyonu %95 olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde bilinci uykuya meyilli, oryantasyon kooperasyon kısıtlıydı, ikterik görünümdeydi, traube kapalı ve dalak palpe ediliyordu. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 14,2 g/dl, trombosit 80.000/µl, total bilirubin 3,57 mg/dl, kreatinin 0,96 mg/dl, C-reaktif protein 219 mg/l, prokalsitonin 27,6 µl şeklinde sonuçlandı. Tedavi öncesinde kan kültürleri alındı. Çekilen beyin tomografisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın ateşli döneminde yapılan ince yayma ve kalın damla preparatlarında çoklu halkalı trofozoitler ve muz şeklinde gametositler (parazitemi oranı: %10) görüldü (Şekil 1) ve hastaya olası *Plasmodium falciparum* sıtması tanısı ile artesunat 2,4 mg/kg dozunda (0, 12 ve 24. saatlerde) başlandı. Konfüzyon, dispne ve akut böbrek yetmezliği tabloları gelişen hasta yoğun bakıma devredildi. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Takibinde kreatinin 9,34 mg/dl, anüri ve asidozu olduğu için hemodiyalize alındı. Yoğun bakımda 4. günün sonunda bilinci düzelen hasta servise alındı. Hastanın 4 günlük artesunat tedavisi sonrası şiddetli sıtma tablosu nedeniyle tedavisine artemeter 20 mg/lumefantrin 120 mg tablet ile (3 gün 24 tablet) devam edildi. Tedavinin 8. günü klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta, hemodiyaliz planına devam edilmek üzere taburcu edildi ve taburculuk sonrası 2. ayda hemodiyaliz ihtiyacı kalmadı.

Sonuç: ABH, *P. falciparum* sıtmasında görülebilen ciddi bir komplikasyondur. Ayrıca TTP gibi mikroanjiyopatik hemolitik anemilerle karışabilir ve tedavide gecikmelere yol açabilir. Bu nedenle özellikle sıtma endemik bölgelere seyahat öyküsü olan hastalarda dikkatli değerlendirme gereklidir. Ayrıca endemik bölgelere seyahat planlayan herkese risk durumuna göre sıtma profilaksisi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, sıtma, şiddetli sıtma



Şekil 1. Periferik yaymada eritrosit içinde trofozoitler

[PS-064]

Anti-HCV Pozitif Olguların Değerlendirilmesi, Tedavi Ulaşılabilirliği ve Sonuçları

Saliha Ayan, Hülya Çaçkurlu, Ayşe Hümeysra Karataş, Yasemin Çağ
Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Günümüzde hepatit C virüsü (HCV) ile enfekte olan hastalarda pangenotipik doğrudan etkili antiviral (DEA) ilaçlar sayesinde %100'e yakın oranlarda kür elde edilmektedir. Bu çalışma HCV ile enfekte hastaların demografik özellikleri, laboratuvar değerleri ve virolojik profillerinin incelenmesi, HCV'nin tedavi edilmesi için tanı ve takip aşamalarının önemini vurgulamayı, tedavilerin incelenmesini ve DEA ilaçların etkinliğinin gösterilmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tek merkezli retrospektif gözlemsel çalışmadır. Polikliniğimize 01.01.2024-31.12.2024 tarihleri arasında başvuran Anti-HCV test sonucu pozitif gelen hastaların demografik özellikleri, HCV-RNA, HCV genotip, anti-insan immün yetmezlik virüsü (anti-HIV), HbsAg, aspartat transferaz (AST) ve alanin aminotransferaz

(ALT) değerleri kaydedildi. Tedavi sonrası 12. hafta ve sonrasında kalıcı virolojik yanıt (KVV) oranları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza 101 hasta dahil edildi. Hastaların yaşlarının medyan değeri 50 (18-88 yıl) olup, %63,7'si erkekti. Hastaların 18'i (%17,8) yabancı uyruklu, 83'ü (%82,2) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşıydı. HCV RNA testinin 46 (%45,5) hastada negatif, 55 (%54,5) hastada pozitif saptandığı görüldü. HCV RNA pozitif olanlarda sonuçlarına ulaşılabilenler arasında tedavi öncesi medyan HCV RNA değeri 1090633 IU/ml (475-166177023 IU/ml) idi. Yirmi üç hastanın (%22,8) HCV genotip sonucuna ulaşılabilirdi, bunlar arasında en sık saptanan genotip %65,2 oranıyla genotip 1b olmuştu. Hastaların 4'ünde siroz saptandı, hiçbirinde hepatosellüler kanser saptanmadı. Üç hastada HbsAg pozitif, 3 hastada anti-HIV pozitif. Tedavi öncesi bakılan AST değerlerinin medyanı 19 IU/l (4-188 IU/l) ve ALT değerlerinin medyanı 19 IU/l (5-316 IU/l) olarak hesaplandı. Hastaların tamamında DEA tedavi sonrası AST ve ALT değerleri normal sınırlardaydı. Tedavi alan 49 (%48,5) hastanın 16'sının (%15,8) 2024 yılında tedavi aldığı, bu hastalardan 2'sinin tedavi deneyimli olduğu saptandı. DEA ilaçlarla tedavi alan hastaların 48'inde KVV saptanmış olup KVV oranı %97,9 idi. KVV saptanamayan bir hasta glekaprevir/pibrentasvir tedavisi almıştı, sofosbuvir/velpatasvir/voksilaprevir ile tekrar tedaviye başlandı. HCV RNA pozitif saptanan hastalardan 6'sının (%5,9) hiç tedavi almadığı görüldü. Bu hastalarla iletişime geçilerek DEA tedavisi verilebilmesi için hastaneye çağrıldı.

Sonuç: Hepatit C tedavisinde kullanılan tedavilerin etkinlik ve güvenilirlik oranı yüksek olup hastaların tanı alması ve tedaviye ulaşabilmesi, toplum içi bulaşın önlenmesi ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Anti-hepatit C virüsü, doğrudan etkili antiviraller, hepatit C

Tablo 1. Antiviral tedavi bilgileri ve kalıcı viral yanıt

	n=49
Antiviral tedaviler	
Glekaprevir/pibrentasvir	23 (%46,9)
Pegile interferon+ribavirin	7 (%14,3)
Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir	4 (%8,2)
Sofosbuvir/velpatasvir/voksilaprevir	3 (%6,1)
Sofosbuvir/ledipasvir	1 (%2)
Tedavi verilerine ulaşamayan	15 (%30,6)
Kalıcı virolojik yanıt (KVV)	48 (%97,9)

[PS-066]

Kribriform Plate Defekti Tespit Edilen Aşısız Hastada Üçüncü Pnömonok Menenjitli Atağı

Kenan Beşbaş¹, Büşra Arslan¹, Merve Öztürk Beşbaş²,
İlknur Esen Yıldız¹, Muhammed Furkan Asker¹,
Fatma Zühre Alparslan Tanyeri¹, Elif Sarı¹, Uğur Kostakoğlu¹,
Tuba İlgar¹, Ayşe Ertürk¹

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

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı, Rize

Giriş: *Streptococcus pneumoniae*, yetişkinlerde bakteriyel menenjitlerin en sık etkenidir. Pnömonok menenjitleri diğer bakteriyel etkenlere göre daha mortal seyretmektedir. Kafa travma öyküsü önemli risk faktörü olup özellikle aşısız bireylerde tekrarlayan menenjitler görülmektedir. Aşısız ve kafa travma öykülü hastamızın üçüncü pnömonok menenjit atağını takip ettik. Kribriform plate defekti saptadığımız bu olgumuzu sunarak aşının ve kaynak kontrolünün önemini vurgulamayı amaçladık.

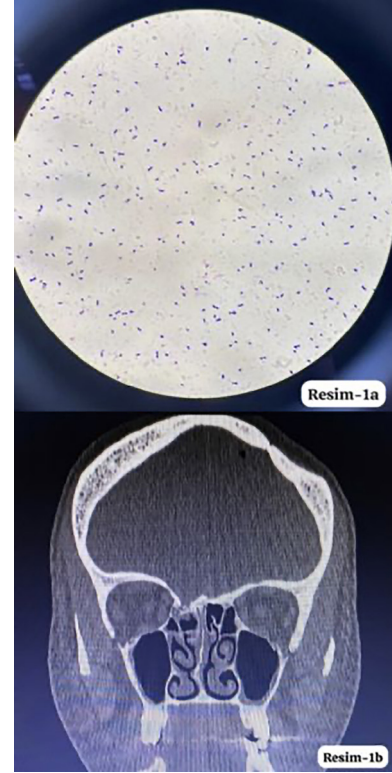
Olgu: Bilinen migren tanılı, 28 yıl önce araç içi trafik kazası sonrası kafa travma operasyonu ile 24 ve 11 yıl öncesinde iki kez geçirilmiş menenjit öyküleri bulunan, bu ataklardan sonra pnömonok aşısı yaptırmadığı öğrenilen, 39 yaş kadın hasta; birkaç gündür olan öksürük-balgam, bir gündür olan baş ağrısı, mide bulantısı-kusma ve birkaç saatir olan bilinç bulanıklığı yakınmalarıyla acile getirildi. Başvuruda ateş 38,1 °C, solunum sayısı 20/dakika, nabız 109/dakika, tansiyon değerleri 101/64 mmHg, saturasyon oda havasında %93 ölçüldü. Fiziki muayenesinde; bilinç uykuya meyilli, oryantasyon-kooperasyon kısıtlıydı. Ense sertliği pozitif olan hastanın rinoreesi mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 13.800/mm³ (%90 nötrofil), C-reaktif protein 38 mg/l, inr 1,1 idi. Beyin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde, frontal kemikte kraniyotomi defekti, her iki frontal lobda kistik ensefalomalazi alanı raporlandı. Diffüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde akut iskemi bulgusu saptanmadı. Lomber ponksiyon yapıldı (Tablo 1). Gram-boyamada, Gram-pozitif diplokoklar görüldü (Şekil 1a). Pnömonok menenjit ön tanısıyla ampirik seftriakson, vankomisin ve deksametazon tedavileri başlandı. Takiplerinin ikinci gününde bilinci açılan hastanın dördüncü gün baş ağrısı, bulantı-kusma yakınmaları geriledi. Deksametazon tedavisi dört gün verilerek kesildi. Beyin omur ilik sıvısı kültüründe *Streptococcus pneumoniae* üredi, menenjit PCR paneli *Streptococcus pneumoniae* pozitif olarak sonuçlandı. Kronik menenjit etkenlerine yönelik çalışılan tetkiklerde patoloji görülmedi (Tablo 1).

Kaynak kontrolünün önceki ataklarda sağlanamamış olduğu düşünülerek yapılan paranazal sinüs BT görüntülemesinde kribriform platede eskiye ait kırık hatları ve sağda kallus formasyonları görüldü (Şekil 1b). Kribriform plate defekti onarımı için kulak-burun-boğaz bölümüne konsülte edilen hastaya operasyon planlandı. On dört günlük yatışının ve antibiyoterapisinin sonunda tedavisi tamamlandı. Pnömonok aşısı önerilerek taburcu edildi. Taburculuk sonrası dış merkezde opere oldu.

Sonuç: Mortalitesi yüksek olan, immünoşüpres hastalarda ciddi seyreden pnömonok menenjit olgularında erken tanı ve tedavi yaşam şansını artırmaktadır. Tekrarlayan menenjit ataklarının önüne geçmek için; hastalara gerekli aşılar önerilmeli, kafa travma öyküsü olanlarda kaynak kontrolünün sağlandığını netleştirmek adına görüntüleme

yapılmalı, gereğinde ilgili cerrahi branşlarla birlikte multidisipliner yaklaşım sergilenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, kafa travması, kaynak kontrolü



Şekil 1. a) Gram-pozitif diplokokların mikroskoptaki görünümü, b) Kribriform plate defektinin bilgisayarlı tomografide görünümü

Tablo 1. Lomber ponksiyon bulguları ve kronik bakteriyel menenjite yönelik yapılan tetkikler

BOS görünümü/basıncı	Bulanık/yüksek
Hücre sayısı	645 lökosit (%95 pmnl), 2880 eritrosit
Gram-boyama	bol lökosit, az Gram-pozitif diplokok
BOS glukoz	1 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 167 mg/dl)
BOS protein	355 mg/dl (normal aralık: 15-45 mg/dl)
BOS kültürü ve menenjit PCR paneli	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
BOS ARB	Negatif
Tüberküloz kültür/mikobakter PCR	Üreme yok/negatif
<i>Brucella</i> tüp aglütinasyonu, coombs ve rose bengal	Negatif
<i>Borrelia burgdorferi</i> IgM ve IgG	Negatif
RPR ve TPHA	Negatif
BOS: Beyin omirilik sıvısı, PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu, RPR: Hızlı plazma reagin testi, TPHA: Treponema pallidum hemaglütinasyon testi	

[PS-067]

Lomber Disk Cerrahisi Sonrası Gelişen Fungal Spondilodiskit Olgusu

Eyyüp Furkan Akarsu, Harun Şaka, Mehmet Çelik

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Spondilodiskit, intervertebral disklerin ve vertebranın enfeksiyonudur. Genellikle bakteriyel kaynaklı olmakla birlikte fungal ajanlar da spondilodiskite yol açabilir. Kandidalar immünoşüpresif ajan kullananlarda veya invaziv işlem yapılan hastalarda fırsatçı enfeksiyonlara neden olabilir. Bu sunuda lomber disk cerrahisi sonrası *Candida glabrata* ilişkili spondilodiskit gelişen bir olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu: Altmış altı yaşında erkek hasta, iki ay önce lomber disk hernisi cerrahisi sonrası insizyon yerinde akıntı, ağrı, ateş, iştahsızlık ve bacaklarda uyuşma şikayetleriyle başvurdu. İki yıl önce de vertebral cerrahi yapılan hastaya transpediküler vida-rod sistemi ile stabilizasyon yapıldığı öğrenildi. Özgeçmişinde diabetes mellitus öyküsü vardı. Fiziki muayenesinde lomber bölgede ısı artışı ve seröz akıntı vardı. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre 13.000/mm³, nötrofil 11.300/mm³, alanin aminotransferaz 33 U/l, aspartat aminotransferaz 23 U/l, kreatinin 1,09 mg/dl, C-reaktif protein 24,2 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 83 mm/saat olarak ölçüldü. Lomber vertebra manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) L4-5 ve L5-S1'de disk protrüzyonları ve spondilodiskit lehine sinyal değişiklikleri, L4-5'te apse formasyonu saptandı. Hasta spondilodiskit ön tanısıyla yatırılarak piperasilin-tazobaktam 4x3 gr/gün ve teikoplanin 1x800 mg/gün başlandı. Apseden 85 cc pürülan sıvı drene edildi ve apse kültürü gönderildi. Aps kültüründe *C. glabrata* üredi. Tekrarlanan apse drenajlarında kültürler alındı. Hastanın şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine piperasilin-tazobaktam 16. günde stoplandı ve meropenem 3x1 gr/gün başlandı. Sonraki apse kültürlerinde de *C. glabrata* (amfoterisin B duyarlı) üremeye devam etmesi üzerine tedaviye lipozomal amfoterisin B 1x400 mg/gün eklendi. Hastanın takibinde kreatinin 1.9 mg/dl, aspartat aminotransferaz (AST) 113 U/l, alanin aminotransferaz (ALT) 89 U/l olması üzerine tedavinin 16. gününde amfoterisin B, meropenem ve teikoplanin kesilerek kaspofungin 1x50 mg/gün tedavisine geçildi. Hastanın ağrısı ve yara yerindeki akıntısı azaldı. Kontrol MRG'de apse boyutunda azalma olması, yara kültüründe üreme olmaması üzerine kaspofungin 19. günde stoplandı ve flukonazol 1x400 mg/gün PO reçete edilerek hasta taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde, hastanın şikayetleri geriledi. Yara yerindeki akıntı azalarak sonlandı. Hastanın flukonazol tedavisi 6 aya tamamlandı.

Sonuç: Fungal spondilodiskitler, tanı ve tedavide zorluklar içermektedir. Kandida türleri deride ve mukozada kolonize olabilir, dolayısıyla enfeksiyon-kolonizasyon ayrımı zor olabilir. Vertebral cerrahi öyküsü olan hastalarda klinik semptom ve bulguların varlığında kandida türlerinin tekrarlayan kültürlerde izole edilmesini durumunda fungal spondilodiskit olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, *Candida glabrata*, *Candida* enfeksiyonu

[PS-068]

Yetişkin Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişen Üriner Kateter ile İlişkili Enfeksiyon Hızının İyileştirilmesi

Leman Budak¹, Zuhal Kökcü², Meltem Hüner³, Volkan Ertuğrul⁴¹Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Eskişehir²Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Hemşiresi, Eskişehir³Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Eskişehir⁴Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Kliniği, Eskişehir

Giriş: Yetişkin yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) gelişen üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu hızı 2024 yılında eşik değer olan %3,20'nin altında tutulmuştur.

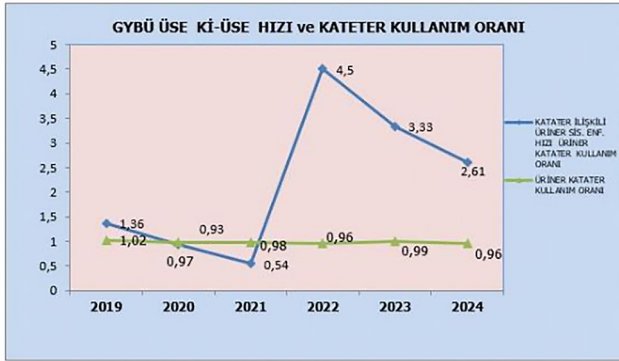
Olgu: Hastanemiz 133 yatak kapasiteli olup üçüncü basamak sağlık hizmeti vermektedir. Hastanede 15 yataklı anesteziyoloji ve reanimasyon yetişkin YBÜ bulunmaktadır. Çalışmamıza Ocak 2019 Aralık 2024 tarihleri arasında YBÜ takip edilen 2395 hasta dahil edildi. Yirmi dört saat ve üzerinde yatarak tedavi gören tüm hastalar çalışmanın kapsamında olacak. Bu hastalardan üriner kateter takılan hastalar ve hastalardan alınan idrar örneklerinin analizi sonucunda kontrol ve korunma merkezi tanı kriterleri kullanılarak nozokomiyal enfeksiyon tanısı alan hastalar değerlendirilme kapsamına alınmıştır.

Üriner kateter tanısı konulmasında, "Centers for Disease Control and Prevention" tarafından belirlenen tanımlamalar esas alındı. Hasta verileri, surveyans verilerinin prospektif olarak taranmasıyla elde edildi. Surveyans çalışmaları enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı ve enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından günlük servis vizitleriyle yapıldı.

Sonuç: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology'ye (APIC) göre rehberinde kanıta dayalı uygulamalar ile Kİ-ÜSE'lerin %17-69'unun, her yıl Kİ-ÜSE ile ilişkili 380.000 enfeksiyonun ve 9.000 ölüme engel olunacağı bildirilmiştir. APIC göre rehberinde kanıta dayalı uygulamalar ile Kİ-ÜSE'lerin %17-69'unun, her yıl Kİ-ÜSE ile ilişkili 380.000 enfeksiyonun ve 9.000 ölüme engel olunacağı bildirilmiştir.

Kateterin eğitilmiş kişilerce takılması, yalnızca endikeyse takılması ve hala ihtiyaç var mı diye değerlendirilmesi, gerektiği süre kullanılması, aseptik teknikle takılması, kapalı drenaj sisteminin bozulmaması ve devamlılığının sağlanması, idrar akışının sürekliliğinin sağlanması ve el hijyeninin sağlanmasıdır. Ayrıca meslek kuruluşlarının yayınladığı rehberlerin ortak önerileri arasında kateter bakımına yönelik sağlık çalışanlarının eğitimi ve kateterin mümkün olan en kısa sürede çıkarılması yer almaktadır. Kİ-ÜSE'lerin oluşmasını engellemede birincil yaklaşım kateter takılmasının önlenmesidir. Kateter takma ve kateter çıkarma talimatları, kateter demetlerinin kullanımı ve hemşirelerin başlattığı kateteri sonlandırma protokolleri, kurumların kateter takılmasını ve takılı kalma sürelerini sınırlamak kullanabilecekleri stratejilerden bazılarıdır. Kateter demetlerinin kullanımı ve sonlandırma talimatlarının tek başına veya birlikte kullanımlarının Kİ-ÜSE görülme oranının azalması ile ilişkili olduğunu bir kez daha görülmüştür. Sağlık personelinin eğitimi ve önlem paketinin uygulanması neticesinde YBÜ'de kateter kullanım miktarı dolayısıyla Kİ-ÜSE gelişmesinin azaldığı ve *Candida*lara bağlı Kİ-ÜSE'nin hiç oluşmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Üriner kateter, hastane enfeksiyonları, yoğun bakım enfeksiyonları



Şekil 1. Genel yoğun bakım ünitesi ÜSE Kİ-ÜSE hızı ve kateter kullanım oranı

[PS-069]

***Stenotrophomonas Maltophilia* Üremesi Olan Hastaların Klinik Profili ve Tedavi Yaklaşımları**

Bilge Çağlar, Esra Zerdali

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

Giriş: *Stenotrophomonas maltophilia* (SM), Gram-negatif, fırsatçı bir patojen olup bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda ciddi enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Solunum epitelini ve tıbbi cihazları kolonize edebilmesi nedeniyle enfeksiyon ve kolonizasyon ayrımı zorlaşmaktadır. Risk faktörleri arasında malignite, kronik solunum yolu hastalıkları, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, yoğun bakım yatışı, mekanik ventilasyon, santral kateter ve immünoşüpresyon yer almaktadır. SM; pnömoni, bakteremi, menenjit, endokardit, endoftalmi, idrar yolu enfeksiyonları ve yumuşak doku enfeksiyonlarına neden olabilir. Tedavide genellikle trimetoprim/sulfametoksazol (TMP-SMX) ve levofloksasin kombinasyonu önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı, hastanemizde SM üremesi saptanan hastaların klinik ve demografik özelliklerini değerlendirmek ve SM'nin neden olduğu enfeksiyon yelpazesini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, 1 Ocak 2022-31 Aralık 2025 tarihleri arasında hastanemizde yatan, SM üremesi saptanan 18 yaş ve üzeri 100 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri, predispozan faktörleri, enfeksiyon odakları, tedavileri ve antibiyotik duyarlılıkları incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 70 yıl olup, %45'i kadın, %55'i erkekti. Hastaların %97'sinde eşlik eden komorbiditeler mevcuttu. Hastaların %71'inde üriner kateter, %61'inde son 3 ayda yoğun bakım yatışı, %53'ünde mekanik ventilasyon, %40'ında santral venöz kateter, %27'sinde nazogastrik sonda ve %13'ünde dekübit ülseri veya selülit tespit edildi. Ayrıca, hastaların %9'unda immünoşüpresyon mevcuttu. SM üremelerinin %52'si (n=52) kolonizasyon, %48'i (n=48) enfeksiyon olarak değerlendirildi. En sık tespit edilen enfeksiyon

odakları pnömoni (%41,7), kateter ilişkili bakteremi (%18,7), primer bakteremi (%18,7) ve üriner sistem enfeksiyonu (%10,4) idi. Antibiyotik duyarlılık analizlerinde; levofloksasin %93,3, seftazidim %60, TMP-SMX %46,5 oranında duyarlı bulundu. En sık kullanılan antimikrobiyaller ise levofloksasin (%37,5), seftazidim (%20) ve TMP-SMX (%17,5) idi.

Sonuç: SM, özellikle yoğun bakım hastalarında ve invaziv tıbbi cihaz kullanımı olan bireylerde önemli bir patojen olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda, hastaların büyük bir kısmında komorbiditeler ve enfeksiyon gelişimine yatkınlık oluşturan faktörler mevcut olup, en sık karşılaşılan enfeksiyon türü pnömonidir. Antibiyotik duyarlılık testleri, levofloksasinin yüksek etkinliğini göstermiştir. Levofloksasin en yüksek duyarlılık oranına sahip olup, uygun olgularda erken başlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Levofloksasin, *Stenotrophomonas maltophilia*, trimetoprim/sulfametoksazol

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Toplam hasta sayısı, n (%)	100
Erkek	55 (55)
Kadın	45 (45)
Yaş, yıl, ortalama $\pm$ SS	70 $\pm$ 11,5
Komorbidite varlığı, n (%)	97 (97)
Hipertansiyon	55 (55)
Diabetes mellitus	38 (38)
Koroner arter hastalığı	24 (24)
Nörolojik hastalık	37 (37)
Kronik Böbrek Hasarı	23 (23)
Akciğer Hastalığı	22 (22)
Kanser	23 (23)
Konjestif Kalp yetmezliği	14 (14)
Diğer	18 (18)
Yatkınlıdırıcı durum, n (%)	
Son 3 ayda YBÜ yatışı	61 (61)
Mekanik ventilasyon	53 (53)
Santral venöz kateter	40 (40)
TPN	12 (12)
Üriner kateter	71 (71)
Nefrostomi	7 (7)
Cerrahi girişim	17 (17)
Dekübit ülseri/selülit	13 (13)
NG	27 (27)
PEG	13 (13)
İmmünoşüpresyon	9 (9)
SS: Standart sapma	

[PS-070]

Bruselloz Epididimoorşit Tanılı İki Kardeş Olgunun Sunumu

İpek Aslan, Ali Eroğulları, Mehmet Çelik

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Bruselloz, Brucella cinsine ait türlerin neden olduğu en yaygın zoonotik enfeksiyonlardan biridir. Brucella spp. hematogen yolla retikülo-endotelial sisteme yayılmakta birçok sistemde lokalize olmaktadır. Genitoüriner sistem, brusellozun en yaygın tutulum bölgelerinden biridir. Brusellozun endemik olduğu bölgelerde bazı çalışmalarda epididimo-orşit sıklığı %3,1-11,1 aralığında saptanmıştır. Bu bildiride iki kardeşin epididimoorşit ile seyreden bruselloz olgusu sunulması amaçlandı.

Olgu: On sekiz yaşında hasta 1,5 aydır devam eden skrotal bölgede şişlik, ağrı, halsizlik, üşüme, terleme şikayetleriyle üroloji polikliniğine başvurmuş orşit ön tanısıyla yatırılmıştır. Yapılan tetkiklerinde Rose Bengal lam aglütinasyon pozitifliği ve brucella serum tüp aglütinasyon testinin 1/640 olması üzerine bruselloz epididimoorşit ön tanısıyla kliniğimize devredildi. Hayvancılıkla uğraşan hastanın çiğ süt tüketimi mevcuttu. Fiziki muayenede; ateş: 36,5 °C, kan basıncı 120/80 mmHg, nabız: 85/dakika, sol testiste şişlik, ısı artışı ve hassasiyet saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre (WBC) 11.460 mm³, C-reaktif protein (CRP) 7,92 mg/dl, kreatinin 0,78 mg/dl, alanin aminotransferaz (ALT) 18 U/l, aspartat aminotransferaz (AST) 21 U/l, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 17 mm/saat idi. İdrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Skrotal renkli doppler ultrasonografisinde (RDUS) epididimoorşit olarak raporlandı. İki hafta boyunca streptomisin 1x1 gr, doksisisiklin 2x100 mg/gün, rifampisin 1x600 mg/gün verilen hasta doksisisiklin ve rifampisin reçete edilerek taburcu edildi.

Yirmi iki yaşında hasta iki aydır testislerde ağrı, şişkinlik, halsizlik, iştahsızlık, idrarda yanma, gece terlemesi, ateş ve iki ayda dört kilo kaybı şikayetleriyle başvurdu. Kardeşi kliniğimizde bruselloz epididimoorşiti tanısıyla takip edilirken kendisinin de benzer şikayetler tarif etmesi üzerine brucella serum tüp aglütinasyon testi istendi ve 1/160 olarak sonuçlandı ve bruselloz epididimoorşiti ön tanısıyla yatırıldı. Hayvancılıkla uğraşan hastanın çiğ süt tüketimi mevcuttu. Fizik muayenede; ateş: 37,2 °C, kan basıncı 110/80 mmHg, nabız: 78/dakika, sol skrotumda şişkinlik, kızarıklık, hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC 10,000 mm³, CRP 4,18 mg/dl, kreatinin 0,99 mg/dl, ALT 15 U/l, AST 34 U/l ve ESH 13 mm/saat idi. İdrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Skrotal RDUS epididimoorşit olarak raporlandı. Streptomisin 1x1 gr, doksisisiklin 2x100 mg/gün, rifampisin 1x600 mg/gün verilen hasta taburculuk talebi olması üzerine yatışının 4. gününde streptomisin (10 gün), doksisisiklin ve rifampisin reçete edilerek taburcu edildi.

Sonuç: Brusellozun endemik olduğu bölgelerde orşitlerin ayırıcı tanısında, brucella orşiti akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, epididimoorşit, genital

[PS-072]

Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Klinik Özellikleri ve Enfeksiyon Odaklarının Değerlendirilmesi

Güliz Evik, Gönül Sarıkaya, Emel Ödemiş Başpınar

Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıkla ilişkili fiziksel, psikolojik, sosyal veya ruhsal zorluklarla karşı karşıya olan hastaların, ailelerinin ve bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmayı amaçlar. Nüfus yaşlandıkça ve bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığı artmaya devam ettikçe palyatif bakıma duyulan ihtiyaç da artmaya devam edecektir. Palyatif bakım ünitesinde öncelikle onkolojik terminal dönem hastaları ve yoğun bakım ünitesinde yatışının ardından evde bakım/bakımevine nakledilene kadar olan hastaların bakımı yapıldığı bilmekle birlikte; palyatif bakıma hem kronik hem de yaşamı tehdit eden durumlarda ihtiyaç duyulur. Hastaların ağrı, beslenme, yara bakımı ve enfeksiyon tedavisinin yanı sıra mobilizasyon ve psikolojik desteği de verilmektedir. Yetişkinlerde palyatif bakım müdahalelerini gerektiren en ciddi sıkıntılara yol açan hastalıklar; kanser, HIV/AIDS, serebrovasküler hastalıklar, bunama ve akciğer hastalıklarıdır. Ayrıca bu hastalıklarla beraber beslenme yetersizlikleri, deri ve mukozal bariyerlerin bozulması, kullanılan kateterler (üriner, venöz vs.), solunum desteği (ventilatör), geçirilmiş cerrahi operasyonlar vb. gibi durumlar enfeksiyonlara yatkınlığa yol açmaktadır. Bu çalışmanın amacı, palyatif bakım servislerine yatan hastalarının klinik ve demografik özelliklerini ortaya koyarak, iki yıllık deneyimimizi retrospektif olarak sunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Devlet hastanesi 24 yataklı palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların dataları hastane bilgi otomasyon sistemi üzerinden 1 Ocak 2022-30 Aralık 2023 tarihleri arasında yatışı yapılan hastaların dosyaları incelenerek toplam 907 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 76,6 yıl (minimum 31-maksimum 97) olan 907 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların %58,7'si kadındır. Başvuruları en sık ayaktan (%38,7), yoğun bakımdan (%19,8), evde sağlık biriminden (%27,8), servislerden ve acil servisten (%13,7) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %91'i enfeksiyon sebebi ile yatırılmıştır. Enfeksiyon nedenlerinin arasında %41 pnemoni, %25,8 üriner enfeksiyon, %15 enfekte dekübit ülseri yer almakta idi. Kronik hastalık olarak en sık %34,4 Alzheimer, daha sonra %12 SVO, %8,6 kanser, %8,6 malnütrisyon ve %6,8'i KOAH olduğu gözlenmiştir. Ortalama yatış süresi 16 gün; en uzun yatış sebebi ise enfekte dekübit ülseri olup 22,1 gün olarak hesaplanmıştır. Taburculuk durumu olarak; hastaların %62,7'si eve taburcu, %16,2'si 2. basamak yoğun bakıma devir, %2,2'si ileri merkeze sevk ve %18,9'u eks olduğu belirlendi.

Sonuç: Palyatif bakım birimlerinin gerekli donanıma ve eğitimli personele sahip olması ile enfeksiyon belirti ve bulgularını gözlemesi ve uygun şekilde yönetimini sağlaması mortalitenin azalmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım ünitesi, sağlık bakım ilişkili enfeksiyonlar, geriatrik enfeksiyonlar

[PS-074]

Geç Başvuran HIV Hastasında İlk Geliş Tanısı: Burkitt Lenfoma

Ferah Ögüt, İlknur Şenel, Betül Kodalak, Meltem Arzu Yetkin

Giresun Üniversitesi, Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte olan hastalarda malignite gelişme oranı normal popülasyona göre daha yüksektir. Kazanılmış bağışıklık yetmezliği sendromu (AIDS) ile ilişkili Hodgkin dışı lenfomalar arasında en sık görüleni difüz büyük B hücreli lenfomadır. AIDS hastalarında görülen tüm lenfomaların %20-40'ının burkitt lenfoma (BL) olduğu belirlenmiştir. Bu olguda başvuru şikayeti lenfadenopati olan bireyde HIV tanısı ve BL tanısı aynı anda konulması ve hastalığın klinik seyri sırasında gelişen fırsatçı enfeksiyonların sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli dört yaş erkek hasta, boynunda gelişen LAP için kulak burun boğaz kliniğine başvuran hastada eksizyonel lenf nodu çıkarılması planlanmış ancak operasyon öncesi istenen tetkik sonucunda anti-HIV şüpheli pozitif olması üzerine hasta kliniğimize yönlendirilmiştir. Hastanın yapılan tetkiklerinde HIV-RNA 1.207,930 IU/ml, CD4: 197 hücre/mm³, CD8: 880 hücre/mm³, saptanmış olup yapılan diğer testlerinde EBV-IG pozitif, tokso IgG pozitif, sitomegalovirüs (CMV) IgG pozitifliği görülmüştür. Vücudunda maküler döküntüsü de olan hasta sifiliz açısından incelenmiş ve VDRL pozitifliği ile beraber TPHA 1/160 titrede pozitifliği saptanması üzerine hastaya sifiliz tedavisi uygulanmıştır. Hastaya emtrisitabin+tenofovir disoproksil fumarat+dolutegravir antiretroviral tedavisi ve TMP/SMZ profilaksisi başlanarak taburcu edilmiştir. Tedavinin birinci ayında kontrole gelen hastada, son bir haftadır karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetlerinin olduğu ve ilaçlarını kullanmadığı öğrenilmiştir. Çekilen batin USG'de paraaortik alanda, aortakaval bölgede, çölyak grupta, retrokrural alanda yaygın yer yer konglomerasyon oluşturmuş en büyüğü sol paraaortik alanda ve yaklaşık 56x38 mm boyutlarında LAP'lar dikkati çekmiştir. Tekrarlanan tetkiklerinde CD4 sayısı: 197 (%17) CD4/CD8: 0,22 HIV-RNA düşme saptanmıştır. Hastanın eksizyonel lenf nodu biyopsi sonucu BL olarak raporlanması üzerine hastaya hematoloji bölümü tarafından kemoterapi başlanmıştır. HIV tedavisinin 10. ayında, kemoterapi başlamasının dokuzuncu ayında yaklaşık bir aydır olan bulanık görme tariflemesi üzerine göz hastalıkları bölümü tarafından değerlendirilmiş ve CMV retinit ile uyumlu bulgular görülmesi üzerine CMV PCR testi istenmiş ve CMV PCR: 2322 kopya/MI olarak tespit edilmiştir. Hastaya CMV yönelik yirmi bir gün intravenöz gansiklovir ve üç ay oral valgansiklovir idame tedavisi uygulanmıştır. Hasta şu anda tedavinin on yedinci ayında olup antiretroviral tedavisine devam etmektedir.

Sonuç: HIV enfeksiyonu, geç tanı alan hastalarda karşımıza malignite ve ek hastalıkları getirebilmektedir. Bu, hastalığın takip ve tedavi sürecini zorlaştırabilmektedir. Komplikasyon gelişen hastaların tedavi ve takibinin multidisipliner bir yaklaşım içerisinde olması hasta mortalitesi azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Burkitt lenfoma, sitomegalovirüs, insan immün yetmezlik virüsü

[PS-076]

Kronik Hepatit C Enfeksiyonu Tanılı Hastaların Retrospektif Olarak İncelenmesi İkinci Basamak Hastane Deneyimi

Burak Kızılcay

Arnavutköy Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Hepatit C virüsü (HCV) dünyada halen önemli bir sağlık sorunu olup kronik hepatit, karaciğer sirozu ve hepatosellüler karsinomun en önemli nedenlerindendir. Bu çalışmada, Arnavutköy Devlet Hastanesi'nde 2017-2024 yılları arası kronik hepatit C tanılı hastaların takip ve tedavi süreçleri incelenmeye çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, hastane elektronik kayıt sistemi ve medula rapor sistemi üzerinden 1 Ocak 2017-31 Aralık 2024 yılları arasında 18 yaş üzeri Anti-HCV pozitifliği ve HCV-RNA pozitifliği saptanan kronik hepatit C enfeksiyonu tanılı 39 olgunun tanı, takip ve tedavi bilgilerinin retrospektif olarak incelenmesi ile yapıldı.

Bulgular: Anti-HCV pozitifliği saptanan 510 hastanın 392'sinde (%76) HCV-RNA bakıldığı görüldü ve 46 hastada (%11,7) HCV-RNA pozitifliği. Kırk altı hastanın 39'u (%84) tedaviye erişebilmişti. Tedavi alamayan hastaların 4'ü yabancı uyruklu idi, 3'ü ise ölmüştü. Hastaların 26'sı (%56,5) erkek, 20'si (%43,5) kadındı. Olguların ortalama yaşı 52,6±16,9 (yaş aralığı 23-89) idi. Tedavi öncesi HCV-RNA değerlendirmesinde en düşük HCV-RNA 8630 IU/ml, en yüksek HCV-RNA 177.000.000 IU/ml, ortalama değer ise 11.129.026,782IU/ml idi. Olguların 30'u (%65) genotip 1b, 11'i (%23) genotip 1a, 5'i (%12) genotip 3 olarak tespit edildi. Dokuz (%19) hastada ailesinde siroz öyküsü, 4 (%8) hastanın da kendisinde siroz mevcuttu. Yirmi sekiz (%60) olguda alanin aminotransferaz (ALT) normalden yüksek olup en düşük ALT 11 U/L, en yüksek ALT 1139 U/L, ortalama ALT ise 83,13 U/L idi. Yirmi yedi (%63) olguda AST normalden yüksek olup en düşük AST 13 U/L, en yüksek AST 1803 U/L, ortalama AST 97,10 U/L idi. Yirmi üç olgu (%50) glekaprevir+pibrentasvir, 10 olgu (%21) ombitasvir+paritaprevir+ritonavir+dasabuvir, 4 (%8) olgu sofosbuvir+velpatasvir+voksilaprevir, 2 (%4) olgu sofosbuvir+ledipasvir+ribavirin almıştı, tedavi alan tüm olgularda HCV-RNA negatifliği görüldü. Yedi (%17) olgu ise tedavi almamıştı. Tedavi deneyimli ve nüks gelişen 4 olgunun 3'ü Peg-IFN+ribavirin, 1'i glekaprevir+pibrentasvir tedavisi daha önce almıştı ve ikinci tedavi sonrası kür gelişti.

Sonuç: Direkt etkili antivirallerin kullanımı ile hastaların sağkalımı, tedavi uyumu ve etkinliği açısından büyük ilerleme kaydedilmiştir. Hastanemizde verilere bakıldığında anti-HCV pozitif hastalarda HCV RNA gönderilme oranı düşüktür. Pan-genotipik tedavi seçeneklerinin 2.basamak hastanelerde de verilebildiği bu dönemde kronik hepatit C'li hastaların tedavi imkanından eksik kalmaması bu konuda hekimler arasında farkındalığı artırmaya yönelik çalışmalar yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hepatit C, HCV RNA, kür

[PS-077]

Boyun Ağrısı ile Başvuran Bruselloza Bağlı Servikal Spondilodiskit Olgusu

Duygu Soysal, Şerife Altun Demircan, Salih Cesur, Sami Kınıklı

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

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü brusellozu en çok ihmal edilmiş yedi hastalıktan biri olarak kabul etmektedir. Ülkemiz için endemik bir hastalık olup osteoartriküler tutulum %19-48 oranında bildirilmiştir. Bruselloz sıklıkla lomber vertebraları tutar. Özellikle servikal vertebranın tutulduğu ve apse ile seyreden olgularda nörolojik defisitlere neden olan kalıcı hasarlar bile olabilmekle ve cerrahi gerekebilmektedir. Servikal spondilodiskit ve apse ile seyreden ve medikal tedavi ile şikayetleri tamamen gerileyen bir bruselloz olgusu sunulacaktır.

Olgu: Üç haftadır boyun ağrısı şikayeti olan 59 yaş erkek hastanın çekilen kontrastlı servikal magnetik rezonansda (MR) C3-C4 intervertebral diski düzeyinde anterior subaraknoid mesafede ve C3-C4 düzeyinde sağ longus colli kası içerisinde büyüğü longus colli kasında 14x6x10 mm (APxTxKK) boyutlarında birbiri ile ilişkisiz cidarsal kontrastlanan apse lehine koleksiyonlar saptanması üzerine nöroşirürji servisine yatırılı yapılmıştı. Boyun ağrısı bilateral omuzlara yayılmakta ve kollarda uyuşukluk ve

hareket kısıtlılığı olup en çok ensede ağrı oluyordu. Gece terlemesi nedeni ile 3-4 kez kıyafet değiştiren hastanın ateş, üşüme-titreme ve kilo kaybı yoktu. Hayvancılık öyküsü olup çiğ süt peynir tüketimi yokmuş. Hastaya nöroşirürji tarafından C3-C4 apse ile uyumlu olan bölge operasyon altında değerlendirilmiş, deri altı sıvama tarzı mayii saptanmış apse net görülemediğinden kültür için örnek de alınmamıştı. Tarafımızca istenen kan kültüründe *Brucella* spp. üremesi ve brusella serolojisinin 1/2560 titrede pozitif olması nedeni ile doksisisiklin 2x100 mg tb, rifampisin 1x600 mg tb ve streptomisin 1x1 gr (im) başlanıp sonrasında servisiimize devralındı. Kontrastlı lomber MR'da çekilen 21 gün üçlü tedavi alan hasta şikayetlerinin gerilemesi üzerine rifampisin ve doksisisiklin tedavisi poliklinik takipleri ile üç aya tamamlandı. Tedavinin 21. gününde taburculuğu sırasında bilateral kollardaki uyuşukluk ve hareketle zorlanma şikayeti gerilemişti. Tedavinin üçüncü ayında çekilen kontrol kontrastlı servikal MR'ında koleksiyon alanları tamamen kaybolmuş ve bilateral transvers foramenler düzeyinde ve vertebral arterler çevresinde de hafif kontrastlanmalar devam etmekle birlikte belirgin regresyon saptandı.

Sonuç: Bruselloz ülkemizde endemik olması nedeni ile spondilodiskit tanısında ve vertebral apseler ve spondilodiskit varlığında ayırıcı tanıda yer almalıdır. Ayrıca en sık lomber vertebraları tutmakla birlikte servikal vertebraları da tutabileceği ateş, gece terlemesi, boyun ağrısı gibi semptomlara seyredebileceği ve etkilenen yere göre şiddeti değişen nörolojik hasarlara yol açabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, spondilodiskit, tedavi

Tablo 1. Hastanın tedavi başlangıcı ve sonu tetkik sonuçları

	Hb (g/dl)	WBC (10 ⁶ /l)	PLT (10 ⁶ /l)	ALT (U/l)	AST (U/l)	CRP (mg/l)	Sedim (mm/h)	Wright tüp aglütinasyon	Brusella IgM/IgG
03/01/2024	14,7	10420	32000	22	19	49	20	1/640, 1/2560 (Coombs'lu)	+/+
22/01/2024	12,5	8920	454000	18	13	9	34		
02/07/2024								1/40, 1/160 (Coombs'lu)	-/+

ALT: Alanin aminotransferaz, WBC: Beyaz küre, AST: Aspartat aminotransferaz, PLT: Platelet, CRP: C-reaktif protein

[PS-079]

Allojenik Kök Hücre Nakli Sonrası BK Virüs ve Hemorajik Sistit: Klinik ve Tedavi Sonuçları

Oğuzhan Acet¹, Arda Kaya¹, Damla Çağla Patır², Gözde Akkuş³, Hüseyin Aytaç Erdem¹, Ajda Güneş², Meltem Işıkgöz Taşbakan¹

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: BK virüs (BKV), bağışıklığı baskılanmış hastalarda hemorajik sistitin en sık sebeplerindendir. Özellikle hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalarda BKV reaktivasyon riski artmaktadır. Bu çalışmada, allojenik kök hücre nakli (AKİT) yapılan hastalarda BKV ile ilişkili hemorajik sistit gelişen hastaların klinik özellikleri, aldığı tedaviler ve tedavi yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, hastanemizde takip edilen AKİT öykülü 15 hastanın verileri geriye dönük değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, hematolojik malignite alt türleri, kinolon grubu antibiyotik tedavisi alıp almadığı, sidofovir tedavisi uygulama yolu ve uygulama sayısı, tedavi öncesi ve sonrasında idrar ve kanda polimeraz zincir reaksiyonu ile saptanan BKV düzeyleri değerlendirildi. Çalışmada, istatistiksel analiz için oranlar kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 15 hasta (8 kadın, %53,3) dahil edildi. Malignite dağılımına bakıldığında en sık görülen tanı akut myeloid lösemi (5,

%33,3) bulundu. Hastaların 11'inde (%73,3) BKV ile ilişkili hemorajik sistit kliniği mevcuttu. Hemorajik sistit kliniği gelişen hastalarda AKİT sonrası ortalama 70,81±59,94 gün [minimum (min)-maksimum (maks): 14-186 gün] sonra hemorajik sistit kliniği görüldü. Hastaların 7'sinde (%46,7) graft versus host mevcuttu. Hastaların 4'ünde (%26,7) klinik olmadan idrarda BKV PCR ile pozitif saptandı. Tüm hastalarda immünsupresif tedavinin dozu azaltıldı. On bir hastada (%73,3) levofloksasin uygulandı (min-maks: 3-28 gün). Sidofovir uygulama yolu, dozları ve uygulama sayısı Şekil 1'de gösterilmiştir. Onbir hastaya (%7,3) eş zamanlı intravenöz immunglobulin 5 gün süreyle uygulandı. İdrarda PCR ile BKV saptanan 3 hastada (%20,0) hemorajik sistit kliniği olmaması nedeni sidofovir tedavisi verilmedi. Tedavi verilen hastaların tedavi öncesi ortalama idrar BKV PCR değeri 382.432.858±563.904.704 kopya/ml (min-maks: 6763-1.848.921.179 kopya/ml); tedavi sonu ortalama idrar BKV PCR değeri 31.455.516±83.116.463 kopya/ml (min-maks: 0-319.618.406 kopya/ml) bulundu. Tedavi öncesi 5 (%33,3) hastada kanda BKV PCR pozitif saptanırken (ortalama 18.892±27.991 kopya/ml (min-maks: 226-63893 kopya/ml); tedavi sonunda 1 hastada (%6,7) pozitif 5760 kopya/ml olarak saptandı. Hemorajik sistit kliniği olan hastaların 9'unda (%75,0) tedaviden sonraki en geç 1 aylık süreçte klinik iyileşme sağlandı. Hiçbir hastada sidofovir ile ilişkili böbrek yetmezliği gelişmedi, 1 hastada (6,7%) sidofovir ile ilişkili nötropeni gelişti. Üç hasta (%20,0) tedavi sırasında hemorajik sistit kliniğinden bağımsız sebeplerle eksitus oldu.

Sonuç: AKİT yapılan hastalarda BKV ile ilişkili hemorajik sistit sık görülmekte olup, hastaların büyük bir kısmında immünosüpresif tedavi azaltılmış ve antiviral tedavi uygulanmıştır. Sidofovir tedavisinin intravezikal ve intravenöz uygulamalarının etkin olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: AKİT, BKV, hemorajik sistit

Sidofovir uygulama yolu	Doz	Uygulama sayısı*
İntravezikal tedavi, 5 hasta		
- 1 hasta (%20,0)	- 5 mg/kg	- 2
- 4 hasta (%80,0)	- 2 mg/kg	- 2,75±0,95 (min-maks:2-4)
İntravenöz tedavi, 2 hasta		
- 1 hasta (%50,0)	- 3 mg/kg	- 1
- 1 hasta (%50,0)	- 5 mg/kg	- 5
Hem intravezikal hem intravenöz tedavi, 4 hasta		
İntravezikal		
- 1 hasta (%25,0)	- 2 mg/kg	- 5
- 3 hasta (%75,0)	- 5 mg/kg	- 4,33±1,15 (min-maks:3-5)
İntravenöz		
- 1 hasta (%25,0)	- 2 mg/kg	- 10
- 3 hasta (%75,0)	- 3 mg/kg	- 2,33±1,15 (min-maks:1-3)

*İntravezikal ve intravenöz tedaviler belirtilen dozlarda haftada 1 kez uygulanmıştır. İntravenöz sidofovir uygulanırken probenesid ve uygun hidrasyon sağlanmıştır.

Şekil 1. Sidofovir uygulama yolu, doz ve uygulama sayısı. *İntravezikal ve intravenöz tedaviler belirtilen dozlarda haftada 1 kez uygulanmıştır. İntravenöz sidofovir uygulanırken probenesid ve uygun hidrasyon sağlanmıştır

[PS-080]**Bruselloz Kaynaklı Epididimoorşit ve Prostatit: Olgu Sunumu**Derya Tuna Ecer, Yeşim Çağlar, Enes Dalmanoğlu*Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir*

Giriş: Multisistemik tutulum gösterebilen bruselloz, genitoüriner sistemde de enfeksiyonlara yol açabilir. Erkeklerde en sık görülen genitoüriner komplikasyon epididimoorşit olup, prostatit ve testis apsesi daha nadir görülmektedir. Tanıda gecikmeler olabilmektedir. Bu yazıda, bruselloza sekonder gelişen epididimoorşit ve prostatit tanısı konulan bir hastanın klinik seyri, tanı süreci ve tedavi yaklaşımı ele alınmıştır.

Olgu: Altmış iki yaşında erkek hasta, 5 gün önce sağ kasık bölgesinde aniden başlayan ve testise yayılan ağrı, şişlik, ateş, üşüme ve titreme şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinde küçükbaş hayvancılıkla uğraştığı ve pastörize edilmemiş ürünler tükettiği öğrenildi. Ayrıca hastanın öyküsünde benign prostat hiperplazisi nedeniyle 6 ay önce prostat ameliyatı geçirdiği ve yeniden operasyon planlandığı öğrenildi. Başvuruda glob tablosu mevcuttu. Fizik muayenede sağ testiste belirgin şişlik, hassasiyet ve kızarıklık saptandı. Epididimde ödem ve skrotumda ısı artışı mevcuttu. Rektal muayenede prostatın büyümüş olduğu ve palpasyonda belirgin hassasiyet içerdiği görüldü. Hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit değeri $6,5 \times 10^3/\mu\text{l}$, trombosit $275 \times 10^3/\mu\text{l}$, C-reaktif protein 5 mg/l, eritrosit sedimentasyon hızı 68

mm/saat, prokalsitonin 0,02 $\mu\text{g/l}$, glomerüler filtrasyon hızı 79 ml/dk ve kreatinin 1,01 mg/dl olarak tespit edildi. Serolojik testlerde Brucella Rose Bengal testi pozitif, Wright aglütinasyon testi 1/160 titrede bulundu. Skrotal ultrasonografi incelemesinde sağ testis ve epididimde boyut artışı, ekojenite azalması ve artmış vaskülarizasyon gözlemlendi. İntraskrotal sıvı artışı ile uyumlu hareketli ekojeniteler ve septasyonlar belirlenmiş olup piyosel lehine değerlendirildi. Hastanın; bruselloza sekonder epididimoorşit ve prostatit tanısıyla yatışı yapıldı. Kan kültüründe ve prostat masajı ile alınan örnekte üreme olmadı. Bir hafta önce acil servis başvurusunda başlanan antibiyotik kullanımı olduğundan üremeyi baskılayabileceği düşünüldü. Gentamisin 2x120 mg iv ve doksisisiklin 2x100 mg PO tedavisi başlandı. Tedavi yanıtı çok hızlı oldu. On gün sonra doksisisiklin 2x100 mg ve rifampisin 1x600 mg PO tedavisi ile hasta taburcu edildi. Tedavi 6 haftaya tamamlandı. Tedavisi sonrası hastanın semptomlarında tamamen gerileme sağlandı, dizüri ve idrar yaparken zorlanma şikayetleri ortadan kalktı. Testisteki şişlik, kızarıklık ve ağrı düzeldi. Üroloji kontrolüyle prostat operasyonuna gerek kalmadığı öğrenildi.

Sonuç: Anabilim dalı Brusellozun endemik olduğu bölgelerde, dirençli genitoüriner sistem enfeksiyonları bulunan hastalarda bruselloz ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Erken tanı ve uygun antibiyotik tedavisi ile hastalığın komplikasyonları önlenabilir. Bu hastada tedavi ile prostat operasyonu gerekliliğinin ortadan kalkması dikkat çekici olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, epididimoorşit, prostatit

[PS-081]

Kliniğimizde Takip Edilen Mukormikozisli Olguların İrdelenmesi

Esmâ Kepenek Kurt, Rukiyye Bulut, Bahar Kandemir, İbrahim Erayman

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Mukormikoz nadir görülen ve sıklıkla yüksek mortalite ile seyreden invazif bir mantar enfeksiyonudur. Bu çalışmada, kliniğimiz tarafından takip edilen erişkin mukormikoz olgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2015-2025 yılları arasında kliniğimizde mukormikoz tanısıyla takip edilen hastaların yaş, cinsiyet, hastalığın tutulum yeri, altta yatan predispozan faktörler, tanı anındaki laboratuvar parametreleri, görüntüleme sonuçları, cerrahi yapıp yapılmadığı, tanı yöntemleri (kültür, histopatoloji, vs.), prognozları hastane bilgi yönetim sistemi ve hasta dosyalarından taranarak kaydedildi. Tanımlayıcı değerler sayı ve yüzde (%) olarak belirtildi.

Bulgular: Onbir mukormikoz tanımlı hastanın 8'i (%72,7) erkek, 3'ü (%27,3) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 49,9±22,27 (20-83) idi. Hastaların başvuru anında 5'inde (%45,5) ateş, 10'unda (%90,9) göz çevresinde şişlik, 8'inde (%72,7) yüzde şişlik, 9'unda (%81,8) yüzde ağrı, 8'inde (%72,7) proptozis, 7'sinde (%63,6) pitozis, 6'sında (%54,5) kızarıklık, 3'ünde (%27,3) baş ağrısı, 8'inde (%72,7) nazal kavite nekrozu, 4'ünde (%36,4) ağız içi ya da damakta nekroz, 1'inde (%9) göz çevresinde nekroz, 6'sında (%54,5) oftalmopleji, 5'inde (%45,5) görme kaybı mevcuttu. Hastaların 4'ünde rino-sinüzit, 3'ünde rino-orbito-serebral, 2'sinde rino-orbital, 1'inde sinüzoidal, 1'inde mandibulada tutulum mevcuttu. Hastaların 5'inde (%45,5) hematolojik malignite (2'sinde allojenik kemik iliği nakli öyküsü), 2'sinde (%18) diabetes mellitus (DM), 1'inde Tip 1 DM'e ek olarak kornea nakli ve retina cerrahisi geçirme öyküsü, 1'inde böbrek nakli ve Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) pnömonisi geçirme öyküsü, 1'inde DM ve COVID-19 pnömonisi geçirme öyküsü, 1'inde COVID-19 pnömonisi geçirme öyküsü mevcuttu. Hastalığın tanı anındaki

laboratuvar parametreleri Tablo 1'de, bir hastanın yüz görüntüsü Şekil 1'de gösterilmiştir. Bir hastanın burun sürüntü örneğinin KOH boyamasında hif yapıları saptandı. İki hastanın burun kültüründe *Rhizopus* spp., üredi. Dokuz hastanın doku histopatolojilerinde fungal hif yapıları görüldü. Tüm hastaların bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) mukormikoza dair radyolojik bulgular mevcut olup 2 hastada ek olarak MRG'de beyin tutulumuna dair bulgular mevcuttu. İki hasta cerrahi işlem yapılamadan kaybedilmiş olup diğerlerine cerrahi müdahale ve debridman yapıldı. Tüm hastalara liposomal Amfoterisin B (5-10mg/kg/gün) verilmiş olup 7 hastaya ardışık tedavide posakanazol (300 mg) verildi. Yedi (%63,6) hastada yoğun bakım ünitesinde takip edilme (iki hastada ameliyat sonrası) mevcuttu. Hastaların 7'si (%63,6) kaybedilmiş, 1 hastada nüks gelişti. Bir hastanın halen hastanede antifungal tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Mukormikoz mortalite ile seyredebileceğinden akla gelmesi, hızlı bir şekilde tanı konularak tedavinin erken başlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Mukormikoz, predispozan faktör, prognoz



Şekil 1. Hastanın yüz bölgesindeki lezyonları

Tablo 1. Tanı anındaki laboratuvar parametreleri

Olgu	Hemoglobin (12,1-17,2 g/dl)	Lökosit (4-10 10 ³ /ul)	Nötrofil (1,5-7,3 10 ³ /ul)	Lenfosit (0,8-5,5 10 ³ /ul)	Trombosit (150-400 10 ³ /ul)	Sedimentasyon (0-20 mm/h)	CRP (0,1-5 mg/dl)	Prokalsitonin (0-05 ug/l)
1	14,3	29,9	25,7	3,8	264	37	334	2,8
2	11,3	6,4	5,9	4,3	225	32	125	0,2
3	5,6	0,2	0,1	0	3	99	240	3,6
4	15,3	22,3	19,5	0,66	181	21	83	0,3
5	13,2	13,4	12,6	0,37	161	48	54,1	0,3
6	11,9	16,4	14,6	1,1	288	51	249,6	0,1
7	8,1	0,15	0,02	0,11	45	-	142,2	1,7
8	7,8	9	5,4	2,51	240	-	175,5	0,1
9	9,4	0,1	0	0,11	48,3	8	87,3	1,2
10	9,8	4,4	2,9	0,88	352	126	24	0,17
11	6,6	0,27	0,13	0,08	18	-	195	0,66

CRP: C-reaktif protein

[PS-082]

Üçüncü Basamak Üniversite Hastanesinde Nozokomiyal Menenjit: 303 Olgunun Değerlendirilmesi

Gamze Şanlıdağ İşbilen¹, Deniz Akyol Seyhan²,

Selin Bardak Özçem³, Sinan Mermer⁴, Şöhret Aydemir⁵,

Tansu Yamazhan⁶, Bilgin Arda⁶, Erkin Özgiray⁷, Hilal Sipahi⁸,

Taşkın Yurtseven⁷, Oğuz Reşat Sipahi⁶

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

³Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Lefkoşa

⁴İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁷Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

⁸Bornova İlçe Sağlık Müdürlüğü, İzmir

Giriş: Bu çalışmada, hastanemizdeki tanı konulan nozokomiyal menenjit (NM) olgularının sonuçlarını analiz etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2006-Eylül 2024 tarihleri arasında Enfeksiyon Hastalıkları konsültanları tarafından değerlendirilen ve NM [Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tanımlarına göre] tanısı konan ve aşağıdaki çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm yetişkin hastalar (18 yaşından büyük) değerlendirmeye alındı:

a) Yaş ≥ 18 yaş

b) Menenjit bulgusu olarak aşağıdaki dört klinik/laboratuvar kriterden en az üçünün varlığı:

1) Beyin omurilik sıvısı (BOS) bulgusu; >250 lökosit/mm³

2) BOS kültür pozitifliği (koagülaz-olumsuz stafilokok ürmeyen olgularda veya kültürde üreme olmayan menenjitlerde BOS pleositoz ≥ 250 /mm³ lökosit olan olgular dahil edildi).

3) Ateş >38 °C

4) Belirtilen klinik bulgulardan en az biri: bilinç bozukluğu, ense sertliği ve bulantı/kusma.

Bakterilerin tanımlanması ve antimikrobiyal duyarlılığın belirlenmesi VITEK 2 otomatik sistemi (BioMerieux Inc, Mercy L'etoil, Fransa) ve geleneksel yöntemler kullanılarak gerçekleştirildi. Antibakteriyel duyarlılık testleri 2014 yılına kadar CLSI, 2015-2024 yılları arasında ise EUCAST kriterlerine göre değerlendirilmiştir. İstatistiksel karşılaştırma için ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Yukarıda belirtilen kriterleri karşılayan 303 olgu (cinsiyet-yaş-BOS bulguları, Tablo 1) çalışmaya dahil edildi. En sık üç altta yatan hastalık intrakraniyal tümör (n=121-%39,9), intrakraniyal kanama (n=93-%30,7) ve hidrosefali (n=57-%18,8) iken tüm olguların (n=81, %26,7) şant enfeksiyonuydu. Toplamda 207 (%68,3) BOS kültürü ile kanıtlanmış menenjit olgusu vardı. İlk üç patojen *Acinetobacter baumannii* (n=54-%26,1), koagülaz-negatif stafilokoklar (n=44-%21,26), *Klebsiella* spp. (n=34-%16,42); Gram-olumsuz patojenlerin %57,46'sı (77/134) karbapenem dirençli, stafilokokların %84,21'i (48/57) metisilin dirençli idi. Dört hastada fungal menenjit vardı. Otuzuncu gün mortalitesi %16,18 (49/303) idi. Tedavi sonu [eozinofil oyun testi (EOT)] mortalite oranı %22,77 (69/303) idi. Genel başarı (EOT klinik başarısını takiben bir aylık sağkalım+nüks veya yeniden enfeksiyon olmaması) tüm kohortta %61,1 (185/303) olmuştur. Tedavi sonrası bir aylık dönemde nüks ve yeniden enfeksiyon oranları sırasıyla %1,79 ve %6,28 olmuştur. 30. gün mortalite Gram-olumsuz menenjitlerde, Gram-olumlu menenjitlere göre daha yüksekti (Tablo-p<0,001) ve tek patojenli olgularda, >1 patojenli olgulara göre anlamlı olmayan şekilde daha düşüktü (Tablo-p=0,194).

Sonuç: Beyin cerrahisi ve enfeksiyon hastalıklarındaki gelişmelere rağmen, NM hala önemli bir mortalite nedenidir.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, nozokomiyal

Tablo 1. Bulgular

Bulgular	
Kadın cinsiyet	%44,6 (135/303)
Yaş	50,4 $\pm$ 15,5 (min:18, maks: 109)
BOS ortalama lökosit sayısı	787,2 $\pm$ 491,1 (min:0, maks: 9329)
BOS ortalama protein düzeyi	349,9 $\pm$ 491,1 (min:2, maks: 4197)
BOS ortalama glukoz düzeyi	35,4 $\pm$ 32,2 (min:2, maks: 162)
Tüm nedenlere bağlı 30. gün mortalite	%16,18 (49/303)
Sadece Gram olumlu etkenlerin 30. gün mortalitesi	%4,2 (3/71)
Sadece Gram olumsuz etkenlerin 30. gün mortalitesi	%25,4 (32/126)
Tek patojenli olguların 30. Gün mortalitesi	%29,4 (5/17)
>1 patojenli olguların 30. Gün mortalitesi	%16,8 (32/190)

[PS-083]

C. auris Kandidemisi Gelişimi için Risk Faktörleri

Ayşe Kaya Kalem¹, Fatma Eser¹, İmran Hasanoğlu¹,
Bircan Kayaaslan¹, Aziz Bozkurt², Ayşe Yasemin Tezer Tekçe³,
Bedia Dinç⁴, Fisun Çatar Kırca⁵, Hatice Rahmet Güner¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi SUAM,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi SUAM, Tıbbi
Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

⁵Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *C.auris* yüksek mortalite oranları, yoğun bakım ünitelerinde kolonizasyon ve enfeksiyon olgularının hızlı artışı nedeni ile CDC (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi) tarafından acil nozokomiyal patojen ilan edilmiştir. *C.auris* kandidemisi gelişimi risk faktörlerinin belirlenmesi, direnç profilinin bilinmesi hızlı antifungal başlanmasını sağlayacaktır. Çalışmamızda, *C.auris* kandidemisi risk faktörlerinin, klinik özelliklerinin araştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: 2019-2024 tarihleri arasında *C.auris* kandidemisi gelişen hastalar olgugrubuna, olguile aynı birimde yatan ve olgukan

kültürü pozitifliği 7 gün öncesi yada 7 gün sonrası arasında kan kültürü alınan, *C.auris* üremesi olmayan 2 hasta rastgele seçilerek kontrol grubuna dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, kandidemi risk faktörleri, mortalite, kandida kolonizasyonu varlığı retrospektif olarak toplanmıştır. İstatiksel analiz için SPSS 18.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 52 olgu, 104 kontrol dahil edilmiştir. Olgu grubu demografik verileri, risk faktörleri ve mortalite oranları verilmiştir. *C.auris* fungemisinde 14 günlük ve 28 günlük mortalite sırası ile %30,8, %46,2'dir. *C.auris* kandidemisini etkileyen faktörler tek değişkenli analiz ile incelenmiştir. Bunun sonucunda yatış süresi, APACHE II skoru, 3 ay içinde hastane yatış, antifungal ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, santral venöz kateter, sepsis varlığı, total paranteral nutrisyon verilmesi, multifokal kandida kolonizasyonu, Kandida kolonizasyon indeksi $\geq 0,5$ olması ve SOFA skoru çok değişkenli analize dahil edilmiştir. *C.auris* kandidemisi, hastane yatış öyküsü olanlarda, 10,86 kat, antifungal kullanımı olanlarda 6,45 kat, sepsisi olanlarda 18,82 kat daha fazla görülmektedir.

Sonuç: *C.auris* antifungal direnç, mortalite oranları nedeni ile hızla önem kazanan patojenler arasındadır. Risk faktörlerinin bilinmesi hızlı antifungal başlanması, mortalite oranlarının azaltılmasında önemlidir. Ancak asıl olan enfeksiyon kontrol önlemleri ile enfeksiyonun yayılımının önüne geçilmesidir.

Anahtar Kelimeler: *C.auris*, kandidemi, risk faktörleri

Tablo 1. *C. auris* kandidemisi risk faktörlerinin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

	OR (%95 Güven Aralığı)	P
Hastanede yatış süresi, gün	1,013 (1,00-1,03)	0,058
APACHE II skoru	0,894 (0,83-0,96)	0,004
Hastane yatış öyküsü	10,86 (2,18-54,09)	0,004
Antifungal kullanımı	0,155 (0,02-0,99)	0,048
Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı	-	0,998
Santral venöz kateter varlığı	2,381 (0,54-10,49)	0,252
Sepsis	18,82 (1,86-190,77)	0,013
Total paranteral nutrisyon	3,124 (0,69-14,19)	0,140
Multifokal kandida kolonizasyonu	-	0,997
Kandida kolonizasyon indeksi $\geq 0,5$	5,192 (0,43-62,47)	0,194
SOFA skoru	0,959 (0,81-1,13)	0,621

Tablo 2. <i>C. auris</i> kandidemili hastaların demografik, risk faktörü ve mortalite verileri	
	n=52 (%)
Yaş, yıl, ortalama $\pm$ SS	65,2 $\pm$ 19,9
>65 yaş	30 (57,7)
Cinsiyet, erkek	34 (65,4)
En az bir kronik hastalık varlığı (n=51)	45 (88,2)
Kronik kardiyak hastalık	33 (64,7)
Diabetes mellitus	19 (37,2)
Kronik nörolojik hastalık	17 (33,3)
İmmün yetmezlik	12 (23,5)
Kronik böbrek hastalığı	11 (21,6)
Kronik akciğer hastalığı	6 (11,8)
Diğer	3 (5,9)
Charlson komorbidite indeksi, ortalama $\pm$ SS	4,3 $\pm$ 2,8
APACHE II skoru, ortalama $\pm$ SS	16,8 $\pm$ 9,3 (3-51)
Kandidemi geliştiğinde yattığı ünite	
Yoğun bakım ünitesi	44 (84,6)
Servis	6 (11,5)
Acil servis	2 (3,8)
Risk faktörleri	
Hastanede yatış süresi, gün, ortalama $\pm$ SS	57 $\pm$ 51,8
YBÜ yatış süresi, gün, ortalama $\pm$ SS	47,2 $\pm$ 38
Son 3 ayda	
Hastanede yatış öyküsü	18 (34,6)
Abdominal cerrahi öyküsü	2 (3,8)
Son 6 ayda	
Karbapeneme dirençli <i>Enterobacteriaceae</i> enfeksiyonu	34 (66,7)

Tablo 2. Devamı	
	n=52 (%)
Karbapeneme dirençli <i>Enterobacteriaceae</i> kolonizasyonu	4 (8)
Kandidemi öncesi son 7 günde	
Antifungal kullanımı öyküsü	14 (26,9)
Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı	51 (98,1)
MRSA etkin antibiyotik kullanımı	41 (78,8)
Entübasyon	33 (63,5)
Santral venöz kateter varlığı	39 (75)
Total paranteral nutrisyon	15 (29,4)
Nötropeni	1 (1,9)
Kandida kolonizasyonu	20 (43,5)
Multifokal kandida kolonizasyonu	8 (38,1)
Kandida kolonizasyon indeksi <0,5	12 (26,1)
Kandida kolonizasyon indeksi $\geq$ 0,5	9 (18,6)
Kandida skoru, ortalama	1,15
<i>C. auris</i> kolonizasyonu	35 (68,6)
Multifokal <i>C. auris</i> kolonizasyonu	14 (27,5)
Geçirilmiş bakteriyemi	26 (51)
Geçirilmiş kandidemi	3 (5,9)
SOFA skoru, ortalama	8,4
Pitt bakteriyemi skoru, ortalama	5,67
Sepsis	12 (23,1)
Mortalite	
14. gün	16 (30,8)
28. gün	24 (46,2)
SS: Standart sapma, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, MRSA: Metisilin dirençli <i>S. aureus</i>	

[PS-084]

İnsan immün yetmezlik virüsü Enfeksiyonu Olan Bir Hastada Ramsay-Hunt Sendromu Olgusu

Tajdin İrtem, Mustafa Kemal Çelen

Dicle Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Ramsay Hunt Sendromu (RHS) fasiyal paralizi, kulak ağrısı ve kulak çevresi herpetik veziküler döküntüler ile karakterize bir sendromdur. Fasiyal güçsüzlük genellikle veziküllerden 1-2 hafta sonra gelişir. Herpes zoster otikus olarak da bilinen bu hastalıktan, herpes virüs grubundan varisella-zoster virüsü (VZV) sorumludur. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) gibi immünoşüpresyon yapan durumlarda normal popülasyondan daha sık görülmektedir. Bu olgumuzda HIV ve RHS omu birlikteliği olan olgumuzu inceledik.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 33 yaş erkek hastada sol servikal dermatomda ağrılı döküntü nedeniyle hastaneye başvurdu. Fizik muayenede sol servikal dermatom boyunca uzanan büllöz ve veziküler ağrılı döküntüler mevcuttu (Şekil 1). Dermatoloji tarafından Herpes zoster ve sekonder bakteriyel enfeksiyon düşünülerek asiklovir 3x750 mg i.v.+ampisilin-sulbaktam 4x2 gr i.v. tedavisi başlandı. Enfeksiyon Hastalıklarına konsülte edilen hastadan Anti-HIV testi istendi, pozitif sonuçlandı. HIV doğrulama testi gönderildi. HIV-RNA sonucu 8,287 kopya/ml sonuçlandı. CD4 sayısı 570 hücre/ μ l idi. Çekilen kontrastlı boyun tomografisinde solda daha belirgin olmak üzere boyunda yaygın deri-deri altı dokularda, fasiyal planlarda, sol parafarengeal alanlarda ve epiglot komşuluğunda mukoza kalınlaşma ve ödem ile uyumlu infiltratif görünümlem mevcuttu (enflematuvar süreç), inceleme alanına giren toraks kesitlerinde toraks anterior duvarda ve mediastinal yağlı planlarda infiltratif görünümlem mevcuttu (enfektif süreç, ödeme sekonder) raporlandı. Ampisilin-sulbaktam stoplanarak pip-taz+linezolid tedavisine geçildi. Antiretroviral tedavi olarak biktgravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (TAF) tedavisi başlandı. Asiklovir tedavisinin 5. gününde lezyonlar regrese oldu, krutlanmaya başladı. Klinik ve laboratuvar olarak yanıt alınan hasta asiklovir tedavisinin 14. gününde eksterne edildi. Beş gün sonra poliklinik kontrolüne gelen hasta

sol yüz yarımında gözlerde kapanamama ve sol angula oris kısmında hareket azalması şikayetiyle başvurdu. Yapılan KBB muayenesinde House Breckman evrelemesine göre grade 2 periferik fasiyal paralizi bulguları mevcut olup RHS ön tanısıyla 1 mg/kg prednizolon tedavisi başlanıp tedricen doz azaltılarak devam edildi. Antiviral tedavi olarak valasiklovir 3000 mg/gün başlandı. Tedavi sonrası 10. günde grade 1 periferik fasiyal paraliziye gerilediği görüldü.

Sonuç: Herpes zoster düşünülen hastalar HIV enfeksiyonu açısından değerlendirilmeli. Kulak çevresinde herpetik veziküler döküntüleri olan hastalarda RHS akılda tutulup fasiyal paralizinin genelde döküntülerden 1-2 hafta sonra gelişeceği bilinmelidir. Antiviral tedavi ve prednizolon tedavisinin ilk 72 saatte başlanması prognoz açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster, HIV, veziküler döküntü



Şekil 1. Deri lezyonları

[PS-085]

Dondurma ve Sufle Tüketimiyle İlişkili Aile İçi *Salmonella* Salgını

Mustafa Yılmaz, Emine Türkoğlu

Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

Giriş: Gıda kaynaklı *Salmonella* enfeksiyonları genellikle yumurta ve kümes hayvanları tüketimi ile ilişkilendirilmektedir. Günümüzde kurutulmuş meyve ve sebzeler, kuruyemişler, baharatlar, tahıllar ve şekerleme ürünleri gibi birçok başka gıda da suçlanmaktadır. Çikolata tüketimi ile tifo dışı salmonelloz arasındaki bağlantı 1950'lerden beri bilinmektedir ve literatürde belgelenmiş birkaç salgın bulunmaktadır. Bu bildiride de sufle ve dondurma tüketimi sonrası gelişen aile içi bir *Salmonella enteritidis* salgını ele alınmıştır.

Olgu: Aynı aileden yedi kişi evde sufle ve dondurma tüketiminden bir gün sonra başlayan ishal yakınması ile başvurdu. İki olgunun genel durumu iyi olduğu için poliklinikten takip edilirken beş olgu servise yatırıldı. Olguların demografik verileri, semptomları, tedavi süreleri ve kültür sonuçları Tablo 1'de detaylandırılmıştır. Olgu 1'de ishale ek olarak ateş yüksekliği, karın ağrısı, dizürü mevcuttu. Hasta düşkün görünümdeydi. Üç hastanın direkt bakısında yoğun lökosit saptandı. Tüm hastalara ampirik olarak siprofloksasin ve destek tedavi (hidrasyon, elektrolit replasmanı)

başlandı. Üç hastanın gayta kültüründe *S. enteritidis* izole edildi. Olgu 1'in ek olarak idrar kültüründe de aynı etken izole edildi. Hastalardan izole edilen *S. enteritidis* siprofloksasine duyarlı olduğu için tedaviye devam edildi. Olgu 1 haricindeki olguların siprofloksasin tedavisi yedi güne tamamlanarak kesildi. Olgu 1'in semptomları uzun süre devam etti. Ateşli dönemde alınan kan kültürlerinde etken izole edilemedi. Endokardit açısından ekokardiyografi yapıldı. Vegetasyon saptanmadı. Uzak organ tutulumu açısından kraniyal, toraks, batin ve vertebra görüntülemeleri yapıldı. Osteomyelit/apse lehine görünüm saptanmadı. Batin görüntülemesinde pankolit saptandı. Ateş ve ishalin devamı üzerine siprofloksasin kesilerek meropenem başlandı. Meropenem ile ateş ve ishal yanıtı alındı. Oral TMP-SMX ile taburcu edildi. Toplam tedavi süresi bir aya tamamlandı.

Sonuç: Tifo dışı salmonellalar, çoğu insanda hafif ve kendi kendini sınırlayan akut enterokolite neden olur. Ancak bazı kişilerde, ishal olmaksızın, bakteriyemi, menenjit gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Tedavi gecikir veya uygun şekilde tedavi edilmezse fokal enfeksiyonlarla birlikte ateşli, invaziv bir hastalık olarak da ortaya çıkıp ölümcül seyredebilir. Nitekim bizim olgu serimizde de dört olgu kendini sınırlayan akut enterokolit tablosunda seyretmişken bir olgumuz üriner organ tutulumun ve pankolitin eşlik ettiği invaziv bir hastalık tablosundaydı. Dondurma, çikolata tüketimi sonrası gelişen mukuslu ishal olgularında tifo dışı salmonellalar akılda tutulmalı, mikrobiyolojik örneklemeler yapıldıktan sonra ampirik tedavi başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Non-tifoidal *salmonella*, *Salmonella*, *Salmonella enteritidis*

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik bulguları ve tedavileri

	Yaş	Cinsiyet	Semptom	Semptom süresi	Kültür	Tedavi	Tedavi süresi
Olgu 1	60	Kadın	İshal, ateş, karın ağrısı	10 gün	İdrar ve gaytada <i>S. enteritidis</i>	Siprofloksasin/meropenem/trimetoprim sulfametoksazol	1 ay
Olgu 2	55	Kadın	İshal	5 gün	Üreme olmadı	Siprofloksasin	1 hafta
Olgu 3	20	Erkek	İshal	3 gün	Gaytada <i>S. enteritidis</i>	Siprofloksasin	1 hafta
Olgu 4	50	kadın	ishal	5 gün	Gaytada <i>S. enteritidis</i>	Siprofloksasin	1 hafta
Olgu 5	23	kadın	ishal	3 gün	Üreme olmadı	Siprofloksasin	1 hafta

[PS-086]

Dissemine Gonokokal Enfeksiyon: Artrit-Dermatit Sendromu ile Başvuran Bir Olgu Sunumu

Halenur Vural Akbal, Nurşen Demirkol Kaya, Hülya Çaşkurlu, Yasemin Çağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Dissemine gonokokal enfeksiyon, cinsel yolla bulaşan *Neisseria gonorrhoeae*'nin bakteriyemi yoluyla vücuda yayılımı sonucu gelişir. Bu olgu sunumunda, dissemine gonokokal enfeksiyonun en sık karşılaşılan klinik tablolarından biri olan artrit-dermatit sendromu ile başvuran bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, bir aydır büyük ve küçük eklemlerde olan ağrı, karın ağrısı, ishal, dört gündür olan ateş üşüme titreme, çarpıntı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Bir hafta önce yapılan serolojik testlerde VDRL-RPR ve TPHA pozitif saptanmış ve geç latent sifiliz tanısıyla 2,4 IU depo penisilin tedavisi başlanmıştı. Özgeçmişinde özellik yoktu. Sistem sorgusunda 1 aydır iştahsız olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, vital bulguları stabildi. El ayakları ve ayak tabanında sönmüş sarı renkli püstüller lezyonlar dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde; beyaz kan hücresi: 15,700/mm³ (%75 nötrofil), eritrosit sedimentasyon hızı: 92 mm/saat, C-reaktif protein: 78 mg/l, prokalsitonin: 1,35 ng/ml olarak saptandı. Tam idrar tetki normaldi. Ateş yüksekliği devam eden hasta ateş etiolojisinin araştırılması amacıyla servisimize yatırıldı. Kan kültürleri alındı. Takiplerinde 38,1 °C ateşi tespit edildi. Ekokardiyografide vejetasyon izlenmedi. Serolojik testlerinde Anti-HIV, anti-HCV, HBsAg, anti-CMV IgM, anti-Toxoplasma IgM, anti-EBV VCA IgM, anti-HSV 1-2 IgM, *Parvovirus* IgM ve Rose Bengal testleri negatif sonuçlandı. Kültür negatif endokardit etkenleri açısından *Coxiella* IgM ve IgG testleri negatif bulundu. İki ay önce Güneydoğu Anadolu'ya seyahat öyküsü bulunan hastanın, sıtma amacıyla yapılan periferik yaymasında patojen saptanmadı. Radyolojik ve oral muayenede diş çürüğü veya periapikal apse yoktu. Kontrastlı boyun, toraks ve abdomen tomografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın yatışının. 3. gününde, yatışında alınan 6 set kan kültürünün birinde *N. gonorrhoeae* üremesi oldu, diğer setlerde üreme olmadı. Kanda *Chlamydia trachomatis* IgM pozitif olarak saptandı. Hastaya artrit-dermatit sendromu tanısıyla intravenöz seftriakson (1x2 gr) ve oral doksisisiklin (2x100 mg) tedavisi başlandı,

şikayetleri ve akut faz reaktanları gerileyen hastanın seftriakson tedavisi 7, doksisisiklin tedavisi 14 güne tamamlanarak taburcu edildi. Sifiliz tedavisi 3 doza tamamlandı. Poliklinik takiplerinde hastanın sağlıklı olduğu görüldü.

Sonuç: Dissemine gonokokal enfeksiyon, *N. gonorrhoeae* ile enfekte hastaların %0,5-3'ünde görülür ve genellikle artrit-dermatit sendromu ile seyreder. Kan, sinovyal sıvı ve deri lezyonlarından alınan kültürler sıklıkla negatif sonuçlandığından tanıda güçlükler yaşanmaktadır. Diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklarla birlikte görülebilir. Ateş, poliartralji ve vezikülopüstüller deri lezyonları olan hastalarda dissemine gonokokal enfeksiyon akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dissemine gonokokal enfeksiyon, artrit dermatit sendromu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar



Şekil 1. El ve ayak palmar yüzeyde vezikülopüstüller lezyonlar

[PS-087]

Akciğerde Nodüllerle Seyreden Bruselloz OlgusuGülsüm Kaya, Berke Türkmenoğlu, Mustafa Namıduru*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep*

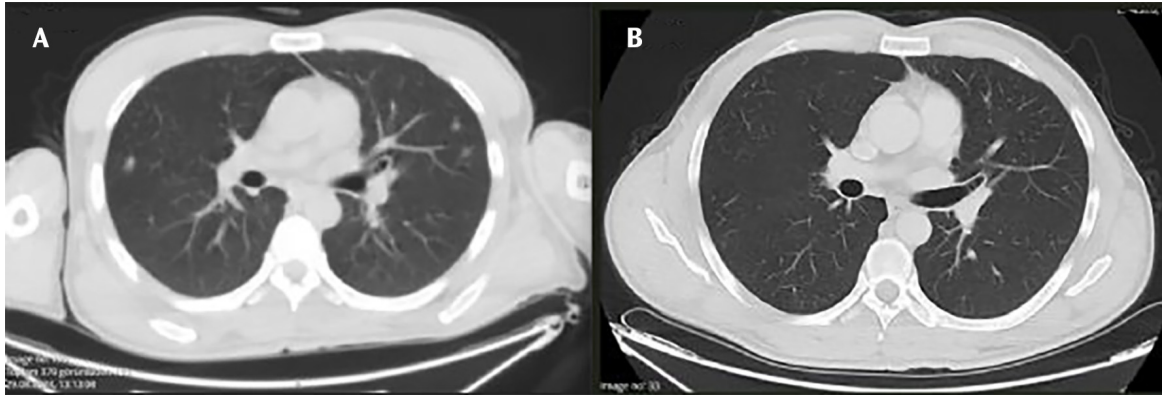
Giriş: Bu olguda gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı sorunu olarak devam eden brusellozun nadir bir komplikasyonu olan pulmoner nodüllerle seyreden bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Şanlıurfa'dan gelen 40 yaşındaki erkek hasta, bir aydır süren ateş, halsizlik, gece terlemesi, kuru öksürük, yaygın göğüs ağrısı ve 15 kg kilo kaybı ile başvurdu. Sigara içme öyküsü bulunan hastada yapılan laboratuvar testlerinde akut faz reaktanlarında ve karaciğer enzimlerinde yükseklik gözlemlendi. Akciğer grafisinde bilateral akciğerde yer yer infiltrate görünümler izlendi. Bu nedenle pnömoni tanısı ile seftriakson 2x1 gr, klaritromisin 2x500 mg başlandı. Akciğer grafisinde infiltrate alanları olan hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Toraks BT'de, bilateral akciğerde çeşitli boyutlarda nodüller saptandı (Şekil 1A). Toraks BT'de nodüler tutulumları olan hastaya pozitron emisyon tomografisi (PET)/CT çekildi. PET/CT'de sağ akciğer üst lob anterolateralde, sol akciğer üst lob anterior ve alt lob süperiorda belirgin fluorodeoksiglukoz tutulumu olmayan birkaç adet nodül izlendi. Hastadan alınan kan kültüründe *Brucella* spp. üremesi saptandı. *Brucella* tüp aglutinasyon testi 1/320 titrede pozitif saptandı. Mevcut antibiyotiği kesildi. Yerine gentamisin (5 mg/kg/gün 1x1/gün), doksisisiklin (2x100 mg/gün) başlandı. Hastanın

takiplerinde ateş olmaması genel durumu iyi olması kontrol kan kültüründe üreme saptanmaması üzerine gentamisin 3 hafta, doksisisiklin ve rifampisin 3 aya tamamlanması planlanarak tedavinin 7. gününde taburcu edildi. Bir ay sonra poliklinik kontrolünde hastanın yakınmaları, fizik muayene bulguları ve laboratuvar bulguları normaldi. Tedavinin 3. ayında çekilen toraks BT'de, bilateral akciğer lokalizasyonları boyut ve görünümleri tariflenen tüm nodüler yapıların tamamen regrese görünümde izlendi (Şekil 1B). Hastanın tedavisi kesildi.

Sonuç: Bruselloz, Türkiye gibi endemik bölgelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Hastalık, genellikle kas-iskelet, genito-üriner ve retiküloendotelial sistemleri etkilerken, kardiyovasküler, sinir sistemi ve pulmoner tutulum daha az görülmektedir. Pulmoner bruselloz, tüm komplikasyonlar arasında en nadir olanıdır ve insidansı %1-5 arasında değişmektedir. Literatürde, pulmoner tutulum çeşitli şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Pulmoner bruselloz hastalığının az görülen ciddi bir formu olmasına rağmen standart tedaviye çok iyi yanıt vermektedir. Olgumuzda bruselloz tedavisi başlandıktan kısa süre sonra klinik bulguları düzeldi ve radyolojik olarak iyileşme saptandı. Üç ay sonra çekilen kontrol toraks BT'de bilateral akciğer lokalizasyonları boyut ve görünümleri tariflenen tüm nodüler yapılar tamamen regrese görünümde izlendi. Pulmoner tutulum brusellozun nadir görülen bir komplikasyonu olmasına rağmen endemik bölgelerde, nodüler akciğer lezyonlarının ayırıcı tanıda pulmoner bruselloz da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, pulmoner nodül



Şekil 1. A) Tedavi öncesi, B) tedavi sonrası

[PS-088]

Bulaşıcı Hastalıklar ve Yetişkin Bireylerde Aşılama ile İlgili Bilgi ve Tutum Çalışması

Hülya Çaşkurlu, Halenur Vural Akbal, Tuba Soğukpınar

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bulaşıcı hastalıklar, bireylerin yanı sıra toplum sağlığını da tehdit eden ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Aşılanmanın temel amacı, toplumda aşı ile önenebilir hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek ve bu hastalıklara bağlı ölüm ve sakatlıkları önlemektir. Bu çalışmada, yetişkin bireylere verilen eğitimin bulaşıcı hastalık farkındalığı, korunma davranışları ve aşı bilinci üzerindeki etkisi değerlendirilmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 116 kişiye bulaşıcı hastalıklar ve aşılama hakkında eğitim verildi. Eğitim öncesi ve sonrasında kişilere demografik bilgileri, bulaşıcı hastalıklar ve aşılama hakkında farkındalıklarını ölçen anket çalışması yapıldı. Katılımcıların 60 tanesi ankete eğitim öncesinde ve sonrasında katıldı, 56 kişi anketi yalnızca bir kere doldurması nedeniyle istatistik değerlendirmesine alınmadı.

Bulgular: Katılımcıların görüşleri; ortak yaşam riski, kişisel korunma ve korunma davranışları, el yıkama, toplumsal korunma ve kişisel temas farkındalığı gibi başlıklarda 1: hiç katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum şeklinde alınmıştır. Ardından, bulaşıcı hastalık, korunma yöntemleri bilgisi ve aşı farkındalığı konularına yönelik bilgi düzeyi (evet/hayır/kararsızım) ölçülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması 37 ± 9 yıldır. Katılımcıların %74'ü hayatının çoğunu şehirde geçirmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %42'si ortaokul veya daha düşük eğitim seviyesine, %58'i ise lise veya yükseköğrenim düzeyinde eğitime sahiptir. Katılımcıların %56'sı temizlik işçisi, %44'ü ofis çalışanıdır ve %82'sinin medeni durumu evlidir. Mesleği temizlik işçisi olan katılımcıların çoğu son aşısını 2 yıl önce yaptırmıştı ve en sık tetanoz aşısının yapıldığı görüldü. Çalışmada, verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro-Wilk testi uygulanmıştır. Sonuçlar, verilerin normal dağılım göstermediğini ortaya koymuştur ($p < 0.05$). Bu nedenle, Wilcoxon Signed-Rank testi kullanılarak

eğitim öncesi ve sonrası fark analizleri yapılmıştır. Eğitim sonrası tüm farkındalık ve korunma davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlemlenmiştir. ($p < 0,01$) En büyük değişim kişisel temas farkındalığı ve toplumsal korunma farkındalığında gözlemlenmiştir (Tablo 1). Çoktan seçmeli soruların analizinde, eğitim öncesi ve sonrası değişimleri değerlendirmek için McNemar testi uygulanmıştır. Sonuçlar, bulaşıcı hastalık bilgisi, korunma yöntemleri bilgisi ve yetişkin aşı farkındalığında anlamlı bir artış olduğunu göstermektedir (Tablo 1).

Sonuç: Bu çalışma, bulaşıcı hastalıklar konusunda eğitim programlarının etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle kişisel temas ve toplumsal korunma farkındalığında belirgin iyileşmeler gözlemlenmiştir. Eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve farklı popülasyon gruplarında daha büyük örneklemelerle uzun vadeli etkiler incelenmeli, farklı yaş ve meslek grupları karşılaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bulaşıcı hastalıklar, aşılama, halk sağlığı



Şekil 1. Temizlik işçilerine yapılan eğitimden görsel

Tablo 1. Anket değerlendirme sonuçları, Wilcoxon testi (w)/McNemar testi (m)

Değişkenler	Eğitim öncesi ortalama	Eğitim sonrası ortalama	p-değeri
Ortak yaşam riski	3,7	4,5	0,0008 (w)
Kişisel korunma farkındalığı	4,3	4,7	0,0050 (w)
Korunma davranışları	4,3	4,7	0,0010 (w)
El yıkama davranışları	4,7	4,9	0,0082 (w)
Kişisel temas farkındalığı	3,9	4,9	0,0001 (w)
Toplumsal korunma farkındalığı	4,1	4,8	0,0001 (w)
	Eğitim öncesi farkındalık (%)	Eğitim sonrası farkındalık (%)	
Bulaşıcı hastalık bilgisi	%65	%85	0,0023 (m)
Korunma yöntemleri bilgisi	%60	%82	0,0045 (m)
Yetişkin aşı bilgisi	%50	%78	0,0017 (m)

[PS-089]

Enfeksiyon Hastalıkları Servisinde Takip Edilen Pnömonokokkal Menenjit Olgularının İncelenmesi

Merve Sefa Sayar, Ali Asan, Beyzanur Güngör, Didar Elaltunlerin,
Ayşe Uyan Önal, İsmail Necati Hakyemez

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

Giriş: İnvaziv pnömonokokkal enfeksiyonlar (menenjit, bakteriyemi, pnömoni) özellikle yüksek riskli gruplar arasında aşıyla önlenemeyen durumlardır. Pnömonokok menenjit yüksek mortalite ve önemli morbiditeye sahip olduğundan önem arz etmektedir. Kliniğimizde takip ettiğimiz pnömonokokkal menenjit olgularının klinik, laboratuvar ve komplikasyon durumlarını incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 28.09.2023-3.02.2025 tarihleri arasında Enfeksiyon hastalıkları servisinde yatarak takip edilen 12 pnömonokokkal menenjit tanılı olgu değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik sonuçları retrospektif olarak hastane sisteminden elde edildi.

Bulgular: 28.09.2023-3.02.2025 tarihleri arasında kliniğimizde 12 pnömonokokkal menenjit olgusu takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 45 [minimum (min) 22-maksimum (maks) 64] ve %66,6'sı (n=8) erkekti. Dört hastada herhangi bir komorbid durumu saptanmazken, diğer hastaların insan immün yetmezlik virüsü ile yaşayan birey (n=1), idiopatik trombositik purpura (n=1), nazal polip operasyonu (n=1), lupus AFAS (n=1) ve kulak zarı perforasyonu (n=1) mevcuttu. Hastaların tamamında pnömonokok aşılması yoktu. İlk değerlendirmede %83,3'ünde (n=10) ateş yüksekliği ve %8,3'ünde (n=1) nöbet öyküsü bulunuyordu. Acil servisteki laboratuvar parametreleri; ortalama lökosit (103/ml) 22900 (min.: 7160-maks.: 41300), hemoglobin (g/ml) 14.1 (min.: 17-maks.: 10,4), platelet (103/ml) 215700 (min.: 35000-maks.: 336000), alanin transaminaz (U/l)

33,75 (min.: 14-maks.: 166), aspartat transaminaz (U/L) 46,08 (min.: 19-maks.: 122), üre (mg/dl) 15,58 (min.: 10-maks.: 23), kreatin (mg/ dl) 0,83 (min.: 0,53-maks.: 1,1), C-reaktif protein (mg/dl) 125,6 (min.: 3-maks.: 345), prokalsitonin (ng/ml) 7,2 (min.: 0,02-maks.: 13,5) değerleri olduğu görüldü (Tablo 1). Acil servisteki nörogörüntülemelerinde patolojik bulgu yoktu. Başvurularının ortalama 0,9 (min.: 1-maks.: 4) gününde lomber ponksiyon işleminin yapıldığı görüldü. Lomber ponksiyon sonuçları incelendiğinde hastaların %50'sinde (n=6) beyin omurilik sıvısı (BOS) glukoz ölçüm değeri <5 mg/dl saptandı. BOS protein değeri ortalama 500,58 (min.: 82-maks.: 1384) ve BOS klor değeri ortalama 115,5 (min.: 109-maks.: 124) idi. BOS kültürlerinin %16,6'sında *Streptococcus pneumoniae* üremesi olduğu görüldü. Tüm hastaların BOS multiplex polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) paneli *S. pneumoniae* pozitif. Alınan tüm BOS örnekleri tüberküloz menenjit açısından da değerlendirildi. Tüm örneklerde BOS Asidorezistan boyamalarında, BOS tüberküloz PCR ve BOS mikobakteri kültürlerinde *Mycobacterium tuberculosis* saptanmadı. Hastaların tamamında klinik bulgular ve BOS bulguları değerlendirilerek kültür ve PCR sonuçlarından önce seftriakson 2x2 g/ gün intravenöz (IV) başlandı. Hastaların %83,3'üne (n=10) vankomisin 1x25 mg/kg yükleme ardından 2x15 mg/kg IV ve %58,3 (n=7)'üne asiklovir 3x750 mg IV ampirik tedavide eklendiği görüldü. Başlangıç antimikrobiyal tedavisinde ampisilin (6x2 g) olan hasta oranı ise %41,6 (n=5) idi. Antimikrobiyal tedaviye steroid eklenen hasta oranı %91,6 (n=11) idi. Toplam antibiyoterapi süresi ortalama 14,5 (maks.: 30-min.: 4) olduğu görüldü. Tedavi sonrası sekel açısından hastaların %50'sinin (n=6) bilgilerine ulaşıldı. Altı hastanın ikisinde (%33,3) işitme kaybı geliştiği görüldü. Sadece bir hasta (%8,3) eksitus ile sonuçlandı.

Sonuç: Sunumumuzdaki pnömonokokkal menenjit olgularını incelediğimizde de gördüğümüz gibi bu ciddi enfeksiyon tablosu risk gruplarını tehdit etmeye devam etmekte olup; risk gruplarının aşılması, erken tanı ve tedavinin sağlanmasının önemi artarak devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, pnömonokokal

Tablo 1. Hastaların acil servisteki laboratuvar parametreleri

Laboratuvar parametreleri	Ortalama (±, min.-maks.), n=12
Lökosit (10 ³ /ml)	22,960 (min.: 7,160-maks.: 41,300)
Hemoglobin (g/ml)	14,1 (min.: 17-maks.: 10,4)
Platelet (10 ³ /ml)	215,750 (min.: 35,000-maks.: 336,000)
Neutrofil (%)	92,16 (min.: 88,1-maks.: 95,5)
Üre (mg/dl)	15,8 (min.: 10-maks.: 23)
Kreatin (mg/dl)	0,83 (min.: 0,53-maks.: 1,1)
Alanin transaminaz (U/l)	33,75 (min.: 14-maks.: 166)
Aspartat transaminaz (U/l)	46,08 (min.: 19-maks.: 122)
Total bilirubin (mg/dl)	1,27 (min.: 0,49-maks.: 2,24)
C reaktif protein (mg/dl)	125,6 (min.: 3-maks.: 345)
Prokalsitonin (ng/ml)	7,23 (min.: 0,02-maks.: 13,5)
Min.: Minimum, Maks.: Maksimum	

[PS-090]

Hatay İlinde Saptanan İmporte Sıtma Olgularının Değerlendirilmesi (2018-2024)

Mehmet Çabalak¹, Gülnaz Çulha², Tuğba Kaya², Yusuf Önlen¹

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay

²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı, Hatay

Giriş: Sıtma; sıklıkla ateş, anemi ve splenomegali bulgularının eşlik ettiği, tedavi edilmediğinde mortalite ile seyredebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu çalışmada da Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi'nde sıtma ile enfekte olmuş bireylerin irdelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız retrospektif bir çalışmadır. Ocak 2018-Şubat 2024 tarihleri arasında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde, sıtma tanısı ile takip ve tedavi edilen 18 yaş ve üzerinde 77 erişkin hasta değerlendirilmiştir. Sıtmanın endemik olduğu bölgelerden gelen ve dış merkezde tedavi alan ve yayması negatif olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Tanı, hastaların ateşli döneminde yapılan kalın damla ve ince yayma preparatlarında parazitin görülmesiyle konulmuştur. Ayrıca bazı hastalarda yapılan dipstick ve polimeraz zincir reaksiyonu sonuçları da irdelenmiştir. Hastalara ait bilgilere hastane otomasyon sistemindeki dosya ve epikrizler incelenerek ulaşılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 40±11 (yaş aralığı: 19-63) yıl olarak belirlendi ve hepsi erkekti. İmporte sıtma olgularının hepsi Afrika ülkelerine çalışmak için giden vatandaşlarımız oluşturdu. Hastaların geldikleri coğrafi bölgelere göre dağılımına bakıldığında en sık olgunun Sudan (n=34) ve Fildişi Sahili (n=18) geldiği görüldü. En sık hasta (n=23) takip edilen yıl ise 2019 yılı idi. Sıtmanın endemik olduğu bölgelerden gelen hastaların tümünün yayması pozitif. Otuzdört hastaya dipstick testi yapılmıştı. Dipstick testi pozitif olanlarda ilk sırada *P. falciparum* (n=32, %78) ve *P. vivax* (n=7, %9) saptandı. Hastalarda en sık görülen semptomlar ateş, kas-eklem ve baş ağrısıydı. Elli üç (%68,8) hastanın daha önce hastalığa yakalanıp sıtma tedavisi alma öyküsü vardı. Hastaların hiçbirisinde profilaksi kullanmadıkları bilgisine ulaşıldı. Hastaların 69'una oral artemisin derivesi, 5 hastaya intravenöz (IV) artesunat+oral artemisin derivesi, 3 hastaya IV Artesunat kullanıldı. Ayrıca 10 hastaya miks enfeksiyon nedeniyle oral artemisin tedavisine ek olarak primakin kullanıldı. Klinik seyri ağır olan iki hastamız için IV artesunat tedavisi verilmesine rağmen yoğun bakım ihtiyacı gelişti ve mortalite gelişti.

Sonuç: Sıtma ile mücadelede kontrol programlarının ciddi ve başarılı bir biçimde uygulanması sonucu Dünya Sağlık Örgütü 2011 Sıtma Raporu'na göre Türkiye'de sıtmanın elimine edildiği bildirilmiştir. Ülkemizdeki saptanan olgular yurtdışı kaynaklı olup bu olgularında önlenmesi adına özellikle hastalığın endemik olduğu bölgelere yapılacak iş veya turistik seyahatlerde profilaksi uygulamaları dahil koruyucu önlemlerin artırılması sağlanmalıdır. Seyahat öyküsü ve ateşi olan hastalarda mutlaka ayırıcı tanıda sıtma düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: İmporte sıtma, Hatay, *Plasmodium* spp.

[PS-091]

Enterococcus faecalis ve *Enterococcus faecium* Bakteriyemilerinde Antimikrobiyal Direnç Durumunun Değerlendirilmesi

Eren Yeşilbaş¹, Fatih Sezai Kaya², Melike Özdemir¹, Dilara İnan¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Enterokoklar, nozokomiyal kan dolaşımı enfeksiyonlarının sık görülen etkenlerindendir. Enterokok türlerinin antibiyotiklere karşı geliştirdiği direnç, tedavi seçeneklerini sınırlamakta ve mortalite riskini artırmaktadır. Bu çalışma sağlık bakımı ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarından izole edilen *Enterococcus faecalis* ve *Enterococcus faecium* suşlarının yaygın olarak kullanılan antibiyotiklere karşı direnç oranlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Bulguların, ampirik tedavi seçeneklerinin iyileştirilmesine ve lokal direnç profillerinin anlaşılmasına katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, 1 Ocak 2020-31 Aralık 2024 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde kan dolaşımı enfeksiyonlarından izole edilen *E. faecalis* ve *E. faecium* suşlarının antibiyotiklere karşı direnç profilleri retrospektif olarak değerlendirildi. Ampisilin, yüksek düzeyde gentamisin (YDG), teikoplanin, vankomisin ve linezolid duyarlılık testleri incelendi.

Bulgular: Belirtilen tarihler arasında 710 enterokok izolatu değerlendirilmiştir. Kan kültürlerinde enterokok türü bakteri izole edilenlerin %60,7'si erkek hastalardan oluşmuştur. İzolatların %61,2'si *E. faecium*, %38,8'i ise *E. faecalis* olarak tanımlanmıştır. *E. faecalis* izolatlarında YDG direnci %44,9, ampisilin direnci %8,6, teikoplanin direnci %4,7 vankomisin direnci %2,8 olarak tespit edilmiştir. Linezolidde karşı direnç tespit edilmemiştir. *E. faecium* izolatlarında ise ampisilin direnci %96,3, YDG direnci %68,8, teikoplanin direnci %39,8, vankomisin direnci %39,1, linezolid direnci %0,4 olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: *E. faecalis* ve *E. faecium*, nozokomiyal enfeksiyonlarda önemli yer tutan ve hayatı tehdit eden patojenlerdir. Özellikle *E. faecium*, geniş spektrumlu antibiyotik direnci nedeniyle tedavi seçeneklerini sınırlamakta ve enfeksiyon yönetiminde zorluklar oluşturmaktadır. Çalışmamızda saptanan *E. faecalis* izolatlarındaki yüksek YDG direnç oranı, özellikle enfektif endokardit gibi ciddi enfeksiyonlarda tedavi yaklaşımları açısından önemli bir bulgudur. Çalışmamızda *E. faecium* izolatlarında vankomisin dirençli enterokok (VRE) oranının yüksekliği dikkat çekicidir. VRE bakteriyemisi tedavisinde Gıda ve İlaç Dairesi onaylı tek ajan olan linezolid; bakteriyostatik etkili olması, yan etki profili ve çoklu ilaç etkileşimleri nedeniyle VRE kaynaklı bakteriyemik enfeksiyonlarda sınırlı bir seçenektir. Bu nedenle, VRE prevalansındaki artış, daha etkili tedavi alternatiflerinin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Literatür verileri, VRE oranlarının sağlık kuruluşları arasında değişkenlik gösterdiğini ve bu nedenle her merkezin tedavi stratejilerini kendi direnç profillerine göre belirlemesinin gerekli olduğunu göstermektedir. Ayrıca kurumlarda VRE oranlarının düşürülmesi için etkin enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, antimikrobiyal direnç

Tablo 1.												
	<i>Enterococcus faecalis</i>						<i>Enterococcus faecium</i>					
	2020 (N=42)	2021 (n=74)	2022 (n=70)	2023 (n=50)	2024 (n=40)	Toplam (n=276)	2020 (n=49)	2021 (n=88)	2022 (n=105)	2023 (n=93)	2024 (n=99)	Toplam (n=434)
Ampisilin	4 (9.5)	10 (13.5)	5 (7.1)	5 (10)	0 (0)	24 (8.6)	48 (97.9)	82 (93.1)	99 (94.2)	91 (97.8)	98 (98.9)	418 (96.3)
YDG	18 (42.8)	41 (55.4)	31 (44.2)	18 (36)	16 (40)	124 (44.9)	38 (77.5)	53 (60.2)	62 (59.04)	68 (73.1)	78 (78.7)	299 (68.8)
Teikoplanin	2 (4.7)	3 (4.05)	4 (5.7)	4 (8)	0 (0)	13 (4.7)	16 (32.6)	36 (40.9)	44 (41.9)	39 (41.9)	38 (38.3)	173 (39.8)
Vankomisin	1 (2.3)	3 (4.05)	4 (5.7)	0 (0)	0 (0)	8 (2.8)	15 (30.6)	38 (43.1)	44 (41.9)	34 (36.5)	39 (39.3)	170 (39.1)
Linezolid	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.95)	0 (0)	1 (1.01)	2 (0.4)

[PS-092]

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi'nde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Mesleki Yaralanmalarının Değerlendirilmesi

İrem Aşkın Yılmaz¹, İrem Çiftçi¹, Selma Tosun¹, Simge Yıldız²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları
ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, İş Sağlığı ve Güvenliği
Kliniği, İzmir

Giriş: Hastaneler, sağlık çalışanlarının yoğun tempoda çalıştığı, çeşitli risk faktörlerine maruz kaldığı iş ortamlarıdır. Sağlık personelinin karşılaştığı iş kazaları hem bireysel hem de kurumsal açıdan önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Bu çalışmada, yeni açılan bir hastanede gerçekleşen iş kazalarının türleri, etkilediği meslek grupları ve kazaların meydana geldiği bölümler incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi'nde Kasım 2023-Şubat 2025 tarihleri arasında meydana gelen sağlık çalışanlarının mesleki yaralanmaları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İşyeri hekimliği ve elektronik klinik kayıtları üzerinden elde edilerek analiz edilmiştir. Çalışanların meslek grupları, iş kazalarının meydana geldiği bölümler ve iş kazası türleri belirlenerek istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır.

Bulgular: Toplam 380 sağlık çalışanının mesleki yaralanma verisi değerlendirilmiştir. En çok yaralanan meslek grubunun hemşire ve ebeler olduğu, bunu doktorların izlediği; yaralanmaların daha çok yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) ve cerrahi kliniklerde olduğu ve en fazla görülen yaralanma şeklinin de kesici-delici alet yaralanması olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Sonuç: Bu çalışmada, hastane ortamında iş kazalarının yaygın olduğu ve özellikle kesici-delici alet yaralanmalarının (%71) en sık görülen iş kazası türü olduğu belirlenmiştir. YBÜ'ler, ameliyathaneler ve cerrahi klinikler gibi yüksek risk içeren bölümlerde iş kazalarının daha sık meydana geldiği görülmektedir. Ayrıca, hemşire ve ebe grubunun en fazla iş kazasına maruz kaldığı, doktorlar arasında ise özellikle asistan doktorların risk altında olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin artırılması, kesici-delici alet yaralanmalarını önleyici uygulamaların hayata geçirilmesi ve biyolojik/kimyasal maruziyeti en aza indirmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi önemlidir. Buna ek olarak, fiziksel saldırı olgularının önüne geçebilmek için güvenlik önlemlerinin güçlendirilmesi gereklidir. Bu çalışma, hastane çalışanlarının iş kazalarına yönelik farkındalığını artırmak ve önleyici tedbirlerin geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Mesleki yaralanma, kesici-delici alet yaralanması, iş sağlığı ve güvenliği

Tablo 1. Sağlık çalışanlarında mesleki yaralanmaların dağılımı

Meslek grubu	Birim	Yaralanma şekli
Ebe/hemşire: (n=270)	YBÜ: (n=63)	Kesici-delici alet yaralanması: (n=270)
Doktor: (n=52)	Cerrahi klinikler: (n=58)	Biyolojik etkene maruz kalma: (n=38)
Sağlık teknisyeni: (n=19)	Operasyon/girişimsel işlemler: (n=50)	Diğer: (n=72)
İşçi: (n=9)	Erişkin acil: (n=43)	
Stajyer: (n=8)	Çocuk acil: (n=5)	
Anestezi teknikeri: (n=6)	Çocuk YBÜ: (n=19)	
Diğer: (n=14)		
YBÜ: Yoğun bakım ünitelerinde		

[PS-093]**Şüpheli Malignite, Tanı Enfektif Endokardit, Bir Olgu**

Büşra Bayer, Selin Özdemir, Gözde Yurtçu Kurt

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

Giriş: Enfektif endokardit çok çeşitli klinik belirti ve bulgular ile ortaya çıkan, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Klinik belirtilerin çeşitliliği şüpheli ve tanı koyma gücüne neden olur. Olgumuzu sunma amacımız; malignite şüphesi nedeni ile tetkik edilen bir hastanın enfektif endokardit tanısı alabileceğine dikkat çekmektir.

Olgu: İzmir’de bir eğitim ve araştırma hastanesi dahiliye polikliniğine halsizlik, son iki ayda sekiz kilo kaybı ve gece terlemesi şikayetleri ile başvuran 50 yaşındaki erkek hasta dahiliye servisine malignite tetkik amacı ile yatırılmıştı. Öyküsünde ek bir hastalığı bulunmayan hastanın son iki ay önce diş apsesi ve tedavi öyküsü mevcuttu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde başka özellik bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde genel durumu orta, kaşektik görünümü (vücut kitle indeksi: 19 kg/m²), vücut ısısı 37 °C olup, solunum sistem muayenesinde dinlemekle ral ronküs duyulmadı. Kardiyak sistem muayenesinde nabız 108/dk, taşikardik, tansiyon: 110/70 mmHg, oskültasyonda hafif şiddette sistolik ürüfüm mevcuttu. Periferik dolaşım bulguları normaldi. Batın muayenesi ve diğer sistem muayeneleri doğal bulundu. Hemogram,

biyokimya, ELISA ve kültür tetkikleri alındı. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin: 8,4 mg/dl, kreatinin: 1,29 mg/dl, C-reaktif protein: 100 mg/l, eritrosit sedimentasyon hızı: 118 mm/saat olması dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Ön planda anemi tetkik ve malignite düşünülen hastada tetkikleri sırasında görüntüleme sonuçları normal yorumlanması, endoskopi ve kolonoskopinde patoloji saptanmaması üzerine transtorasik ekokardiyografi (TTE) yapıldı. TTE’de aort kapağında vejetasyon görüldü. Yatışının dördüncü gününde kan kültürlerinde *Streptococcus anginosus* üremesi olduğu laboratuvarından bildirilen hastanın, TTE ile beraber değerlendirildiğinde enfektif endokardit tanısı konuldu. Hasta servisimize nakil alındı. Tedavisi başlanan hastanın takipleri sırasında göz dibi incelenmesinde roth lekeleri, tırnak diplerinde splinter hemorajileri ve parmaklarda osler nodülleri olduğu tespit edildi. Tedavisinin 21. gününde muayenesinde ani gelişen efor dispnesi ve pretibiyal ödem saptanarak hastada endokardit komplikasyonu olarak kalp yetmezliği gelişti. Hasta kapak replasmanı amacı ile kardiyovasküler cerrahi servisine devredildi.

Sonuç: Enfektif endokardit akut başlangıçlı olabileceği gibi olgumuzda da olduğu üzere; subakut gelişip çok farklı şikayet ve bulgularla karşımıza çıkabilmekte ve hayatı tehdit eden klinik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle ön planda malignite düşündürecek semptom ve bulgularla (kilo kaybı, gece terlemesi, halsizlik, anemi...) başvuran hastalar araştırılırken de enfektif endokardit şüphesinin ayırıcı tanıları arasında olması büyük öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit

[PS-096]

Akut Gastroenteritli Hastalarda Rotavirüs ve Adenovirüs Sıklığının ve Mevsimsel Dağılımının Araştırılması

Şadiye Berna Aykan¹, Hüseyin Agah Terzi², Özlem Aydemir², Mehmet Köroğlu²

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Sakarya

Giriş: Ülkemizde özellikle çocuklarda viral gastroenterit etkenleri arasında rotavirüs, enterik adenovirüs başta olmak üzere norovirüs, astrovirüs ve sapovirüs etken olarak saptanmaktadır. Gastroenterit etkenleri hastanın yaşına, mevsime ve coğrafi bölgeye göre farklılık göstermektedir. Çalışmamızda laboratuvarımıza akut gastroenterit ön tanısı ile gönderilen hastaların gaita örneklerinde rotavirüs ve adenovirüs antijenlerinin görülme sıklığı; yaş, mevsim ve cinsiyete göre dağılımları incelenerek ve epidemiyolojik verilere katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2020-Aralık 2023 tarihleri arasında laboratuvarımıza akut gastroenterit ön tanısıyla gönderilen toplam 46.459 gaita örneğinde rotavirüs ve adenovirüs antijeni kalitatif immünokromatografik tanı testlerinden Microcult Rota - Adenovirüs Kombo Kaset Testi kullanılarak araştırılmış, hastalar ait kayıtlar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Antijen pozitifliklerinin mevsimlere, hastaların yaşlarına ve cinsiyetlerine göre dağılımı Pearson ki-kare analizi ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Tüm testler için p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Gastroenteritli hastalarda rotavirüs antijen pozitifliği %10,7 bulunmuş, rotavirüs görülme oranı ile cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,306; p>0,05). Rotavirüs pozitif örneklerin %76,8'i 0-5 yaş grubu hastalardan oluşurken, en yüksek antijen pozitifliği %14,5 ile 13-24 ay çocuklarda saptanmış, bu yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla görüldüğü belirlenmiştir. Rotavirüs pozitif olguların sıklığı en yüksek ilkbahar %18,3 ve kış %9,8 mevsiminde tespit edilmiş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Adenovirüs antijen pozitifliği hastaların %3,2'sinde bulunmuş, adenovirüs görülme oranı ile cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,892; p>0,05). Adenovirüs pozitif örneklerin %4,1 oranı ile 2-4 yaş grubu hastalardan oluşurken, adenovirüsün bu yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla

görüldüğü belirlenmiştir. Adenovirüs pozitif olguların sıklığı en yüksek ilkbahar %3,4 ve yaz %3,8 mevsiminde tespit edilmiş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda rotavirüs gastroenterit olgularının kış ve ilkbaharda, adenovirüs gastroenterit olgularının ilkbahar ve yaz mevsimlerinde arttığı gözlenmiştir. Dört yıllık süreçte en yüksek görülme oranları hem rotavirüs hem de adenovirüsde 2022 yılında tespit edilmiş sırasıyla; %15,4 ve %6,7'dir. 2020 verileri incelendiğinde ise pozitiflik diğer yıllara göre çok düşük oranda sırasıyla; %5,3 ve %1,2 tespit edilmiş, bu veriler COVID-19 pandemisinin en yoğun süreci olmasının bir sonucu olarak yorumlanmıştır. Bölgemizde rotavirüs ve enterik adenovirüsler özellikle çocukluk çağı gastroenteritleri arasında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak önemini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut gastroenterit, rotavirüs, adenovirüs

Tablo 1. 2020-2023 yılları arası viral antijen araştırılan örneklerdeki rotavirüs ve adenovirüs sonuçları

	ROTAVIRUS 01/01/2020-31/12/2023			ADENOVIRUS 01/01/2020-31/12/2023		
	N	Pozitif N (%)	Negatif N (%)	N	Pozitif N (%)	Negatif N (%)
Cinsiyet						
Kadın	10423	1138 (10.9)	9285 (89.1)	9985	326 (3.3)	9659 (96.7)
Erkek	13337	1401 (10.5)	11936 (89.5)	12714	411 (3.2)	12303 (96.8)
p*		0.306			0.892	
Yaş Dağılımı						
0-12 ay	5547	414 (7.5)	5133 (92.5)	5261	168 (3.2)	5093 (96.8)
13-24 ay	4446	643 (14.5)	3803 (85.5)	4258	155 (3.6)	4103 (96.4)
2-4 yaş	6416	894 (13.9)	5522 (86.1)	6138	249 (4.1)	5889 (95.9)
5-16 yaş	6634	564 (8.5)	6070 (91.5)	6315	153 (2.4)	6162 (97.6)
>16	717	24 (3.3)	693 (96.7)	727	12 (1.7)	715 (98.3)
p*		0.000			0.000	
Mevsimsel Dağılım						
Kış	5270	518 (9.8)	4752 (90.2)	4792	129 (2.7)	4663 (97.3)
İlkbahar	5673	1036 (18.3)	4637 (81.7)	5702	195 (3.4)	5507 (96.6)
Yaz	7426	574 (7.7)	6852 (92.3)	7443	285 (3.8)	7158 (96.2)
Sonbahar	5391	411 (7.6)	4980 (92.4)	4762	128 (2.7)	4634 (97.3)
p*		0.000			0.000	
Toplam	23760	2539 (10.7)	21221 (89.3)	22699	737 (3.2)	21962 (96.8)

*p: Pearson's chi-square

[PS-098]

Dirençli Pnömonokoksik Menenjitine Bağlı Jeneralize Nöbet ile Seyreden Olgu

Dila Kapucu, Ali Rıza Gürbüz, Ümran Kaya, Bekir Tunca

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

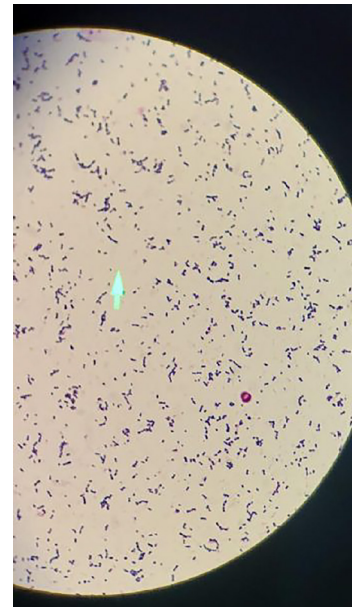
Giriş: *Streptococcus pneumoniae* enfeksiyonları otitis media, sinüzit gibi hafif seyirli veya pnömoni, menenjit ve sepsis gibi daha ağır seyirli klinik tablolar ile karşımıza çıkabilmektedir. Antibiyotik dirençli *S. pneumoniae* suşları gittikçe artan oranlarda görülmektedir. Dirençli bakterilerin neden olduğu enfeksiyonlarda tedavi güçlüğü ve artmış komplikasyon riski saptanmaktadır. Bu bildiride penisilin dirençli *S. pneumoniae* suşunun neden olduğu ve jeneralize nöbetler ile seyreden menenjit olgusunu sunmak istedik.

Olgu: Düzce ili Yığılca ilçesinde yaşayan 62 yaş erkek hasta ateş yüksekliği, kusma ve bilinç değişikliği olması üzerine acil servise başvurdu. Hastanın yaklaşık 10 gündür kulak ağrısı ve öksürük şikayeti vardı. Bu nedenle aile sağlığı merkezinde hastaya amoksisilin-klavulonik asit reçete edildiği öğrenildi. Altta yatan kronik hastalığı ve seyahat öyküsü bulunmamaktaydı. Acil servis vitallerinde ateş: 38,8 °C, nabız: 138/dk, tansiyon: 144/96 mmHg idi. Hastanın bilinç bulanıklığı ve ajitasyonları mevcuttu. Fizik muayenesinde ense sertliği ve Kernig pozitifliği saptandı. Hastaya santral sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısıyla lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) hücre sayımında 5.260/mm³ lökosit ve 700/mm³ eritrosit mevcuttu. Gram-boyamasında parçalı lökosit ve kapsüllü Gram-pozitif diplokoklar görüldü. Hastaya menenjit ön tanısıyla yatış verildi. Ampirik olarak meropenem, vankomisin ve deksametazon tedavileri başlandı. Takiplerinin ikinci gününde bilinci kapanan, nöbet geçiren hastaya mannitol ve levetirasetam tedavileri başlandı. BOS menenjit panelinde *S. pneumoniae* polimeraz zincir reaksiyon pozitif sonuçlandı. BOS kültüründe *S. pneumoniae* üredi (Resim 1). Penisilin minimum inhibitör konantrasyon >1 µg/ml olarak sonuçlandı. Servis takiplerinde iki kez nöbet geçiren, yatışının ikinci gününde takipnesi ve abdominal solunumu olan hasta entübe edilerek yoğun bakıma devredildi. Yoğun bakım takiplerinde bilinç bozukluğu ve nöbetleri devam eden hastanın meropenem tedavisi kesilerek

seftriakson tedavisine geçildi. Yoğun bakım takibinin 10. gününde solunumsal olarak stabilleşen hasta ekstübe edildi. Bilinci açılan, nöbetleri gerileyen ve solunum sıkıntısı olmayan hasta servise alındı. Bilinci açık genel durumu iyi olan vitalleri oda havasında stabil seyreden hastanın tedavisi 14. güne tamamlandıktan sonra şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: *S. pneumoniae* suşlarının neden olduğu menenjit olgularında jeneralize nöbet dahil birçok komplikasyon gelişebilmektedir. Komplikasyonların yönetiminde uygun antibiyoterapiye ek olarak erken dönemde kortikosteroid tedavisi başlanması önerilmektedir. Hastamızda menenjit ile birlikte karbapenem tedavisinin de nöbet oluşumuna katkıda bulunduğu düşünülmüştür. Dirençli suşların neden olduğu enfeksiyonlarda antibiyotiklerin yan etkileri göz önünde bulundurularak uygun kombinasyon ve destek tedavisi ile hasta yönetimi kolaylaşacaktır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, nöbet, *Streptococcus pneumoniae*



Resim 1. BOS kültüründe üreyen *S. pneumoniae*'nin Gram-boyaması görünümü

BOS: Beyin omurilik sıvısı

[PS-099]

İmmünokompetan Hastada Olası Antifosfolipit Antikor Sendromu Eşliğinde Kriptokok Meningoensefaliti Olgusu

Batuhan Surardamar¹, Merve Bozdağ¹, Ümit Savaşçı¹, Ercan Köse²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Kriptokok meningoensefaliti, genelde insan immün yetmezlik virüsü (HIV) pozitif veya immünoşüpresif tedavi alan, organ yetmezliği olan, hematolojik hastalığı olan ve çeşitli immün yetmezlik sendromlarına sahip bireylerde meydana gelebilen bir fırsatçı enfeksiyondur. İmmünokompetan hastalarda oldukça nadir görülmektedir. Bu sunuda, bilinen immün yetmezliği olmayan ve Antifosfolipit Antikor Sendromu (AFAS) ön tanısı olan kriptokok meningoensefaliti tanılı bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı tanılı 50 yaşındaki erkek hasta son 1 aydır vücudun sol tarafında güçsüzlük, halsizlik ve diplopi şikayetiyle hastaneye başvurdu. Hasta ileri tetkik için nöroloji kliniğine yatırıldı. Çekilen beyin manyetik rezonansda leptomeningeal tutulum ve parankimde multipl iskemik alanlar görüldü. Hastanın 50 yaş öncesi miyokard enfarktüsü öyküsü göz önüne alınarak AFAS tetkikleri gönderildi. AFAS tetkiklerinde üçlü antikor pozitifliği (anti-kardiolipin, anti-beta-2 glikoprotein-1, lupus antikoagülanı) saptandı. Hastaya romatolojinin önerisi doğrultusunda AFAS ön tanısı ile önce pulse steroid (250-500-500 mg, daha sonra oral metilprednizolon tedavisi verildi. Hastaya yapılan lomber ponksiyon sonucu alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) örneğinin direkt mikroskopik incelemesinde maya hücreleri görüldü. Örnekten yapılan multipleks polimeraz zincir reaksiyonunda (PCR) *Cryptococcus neoformans* pozitif geldi ve kültürde *Cryptococcus neoformans* üredi. BOS glukozu 4,5 mg/dl (parmak ucu kan glukozu: 151), protein: 113,3 mg/dl olarak sonuçlandı. Kriptokok meningoensefaliti tanısı alan hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğine nakledildi. Hastaya lipozomal amfoterisin B + flukonazol indüksiyon tedavisi başlandı ve 4 haftaya tamamlandı. Daha sonra 400 mg/gün flukonazol ile konsolidasyon tedavisine başlandı. Yatışı devam ederken 2 defa nöbet geçiren hastanın kliniği post-iskemik komplikasyonlar olarak değerlendirilerek bu komplikasyonların yönetilmesi amacıyla nöroloji kliniğine devredildi. Nöroloji kliniğinde hipotansif ve taşikardik seyreden hastanın nöroloji yoğun bakımda takibine karar verildi. Nöroloji yoğun bakım kliniğinde vazopressör ihtiyacı ve genel durum bozukluğu gelişen hasta tedavinin 6. haftasında eksitus oldu.

Sonuç: Kriptokok meningoensefaliti immünokompetan hastalarda nadir de olsa görülebilen ve fatal seyredebilen bir tablodur. Hastalığın tanısında BOS kültürü altın standart olmakla birlikte doğrudan mikroskop bakışı ve multipleks PCR erken tanıda oldukça değerlidir. Kriptokok meningoensefalitinde eşlik eden olası AFAS tedaviyi zorlaştırmakta, prognozu kötü etkilemekte ve komplikasyon yönetimini güçleştirmektedir. Bu hastalarda post-iskemik komplikasyonların yönetimi kriptokok enfeksiyonunun tedavisi kadar önem arz etmekte ve multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: İmmünokompetan, kriptokok, antifosfolipit antikor sendromu

[PS-100]

Yoğun Bakım Ünitesinde Pan-Drug Rezistan *Acinetobacter baumannii* Salgını: Suşların Moleküler Karakterizasyonu

Sedat Kaygusuz¹, Süleyman Yalçın², Ferhat Arslan¹, Ayşe Hande Türk², Ekrem Sağtaş²

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

²Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı, Ankara

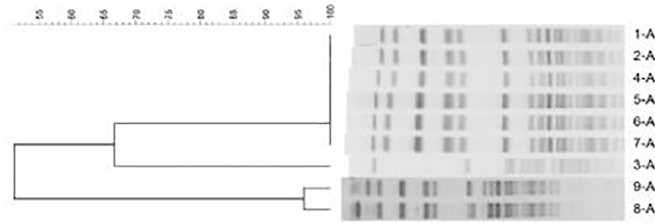
Giriş: *Acinetobacter baumannii*, hastane kaynaklı enfeksiyonlara neden olan ve çoklu ilaç direnç mekanizmaları geliştiren kritik patojendir. Pan-drug rezistan (PDR) *A. baumannii* suşları, mevcut tedavileri sınırlayarak hastane enfeksiyonlarının kontrolünü zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Cerrahi ve Anestezi Yoğun Bakım Üniteleri'nde giderek artan sayıda izole edilen PDR *A. baumannii* izolatlarının epidemiyolojik ilişkilerinin ve antimikrobiyal direnç profillerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz cerrahi ve anestezi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalardan 1-31 Aralık 2024 tarihleri arasında alınan çeşitli klinik örneklerinden izole edilen 9 PDR *A. baumannii* suşu çalışmaya dahil edilmiştir (Tablo 1). Tüm izolatlar MALDI-TOF MS (Bruker, Almanya) ile tanımlanmıştır. Tüm izolatlar BD Phoenix (Becton Dickinson, ABD) otomatize sistemi ve MALDI-TOF MS (Bruker, Almanya) ile tanımlanmıştır. Antimikrobiyal duyarlılık testleri BD Phoenix (Becton Dickinson, ABD) otomatize sistemi ile yapılmıştır. Multipleks polimeraz zincir reaksiyonu ile karbapenemaz genleri (*blaKPC*, *blaOXA-48*, *blaIMP*, *blaNDM*, *blaVIM*) araştırılmıştır. Klonal ilişkilerin değerlendirilmesinde "Pulsed-Field Gel Electrophoresis (PFGE)" yöntemi kullanılmış ve BioNumerics® 7.5 (Applied Maths, Belçika) programında "Unweighted Pair Group Method with Arithmetic Mean" yöntemi ve Dice benzerlik katsayısı kullanılarak dendrogram oluşturularak analiz edilmiştir.

Bulgular: Dokuz PDR *A. baumannii* izolatının tamamı antimikrobiyal duyarlılık testlerinde amikasin, gentamisin, amoksisilin/klavulonik asit, sefazolin, sefepim, seftazidim, seftriakson, siprofloksasin, levofloksasin, kolistin, meropenem, imipenem, ertapenem, trimetoprim/trimetoprim/ sulfametoksazol antimikrobiyallerine dirençli bulunmuştur, çalışmaya dahil edilen beş izolatın karbapenemaz genleri negatif saptanmıştır. PFGE analizleri izolatların dört farklı klonal patern gösterdiğini ortaya koymuştur, bu da izolatlar arasında birden fazla klonal yayılım olduğunu düşündürmektedir. PFGE analizleri ile 3 hastaya ait 6 farklı klinik örnekte enfeksiyon etkeni olarak aynı genotipe sahip PDR *A. baumannii* klonunun sorumlu olduğu gösterilmiş, diğer 3 hastanın klinik örneklerde ise farklı klonlarda izolatlar olduğu dolayısıyla yoğun bakım ünitesinde farklı suşların da dolaşımda olduğu tespit edilmiştir (Şekil 1).

Sonuç: PDR *A. baumannii*'nin yoğun bakımda yayılması, enfeksiyon kontrol önlemlerinin güçlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Karbapenemaz genlerinin negatif bulunması, direnç mekanizmalarında alternatif faktörlerin rol oynadığını göstermektedir. PFGE analizleri, hastanede birden fazla klonun dolaşımda olduğunu ortaya koyarak bulaşın kaynağı ve yayılım dinamiklerinin detaylı incelenmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Ayrıca, 3 hastaya ait 6 farklı klinik örnekte aynı genotipe sahip PDR *A. baumannii*'nin enfeksiyon etkeni olduğu ve salgına neden olduğu belirlenmiştir. Moleküler epidemiyolojik analizlerin sürdürülmesi, hastane kaynaklı PDR *A. baumannii* enfeksiyonlarının önlenmesinde kritik stratejidir.

Anahtar Kelimeler: Salgın, Pan-drug rezistan *Acinetobacter baumannii*, moleküler epidemiyolojik analizler



Şekil 1. *Acinetobacter baumannii* izolatlarının PFGE dendogramı

PFGE: Pulsed-Field Gel Electrophoresis

Tablo 1. Yoğun bakım ünitesinde izole edilen *Acinetobacter baumannii* izolatlarının kökeni ve epidemiyolojik ilişkisi

Örnek no.	Yoğun bakım ünitesi	Klinik tanı	Örnek türü	PFGE*
1-A	Anestezi	Ventilatör ilişkili pnömoni	Trakeal aspirat	A
2-A	Anestezi	Kan dolaşımı enfeksiyonu	Kan	A
3-A	Cerrahi	Kan dolaşımı enfeksiyonu	Kan	B
4-A	Anestezi	Ventilatör ilişkili pnömoni	Plevra sıvısı	A
5-A	Cerrahi	Ventilatör ilişkili pnömoni	Trakeal aspirat	A
6-A	Anestezi	Kan dolaşımı enfeksiyonu	Kan	A
7-A	Anestezi	Kan dolaşımı enfeksiyonu	Kan	A
8-A	Cerrahi	Ventilatör ilişkili pnömoni	Trakeal aspirat	C
9-A	Cerrahi	Ventilatör ilişkili pnömoni	Trakeal aspirat	D

*PFGE klonlarının dağılımı, Pulsed-field gel electrophoresis

[PS-101]

Akut Fulminan Hepatitli Olguda HIV, Hepatit B ve Sifiliz Ko-enfeksiyonu

Sevgül İşeri, Helin Şehir, Nadide Ergün, Süheyla Serin Senger

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte bireylerde ortak bulaş yollarının olması nedeniyle hepatit B virüsü (HBV) ve sifiliz ile ko-enfeksiyonu sık görülmektedir. Bu olgumuzda akut hepatit tablosuyla gelen ve taramalarında HIV, HBV ve sifiliz ile ko-enfekte olduğu görülen olguyu sunuyoruz.

Olgu: Otuz beş yaş erkek hasta bulantı, kusma, halsizlik ve sarılık şikayetleriyle acil servise başvurdu. Yaklaşık 2 hafta önce şüpheli homoseksüel cinsel temas öyküsü, 3 hafta önce yeni dövme yaptırma öyküsü vardı. Özgeçmişinde, tip 2 diabetes mellitus ve hipertansiyon tanısı vardı. Fizik muayenesinde; bilinci açık, oryante koopere, vitaller olağandı. Derisi ve skleraları ikterik görünümdeydi, batını rahattı defans ve reboundu yoktu. Genital muayenesi normaldi. Laboratuvar: Anti-HIV pozitif, HIV-RNA: 68.000 kopya/ml hepatit B yüzey antijeni pozitif, anti-HBc IgM pozitif ve karaciğer fonksiyon testlerinde alanin aminotransferaz (ALT): 2.077 U/l, aspartat transferaz (AST): 1.637 U/l yüksekliği, *Treponema pallidum* hemagglütinasyon pozitifliği, VDRL ½,

quantIFERON negatif görüldü (Tablo 1). Child-Pugh skoru B hesaplandı. Radyolojik görüntülemelerinde batın bilgisayarlı tomografide bir patolojiye rastlanılmadı. Fundoskopik muayenede patoloji saptanmadı. Hastaya akut HIV, akut fulminan hepatit, son 6 ayda genital lezyon olmaması nedeniyle geç latent sifiliz tanısı konuldu. Hastanın klinik takibinde ensefalopati, hipoglisemi, yatak istirahati ve semptomlara yönelik destek tedavisine başlandı. Hastadan direnç testi gönderildi. HIV ve HBV birlikteliği olan hastaya emtrisitabin-tenofovir disoproksil 200 mg/245 mg 1x1 tb/gün ve doltegravir 50 mg 1x1 tb/gün başlandı. Geç latent sifiliz tanısıyla 2,4 MÜ penisilin 1x1 IM haftada bir 3 hafta yapıldı. Tedavinin 5. gününde karaciğer fonksiyon testi değerlerinde düşüş gözlemlendi (Tablo 2) 22. gününde anlamlı ALT, AST düşüşü görülen, klinik bulgularında düzelme gözlenen ve laboratuvar yanıtı olan hasta FTC-TDF, DTG, ursodeoksikolik asit ve B vitamini ile taburcu edildi. Bir ay sonra yaklaşık 10 kilo kaybı, kan şekeri disregülasyonu olan hastaya endokrin tarafından intensif insülin tedavisi başlandı. İki ay sonra anti-HBs pozitif görüldü. Üçüncü ayda; kızamık kabakulak kızamıkcık, hepatit A, pnömokok aşısı tamamlandı. Tarafımızca takip edilmektedir.

Sonuç: HIV ile enfekte bireylerde sifiliz ve viral hepatit serolojik testlerin yapılması erken tanı ve bulaşı önlemede faydalıdır. HIV/HBV ko-enfeksiyonunun karaciğer ilişkili mortaliteleri artırması nedeniyle tedavisine erken başlanılmalıdır. Sifilizin nörokognitif bozukluklarının oluşmaması ve önlenmesi hedeflenmelidir. Eşlik eden komorbiditeleri olan hastaların taramaları ihmal edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, hepatit B, sifiliz

Tablo 1. Hastanın aylara göre sonuçları

	GELİŞ	1.AY	2.AY	3.AY
HBSAG	POZİTİF		NEGATİF	
HBEAG	POZİTİF		NEGATİF	
Anti-HBc IgM	POZİTİF		-	
Anti-HBc IgG	POZİTİF		-	
ANTI-HBS	NEGATİF		POZİTİF	
ANTI-HBE	NEGATİF		POZİTİF	
ANTI-HCV	NEGATİF		NEGATİF	
ANTI-HIV	POZİTİF			
HIV RNA(kopya/ml)	68.000	24	-	56
CD4 SAYI- %	422 (%33)	1102 (%41)	-	1102(%38)
HBV DNA (IU/mL)	4.700.000	SAPTANAMADI	-	SAPTANAMADI
SİFİLİZ	TPHA+ VDRL 1/2	-		
DELTA ANTİJENİ	NEGATİF	-		

Tablo 2. Hastanın karaciğer enzim takibi

	Gelişinde	5. günde	10. günde	15. günde	22. günde	1. ayda	2. ayda	3. ayda
ALT	2077	2777	896	358	90	63	74	19
AST	1637	1686	696	142	72	51	64	28
INR	1,33	1,51	1,64	1,26	1,14	-	-	1,33
Total bilirubin	16,8	29,33	12,06	7,43	5,31	2,38	1,36	0,35
Direkt bilirubin	13,6	23,06	12,01	7,29	5,02	2,28	1,08	-

ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat transferaz, INR: Uluslararası normalleştirilmiş oran

[PS-102]

Yoğun Bakımdaki Üriner Kateterli Hastalarda *Myroides* spp.: Kolonizasyon mu? Enfeksiyon mu?

Şenay Elbasan Omar, Derya Öztürk Engin

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

Giriş: *Myroides* türleri Gram-negatif, aerob, non-fermentatif basildir. Toprak ve suda yaygın olarak bulunmakla birlikte insan flora elemanı değildir. Düşük patojenitesiyle bilinse de fırsatçı enfeksiyonlara yol açabileceği akla gelmelidir. Çoklu ilaca dirençli olması tedavisini zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada *Myroides* üremelerini yoğun bakım (YB) yatış süresi, hastaya ait faktörler ve kolonizasyon/etken ayrımı açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 2023-2025 yılları arasında hastanemiz 3. basamak YB ünitelerinde yatan ve idrar kültürlerinde *Myroides* spp. üreyen üriner kateterli 50 hastayı retrospektif olarak değerlendirdik.

Bulgular: Hastaların ortanca yaşı 70,5 (42-98) olup %72'si erkek, %28'i kadın idi. Hastaların %92'sinde bilinen ek komorbid hastalık var idi. Hastaların %56'sında YB yatışında idrar kültürü sterildi. Yatış idrar kültüründe *Myroides* saptanan 3 hasta farklı servislerde hastane yatışı sonrası YB'ye devir olmuş hastalar idi. Hastaların YB yatışının ortalama 45,4'üncü gününde idrar kültüründe *Myroides* spp. üremesi gerçekleşti. Kontrol idrar kültürü alınan 34 hastanın %61'inde üreme devam

etmekte idi. Kırk altı hastada eş zamanlı tam idrar tahlili bakılmış, bunların %47'sinde piyüri saptanmıştı. Çeşitli antibiyoterapiler almış olsalar da üreme saptandığında hastaların %24'ü antibiyoterapisizdi. Tüm kültürlerde direnç çalışılmamış olmakla birlikte çalışılanları biri hariç panresistandı. Sadece 1 suş sefepim az duyarlı olarak sonuçlanmıştı. Hastaların sadece birinde idrar yanı sıra yara kültüründe de kolonizasyon saptandı. Bu hastanın dekübiti mevcut olup, enfekte değerlendirilmemişti. *Myroides* spp.'nin enfeksiyon etkeni olduğu sadece bir hasta saptandı. Bu hasta 98 yaşında erkek olup kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Alzheimer, hipertansiyon, benign prostat hiperplazisi tanılı, bypass öyküsü olan bir bakımevi hastası idi. Hasta yatışında seftriakson ve klaritromisin tedavisinden fayda görmüş ve tedavisi 10 güne tamamlanıp kesilmiş idi. Acilden YB'ye yatışının 14. gününde çift şişe periferik kan, kateter kanı ve idrar kültürlerinde *Myroides* spp. üremesi oldu. Hasta polimiksin B ve meropenem tedavisi altında üremenin 10. gününde kaybedildi. Bu hastada immünozens ve komorbid hastalıklar varlığı risk faktörü olarak düşünülmeyle birlikte YB yatış kültürleri steril olan hastanın yatışının 14. gününde *Myroides* üremesi olması dikkat çekicidir.

Sonuç: *Myroides* spp. üremeleri özellikle YB ünitelerinde idrar yolu kolonizasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda ileri yaş, uzayan hastane yatış süresi, komorbid hastalık varlığı *Myroides* kolonizasyonu ile ilişkili gözükmemektedir. Fırsatçı patojenitesi akılda tutulması gereken bu bakterinin dekolonizasyonuna yönelik ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Anahtar Kelimeler: *Myroides*, üriner kateter, yoğun bakım

[PS-103]

HIV Tanısı Alan 18 Yaş Altı Kişilerde Etik-Psikososyal Zorluklar

Kadriye Kart Yaşar, Şemsi Nur Karabela, Esra Canbolat Ünlü,
Fatma Bayrak Erdem, Beyza Kaplan Yapar, Esra Ensaroğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireyler tanılarını başkalarına açıklamaktan çoğunlukla kaçınır. Özellikle 18 yaş altındaki adölesan bireylerde aile, arkadaş çevresi ve sağlık çalışanlarıyla olan ilişkiler daha hassas bir boyut kazanmaktadır. Bu durumdaki bireylerin karşılaştıkları etik ve psikososyal zorlukları belirlemeyi, bu süreci yönetim biçimlerini ve iyileştirme önerilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde takip edilen ve 18 yaş altında HIV tanısı almış 13 hasta ile, alınan etik kurul onayı sonrası, yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşme yapıldı. Katılımcılara, tanı sonrası yaşadıkları psikolojik süreçler, tanıyı paylaşma konusundaki tutumları, bu tutumlarını etkileyen faktörler ile sağlık çalışanlarının desteğine ilişkin sorular yöneltildi.

Bulgular: Destek görmek amacıyla tanısını biriyle paylaşma konusuna 10 katılımcının yaklaşımı olumlu iken, 3'ü tanısını paylaşma konusunda isteksiz davranmıştı. Tanı alanların 4'ü (%30,8) ana cinsel partneriyle,

2'si (%15,4) yakın arkadaşıyla, 5'i (%38,5) birinci derece aile bireyleriyle ve 1'i (%7,7) diğer akrabalarıyla tanısını paylaşmıştı. İlköğretim mezunu bir kişi (%7,7) tanısını kimseyle paylaşmamıştı. Katılımcıların %53,8'i (7 hasta) lise, %38,5'i (5 hasta) üniversite mezunu idi. Yapılan görüşmelerde tanıyı paylaşmaktan kaçınan bireylerde damgalanma korkusu ve terk edilme endişesi olduğu gözlenmiştir. Mahremiyet hakları ile ebeveyn bilgilendirme zorunluluğu arasında kalmaları, onları etkileyerek etik bir ikilem oluşturmaktadır. Aile desteği alan bireylerin tanıyı kabullenme sürecini daha sağlıklı yönettiği gözlemlenirken, bazı hastalar aileleriyle paylaşma konusunda kararsız kaldıklarını dile getirmiştir. Arkadaş çevresiyle paylaşım konusunda çekinceler öne çıkarken, partner bilgilendirme sürecine yönelik hizmetlerden memnuniyet farklılık gösterdi. Katılımcıların çoğu için tanıyı başkalarıyla paylaşma konusunda sağlık çalışanlarından aldıkları psikolojik destek ve etik bilgilendirme önemliydi, ancak %23,1'i (3 hasta) bu süreci yalnız yürütmeyi tercih ettiğini söyledi. Yapılan görüşmelerde cinsel partnerlerin test edilmemesi durumu tüm katılımcılar için vicdani bir rahatsızlık olarak öne çıktı.

Sonuç: HIV tanısı alan 18 yaş altı bireyler tanıyı paylaşma sürecinde etik ve psikososyal zorluklarla karşılaşmaktadır. Aile desteği, sürecin daha sağlıklı yönetilmesini sağlarken mahremiyet endişesi, dışlanma ve damgalanma korkusu tanı paylaşımını zorlaştırmıştır. Tanı ve partner tarama testleri esnasında sağlık profesyonellerinin bilgilendirme ve psikolojik destek rolleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Etik, HIV adölesan, partner bilgilendirmesi

Tablo 1. Demografik bilgiler ve hastalarla görüşmeler sonucu elde edilen veriler

Kategori	Alt kategori	Kişi sayısı
Tanı yaşı	16	1
	17	3
	18	9
Eğitim durumu	İlköğretim	1
	Lise	7
	Üniversite	5
Partner bilgilendirme hizmetine tutumu	Olumlu	10
	Olumsuz	3
Tanıyı paylaştığı ilk kişi	Ana cinsel partner	4
	Yakın arkadaş	2
	1. derece aile bireyi	5
	Diğer akraba	1
Partnerle tanıyı paylaşma yolu	Kendisi	9
	Sağlık çalışanı yardımı	4

[PS-104]

Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programının Ardından Birinci Basamakta Viral Hepatit Prevalansı ile İlgili Güncel Durum, Pratikte Yaşanan Aksaklıklar ve Çözüm Önerileri

Selma Tosun¹, İsmail Çifci², İrem Çiftçi¹, Emre Çağatay Çaptır¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

²Konak 27 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, İzmir

Giriş: Ülkemizin viral hepatit önleme ve kontrol programı uzun yıllardır sürmektedir ama pandemide çalışmalar aksamıştır.

Gereç ve Yöntem: İzmir il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde (ASM) izlenen bireylerin viral hepatitlerle karşılaşma durumlarının belirlenmesi; aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları ile yüz yüze görüşerek sahadaki sorunların-yaşanan zorlukların belirlenmesi, aynı zamanda tüm ASM çalışanlarına yönelik olarak viral hepatitler konusunda bilgi güncellemesi yapılması amaçlanmıştır.

Bulgular: İzmir ilini temsil eden 11 merkez ilçedeki ASM'lerin aile hekimleri ile görüşülerek gönüllüler çalışmaya dahil edilmiş; 11 ASM'den toplam 18 merkez katılmayı kabul etmiştir. Merkezlerin nüfuslarındaki kişilere o güne kadar bakılmış olan hepatit B yüzey antijeni (HBsAg), anti-hepatit B core (HBc) immünoglobulin G (IgG), anti-HBs, anti-hepatit C virüsü (HCV), anti-hepatit A virüsü (HAV) IgG sonuçlarını veri tabanlarından çıkarmaları istenmiştir. Veriler Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun olarak aile hekimleri tarafından anonimleştirilerek iletilmiş; ortak bir Excel veri tabanında birleştirilmiş ve gerekli analizler yapılmıştır. Seçilen ASM'ler İzmir il merkezinin tüm sosyo-ekonomik tabakalarını kapsamaktadır. ASM'lerin ve hekimlerin isimleri tabloda

gizlenmiş olup numara verilmiştir. Hiçbir merkezden anti-HAV IgG sonucu gelmemiş olup anti-HBc IgG sonuçları da az sayıda ASM'den gelmiştir. Bazı ASM'lerden 2012 yılına kadarki sonuçlar alınabilirken bazılarında eski verilere ulaşılamamıştır. Veriler değerlendirildiğinde toplam 17.794 kişide HBsAg pozitifliği %1,8; 10.871 kişide anti-HCV pozitifliği %0,18; 12.461 kişide anti-HBs pozitifliği %40 olarak saptanmıştır (Tablo 1). Çalışmamızın eğitim süreci halen devam etmekte olup çalışma boyunca saptanan sorunlar şunlardır: Aile hekimlerinin nüfusu ortalama 3.500 kişiden oluşmaktadır, ama kişilere HBV ve HCV bakılma oranları çok düşük bulunmuştur. Hekimlerin hepsi viral hepatitlerin öneminin farkında olmakla birlikte çalışma koşulları viral hepatitlere ayrıca önem vermeyi güçleştiriyor gibi görünmektedir. Öncelikle her hekimin her gün belli sayıda poliklinik yapması gerekmektedir ve bu tempoda hepatitler biraz daha geri planda kalabilmektedir. Hekim hepatit tetkiklerini istemeyi düşündüğünde ise, ASM'lerde birden fazla sayıda hekim aynı mekanı kullandığı ve kan alma işlemi çoğu zaman tek kişi tarafından yapıldığı için; yine alınan kanlar sadece haftanın belli günlerinde ve belli saatlerde ring usulü toplandığı için her an tetkik istenmesi söz konusu olamamaktadır. Her ASM'de farklı bir yazılım programı olması veri toplamayı zorlaştırmıştır. ASM'de uzun süredir çalışan hekimler önceki verilerine ulaşabilirken yeni gelmiş olan hekim sadece kendi verilerini görebilmektedir. HBsAg pozitif bireylerin ailesine tetkik yapılma uygulaması yaygın değildir.

Sonuç: Kişilerle daha sıkı temasta bulunan aile sağlığı çalışanlarının farkındalığının artırılmasının çok daha etkili olduğu gözlenmiştir.

Teşekkür: Çalışmamızın etik kurul onayı, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü AR-GE birimi izinleri alınmıştır. Çalışmamıza başından beri destek veren İl Halk Sağlığı Başkanımız Uzm. Dr. Ali Emre Çetinkol'a, Başkan yardımcımız Dr. Metin Kızılelma'ya; çalışmaya katılan tüm ASM'deki hekimlerimize ve aile sağlığı çalışanlarımıza yürekten teşekkür ederiz.

Anahtar Kelimeler: Viral hepatitler, aile sağlığı merkezleri, aile hekimleri

Tablo 1. İzmir ili merkez ilçelerdeki aile sağlığı merkezlerinde yapılan tetkiklere göre HBV ve HCV prevalansları* (2012-2024 yılları arası veriler)

Aile sağlığı merkezi	HBsAg pozitif	HBsAg negatif	HBsAg bakılan	Anti-HCV pozitif	Anti-HCV negatif	Anti-HCV bakılan	Anti-HBs pozitif	Anti-HBs negatif	Anti-HBs bakılan
1	0 (%0)	82 (%100)	82	1 (%1)	83 (%99)	84	55 (%65,5)	29 (%34,5)	84
2	21 (%2)	1062 (%98)	1083	3 (%0,6)	462 (%99,4)	465	271 (%55,6)	216 (%44,4)	487
3	13 (%1)	1225 (%99)	1238	2 (%0,3)	580 (%99,7)	582	281 (%51)	271 (%49)	552
4	18 (%1,5)	1185 (%98,5)	1203	1 (%0,1)	803 (%99,9)	804	480 (%49)	499 (%51)	979
5	47 (%3,7)	1230 (%96,3)	1277	1 (%0,1)	621 (%99,9)	622	230 (%53,7)	198 (%46,3)	428
6	12 (%2,5)	466 (%97,5)	478	0 (%0)	477 (%100)	477	227 (%60)	151 (%40)	378
7	10 (%1,1)	847 (%98,9)	857	0 (%0)	576 (%100)	576	333 (%54)	284 (%46)	617
8	17 (%2)	792 (%98)	809	3 (%0,5)	579 (%99,5)	582	348 (%52,5)	315 (%47,5)	663
9	9 (%1)	808 (%99)	817	0 (%0)	434 (%100)	434	315 (%51,5)	296 (%48,5)	611
10	29 (%2,5)	1115 (%97,5)	1144	3 (%0,7)	440 (%99,3)	443	358 (%44,4)	448 (%55,6)	806
11	17 (%1,9)	900 (%98,1)	917	1 (%0,2)	455 (%99,8)	456	311 (%52)	286 (%48)	597
12	0 (%0)	172 (%100)	172	1 (%0,6)	167 (%99,4)	168	112 (%65,5)	59 (%34,5)	171
13	14 (%1,8)	706 (%98,2)	720	0 (%0)	341 (%100)	341	196 (%46,9)	222 (%53,1)	418
14	8 (%1)	759 (%99)	767	2 (%0,8)	231 (%99,2)	233	266 (%47,8)	291 (%52,2)	557
15	23 (%2,5)	897 (%97,5)	920	2 (%0,5)	398 (%99,5)	400	214 (%55)	174 (%45)	388
16	31 (%1,1)	2704 (%98,9)	2735	6 (%0,2)	2682 (%99,8)	2688	1266 (%47)	1420 (%53)	2686
17	36 (%3,4)	1020 (%96,6)	1056	0 (%0)	572 (%100)	572	350 (%53,4)	306 (%46,6)	656
18	21 (%1,4)	1498 (%98,6)	1519	1 (%0,1)	943 (%99,9)	944	472 (%40)	704 (%60)	1176
Toplam	326 (%1,8)	17468 (%98,2)	17794	20 (%0,2)	10851 (%99,8)	10871	6085 (%49,7)	6169 (%50,3)	12254

[PS-108]

HIV ile Yaşayan Bireylerde Tanı Paylaşımı, Sosyal Destek ve Etik İkilemler

Kadriye Kart Yaşar, Şemsi Nur Karabela, Fatma Bayrak Erdem,
Esra Canbolat Ünlü, Esra Ensaroğlu, Beyza Kaplan Yapar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireyler, tanılarını paylaşma sürecinde damgalanma, ayrımcılık ve mahremiyet ihlali gibi etik sorunlarla karşılaşmaktadır. Tıbbi gizlilik hakkı ile halk sağlığının korunması arasındaki denge, etik ve hukuki boyutlarıyla hala tartışılan bir konudur. Partner bilgilendirmesi HIV yayılımını önleme açısından kritiktir ancak sürecin yönetilmesindeki sorumluluklar ve yasal düzenlemeler net değildir. Bu çalışmada, HIV ile enfekte bireylerin partner bildirim sürecinin etik, hukuki ve psikososyal boyutlarını araştırarak çözüm önerileri sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, etik kurul onayı sonrası HIV ile yaşayan 18-65 yaş arasındaki 20 yetişkin gönüllü birey ile yürütüldü. Yarı yapılandırılmış yüz yüze görüşmelerle, bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzey, medeni hal, cinsel yönelim, HIV edinilme şekli), tanı paylaşımı, sosyal destek, partner bilgilendirme süreci ve hukuki bilgi durumu analiz edildi.

Bulgular: Hastaların %95'i erkek, %5'i kadın olup, yaş ortalaması 43,5 idi. Hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda HIV tanısını paylaşan bireylerin oranı yüksek olmakla birlikte, damgalanma ve ayrımcılık korkusu bazı bireyleri mahremiyetlerini korumaya yönlendirmişti. Demografik değişkenler, HIV tanısının paylaşım dinamiklerini etkilemekteydi. Evli bireyler genellikle eşleriyle, bekar bireyler ise yakın arkadaşları veya aile bireyleriyle paylaşım eğilimindeydi. Heteroseksüeller çoğunlukla karşı cinsle, MSM bireyler ise hemcinsleriyle tanı paylaşımında bulunmuştu. Eğitim seviyesi, paylaşım kararlarında etkili olup, düşük eğitim düzeyindeki bireyler daha fazla paylaşım eğilimi gösterirken, yüksek eğitim düzeyindekilerde paylaşmama oranı daha yüksekti. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bireylerin partner danışmanlığına yönelik tutumları daha mesafeli iken, bu hizmete olumlu yaklaşan bireyler daha yüksek sosyo-ekonomik düzeyde yer almaktaydı. Sosyal destek alan bireylerin büyük bir kısmı lise mezunu, destek almayanların çoğunluğu ilkokul mezunuydu. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerin tanıları için sosyal destek alma oranları düşük, yüksek sosyo-ekonomik düzeydekilerin ise destek alma oranları daha yüksek olarak görüldü.

Sonuç: Bulgular, HIV ile yaşayan bireylerin mahremiyet ve sosyal destek arasındaki dengeyi sağlamakta zorlandıklarını göstermektedir. Partner bildirim süreçlerinin etik ve hasta hakları çerçevesinde ele alınması, damgalanmayla mücadele için farkındalığın artırılması gerekmektedir. Sağlık çalışanları için net hukuki düzenlemelerin oluşturulması, etik ikilemlerin azaltılmasına katkı sağlayacaktır. HIV ile yaşayan bireylerin mahremiyetlerini koruyarak toplum sağlığını tehdit etmeyecek şekilde bilgilendirme süreçlerinin yönetilmesi için multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etik, HIV, psikososyal dinamikler

Tablo 1. Demografik bilgiler ve hastalarla görüşme sonucu değerlendirmeler

	n=20, (%)
Cinsiyet	
Erkek	19 (95)
Kadın	1 (5)
Ortalama yaş	43.5 (29-64)
Eğitim	
İlköğretim	7 (35)
Lise	8 (40)
Üniversite	4 (20)
Yüksek lisans	1 (5)
Sosyo-ekonomik düzey	
Düşük	3 (15)
Orta	16 (80)
Yüksek	1 (5)
Medeni durum	
Evli	11 (55)
Bekar	9 (45)
Cinsel yönelim	
Heteroseksüel	11 (55)
MSM	5 (25)
Biseksüel	4 (20)
HIV bulaşma yolu	
Cinsel yolla	18 (90)
Kan yolu	2 (10)
HIV-RNA PCR (kopya/ml) ortalama değer	2058672 (170-9145720)
HIV tanı testi hastanın bilgisi ve isteği doğrultusunda mı yapıldı?	
Evet	6 (30)
Hayır	14 (70)
HIV tanısını aldıktan bu yana cinsel aktivite yaklaşımınızda (kondom kullanımı, ilişkiye girmekten kaçınma) değişiklik oldu mu?	
Evet	18 (90)
Hayır	2 (10)
Tanı aldığınız sağlık hizmeti veren kişi (doktor) size partner bilgilendirme konusunda bilgi verdi mi?	
Evet	17 (85)
Hayır	3 (15)
HIV partner danışmanlığı ve partner bilgilendirme hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi	
Olumlu görüş	13 (65)
Olumsuz/bilgisiz	7 (35)
Partner bilgilendirmesi konusunda tanı anındaki görüşünüzle şimdiki görüşünüz aynı mı?	
Evet	15 (75)
Hayır	5 (25)

Tablo 1. Devamı	
	n=20, (%)
Tanınızı öğrendikten sonra bu durumunuzu kendi cinsinizle mi karşı cins ile mi paylaştınız/paylaşmayı düşündünüz?	
Hemcins	9 (45)
Karşı cins	10 (50)
Hiç Kimse	1 (5)
Tanınız kesinleşmişken, cinsel partnerlerinizin taranmamış ve olası enfeksiyon durumunda tedavisiz kalması sizi vicdanen rahatsız eder mi?	
Evet	20 (100)
Hayır	0
Cinsel partneriniz/eşiniz, tanı ve tedavi tarihinizi öğrendiğinde hukuki yollara başvurduğunda sürece dair hasta bilgisi	
Bilgili	12 (60)
Bilgisiz	8 (40)
PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu, HIV: İnsan immünyetmezlik virüsü	

[PS-109]

Orf Sonrası Gelişen Erythema Multiforme Olgusu

Kübra Koçak

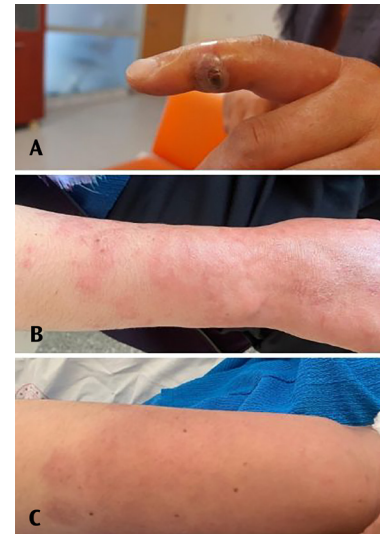
Ermenek Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Karaman

Giriş: Orf koyun ve keçilerden insanlara bulaşan ve kendi kendini sınırlayan bir zoonozdur. Etken Parapoxvirus cinsinden orf virüsüdür. İnsanlarda ellerde ve parmaklarda bir veya daha fazla lezyonla karakterize bir enfeksiyondur. Orf enfeksiyonunun komplikasyonu olarak sekonder bakteriyel enfeksiyon, lenfadenopati, tekrarlayan enfeksiyonlar ve eritema multiforme (EM) bildirilmiştir. Burada orf enfeksiyonu sonrası EM gelişen olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan, 34 yaşında kadın hasta, acil servise sol 2. ve 4. parmakta 1 haftadır olan nodüler lezyonlar nedeniyle başvurdu (Resim 1A). Hayvancılık yaptığı öğrenilen hastada ön tanı olarak orf enfeksiyonu düşünüldü. Sekonder bakteriyel enfeksiyonlar açısından amoksisilin-klavulonik asit reçete edilerek taburcu edilen hastaya kontrol önerildi. İki gün sonra kontrole gelen hastanın kollarında ve ayaklarında kaşıntılı, hedef benzeri lezyonlar gelişmişti (Resim 1B). Diğer sistem muayeneleri doğal vital bulguları normaldi. EM ile komplike olmuş Orf enfeksiyonu olarak değerlendirildi. Hastaya metilprednizolon ve antihistaminik tedavisi başlandı. Üç gün 40 mg/gün, sonraki 3 gün 20 mg/gün olmak üzere metilprednizolon tedavisi verildi. Beş gün sonraki kontrollerinde şikayetleri ve lezyonları gerilemiş olarak izlendi (Resim 1C).

Sonuç: EM gibi vezikülopüstüler reaksiyonlar daha nadir olarak görülür. Genellikle orf olgularının %4-13'ünde EM reaksiyonu gelişmektedir. EM de kendi kendine sınırlanabilen bir komplikasyon olmasına rağmen hastanın yaşam kalitesini etkilemesi bakımından zaman zaman tedavi gerektirebilir. Tedavi olarak sıklıkla sistemik steroid ve antihistaminik tedavi verilir. Orf enfeksiyonu ile başvuran hastalarda gelişebilecek diğer komplikasyonlar gibi EM de akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eritema multiforme, orf, steroid tedavisi



Resim 1. A: Hastanın sol el 3. parmakta lokalize orf lezyonu, B: Orfa sekonder olarak gelişen hedef benzeri lezyonlar, C: Steroid tedavisi sonrası gerileyen lezyonlar

[PS-110]

Entekavir Kullanımı Altında HCC Gelişen Olgu

Gözde Akkiraz Baç

Menemen Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kronik hepatit B hastalarının yaklaşık %25'inde siroza ve hepatosellüler karsinoma (HCC) ilerleme olmaktadır. Antiviral tedavi, HCC'nin gelişme ve nüks risklerini azaltır. Bununla birlikte, ilerlemiş karaciğer hastalığı olan hastalar, tedaviye/virolojik baskılanmaya rağmen HCC riski altındadır ve tarama devam etmelidir. Bu olgu taramanın önemini hatırlatmak amacı ile sunulmuştur.

Olgu: Kronik hepatit B'ye bağlı karaciğer sirozu nedeniyle 13 yıldır entekavir 0,5 mg kullanan kadın hastanın takipleri sırasında görüntülemesinde HCC şüpheli kitle lezyonu saptanması üzerine genel cerrahi tarafından değerlendirildi. True-cut biyopsi sonucu ile opere edilen hastaya operasyon sonrasında medikal onkoloji tarafından kemoterapi uygulandı. Kür sağlanan hastanın halen genel kronik hepatit B tedavisi ve takibi polikliğimizde devam etmektedir.

Sonuç: Bu olgu, kronik hepatit B hastasının tedavi alıyor olmasına rağmen HCC gelişme riskinin devam ettiğini hatırlatmak açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Entekavir, hepatosellüler karsinoma, kronik hepatit B

[PS-111]

Lenfadenopati Etiyolojisinde Multidisipliner Yaklaşımın ÖnemiLena Bakar¹, Murat Taşçı², Ahmet Doğan¹*¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu**²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Bolu*

Giriş: Lenfadenopati (LAP) enfeksiyonlar, lenfoproliferatif hastalıklar, bağ doku hastalıkları gibi birçok farklı etiyolojiye bağlı gelişebilir. Bu sebeple ayrıntılı anamnez, fizik muayene, laboratuvar testleri ve histopatolojik incelemeler kritik önem arz etmektedir. Bu bildiride jeneralize LAP ile başvuran bir olguda yapılan tetkiklerde enfeksiyöz etiyoloji düşünülen, ancak lenf nodu örneklemesi ile lenfoproliferatif hastalık tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen sarkoidoz ile takipli 41 yaşında erkek hasta LAP ile enfeksiyon hastalıklarına yönlendirildi. Açıklık öyküsü olan, aktif olarak küçükbaş hayvancılık mesleği icra eden hastanın enfektif sorgusunda gece terlemesi, kilo kaybı, yaygın eklem ağrısı, taze süt kullanımı, nehir su içme, avcılık, tavşan teması mevcut idi. Anamnezi derinleştirildiğinde bir sene önce hilar LAP ve ACE yüksekliği ile sarkoidoz tanısı aldığı, takiben Metotreksat tedavisi kullandığı, ancak LAP'lerde küçülme olmadığı, servikal lenf nodu örneklemesinde malignite görülmediği tespit edildi. Vital değerlerinde patolojik özellik saptanmayan hastanın fizik muayenesinde bilateral fiks servikal ve aksiller LAP mevcut idi. Laboratuvar tetkiklerinde C-reaktif protein: 53,8 mg/dl, (0-5 mg/dl), kan beyaz küre sayısı: 9,31 k/ul (4,5-11 k/ul), sedimentasyon: 59 mm/sa, interferon gama salınım testi (IGRA): negatif, tularemi seroloji testi: pozitif, *Coxiella burnetti* seroloji testi titresi: 1/28 (pozitif). *Brucella wright* (tüp) aglütinasyon: 1/40 idi. Hastaya tularemi veya olası Q fever tanısı ile doksiklin 2x100 mg tb tedavisi başlandı. Romatoloji tarafından takip edilen 1 senedir sebat eden LAP ve B semptomları olan hastaya aynı zamanda aksiller lenf nodu örneklemesi planlandı. Tularemi tedavisinin 14. gününde kontrole gelen hastanın patolojisi mikst selüler tip Hodgkin lenfoma olarak raporlandı. Hastanın tedavisi kesilerek hematoloji servisine yönlendirildi.

Sonuç: Jeneralize LAP ile başvuran bir hastada önce sarkoidoz tanısı düşünülüp tedaviye yanıt alınamaması üzerine tularemi tanısı konulmuş ancak aksiller lenf nodu örneklemesiyle mikst selüler tip Hodgkin lenfoma tespit edilmiştir. Ayrıca bazı granülomatöz enfeksiyon yapan hücre içi bakterilerin tanısında kullanılan serolojik testlerin olgumuzda olduğu gibi bazı nedenlerden dolayı yalancı pozitiflikleri işimizi zorlaştırabilmektedir. Bu durum, LAP etiyolojisi açısından multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Etiyoloji, lenfadenopati, tanıdaki zorluklar

[PS-112]

COVID-19'da 25-Hidroksikolekalsiferol ve 1,25-Dihidroksikolekalsiferol Düzeyleri Hastalığın Seyrinde Öngörücü Olabilir mi?

Esra Canbolat Ünlü¹, Zuhal Yeşilbağ², Şemsi Nur Karabela¹,
Ramazan Korkusuz³, Esra Salim Doğdaş¹, Deniz Borcak¹,
Sevtap Şenoğlu¹, Nilgün Işıksaçan⁴, Kadriye Kart Yaşar¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Kliniği, İstanbul

Giriş: Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) asemptomatik seyirden, ağır solunum yetmezliği ile ölüme ilerleyen klinik tablolara neden olan bir hastalıktır. D vitamininin aktif formu olan 1,25-dihidroksikolekalsiferol, lenfositlerden sitokin salınımını baskılayarak bağışıklık sisteminde antiviral etkiler sağlar. Bu çalışmada, 25(OH)D ve 1,25(OH)2D düzeyleri ile COVID-19 klinik seyri ve şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mart-Mayıs 2020 tarihleri arasında yatarak takip edilen şiddetli akut solunum yolu sendromu-koronavirüs-2 polimeraz

zincir reaksiyon testi pozitif, 18 yaş ve üstündeki hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, kronik hastalıkları, hastanede yatış süresi, mortalite, klinik özellikleri, laboratuvar verileri ve akciğer tutulum düzeyleri kaydedildi. 25(OH)D ve 1,25(OH)2D vitamin düzeyleri ALL SHENG-ELISA cihazıyla çalışıldı. 1,25(OH)2D vitamin için <18 pg/ml 25(OH)D vitamin için ise <20 ng/ml eksiklik olarak kabul edildi. COVID-19 enfeksiyonunun şiddeti DSÖ'nün belirlediği kriterlere göre hafif, orta, ağır (şiddetli ve kritik) seyirli olarak sınıflandırıldı. Hastaneye yatırılarak takip edilen orta ve ağır seyirli hastalar karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 185 hastanın 114'ü orta seyirli, 71'i ağır seyirli idi. Orta seyirli hastalarda yaş ortalaması 60,03±16,98 olup %47,4'ü erkek, ağır seyirli hastalarda yaş ortalaması 61,25±16,25 olup %57,7'si erkek idi. Her iki grup da cinsiyet, yaş ortalamaları ve altta yatan hastalıklar açısından benzer idi. Ağır seyirli grupta hastanede yatış süresi daha uzun, yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatış öyküsü ve mortalite daha yüksekti. Ağır seyirli hastalarda 1,25(OH)2D düzeyi, orta seyirli grupta ise 25(OH)D düzeyi daha düşük bulundu. Laboratuvar bulgularından AST, üre, kreatinin, LDH, CRP, ferritin, prokalsitonin, troponin ve PTZ ağır seyirli hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek, lenfosit sayısı ise daha düşüktü. Çok değişkenli analizde bu parametrelerden yatış süresi, YBÜ yatış öyküsünün olması ve 1,25(OH)2D vitamini düzeyi ağır seyirli hastalık için bağımsız risk faktörü olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda 1,25(OH)2D vitamin seviyeleri ağır seyirli COVID-19 hastalarında, 25(OH)D vitamin düzeyleri ise orta seyirli hastalarda daha düşük bulunmuştur. Klinikte daha sık kullanılan 25(OH)D vitamin düzeylerinin aksine, 1,25(OH)2D vitamin düzeylerinin değerlendirilmesi hastalık ciddiyetinin öngörülmesinde daha faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, D vitamini, 1,25-dihidroksikolekalsiferol

Tablo 1. Orta ve ağır seyirli COVID-19 olgularının risk faktörleri açısından karşılaştırılması

			Tek değişkenli analiz	Tek değişkenli analiz	Çok değişkenli analiz	Çok değişkenli analiz
	Orta (n=114)	Ağır (n=71)	p-değeri	OO (%95 güven aralığı)	p-değeri	OO (%95 güven aralığı)
Cinsiyet, n (%)						
Erkek	54 (47,4)	41 (57,7)	0,170	0,65 (0,36-1,19)		
Kadın	60 (52,6)	30 (42,3)				
Yaş, yıl (ortalama ± SS)	60,03±16,98	61,25±16,25	0,628			
Servis yatış süresi, gün, medyan (IQR)	8 (6-12)	13 (10-22)	0,000*		0,005*	1,09 (1,02-1,15)
YBÜ yatış öyküsü, n (%)	1 (0,9)	22 (31,0)	0,000*	50,73 (6,65-387,01)	0,012*	15,80 (1,83- 135,88)
Mortalite, n (%)	2 (1,8)	15 (21,1)	0,000*	15 (3,31-67,89)		
25-OH D vitamin eksikliği, <20, n (%)	78 (68,4)	19 (26,8)	0,000*	0,169 (0,08-0,32)	0,000*	0,226 (0,10-0,49)
1,25-OH D vitamin eksikliği, <18, n (%)	75 (65,8)	63 (88,7)	0,000*	4,095 (1,78-9,40)	0,003*	4,580 (1,67-12,53)
Altta yatan hastalıklar, n (%)						
Diabetes mellitus	31 (27,4)	27 (38,0)	0,132	1,62 (0,86-3,05)		
Hipertansiyon	61 (53,5)	31 (43,7)	0,193	0,67 (0,37-1,22)		
Koroner arter hastalığı	35 (30,7)	14 (19,7)	0,100	0,55 (0,27-1,12)		
KOAH	17 (14,9)	11 (15,5)	0,915	1,04 (0,45-2,38)		
Malignite	6 (5,3)	6 (8,5)	0,54	1,66 (0,51-5,36)		

Tablo 1. Devamı						
	Orta (n=114)	Ağır (n=71)	Tek değişkenli analiz p-değeri	Tek değişkenli analiz OO (%95 güven aralığı)	Çok değişkenli analiz p-değeri	Çok değişkenli analiz OO (%95 güven aralığı)
Laboratuvar						
Hb	12,5 (10,47-13,60)	11,6 (10,00-13,40)	0,105			
Htc	38,0 (33,0-40,80)	35,35 (31,30-40,12)	0,234			
Beyaz küre	7,38 (5,58-11,41)	7,93 (6,01-11,55)	0,792			
Lenfosit	1,48 (1,04-1,92)	1,17 (0,85-1,62)	0,002*		0,587	0,892 (0,59-1,34)
Nötrofil	5,21 (3,33-8,72)	5,45 (4,08-8,91)	0,337			
PLT	220,50 (171,00-292,50)	214,00 (143,00- 299,00)	0,525			
AST	27,00 (20,00-41,00)	34,00 (22,00-54,00)	0,041		0,264	1 (0,99-1,02)
ALT	21,00 (13,00-36,25)	24,00 (14,00-37,00)	0,422			
ÜRE	33,00 (23,00-42,00)	37,00 (29,00-59,40)	0,007		0,67	0,99 (0,96-1,01)
Kreatinin	0,79 (0,62-1,04)	0,93 (0,73-1,33)	0,007		0,63	1,42 (0,33-6,14)
LDH	255,50 (202,75-322,25)	317,00 (230,00-476,00)	0,000			
Albümin	37,05 (33,35-40,22)	33,50 (29,50-37,70)	0,000		0,238	0,95 (0,87-1,03)
Ferritin	127,25 (51,17-286,67)	308,90 (123,90-672,40)	0,000		0,67	1 (0,99-1)
Trigliserid	116,50 (86,00-176,25)	108,50 (79,25-172,50)	0,360			
CK	76,50 (48,00-128,00)	92,00 (46,00-237,00)	0,124			
Prokalsitonin	0,07 (0,040-0,22)	0,17 (0,10-0,65)	0,000		0,257	0,91 (0,791,06)
CRP	26,00(9,00-104,25)	90,00 (43,97-166,61)	0,000			
Fibrinojen	469,50 (390,00-537,00)	494,00 (405,00-566,00)	0,066			
PTZ	12,90 (0,00-15,27)	14,10 (12,80-15,70)	0,004		0,49	1.01 (0,97-1.06)
aPTT	34,90 (31,47-39,42)	36,20 (32,90-38,60)	0,200			
D-dimer	0,42(0,16-0,85)	0,49 (0,25-1,30)	0,146			
Troponin	5,00(3,00-11,00)	10,00 (5,00-20,00)	0,000		0,74	1 (0,99-1.01)
OO: Olasılık oranı, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, SS: Standart sapma, COVID-19: Koronavirüs hastalığı-2019, Hb: Hemogloblin, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, aPTT: Aktive edilmiş kısmi tromboplastin zamanı, PTZ: Protrombin zamanı, CK: Kreatin kinaz						

[PS-113]

Tavuk mu Yumurtadan, Yumurta mı Tavuktan? Bir Komplike *Staphylococcus aureus* Bakteriyemi Olgusu

Abdullah Said Yurdakul¹, Kübra Erbay², Lokman Hızmalı¹,
Mustafa Gökhan Gözel¹

¹Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırşehir

²Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kırşehir

Giriş: *Staphylococcus aureus* bakteriyemisi (SAB) morbidite ve mortalite riski yüksek bir enfeksiyöz tablodur. Bakteriyeminin en sık primer odakları vasküler kateter enfeksiyonları, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, plevropulmoner enfeksiyonlar, osteoartiküler enfeksiyonlar ve enfektif endokardittir. Dünyanın pek çok yerinde toplumla ilişkili methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) seviyelerinde artış rapor edilmektedir, bu durum da tedaviyi güçleştirmektedir. SAB komplike ve komplike olmayan olarak sınıflandırılmaktadır. Biz burada kaynağın yumuşak doku enfeksiyonu olduğunu düşündüğümüz ancak metastatik odakları olan bir MRSA SAB olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen çekum kanseri, benign prostat hiperplazisi, hipotiroidi, kronik böbrek hastalığı olan 86 yaşındaki erkek hasta, acil servise iki aydır yürüyememe ve iki taraflı kasık bölgesinde ağrı şikayetiyle getirildi. Sistemik sorgusunda bir haftadır halsizlik şikayeti olduğu öğrenildi. Hastanın gelişindeki vital bulguları stabildi. Yapılan fizik muayenesinde inkarsere olmayan inguinal hernisi mevcuttu. Testislerde ve bilateral femoral bölgede hassasiyet, ısı artışı, kızarıklık mevcuttu. Hastanın laboratuvarında, beyaz küre sayısı:19 10³/µl, nötrofil sayısı:15 10³/µl, platelet:203 10³/µl, kreatinin: 1,3 mg/ml C-reaktif protein: 351 mg/l saptandı. Hasta yumuşak doku enfeksiyonu ön tanısıyla yatırıldı. Hastaya ampicilin sulbaktam başlandı. Hasta tek taraflı plevral efüzyonu nedeniyle göğüs hastalıklarına danışıldı. Plevral mayiden örneklem yapıldı, eksuda vafında geldi. Plevral mayi hücre sayısı 3882 beyaz küre, %64 PMNL olarak geldi. Gram-boyamasında PMNL görüldü, bakteri görülmedi. Plevra sıvısı kültüründe üreme olmadı. Yatışında alınan kan kültürlerinde takibinin 4. gününde MRSA üremesi oldu. Ampicilin sulbaktam kesildi ve vankomisin başlandı. Hastaya ekokardiyografi ve abdominal görüntüleme yapıldı sonuçlar normal saptandı. Yatışının 10. gününde bel ağrısı nedeniyle kontrastlı lomber manyetik rezonans çekildi ve spondilodiskit tespit edildi. Vankomisin tedavisinin 6. gününde rifampisin eklendi. Beyin cerrahisine danışıldı ve bası kaynaklı operasyon önerildi fakat hasta mevcut kliniği ile ilişkili opere edilemedi. Yatışının 13. gününde nefes darlığı gelişen hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve yatış toraks BT'sinde olmayan kaviter lezyonlar görüldü. Ön planda *S. aureus* nedenli nekrotizan pnömoni düşünüldü. Göğüs hastalıkları tarafından bronkoskopi ve örneklem önerildi fakat hasta yakınları işlemi kabul etmedi. Takipte vankomisin 22. gününde nefropati gelişti ve tedavi kesilip linezolidde geçildi. Hasta 34 gün etkin intravenöz tedavi sonrası moksifloksasin ve rifampisin ile taburcu edildi.

Sonuç: Yumuşak doku enfeksiyonlarında etken toplum kökenli MRSA olabilir ve buna bağlı bakteriyemi gelişebilir. Kliniğin komplike olabileceği akılda bulundurulmalı, metastatik odaklar açısından hasta taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bacteremia, *Staphylococcus aureus*

[PS-114]

Nedeni Bilinmeyen Ateşin Ayırıcı Tanısında *Coxiella burnetii*: Zor Olgu Sunumu

Meltem Ceylan, Oğuz Reşat Sipahi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Nedeni bilinmeyen ateş tetkik amaçlı yatışı yapılan; Q ateşi, epidural apse, spondilodiskit ve psoas apsesi saptanmış olan hastanın uzun ve zorlu tanı ve tedavi süreci benzer olgularla karşılaştırılması halinde yol gösterici olması amacıyla paylaşılmıştır.

Olgu: Diabetes mellitus, hipertansiyon, benign prostat hipertrofisi tanılı, 4 yıl önce perfore kolesistit nedeni opere ve opere olduğu dönemde C3601002 ATM+AVI çalışmasına dahil edilmiş olan 65 yaşında erkek hasta 1 aydır ara ara olan ateş ve 1 haftadır ayaklarda güçsüzlük nedeni başvurusunda ateş tetkik amacıyla servisimize yatırıldı. Tarafımıza başvurusu öncesinde çoklu hastane başvurusu ve çoklu antibiyotik kullanımı öyküsü mevcuttu. Yapılan tetkiklerden vertebral manyetik rezonans görüntüleme (MRG) spondilodiskit, epidural apse ve psoas apsesi saptandı. Kan kültürlerinde ESB(+) *Escherichia coli* üremesi saptandı. Enfektif endokardit açısından değerlendirildiğinde 1 major, 3 minör kriter pozitif; transtorasik ekokardiyografide enfektif endokardit lehine bulgu saptanmadı. Tedavinin 10. gününde etkeni yönelik tedavi almasına ve kan kültürlerinin negatifleşmesi olmasına rağmen klinik progresyon izlenmesi üzerine bakılan *Brucella* serolojisi negatif; *Coxiella burnetii* IgG (Faz 2): 1/1024 pozitif, *Coxiella burnetii* IgG (Faz 1): 1/64 pozitif, *Coxiella* IgG ELISA: pozitif saptandı. Yatışı sırasında beyin cerrahisi tarafından L4 sağ taraftan hemilaminektomi yapıldı, gönderilen kültürlerde üreme saptanmadı. Toplamda 81 gün meropenem, 14 gün aminoglikozit; aminoglikozit kesilmesi sonrasında 59 gün azitromisin ve 34 gün doksisisiklin tedavisi alan hasta kontrol MRG'de bulgularında tama yakın regresyon izlenmesi ve 53 gün ara ile bakılan *Coxiella* serolojisinde titrede düşme saptanması üzerine oral antibiyotik ile taburcu edildi.

Sonuç: Nedeni bilinmeyen ateş tetkik nedeni interne edilene bir hastada tek bir enfeksiyon etkeninin ateş sebebi olmayabileceği, nadir karşılaşılan enfektif etkenlerin sık karşılaşılan etkenlerle bir arada bulunabileceği unutulmamalı, yeterli tedavi yanıtının alınamadığı olgularda bu olasılık göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Coxiella burnetii*, apse, spondilodiskit

Tablo 1. *Coxiella burnetii* seroloji sonuçları

	Yatışının 10. günü	Yatışının 63. günü
<i>Coxiella burnetii</i> IgG (Faz 1)	1/64 pozitif	Negatif
<i>Coxiella burnetii</i> IgG (Faz 2)	1/1024 pozitif	1/512 pozitif
Ig: İmmüoglobulin		

[PS-115]

Nedeni Bilinmeyen Ateş: Bir Üniversite Hastanesinin 5 Yıllık Deneyimi

Zeynep Çelik¹, Adem Köse², Funda Memişoğlu²,
Sibel Altunışık Toplu², Zeynep Burçin Yılmaz², Ferhat Özer²,
Yaşar Bayındır³

¹Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Adıyaman

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

³Güven Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Nedeni bilinmeyen ateş (NBA), birden fazla ölçümde 38,3 °C'yi geçen, üç haftadan uzun süredir devam eden, hastanede bir haftalık araştırma sonucunda tanının konulamamış olması olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışma ile merkezimizdeki NBA sıklığını, tanısallık yaklaşımı, etiyolojiyi ve uygulanan tetkiklerin tanı koymaya katkısını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'nde 1 Ocak 2017 ile 31 Aralık 2022 tarihleri arasında yatan 2651 hastanın klinik kayıtlarına ulaşıldı; NBA tanı kriterlerini karşılayan 56 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi. NBA tanılı hastaların yaşı, cinsiyeti, semptomları, anamnezi, fizik muayene bulguları, tanı amacıyla uygulanan laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntüleme metotları, uygulanan invaziv tanı prosedürleri incelendi ve bu tetkiklerin tanıya katkısı değerlendirildi. NBA etiyolojisi enfeksiyon, neoplazi, enflamatuvar ve diğer hastalıklar olarak dört grupta sınıflandırıldı. Gruplar ateş süresi, tanı alma süresi ve enflamatuvar parametreler açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Elli altı olgunun %58,9'u erkek, yaş ortalaması 51,23±17,28'di. NBA etiyolojileri enfeksiyöz (%33,9), enflamatuvar (%30,4), neoplastik (%8,9), diğer hastalıklar (%14,3) olarak tespit edildi. Olguların %12,5'ine ise etiyolojik tanı konulamadı. En sık görülen durumlar subaküt tiroidit (%12,5), erişkin Still hastalığı (%10,7) ve tüberküloz (%8,9) idi. Hastaların tanı öncesi ortalama ateş süresi 30,00 (30,00-82,5), hastane başvurusundan sonraki tanı alma ortalama süresi 17,50 (8,00-30,00) gündü. Tanıyı en sık destekleyen veya doğrulayan yöntemler ultrasonografi, kontrastlı tomografi ve biyopsilerdi. Gruplar arasında yaş, ateş süresi, tanı alma süresi, lökosit, lenfosit, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein ve ferritin düzeyi açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$).

Sonuç: Enfeksiyonlar, ülkemizden bildirilen diğer olgu serileriyle benzer şekilde NBA etiyolojisinde ilk sırada yer almıştır; diğer olgu serilerinden farklı olarak çalışmamızda enflamatuvar hastalıkların sıklığının arttığı gözlenmektedir. Çalışmamızda, tanıyı en sık destekleyen/doğrulayan yöntemler ise ultrasonografi, kontrastlı tomografi ve biyopsiler olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, enflamatuvar, nedeni bilinmeyen ateş

Tablo 1. Nedeni bilinmeyen ateş ile takip edilen hastaların tanı sonuçları

Takip ve tanı sonuçları	Sayı (%)
Tanı konulamayan	7 (12,5)
Enfeksiyöz	19 (33,9)
• Karaciğer apsisi	2 (3,6)
• Karaciğer kist hidatigi	1 (1,8)
• Bruselloz	3 (5,4)
• Tüberküloz lenfadeniti	5 (8,9)
• Piyelonefrit	1 (1,8)
• HIV enfeksiyonu	1 (1,8)
• İnfektif endokardit	2 (3,6)
• Tüberküloz peritoniti	1 (1,8)
• Prostatit	1 (1,8)
• Perianal apse	1 (1,8)
• Epstein-Barr virüs enfeksiyonu	1 (1,8)
Enflamatuvar	17 (30,4)
• Erişkin Still hastalığı	6 (10,7)
• Temporal arterit	2 (3,6)
• Romatoid artrit	2 (3,6)
• Sjögren hastalığı	1 (1,8)
• Kresentik glomerülonefrit	1 (1,8)
• Behçet hastalığı	1 (1,8)
• Polimiyalji romatika	1 (1,8)
• Sarkoidoz	1 (1,8)
• Sistemik lupus eritematozus	1 (1,8)
• Poliarteritis nodosa	1 (1,8)
Malignite	5 (8,9)
• Hodgkin lenfoma	2 (3,6)
• Akut lenfoblastik lösemi	1 (1,8)
• Hairy hücre lösemi	1 (1,8)
• Karaciğer adenokarsinomu	1 (1,8)
Diğer hastalıklar	8 (14,3)
• Subaküt tiroidit	7 (12,5)
• Hemofagositik sendrom	1 (1,8)

[PS-116]

Merkezi Sinir Sistemi Enfeksiyonları: Tek Merkez Deneyimi

Yıldız Olçar, Derya Öztürk Engin

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

Giriş: Merkezi sinir sistemi enfeksiyonları yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, enfeksiyon hastalıkları acillerindendir. Çalışmamızda kliniğimizde takip ettiğimiz hastaların, hangi mevsimde, hangi semptomlarla başvurduklarını, klinik tanı ve tedavilerini ve mortalite durumlarını incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2021-Mart 2025 tarihleri arasında merkezi sinir sistemi enfeksiyonu tanısı ile kliniğimizde izlenen, 18 yaş ve üzeri hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmamıza postoperatif menenjitler ve şant enfeksiyonları dahil edilmedi.

Bulgular: Toplam 48 hastanın %62,5'i (30) erkekti ve ortalama yaş 52,8'di (19-87). On üç hasta akut bakteriyel menenjit, 24 hasta akut viral meningoensefalit, 11 hasta ise kronik menenjit/meningoensefalit tanısıyla izlendi.

Hastaların demografik özelliklerini, klinik ve laboratuvar bulgularını, tanı anına kadar geçen süreleri, tedavi ve hastane yatış sürelerini, komplikasyonlar ve sağkalım durumlarını Tablo 1'de görmekteyiz.

Akut bakteriyel menenjit tanılı hastaların 4'ü pnömokok, 1 listeria, 1 meningokok, 1 H. influenza menenjitiydi. Beş hastanın BOS kültür sonucuna ulaşamazken, 1 hastanın da kültüründe üreme olmadı. Trafik kazası sonrası kafa kaide yaralanması olan 1 hasta 2021 ve 2024 yıllarında 2 kez pnömokoksik menenjit geçirdi. Çalışmamıza bu hastanın ilk epizodu alındı. Elli yaş ve üzeri hastalara ampirik tedavide vankomisin, seftriakson ve ampicilin kombinasyonları uygulanırken, diğer yaş gruplarına vankomisin ve seftriakson uygulandı. Etken üredikten sonra tedaviler revize edildi. Hastalardan 2'si SVO sekelli iyileşme gösterirken, bu grupta ölen hasta olmadı.

Akut viral meningoensefalit tanılı hastaların 8'i batı nil virüs ensefaliti, 3'ü VZV ensefaliti, 1 HSV-1, 1 HSV-6 ensefaliti idi. Yirmi dört hastanın 22'sine ampirik asiklovir ve antibakteriyel tedavi kombinasyonu verilmişti. BOS sonuçlarına göre tedaviler revize edildi. Bir VZV ensefaliti tanılı hasta hala kliniğimizde yatıyorken, 2 batı nil virüs ensefaliti tanılı hasta kaybedildi.

Kronik menenjit tanılı 11 hastanın 5'i tüberküloz (TBC) menenjit, 2 nörobruseloz, 2 toksoplasma meningoensefaliti, 1 PML, 1 kriptokok meningoensefaliti tanısı aldı. Bu hastaların 5'i HIV/AIDS tanılıydı. Tedaviler rehber önerilerine göre yapıldı. PML tanılı hasta sekelli takibine devam ederken, TBC menenjit tanılı hastaların tamamı ve toksoplasma ensefaliti tanılı 1 hasta kaybedildi.

Sonuç: Merkezi sinir sistemi enfeksiyonları; enfeksiyon hastalıklarının, erken tanı ve erken tedavi edilmesi gereken en önemli acillerindendir. Bu çalışmada özellikle kronik menenjitlerin hala geç tanı aldığını ve yüksek mortaliteye sahip olduğunu görmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, ensefalit, meningoensefalit

Tablo 1. Merkezi sinir sistemi enfeksiyonu tanısı ile izlenen hastaların genel özellikleri, tanı/tedavi ve sonlanımları

	Akut bakteriyel menenjitler (n=13)	Akut viral meningoensefalitler (n=24)	Kronik menenjitler (n=11)*****
Demografik özellikler			
Yaş, ort. (min.-maks.)	45,3 (19-81)	57,7 (20-87)	51 (30-67)
Cinsiyet			
Kadın (n, %)	5, %38,4	9 (%37,5)	4 (%36,3)
Erkek (n, %)	8, %61,6	15 (%62,5)	7 (%63,6)
Kronik hastalıklar			
HT	2 (%15)	8 (%33,3)	4 (%36,3)
DM	1 (%7,6)	5 (%20,8)	2 (%18,1)
HIV/AIDS	0	0	5 (%45,4)
İmmünsüpresyon	2* (%15)	3 (%12,5)	5 (%45,4)
Kronik sinüzit, otit	5 (%38,4)	0	0
Kafa travması	2 (%15)	0	0
Yok	5 (%38,4)	11 (45,8)	1 (%9)
Mevsim			
İlkbahar	2 (%15)	1 (%4,1)	4 (%36,3)
Yaz	4 (%30,7)	8 (%33,3)	3 (%27,2)
Sonbahar	4 (%30,7)	9 (%37,5)	1 (%9)
Kış	3 (%23)	6 (%25)	3 (%27,2)

Klinik özellikler			
Şikayetler			
Ateş	10 (%76,9)	12 (%50)	3 (%27,2)
Bilinç bulanıklığı	8 (%61,5)	18 (%75)	4 (%36,3)
Baş ağrısı	12 (%92,3)	8 (%33,3)	2 (%18,1)
Bulantı/kusma	8 (%61,5)	8 (%33,3)	1 (%9)
Oryantasyon bozukluğu	0	6 (%25)	2 (%18,1)
Nöbet	0	2 (%8,3)	1 (%9)
Ajitasyon/anlamsız hareket	0	6 (%25)	1 (%9)
Diğer	2**	0	5***** (%45,4)
Şikayetlerin süresi (gün) ort. (min.-maks.)	3,7 (1-7)	5 (1-14)	40 (2-90)
Muayene bulguları			
Ateş	5 (%38,4)	3 (%12,5)	2 (%18,1)
Ense sertliği, MİB +	10 (%76,9)	4 (%16,6)	5 (%45,4)
GKS geriliği	7 (%53,8)	17 (%70,8)	5 (%45,4)
Oryantasyon bozukluğu	7 (%53,8)	11 (%45,8)	7 (%63,3)
Döküntü	0	1 (%4,1)	0
Normal	1 (%7,6)	3 (%12,5)	1 (%9)
Taniya kadar geçen süre ortalama (gün)	3,2	3,45	14,9
Tedavi süresi (gün)	18,3	12,25	57,7
Hastane yatış günü (gün)	23,1	17,3	30
Laboratuvar bulguları			
Kan lökosit sayısı, /µl ort. (min.-maks.)	11916 (10-18380)	9970 (4250-16550)	11940 (4940-30260)
CRP, mg/l (0-5) ort. (min.-maks.)	225 (3-346)	34,5 (0,5-140)	63,1 (2-196)
Prokalsitonin, µg/l ort. (min.-maks.)	8,3 (0,07-29)	0,29 (0,03-3,68)	0,45 (0,02-2,47)
BOS görünümü			
Bulanık	12 (%92,3)	2 (%8,3)	0
Berrak	1 (%7,6)	22 (%91,6)	8 (%100)
BOS lökosit, /mm ³ ort. (min.-maks.)	4798 (35-16481)	191 (4-1691)	89 (0-324)
BOS lökosit tipi: PMNL	13 (%100)	3 (%12,5)	0
Lenfomonositler	0	21 (%87,5)	7 (%100)
BOS glukoz, mg/dl ort. (min.-maks.)	19,7 (1-94)	79,5 (44-171)	47,4 (31-62,4)
BOS/kan glukoz	0,14	0,52	0,45
BOS/protein, g/L	2,65 (0,5-6,3)	0,83 (0,39-2,85)	0,89 (0,14-3,6)
Sonuç			
YBU yatışı	6 (%46,1)	9 (%37,5)	7 (%63,6)
Komplikasyon gelişimi	5*** (%38,4)	4**** (%16,6)	7 (%63,6)
Sekelli iyileşme	2 (%15,3)	0	1 (%9)
Eksitus	0	2 (%8,3)	6 (%54,5)
*Bakteriyel menenjit immunsupresif kişiler: nasofarinks çağ KT öyküsü ve Crohn hastalığı, **iki hastada kulak ağrısı, ***4 SVO, 1 tekrarlayan menenjit atakları, ****4 SVO, *****5 TBC menenjit, 2 nörobruselloz, 2 toksoplasma meningoensefaliti, 1 PML, 1 kriptokok meningoensefaliti, *****2 hastada eklem ağrısı ve halsizlik, 1 hastanın ellerinde titreme, 1 ishal, 1 yürüme ve denge bozukluğu, ort.: Ortalama, min.: Minimum, maks.: Maksimum, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, HIV: Human immunodeficiency virus, AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome, MİB: Merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, GKS: Glasgow koma skoru, CRP: C-reaktif protein, BOS: Beyin omurilik sıvısı, PMNL: Polimorfonükleer lökosit, YBU: Yoğun bakım ünitesi, KT: Kemoterapi, SVO: Serebrovasküler olay, TBC: Tüberküloz, PML: Progresif multifokal lökoensefalopati			

[PS-117]

Akut Sinüzite Sekonder Subdural Ampiyem ile Takip Edilen Hasta

Özlem Öztekin¹, Selin Yalınç Tuncer¹, Şerife Altun Demircan¹,
Sena İstanbullu¹, Salih Cesur¹, Sami Kınıklı¹,
Mehmet Emre Yıldırım², Sami Engin Muz³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve
Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak
Burun Boğaz Kliniği, Ankara

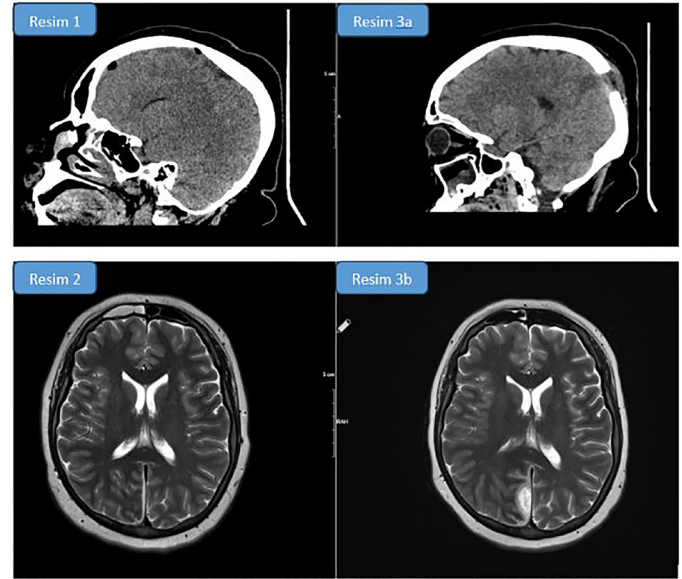
Giriş: Akut sinüzit intrakraniyal ve ekstrakraniyal komplikasyonlara neden olabilir, intrakraniyal komplikasyonlar nadiren görülür. Bu komplikasyonlar mortalite ve morbidite riski taşır. Akut sinüzit sonrası subdural ampiyem gelişen olgu sunulacaktır.

Olgu: Bilinen hipotiroidi tanısı olan 23 yaşında kadın hasta iki gündür olan baş ağrısı, bulantı, kusma, yeni başlayan sol kol ve bacakta güçsüzlük şikayetleriyle acile başvurdu. Acil başvurusundan iki gün önce kulak burun boğaz (KBB) poliklinik başvurusu olan hastaya akut sinüzit tanısıyla klaritromisin reçete edildiği, bu tedaviyle pürülan burun akıntısında gerileme olduğu ancak baş ağrısı, bulantı ve kusmasının devam ettiği öğrenildi. Hastaya acilde çekilen beyin bilgisayarlı tomografide (BT) intrakraniyal hava değerleri saptandı, leptomeningeal menenjit, meningoensefalit olabileceği şeklinde raporlandı (Resim 1). Akut sinüzit komplikasyonu ve cerrahi girişim gerekliliği açısından hasta acilde KBB'ye danışıldı, cerrahi girişim düşünülmüdü. Beyin ve sinir cerrahisi (NRŞ) tarafından acilde lomber ponksiyon yapılması uygun görülmeyen hasta meningoensefalit ön tanısıyla enfeksiyon servisine yatırıldı ve intravenöz meropenem ve vankomisin tedavisi başlandı. Hastaya yatışının ilk günü kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı ve paranasal sinüslerden yayıldığı düşünülen subdural ampiyem saptandı (Resim 2). Yatışının ikinci gününde hastaya KBB tarafından sinüs drenajı sağlandı, sinüslerden pürülan sekresyon temizlendi, gönderilen örneklerde *S. epidermidis*, *S. mitis* ve *oralis* ve *S. anginosus* üremesi oldu. Hastanın KBB tarafından opere edildiği gün jeneralize tonik klonik tarzda nöbeti oldu, takiplerinde günde üç-dört kez nöbetleri devam

etti. Postoperatif dördüncü günde nöbetlerin sıklaşması, sözel ve ağrılı uyarana yanıtı olmaması üzerine hasta NRŞ yoğun bakıma devredildi. Postoperatif 12. günde çekilen kranial MRG'de subdural ampiyemde artış ve shift olması üzerine hastanın subdural ampiyemi NRŞ tarafından boşaltıldı, alınan kültürlerde üreme olmadı. Operasyon sonrası sol kol ve bacakta nörolojik muayenede iyileşme oldu, nöbeti olmadı. NRŞ operasyonu sonrası yedinci günde yapılan kontrol MRG'de intrakraniyal hava değerlerinde ve subdural ampiyemde büyük miktarda regresyon oldu (Resim 3a, 3b). Meropenem ve vankomisin tedavisi 27. günde vücutta yaygın döküntüsü olması üzerine tedavi intravenöz seftriakson, metronidazol ve linezolid olarak değiştirildi. Toplam tedavisinin 47. gününde intravenöz antibiyoterapisi kesilerek hasta taburcu edildi.

Sonuç: Akut sinüzit sonrası nörolojik semptomlarla başvuran hastalarda intrakraniyal komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalı, şüphe halinde görüntüleme yapılmalıdır. Erken antibiyoterapiyle birlikte eş zamanlı cerrahi tedavi gerekli olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sinüzit, subdural ampiyem



Resim 1-3. Hastanın yatışında ve takibindeki görüntülemeler

Tablo 1. Laboratuvar sonuçları

	Beyaz küre (10 ⁹ /l)	CRP (mg/l)	Sedimentasyon (mm/h)	Prokalsitonin (mikro/l)	Üre (mg/dl)	Ürik asit (mg/dl)	Kreatinin (mg/dl)	GFR (ml/dk/1.73 m ²)	AST (U/l)	ALT (U/l)	GGT (U/l)	T. bilirubin (mg/dl)	D. bilirubin (mg/dl)
Yatış	23150	368	68	10,44	24	3,5	0,69	123	32	15	87	1,65	1,28
Postop (sinüs drenajı) 12. gün	6480	67	62	0,11	25	1,2	0,52	135	20	27	205	0,27	0,18
Taburcu	8810	8	24	0,063	7	2,2	0,48	138	18	7	159	0,42	0,25

CRP: C-reaktif protein, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, GGT: Gama-glutamil transferaz

[PS-118]

Batın İçi Apse ile Başvuran Aktinomiçes OlgusuEmine Parlak¹, Abdülhamit Ayyıldız², Zülal Özkurt²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Batın içi apseler (BİA) karın boşluğunda lokalize enfeksiyon varlığıdır. Yaşamı tehdit eden bir problemdir. Ateş, halsizlik, iştahsızlık ve karın ağrısıdır. BİA'lar ateş etiyojisinde yer almaktadır. BİA'lerin tuboovaryan bölgede de olabileceği akıld tutulmalıdır. Erken drenaj ve uygun antibiyotik tedavisi önemlidir. Tanı ve tedavide gecikme mortaliteyi artırmaktadır. Ateş ve apse ile başvuran bir olgu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli iki yaş kadın hasta enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yaklaşık 6 gündür olan ateş idrar yaparken zorlanma, idrara çıkarken karında ve bacaklarda ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen romatoid artrit hastalığı ve metotratsat kullanımı vardı. Hastanın rahim içi araç kullandığı anlaşıldı. Hastanın dış merkezde idrar yolu enfeksiyonu nedeni ile sefiksım kullanımı olmuştur. Hastanın fizik muayenesinde vitalleri (ateş: 38,2 °C; nabız: 85 tansiyon arteriyel: 110/70 mmHg; SpO₂: 94) normaldi. Batın alt kadranslarda hassasiyet tespit edildi. Defans rebound izlenmedi. Hastanın dış merkezli batın ultrasonografisinin hepatomegalisi dışında bulgu yoktu. Hastanın laboratuvar değerleri lökosit: 18.200 mm³/lt, nötrofil: %85 hemoglobin: 11,7 gram/dl, platelet: 230.000, kreatinin: 0,8 mg/l, C-reaktif protein: 240 mg/l idi. Hastanın ateş odağını tanımlamak adına hastaya kontrastlı alt üst batın tomografi çekildi. Hastanın batın tomografisinde tuboovaryan bölgede 6x4 cm ebatlı apse ile uyumu loküle alan görüldü. Hastaya jinekoloji konsültasyonu istendi. Hasta transvajinal ultrasonografisinin sonrasında jinekoloji kliniğine devri yapıldı. Hastaya seftriakson ve nidazol başlandı. Hastaya yatışı esnasında jinekoloji kliniği tarafından operasyon planlandı. Sağ salpingooferektomi ve apse drenajı yapıldı. Apseden patoloji örneği gönderildi. Hastanın ateşlerinin ve enfektif parametrelerin gerilemesi üzerine hasta patoloji sonucu ile poliklinik kontrolüne çağırıldı. Hastanın kontrolünde patoloji raporunda aktinomiçes uyumlu görünüm olması nedeniyle hasta tarafımıza devir alındı. Hastaya kristalize pensilin 6x3 milyon ünite intravenöz tedavi başlandı. Hastaya 28 günlük yatışı sonrasında amoksisilin tablet 30 gün önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Actinomyces bakterilerinin yaptığı enfeksiyon hastalığına aktinomikoz denilmektedir. Anamnez, klinik, radyoloji ve alınan örneklerinin incelenmesi tanıda önemlidir. Servikofasial, torasik ve abdominal formları vardır. Kronik ve atipik olduğu için tanıda zorluklara neden olabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Erken ve uygun tedavi ile tedavi başarısı sağlanabilmektedir. Apse, kanser ve granülatöz hastalıklarının ayırıcı tanısında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, aktinomikoz, apse

[PS-120]

Erişkin Hepatit A Olgusu Sunumu

Hasan Ruçhan Civar, Emine Parlak, Levent Görenek, Ayça Aydın

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

Giriş: Hepatit A virüsü (HAV) enfeksiyonu fekal oral yol ile bulaşan bir etkindir. Daha çok küçük yaş grubunda enfeksiyon yapmaktadır. Erişkinlerde nadiren görülmektedir. Su kaynaklı salgınlar yapabilmektedir. Risk grupları arasında askeri personel, bakımevi, kreş, kanalizasyon işçileri, ilaç bağımlıları ve seyahat edenlerdir. Sosyo-ekonomik ve hijyenin kötü olduğu tropikal ve subtropikal bölgelerde yüksek prevalansa sahiptir. Gelişmiş ülkelerde ise bu ülkelere seyahat edenler risk altındadır. HAV çocukluk döneminde büyük oranda asemptomatik (%80-95) geçirilirken, erişkin dönemde büyük oranda semptomatik (%75-90) olarak görülmektedir. Çocuklarda sık gördüğümüz bir etkenin aşısız bir yetişkinlerde görülebileceğini vurgulamak için HAV enfeksiyonu olgusunu paylaştık.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta halsizlik, kırgınlık, bulantı, kusma gözde ve vücutta sarılık şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Kronik hastalığı olmadığı öğrenildi. Dış merkezde çekilen abdomen ultrasonografisinde patoloji saptanmadı ve orada yapılan semptomatik tedaviye yanıt alınmadı. Serviste yapılan fizik muayenesinde sklera ve ekstremiteler ikterik, hepatosplenomegalisi mevcuttu. Servise yatırıldı. Hastanın istenen ELİSA testlerinde anti-HAV Ig-M pozitif çıktı. Hastaya semptomatik olarak %5-30 dekstroz sıvı tedavisi uygulandı. Dört gündür gaita çıkışı olmayan hastaya laksatif tedavisi verildi. Tedavinin 3. gününde şikayetler geriledi. Sklera ve derideki ikterik görünüm düzeldi. Laboratuvar sonuçları da gerileyen hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Akut HAV enfeksiyonu gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde akut viral hepatitlerin önemli etkenlerindendir. Salgınlara neden olabilir. Erişkin çağda virüsle karşılaşma durumunda semptomatik form daha sık görülür. Korunmada en önemli faktörler hijyen koşullarının düzeltilmesi ve aşılama. Bulantı-kusma, halsizlik-kırgınlık ve deride sarılık ile gelen erişkin yaşta başvuran hastalarda hepatit A enfeksiyonunu ayırıcı tanılarda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit A enfeksiyonu, ikter, semptomatik tedavi

Tablo 1. Hastanın laboratuvar bulguları

Laboratuvar	Başvuru sırasında	Taburculuk	Taburculuktan bir hafta sonra
AST (IU/l)	1448	118	33
ALT (IU/l)	1665	218	36
ALP (IU/l)	479	369	154
GGT (IU/l)	417	306	48
Total bilirubin (mg/dl)	10.8	2.8	1.7
Direkt bilirubin (mg/dl)	9.6	2.4	1.4
AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, GGT: Gama-glutamil transferaz			

[PS-121]

Vasküler Greft Enfeksiyonuna Sekonder Gelişen Enfektif Endokardit Olgusu

Cemal Dere, Güven Çelebi, Nihal Pişkin, Hande Aydemir

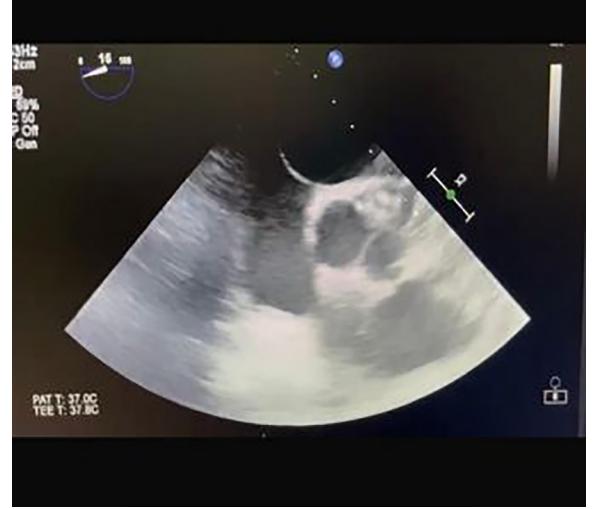
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Giriş: Vasküler greftler cerrahi pratikte geniş kullanım alanına sahiptir. Ancak, bu tür yabancı materyallerin kullanımı, enfeksiyon riski getirmektedir. Greft enfeksiyonları yönetimi zor ciddi komplikasyonlardır. Bu olgu sunumunda, vasküler greft enfeksiyonu gelişen hastanın klinik seyri, tanı süreci yaklaşımına dair önemli noktalar tartışılacaktır.

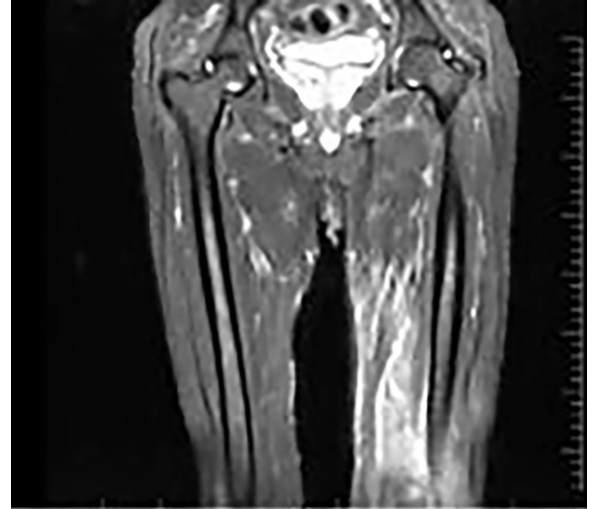
Olgu: Altmış üç yaşında erkek hasta bir haftadır devam eden 38-39 °C ateş şikayetiyle enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon tanıları olduğu, yaklaşık 5 ay önce sol femoral-popliteal bypass cerrahisi geçirdiği, PTFE ringli greft yerleştirildiği öğrenildi. Hastanın son iki aydır ateş halsizlik şikayeti nedeniyle hastane başvuruları ve antibiyotik kullanımları mevcuttu. Bakılan laboratuvar parametrelerinde C-reaktif protein: 138 mg/l sedimentasyon 115 mm/saat idi. Fizik muayenede sol alt ekstremitede ısı artışı mevcuttu, greft bölgesinde ısı artışı yoktu. Hasta yumuşak doku enfeksiyonu (YDE), greft enfeksiyonu ve ateş etiyojisi araştırmak amaçlı enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Hastaya YDE ön tanısıyla piperasilin-tazobaktam 4x4500 mg ve teikoplanin 1x600 mg başlandı. Etiyoloji araştırmak adına çalışılan tetkikler negatif olarak sonuçlandı (Tablo 1). Transtorasik ekokardiyografide (TTE) vejetasyon saptanmadı. Greft enfeksiyonuna yönelik yapılan ultrasonografide enfeksiyon saptanmadı (Tablo 2). Yatışında alınan kan kültüründe metisilin dirençli *S. aureus* (MRSA) üremesi oldu. Yapılan TTE'de aort kapakta 7-8 mm boyutunda vejetasyon saptanması üzerine tedavi vankomisin 2x1000 mg olarak düzenlendi ve transözefagial ekokardiyografi (TEE) planlandı. Takiplerinde ateşi tekrarlamayan, akut faz reaktanları gerileyen (Tablo 3) hastanın dokuzuncu gününde alınan kan kültürlerinde MRSA üremeleri devam etti. Eşlik eden vasküler greft enfeksiyonu açısından pozitron emisyon tomografi (PET)/bilgisayarlı tomografide (BT) planlandı. TEE'de aort kapak üzerinde vejetasyon saptandı (Şekil 1). PET/BT'de vasküler greft enfeksiyonu bulguları saptanan (Tablo 2) vankomisin tedavisinin 22. gününde alınan kan kültüründe hala MRSA üremesi devam eden hastanın tekrarlanan kalp damar cerrahisi (KDC) konsültasyonlarında operasyon düşünülmüdü. Kardiyoloji ve KDC bölümleri ile değerlendirilen hastaya TEE ve vasküler greft enfeksiyonu açısından uyuk manyetik rezonans görüntüleme (MRG) planlandı. TEE'de vejetasyon boyutunda küçülme (4-5 mm) saptanan hastanın uyuk MRG sonucunda vasküler greft enfeksiyonu ile uyumlu bulgular (Tablo 2, Şekil 2) olması nedeni ile medikal tedaviye yanıtız greft enfeksiyonu olarak değerlendirilen hastada KDC tarafından greft değişimi planlandı. Ancak hasta kendi isteği ile dış merkezde opere olma isteği ile taburcu edildi.

Sonuç: Erken tanı, uygun antibiyotik tedavisi mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir. Bu olguda görüldüğü gibi fizik muayenede greft enfeksiyonu bulgusu olmamasına rağmen kan kültürlerinin değerlendirilmesi, PET/BT gibi ileri görüntüleme yöntemlerinin kullanılması hastanın yönetiminde önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Greft, enfektif endokardit



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1. Çalışılan tetkikler	
Tetkik	Sonuç
CMV IgM	Negatif
Toksoplazma IgM	Negatif
Anti-HIV	Non-reaktif
Anti-HCV	Non-reaktif
HBsAg	Non-reaktif
Anti-HBs	Reaktif
ANA	Negatif
AMA	Negatif
Anti-ds DNA	Negatif
PSA	Negatif
AFP	Negatif
CEA	Negatif
CA-125	Negatif

Tablo 2. Görüntüleme bulguları	
Görüntüleme	Bulgular
Alt ekstremitte Doppler Ultrasonografi	-İnternal iliak arterden CFA'ya ve oradan SFA'ya uzanım gösteren lümen içi stent? materyali ile uyumlu ekojenite izlendi. -Sol; Popliteal, tibialis anterior, tibialis posterior, dorsalis pedis arterlerinde akım paterni monofaziktir.
Uyluk BT	-Femurda trokanter majör düzeyinde dejeneratif değişiklikler izlendi. -Damar-sinir paketi, deri altı yağlı planlar tabidir.
PET/BT	-Solda daha belirgin olmak üzere her iki inguinal alanda büyüğü 16 mm çapında hafif hipermetabolik lenf nodları mevcuttur. -Sol femoral arterde hiperdens stent görünümü ve komşuluklarında femur proksimali düzeyinden başlayan ve orta-alt kısmına doğru lineer olarak devam eden hafif hipermetabolik tutulumlar görülmüştür (enflamatuvar/enfeksiyöz prosesler?). -Sol diz eklemi komşuluklarında yumuşak dokularda öncelikle enflamatuvar prosesler lehine değerlendirilmiş hafif hipermetabolizma izlenmiştir.
Uyluk MRG	Sol SFA'da greft çevresinde, greftin proksimal ucundan başlayarak 3/4 distal kesimine kadar devam eden çevresinde sinyal artışı ve konsantrik sinyal artışı ve kontrastlanma mevcuttur. Çevresindeki musküler yapılarda ödem-enflamasyon-enfeksiyon ile uyumlu sinyal değişiklikleri vardır.
PET: Pozitron emisyon tomografi, BT: Bilgisayarlı tomografi, HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü, HCV: Hepatit C virüsü, MRG: Manyetik rezonans görüntüleme	

Tablo 3.					
Tetkik	Yatış	Tedavisinin 5. günü	Tedavisinin 14. günü	Tedavisinin 20. günü	Tedavisinin 30. günü
C-reaktif protein (0-5 mg/l)	138	105	23	22	15
Prokalsitonin (0-0,05 ng/ml)	0,13	0,09	0,04	0,05	0,05
Lökosit (3600-10200/ul)	11300	8100	7500	8000	7700
Sedimentasyon (0-20 mm/saat)	115	120	113	111	91

[PS-122]

Serolojisi Negatif Atipik Döküntülü Lyme Olgusu

Emine Parlak¹, Muhammed Ozan Tabki², Zülal Özkurt²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Lyme hastalığı, Borrelia burgdorferi'nin etken olduğu, Ixodes cinsi kenelerle taşınan, eritema migrans olarak adlandırılan tipik döküntülerle seyreden, halsizlik, uyuşukluk, baş ağrısı, miyaljiler, artraljilerin eşlik edebildiği zoonotik bir hastalıktır. Başvuru sebebi atipik döküntü ve artrit olan, tanı koymada zorluk yaşadığımız Lyme hastalığına ek olarak psoas apsesi gelişen bir olgu anlatacağız.

Olgu: Otuz iki yaşında öğretmen olan kadın hasta polikliniğe başvurdu. Gluteal bölgesinde eritemli makülopapüler tarzda ağrılı döküntüler, ateş, terleme, sağ el bileği ağrısı, sağ kalça eklem ağrısı olması üzerine pannükülit sebebi ile yatışı yapıldı. Kene tutma öyküsü ve bilinen bir hastalığı yoktu. Fizik muayenede gluteal bölgede eritemli ağrılı makülopapüler döküntü, sağ el bileğinde artrit mevcuttu. Laboratuvar bulgularında lökosit: 19400/mcl (nötrofil: %82), hemoglobin: 10,7 g/dl, platelet: 274000/mcl eritrosit sedimentasyon hızı: 75 mm/saat ve C-reaktif protein: 192 mg/l, kreatinin: 0,4 mg/dl görüldü. Hastaya ampirik olarak seftriakson 2x1 gram iv başlandı.

Hastanın deri biyopsisi pannükülit olarak raporlanmadı. Hastanın PPD anejik, Brucella, Lyme, TORCH serolojileri ve otoimmün markerlar negatif geldi. Lyme serolojimiz negatif gelmesine rağmen hastanın seftriakson tedavisi sonrası döküntülerinin solması, eklem ağrılarının azalması, enfektif parametrelerinin gerilemesi üzerine hastada Lyme şüphemiz oluştu ve hastanın kan örneğinden karanlık saha mikroskopisi yapıldı. İncelemede *Borrellia* spp. ile uyumlu çok sayıda aktif spiroketal ve kistik yapılar saptandı. Seftriakson tedavisine ek olarak doksisisiklin 2x100 mg tablet başlandı. Hastanın klinik seyri sırasında sağ kalçada ağrı şikayetine bağlı yürüyememe ve ateşleri oldu. Hastadan kan kültürü alındı kontrastlı manyetik rezonans (MR) çekildi. Kan kültürü metisilin duyarlı koagülaz negatif *Staphylococcus* olarak sonuçlandı. Hastanın MR raporu multipl sayıda psoas apsisi olarak raporlandı. Girişimsel radyoloji tarafından bir kısmı boşaltıldı materyalden gönderilen kültür metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus* olarak sonuçlandı. Hastaya bir hafta arayla iki sefer ekokardiyografi bakıldı vejetasyon saptanmadı. Ortopedi önerisiyle multipl sayıda psoas apsisi olan hastanın operasyonu dış merkezde yapılabileceğinden hasta sevk edildi.

Sonuç: Lyme hastalığı, seyrinde çeşitli klinik bulguların eşlik edebildiği, dermatolojik, romatolojik, nörolojik ve kardiyak ağır komplikasyonları olan bir hastalıktır. Yanlış serolojik pozitiflik ve negatiflik, atipik klinik (hastamızda olduğu gibi gluteal bölgedeki makülopapüler döküntü) bizleri tanıya giderken yanıltabilir. Klinik şüphe duyulan durumlarda hastanın ileri tetkik edilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Lyme, artrit, eritema migrans

[PS-123]**Oküler Sifiliz: 10 Yıllık Demografik ve Klinik Değerlendirme**

Nazife Duygu Demirbaş¹, Gözde Kuran¹, Ali Başçı², Ahsen Öncül¹,
Semra Tiryaki Demir², Dilek Yıldız Sevgi¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Sifiliz, sıklığı azalmış bir hastalık olarak kabul edilirken, son yıllarda yeniden artışa geçerek güncel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu artış, sifilizin oküler komplikasyonlarını da ön plana çıkarmıştır. Sifilizin oküler bulguları nadir görülür ve oftalmoloji de başka birçok patolojik durumu taklit eder. Bu çalışmanın amacı, merkezimizde 10 yıl boyunca oküler sifiliz tanısı alan 16 hastadan oluşan kohortun demografik ve klinik özelliklerini tanımlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, Mart 2015 ile Mart 2025 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görülen oküler sifiliz olguları retrospektif olarak incelendi. Demografik ve klinik veriler hastane tıbbi kayıtlarından elde edilmiştir. Sifilitik üveit tanısı, serolojik testler, oftalmolojik muayene bulguları ve antibiyotik tedavisine yanıt temel alınarak konulmuştur.

Bulgular: On yıllık çalışma süresi boyunca oküler sifiliz tanısı konulan on altı hasta çalışmaya alındı. Hastaların başvuru sırasındaki ortalama yaşı 46,3 yıl (yaş aralığı: 22-71 yıl; medyan yaş: 47 yıl) olup, 15'i (%93,7) erkek, bir tanesi (%6,2) kadındı. Hastaların %37,5'inde eşlik eden komorbidite bulunmadı. Yedisinde (%43,7) HIV enfeksiyonu birlikteliği vardı, bu hastaların beşi oküler sifiliz tanısı ile eş zamanlı HIV enfeksiyonu tanısı aldı.

Hastaların en sık başvuru yakınması bulanık görme (%62,5), ikinci sıklıkla görme alanı kaybıydı (%31,2). İlk semptom ile tanı arasındaki süre üç gün ile 24 ay arasında değişmekte olup, ortalama 32,1 gün (medyan: 15

gün) idi. Ek olarak, dokuz hastada (%56,2) sistemik semptomlar saptandı; bunların yedisinde deri döküntüsü, üçünde baş ağrısı vardı.

VDRL ve TPHA testleri 14 hastada pozitif. İki hastanın VDRL testi negatif, ancak TPHA testi pozitif. On altı hastanın 14 tanesine nörosifiliz tanısıyla lomber ponksiyon yapıldı. Hastaların 11'inde bilateral tutulum mevcuttu, tutulan 27 gözün oftalmolojik muayene sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların hepsi 14 gün boyunca kristalize penisilin tedavisi aldı, dört hasta ise antibiyotik tedavisi ile eş zamanlı oral kortikosteroid tedavisi aldı ve hiçbir hastada intraoküler enflamasyon alevlenmesi gözlenmedi.

Sonuç: Bu çalışma, oküler sifiliz olgularında tanı sürecinin multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğini ortaya koymaktadır. Hastaların önemli bir kısmında HIV enfeksiyonu birlikteliği saptanmış olup, özellikle immünoşüpre bireylerde sifiliz taramasının önemi vurgulanmaktadır. Serolojik testler ve klinik bulgular tanıda belirleyici olurken, deneyimli bir oftalmoloji uzmanının ayırıcı tanıdaki rolü kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelime: Oküler sifiliz

Tablo 1. Oftalmolojik muayene bulguları

Olgu	Sağ göz	Sol göz
1	Panüveit	Panüveit
2	Posterior üveit ve optik nöropati	Posterior üveit ve optik nöropati
3	Granülamatöz ön üveit/ intermediate üveit	Granülamatöz ön üveit
4	Tutulum yok	Intermediate üveit
5	Tutulum yok	Posterior üveit ve optik nöropati
6	Panüveit ve optik nöropati	Ön üveit ve intermediate üveit
7	Panüveit	Panüveit
8	Posterior üveit ve seröz retina dekolmanı	Posterior üveit ve seröz retina dekolmanı
9	Panüveit	Panüveit
10	Tutulum yok	Intermediate üveit
11	Posterior üveit	Tutulum yok
12	Ön üveit ve intermediate üveit	Posterior üveit ve optik nöropati
13	Panüveit	Tutulum yok
14	İntersitisyel keratit	İntersitisyel keratit ve panüveit
15	Ön üveit ve intermediate üveit	Ön üveit ve intermediate üveit
16	Optik nöropati	Optik nöropati

[PS-124]

2023 Depremi Sonrasında Hastanede Yatarak Takip Edilen Depremzedelerde Gelişen Enfeksiyonlar

Semanur Kuzi¹, Gönül Çiçek Şentürk¹, Aslı Haykır Solay¹, Nilgün Altın¹, Tülay Ünver Ulusoy¹, Dilek Karamanlioğlu¹, Gamze Kaya Özdemir¹, Burcu Özdemir², Göknu Yapar Toros¹, Sebat Karamürsel¹, Serhan Ünlü¹, Erkan Akgün¹, Halil Gök¹, Ömer Selçuk Şahin¹, Elif Tuğçe Güner¹, Emin Ediz Tütüncü¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Depremler, enfeksiyon riskini artıran önemli afetlerdir. Literatürde, deprem gibi afetler sonrasında dirençli bakteriyel enfeksiyonların yaygın olarak görüldüğüne dair çalışmalar bulunmaktadır. 06.02.2023 tarihinde Türkiye’de meydana gelen iki büyük deprem sonrasında, hastaneye yatışı yapılan yetişkin hastalarda sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyon (SHİE) insidansının, etken mikroorganizmaların, SHİE gelişimi ve mortalite ile ilişkili risk faktörlerinin araştırması amaçlanmıştır.

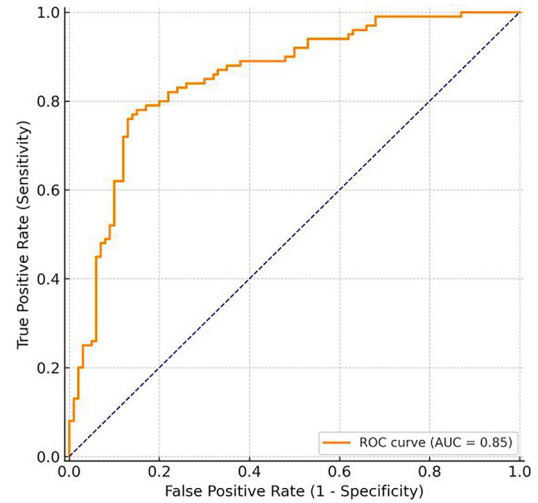
Gereç ve Yöntem: Depremde enkaz altında kalan ve yumuşak doku yaralanması olan hospitalize yetişkin hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Deprem sonrası Enfeksiyon Kontrol Komitesi kararı ile depremzedelerin takip edildiği kliniklerde aktif SHİE süreyansına başlanmıştır. Hastaların izlemi için “hasta takip formu” oluşturulmuş; SHİE gelişimi açısından hastalar enfeksiyon hastalıkları uzmanları tarafından günlük ziyaretler ile değerlendirilmiştir. Hastalar, taburculuğa kadar SHİE belirtileri ve semptomları açısından takip edilmiştir. Demografik özellikler, klinik bulgular, laboratuvar ve mikrobiyolojik sonuçlar hasta takip formlarından ve hastane sisteminden elde edilmiştir. SHİE ve mortalite için risk faktörleri analiz edilmiştir.

Bulgular: 06.02.2023-01.05.2023 tarihleri arasında hastanemize 3709 yetişkin depremzede başvurmuş ve 883 hasta yatırılarak tedavi edilmiştir. İki yüz elli dört hastada (%43,5) SHİE gelişmiştir. En sık görülen enfeksiyonlar yara enfeksiyonları (%23,3) ve üriner sistem enfeksiyonları (%21,2) olmuştur. SHİE gelişen hastalarda crush yaralanmaları, doku nekrozu ve cerrahi girişimlerin daha sık olduğu; ayrıca enkaz altında kalma süresi, hastaneye başvuru süresi, hastaneye başvuru ile cerrahi girişim arasındaki süre ve hastanede yatış süresinin

daha uzun olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). SHİE gelişen hastalarda mortalite oranı (%9,4), enfeksiyon gelişmeyen gruba göre (%3,3) daha yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Hastalardan alınan toplam 2983 kültür örneğinden 1284’ünde (%43,04) mikrobiyal üreme tespit edilmiştir. En sık izole edilen mikroorganizmalar Gram-negatif basiller olup ($n=912$, %71,1), *Acinetobacter* spp. (%22,6), *Escherichia coli* (%16,2) ve *Klebsiella* spp. (%15,2) en sıktır. *Acinetobacter* spp. ve *Klebsiella* spp., suşlarında karbapenem direnci sırayla %99 ve %47,4; karbapenem dirençli izolatlarda kolistin direnci ise %15,9 ve %58,3 olarak tespit edilmiştir. Kolistin dirençli *Klebsiella* spp. izolatlarından 15’ine seftazidim avibaktam direnci çalışılmış ve direnç oranı %13,3 bulunmuştur.

Sonuç: Deprem sonrası hastaneye yatan depremzedeler, SHİE açısından risk altındadır. SHİE etkenleri dirençli olabilir ve bu durum hasta yönetimini zorlaştırabilir. Enfeksiyon bulgularının dikkatle izlenmesi, etkenlerin zamanında tespit edilmesi ve enfeksiyon kontrol önlemlerine tam uyulması, başarılı bir enfeksiyon yönetimi için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar, mortalite



Şekil 1. Enkaz altında kalma süresinin sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon (SHİE) gelişimini öngörmedeki başarısını gösteren ROC eğrisi

Eğri altındaki alan (AUC) 0,82 olup, bu değer iyi düzeyde ayırt edici güce işaret etmektedir. >7,5 saatlik eşik değeri, SHİE gelişimi için %66,3 duyarlılık ve %65,2 özgüllük ile anlamlı bir öngörü performansı sergilemiştir.

Tablo 1. Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonu (SHİE) olan ve olmayan hastaların karşılaştırmalı özellikleri

Değişken		SHİE var (n=254)	SHİE yok (n=330)	
Yaş (yıl) (ortalama $\pm$ SS)		43,39 $\pm$ 18,35	43,57 $\pm$ 17,02	p=0,623
Cinsiyet n (%)	Kadın	146 (57,5)	160 (48,5)	p=0,031
	Erkek	108 (42,5)	170 (51,5)	
Komorbiditye n (%)	Var	67 (26,4)	80 (24,2)	p=0,556
Entübasyon n (%)	Var	18 (7,1)	8 (2,4)	p=0,007
Santral venöz kateter n (%)	Var	65 (25,6)	18 (5,5)	p=0,000
Akut renal yetmezlik n (%)	Var	74 (29,1)	21 (6,4)	p=0,000
Diyaliz n (%)	Var	60 (23,6)	12 (3,6)	p=0,007
Crush sendromu (%)	Var	108 (42,5)	40 (12,1)	p=0,000
Ekstremitte yaralanması n (%)	Var	227 (89,4)	279 (84,5)	p=0,089

Tablo 1. Devamı				
Değişken		SHİE var (n=254)	SHİE yok (n=330)	
Ezilme tipi yaralanma n (%)	Var	252 (99,2)	317 (96,1)	p=0,017
Nekroz varlığı n (%)	Var	57 (22,4)	21 (6,4)	p=0,000
Yaralanma bölge sayısı (ortalama $\pm$ SS)		1,92 $\pm$ 0,82	1,88 $\pm$ 0,92	p=0,296
Enkazda kalma süresi (saat) (ortalama $\pm$ SS)		26,37 $\pm$ 33,70**	17,55 $\pm$ 29,86***	p=0,001*
Hastaneye başvuru süresi (saat) (ortalama $\pm$ SS)		164,82 $\pm$ 170,85	105,65 $\pm$ 116,82	p=0,001*
Hastanede kalma süresi (gün) (ortalama $\pm$ SS)		64,50 $\pm$ 49,30	16,62 $\pm$ 25,98	p=0,000*
Cerrahi operasyon n (%)	Var	188 (74,0)	134 (40,6)	p=0,000
Ameliyat sayısı (ortalama $\pm$ SS)		4,30 $\pm$ 4,63	0,88 $\pm$ 1,54	p=0,000
Yatıştan ameliyata kadar geçen süre (gün) (ortalama $\pm$ SS)		1,95 $\pm$ 7,19	0,69 $\pm$ 1,96	p=0,000
Vacuum assisted closure (VAC) n (%)	Var	71 (28,0)	7 (2,1)	p=0,000
Hiperbarik oksijen tedavisi n (%)	Var	39 (15,4)	14 (4,2)	p=0,000
Mortalite n (%)	Var	24 (9,4)	11 (3,3)	p=0,002*

*: Mann-Whitney U testi p<0,05 istatistiksel anlamlılık, **: Verisi mevcut olan 180 hasta üzerinden hesaplanmıştır, ***: Verisi mevcut olan 174 hasta üzerinden hesaplanmıştır

Tablo 2. Mikrobiyal etkenler ve klinik örnek dağılımı								
Etken dağılımı	Yara n=546 (%)	İdrar n=311 (%)	Kan n=227 (%)	Kateter n=95 (%)	Trakeal aspirat n=63 (%)	Derin doku n=27 (%)	Balgam n=15 (%)	Toplam n=1284 (%)
<i>Acinetobacter</i> spp.	172 (31,5)	33 (10,6)	24 (10,6)	14 (14,7)	32 (50,8)	11 (40,7)	4 (26,7)	290 (22,6)
<i>Escherichia coli</i>	47 (8,6)	107 (34,4)	18 (7,9)	29 (30,9)	-	6 (22,2)	1 (6,7)	208 (16,2)
<i>Klebsiella</i> spp.	104 (19,0)	57 (18,3)	10 (4,4)	7 (7,4)	8 (12,7)	5 (18,5)	4 (26,7)	195 (15,2)
<i>Pseudomonas</i> spp.	102 (18,7)	14 (4,5)	4 (1,8)	1 (1,1)	16 (25,4)	1 (3,7)	-	138 (10,7)
Koagülaz negatif stafilokoklar	-	-	102 (44,9)	24 (25,3)	-	-	-	126 (9,8)
<i>Enterococcus</i> spp.	44 (8,1)	34 (10,9)	30 (13,2)	3 (3,2)	-	3 (11,1)	-	114 (8,9)
<i>Candida</i> spp.	2 (0,4)	51 (16,4)	4 (1,8)	2 (2,1)	3 (4,8)	-	2 (13,3)	64 (4,9)
<i>Enterobacter</i> spp.	37 (6,8)	5 (1,6)	2 (0,9)	3 (3,2)	-	-	1 (6,7)	48 (3,7)
<i>Corynebacterium</i> spp.	-	-	19 (8,4)	9 (9,5)	1 (1,6)	-	-	29 (2,3)
<i>Staphylococcus aureus</i>	15 (2,7)	-	2 (0,9)	-	3 (4,8)	-	1 (6,7)	21 (1,6)
<i>Proteus</i> spp.	10 (1,8)	5 (1,6)	2 (0,9)	-	-	-	-	17 (1,3)
Diğer bakteriler	13 (2,3)	5 (1,6)	10 (4,4)	3 (3,2)	-	1 (3,7)	2 (13,3)	34 (2,7)
Toplam	546 (100)	311 (100)	227 (100)	95 (100)	63 (100)	27 (100)	15 (100)	1284 (100)

Tablo 3. En sık görülen Gram-negatif mikroorganizmaların antimikrobiyal direnç oranları										
Antimikrobiyal ilaç	Mikroorganizmalar									
	<i>Acinetobacter</i> spp. (n=100)		<i>E. coli</i> (n=118)		<i>Klebsiella</i> spp. (n=78)		<i>Pseudomonas</i> spp. (n=66)		<i>Enterobacter</i> spp. (n=31)	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Seftriakson	-	-	73,7	87	76,9	60	-	-	61,3	19
Seftazidim	-	-	56,7	67	76,9	60	33,3	22	58	18
Siprofloksasin	99	99	39,8	47	70,5	55	22,7	15	6,4	2
Amikasin	92	92	11,8	14	37,1	29	16,6	11	6,4	2
Piperasilin tazobactam	-	-	16,1	19	66,6	52	28,7	19	48,3	15
İmipenem	99	99	12,7	15	46,1	36	33,3	22	12,9	4
Meropenem	96	96	15,2	18	47,4	37	27,2	18	12,9	4
Trimetoprim/sulfametoksazol	85	85	41,5	49	52,5	41	-	-	9,6	3
Kolistin**	15,9	7/44*	-	-	58,3	14/24*	11,8	2/17*	-	-

*n/N: Dirençli bakteri sayısı/ direnç testi çalışılan toplam bakteri sayısı, **kolistin duyarlılığı sadece karbapenem dirençli suşlarda test edilmiştir

[PS-126]

Tekrarlayan Bruselloz Öyküsü Olup Kalça Ağrısı Şikayetiyle Başvuran Olgu

Handan Alay, Rümeysa Temur Çelik, Fatma Kesmez Can,
Ayşe Albayrak, Kemalettin Özden

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

Giriş: Bruselloz; enfekte hayvanlardan veya bu hayvanların dokusivirileriyle temas yoluyla, çiğ süt ve süt ürünlerinin tüketimiyle insanlara bulaşan zoonotik bir enfeksiyondur. Yetersiz antibiyotik rejimi veya tedavi süresi, tedaviye uyumsuzluk veya lokalize enfeksiyon odakları hastalığın nüks nedenleri arasında yer alırken antibiyotik direnci nedeniyle nüks nadirdir. Olgumuzda ayırıcı tanıda nüks riskiyle birlikte osteoartiküler belirtiler sebebiyle romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, ankilozan spondilit gibi romatolojik hastalıkların da değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Bruselloz sebebiyle 2 ay arayla 2 kez tedavi alan; 3 ay önce tedavisi biten 19 yaşında erkek hasta kalçada ağrı, ateş şikayetleriyle yatırıldı. Ateş 37,5 °C, nabız 70 atım/dk, tansiyon 120/80 mmHg olan hastanın laboratuvar tetkikleri lökosit 7960/ul, C-reaktif protein 1,7 mg/l, sedimentasyon 12 mm/h şeklindeydi. Hastanın geçmişinde ilk Bruselloz tedavisi öncesi görülen *Brucella* Wright testi 1/640 olup tedavi sonrası titresi 1/40'a gerilemiş, 2 ay sonra tekrar ateş eklem ağrısı şikayetleriyle dışmerkez başvurusunda görülen *Brucella* Wright titresi tekrar 1/640 geldi. İkinci kez tedavisi başlanan 4 aylık tedavisi sonrası titresi tekrar 1/40'a gerilemiş olan hastanın tedavi kesildikten 3 ay sonra kalça ağrısıyla kliniğimize yatışında görülen *Brucella* Wright testi 1/40'tı, kan kültüründe üremesi yoktu. Kalça MR görüntülemesi sakroileit olarak raporlandı. Bilinen streptomisin alerjisi olan hastaya siprofloksasin 2x400 mg IV, seftriakson 2x1 gr IV, rifampisin 2x600 mg kapsül PO başlandı. Takipte siprofloksasin sonrası makülopapüler döküntü görülen hastanın siprofloksasin tedavisi kesilerek yerine trimetoprim-sulfametaksazol 800/160 mg tablet 2x1 PO olarak başlandı. Takiplerinde kalça ağrısı gerilemeyen hasta romatoloji kliniğine danışıldı. Romatolojik tetkikleri sonrası ankilozan spondilit düşünülen hastaya asemetasin kapsül 60 mg 1x1 PO başlandı. Tedavisinin 15. gününde laboratuvar tetkikleri normal olan, kalça ağrısında belirgin azalma olan hasta trimetoprim-sulfametaksazol 800/160 mg tablet 2x1 PO, rifampisin 2x600 mg kapsül PO, sefiksime 1x400 mg tablet PO, asemetasin kapsül 60 mg 1x1 PO reçetelenerek 1 hafta sonra poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Olgumuz, kliniğe geliş şikayetleri ve öyküsü sebebiyle her ne kadar Bruselloz açısından nüks düşündürse de ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken romatizmal hastalıkları da gözardı etmemek gerektiğini hatırlatmaktadır. Yeterli süre ve uygun rejimde Bruselloz tedavisi alan olgumuzda Bruselloz açısından antibiyotik direnci riskinin de oldukça düşük olması sebebiyle yapılan ayırıcı tanı değerlendirmesinde ankilozan spondilit ön planda düşünülerek uygun tedaviyle klinik iyileşme sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, nüks, ankilozan spondilit

[PS-127]

Hasta Uyumsuzluğu ve Tedaviye Ulaşımda Zorluklar Yaşanan *Plasmodium vivax* Olgusu

Saida Ahmadova, Banu Karaca, Alper Şener,
Figen Kaptan Aydoğmuş, Bahar Örmen

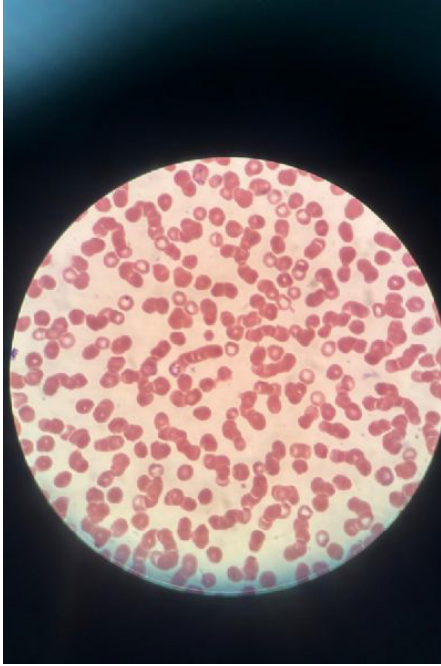
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk ve Eğitim Araştırma Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sıtma *Plasmodium* türlerinin neden olduğu ve *Anopheles* cinsi sivrisineklerle bulaşan bir hastalıktır. Önemli bir halk sağlığı sorunu olup, endemik bölgelere seyahat eden bireylerde tanı ve tedavi zorlukları yaşanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2023, tahmini 263 milyon sıtma olgusu ve 597.000 tahmini ölüm sayısı bildirmektedir. Türkiye'de ise 2021 yılında sıtma insidansı 100.000'de 0.25 olarak saptanmış, 210 olgunun tamamının yurtdışı kaynaklı olduğu belirlenmiştir. *Plasmodium vivax*, karaciğerde hipnozoit formları nedeniyle relaps riski taşımakta, tedavi sürecinin yalnızca akut enfeksiyonu hedeflemekle kalmayıp, hipnozoit eradikasyonunu da kapsayacak şekilde planlanması gerekmektedir. İlaç sağlanmasında yaşanan sorunlar, relaps gelişme riskini artırmaktadır. Burada seyahat sonrası, uyum sorunu nedeniyle profilaksi başarısızlığı yaşanan ve tedavi sürecinde aksaklıklar olan sıtma olgusu sunulmaktadır.

Olgu: On dokuz yaşında kronik bronşiyal astım öyküsü olan erkek hasta ateş, titreme atakları, öksürük, balgam, postnazal akıntı, karında şişkinlik semptomları ile acil servise başvurdu. Hastanın 1,5 ay Hindistan'da yaşadığı dönemde ev arkadaşının *P. vivax* enfeksiyonu tanısı aldığı öğrenildi. Hastaya profilaktik doksisisiklin önerildiği, ancak hastanın tolere edemediğinden ilacı kullanmadığı öğrenildi. Bilinç açık, oryante, koopereydi, hepatosplenomegalisi yoktu. Ateş nedeniyle periferik yayma, kalın damla ve kan kültürleri alındı, ampirik olarak seftriakson 2*1 mg ve metronidazole 3*500 mg intravenöz başlandı. Posterior-anterior akciğer grafisinde infiltrasyon saptanmadı. Periferik yayma ve kalın damla incelenmesinde taşlı yüzük formasyonu görüldü. Halk sağlığı laboratuvarına gönderilen periferik yayma ve kalın damla incelenmesinde *P. vivax* şizont, gametosit ve trofozoit formları tespit edildi (%1-2 parazitemi). Hidroksiklorokin ve primakin başlanması planlandı ancak primakin temin edilemediği için hastaya kinin sülfat (A-QS-200) 3*3.25 mg intravenöz ve doksisisiklin 2*100 mg peroral başlandı. QT uzaması veya hipoglisemi gelişmedi, ancak karaciğer fonksiyon testlerinde (KCFT) ılımlı progresyon izlendi, ultrasonografide karaciğer normaldi. İlaça bağlı hepatotoksitesite olarak değerlendirilen KCFT yüksekliği, takiplerinde regrese oldu. Üç gün kinin sülfat ve yedi gün doksisisiklin tedavisi ile ateşi düştü, hemoglobin ve trombosit değerleri normal değerlerine döndü. Kan kültürlerinde üreme yoktu. Primakin ulaşamadığından hipnozoit eradikasyonu yapılamadı ve hasta relaps riski açısından bilgilendirildi. Enfeksiyon hastalıkları poliklinik kontrolü planlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Bu olgu, seyahat ilişkili sıtma olgularında tanı ve tedavi sürecinin önemini vurgulamaktadır. Sıtmanın endemik olduğu bölgelere seyahat öyküsü olan, ateşli olgularda sıtma akla gelmeli ve gerekli tetkikler planlanmalıdır. Olgumuzda görüldüğü gibi hasta uyumu ve tedaviye erişimde yaşanan zorluklar relaps riskini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sıtma, hasta uyumu, tedaviye erişim



Şekil 1. Periferik yaymada *P. vivax* şizont, gametosit ve trofozoit formları

[PS-128]

Atipik Mikobakteri Enfeksiyonlarında Enflamasyon ve Mortalite Üzerine Lipit Biyobelirteçlerinin Rolü

Kübra Bağır¹, Oğuzhan Acet¹, Nazlıhan Yalçın¹, Ahmet Türk²,
Cengiz Çavuşoğlu³, Meltem Işıkgöz Taşbakan¹

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Atipik mikobakteri enfeksiyonları, dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde daha sık görülmesi nedeniyle, bu popülasyonların takibi ve korunması büyük önem taşımaktadır. Bu enfeksiyonlar da klinik yanıtı etki eden farklı parametreler mevcuttur. Çalışmamızda atipik mikobakteri enfekte hastaların serum lipitleri, enflamasyon ve mortalite arasındaki ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmasına, 2017-2024 yılları arasında atipik mikobakteri enfeksiyonu tanısı ile tedavi edilmiş hastalar dahil edilmiştir. Hastaların tanı aldıktan sonraki üç ay içinde ölçülen serum lipit seviyeleri [düşük yoğunluklu lipoprotein, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), total kolesterol ve trigliseritler] ve tanı sırasında ölçülen enflamatuvar belirteçler [C-reaktif protein, ferritin ve lenfosit] analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 58 hasta dahil edilmiş olup, bunların 33'ü (%56,9) erkekti. Ortalama yaş 61,95±14,54 yıl idi. En sık *M. intracellulare* 15'inde (%25,9), ikinci sıklıkta *M. fortuitum* 9'unda (%15,5) tespit

edilmiştir. ARB pozitifliği 20 (%34,4) hastada saptanmıştır. Hastaların 57'sinde (%98,3) en az bir ek hastalık, 11 (%18,9) hastada malignite, 7 (%12,1) diabetes mellitus, 1 (%1,7) HIV enfeksiyonu eşlik etmekteydi. Hastaların 46'sında (%91,8) geçirilmiş tüberküloz öyküsü mevcuttur. Hastaların 17'si (%30,1) mortal seyretmiştir. Tanı aldıktan sonraki üç ay içinde değerlendirilen laboratuvar testleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada, atipik mikobakteri enfeksiyonu olan hastalarda serum lipit seviyeleri, enflamatuvar belirteçler ve sağkalım arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ancak, hasta sayısının sınırlı olması nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamıştır. Ön bulgularımız, özellikle yüksek HDL seviyelerinin enflamasyonu baskılayıcı etkileri olabileceğini, ancak bu etkinin sağkalıma doğrudan yansımadağını düşündürmektedir.

Atipik mikobakteri enfeksiyonlarıyla ilişkili metabolik ve enflamatuvar değişiklikleri anlamaya yönelik epidemiyolojik çalışmaların yeterli düzeyde olmadığı göz önüne alındığında, gelecekte daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak araştırmaların bu ilişkileri daha net ortaya koyabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atipik mikobakteri enfeksiyonları, enflamasyon, lipit biyobelirteçleri

Tablo 1.

Parametre	Hasta Sayısı (%)	Ortalama ± Standart Sapma
Total Kolesterol (mg/dL)	20 (%34,5)	180,50 ± 59,04
Trigliserid (mg/dL)	20 (%34,5)	134,25 ± 72,62
HDL (mg/dL)	18 (%31,0)	49,6 ± 21,06
LDL (mg/dL)	19 (%32,7)	111,95 ± 44,27
Ferritin (ng/mL)	5 (%8,6)	174,20 ± 113,94
Lenfosit (hücre/ μ L)	53 (%91,4)	1409,01 ± 1197,20
CRP (mg/L)	53 (%91,4)	39,27 ± 45,56

[PS-129]

Unutulanlar, Unutanları Asla Unutmazlar!: Zona ve VZV Ensefaliti Olgusu

Ali Gökhan Akçay¹, Batuhan Surardamar¹, Fatma Nur Özcan Çok¹,
Mine Filiz¹, Ercan Köse², Cemal Bulut¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Varicella zoster virüsü (VZV), primer enfeksiyon sırasında suçiçeğine neden olup, sonrasında dorsal kök ganglionlarında latent halde kalır ve yıllar sonra reaktif olabilir. Olgumuzda, zona sonrasında gelişen ve konuşma bozukluğu ile prezente olan VZV ensefaliti olgusunun tanı ve tedavi süreci paylaşılmıştır.

Olgu: Elli sekiz yaşında kadın hasta, 8-10 saat önce başlayan konuşma bozukluğu nedeniyle yakınları tarafından acil servise getirildi. Acil serviste hayatındaki ilk nöbetini geçirdi. Özgeçmişinde, 5 yıl önce serviks kanseri (tam kür) öyküsü dışında hastalık öyküsü yoktu. Aktif kemoterapi veya ilaç kullanımı yoktu.

Vital bulgularında ateş 38 °C, nabız 90/dk, tansiyon 125/75 mmHg ve SpO₂ %98 olarak ölçüldü. Nörolojik muayenesinde bilinci açık, kişi-yer-zaman kooperasyonu ve oryantasyonu kısıtlıydı. GKS: 12 ölçüldü. Lateralizan motor defisit, ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları saptanmadı. Deri muayenesi dışında diğer sistem bulguları normaldi.

Fizik muayene detaylandırılarak, hastanın ayakkabısı ve çorabı çıkarıldığında, sol ayak plantar yüzde, L4-L5 dermatom alanında, birleşme eğiliminde olan sönmeğe üzere veziküler lezyonlar gözlemlendi. Yakınlarından alınan detaylı anamnezde, hastanın sol ayağında 4 gün önce başlayan yanma hissi olduğu öğrenildi (Resim 1).

Laboratuvar incelemelerinde, kan beyaz küre: 5,46x10⁹/l (NE %76,5, lenfosit %15,9), CRP 2,6 mg/l ve prokalsitonin 0,1 µg/l olarak bulundu. Beyin BT, kontrastlı ve difüzyon beyin MRG'de akut kanama, enfarkt, kontrast tutulumu veya ödem izlenmedi. LP sonucu, BOS berrak, renksiz ve Pandy testinin 3+ saptandı. Hücre sayımında 65 lökosit/mm³ (%90 lenfosit ağırlıklı) saptandı, eritrosit saptanmadı. BOS biyokimyasında glikoz 44 mg/dl (eş zamanlı kan glikozu 90 mg/dl) ve protein 0,21 g/dl

ölçüldü. Biofire BOS multipleks PCR panelinde VZV saptandı. EEG'sinde sağ ve sol frontotemporal alanda, jeneralize yavaş (teta-delta), keskin karakterli yavaş dalga paroksizmleri izlendi.

Hastaya VZV ensefaliti tanısı konuldu ve intravenöz asiklovir ile levetirasetam tedavisi başlandı. BOS kültüründe üreme saptanmadı. Takip sürecinde hastanın genel durumu iyileşti, GKS 15 puana yükseldi. Nörolojik defisit gelişmeyen hasta, şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Olgumuzda detaylı anamnez ve fizik muayene, en az PCR kadar kilit rol oynamıştır. Bağışıklık sisteminin yaşla birlikte zayıfladığı göz önünde bulundurulduğunda, özellikle 50 yaş üstü bireylerde zona aşısının yaygın kullanımı, nörolojik sekelleri önlemede kritik bir adımdır. Zona aşısı, VZV'nin latent formunun reaktivasyonunu önleyerek herpes zoster ve ilişkili komplikasyonları azaltmada önemli bir koruyucu stratejidir. Geçmişteki varlığı unutulmuş VZV'nin, gelecekte de kendisini unutturması adına, aşı bilincinin oluşturulması ve zona farkındalık çalışmalarının artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Varicella zoster virüsü, zona, ensefalit



Resim 1. Sol ayak plantar yüz

L4-L5 dermatom alanında, birleşme eğiliminde olan sönmeğe üzere veziküler lezyonlar

[PS-130]

HIV ile Enfekte Hastada Kronik Hepatit B Alevlenmesi

Nürşen Demirkol Kaya, Halenur Vural Akbal, Hülya Çaşkurlu, Yasemin Çağ

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Kronik hepatit B hastalarında (KHB) HIV süperenfeksiyonu sonrası, KHB enfeksiyonunda alevlenme olabileceği gösterilmiştir. hepatit B virüsü/insan immün yetmezlik virüsü (HBV/HIV) ko-enfeksiyonu, HBV'nin doğal seyrini olumsuz etkilerken, HIV seyri üzerine anlamlı bir etkisi yoktur. HBV/HIV ko-enfeksiyonu olan bütün hastaların, HBV enfeksiyonunun evresine bakılmaksızın tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid içeren bir rejim ile tedavi edilmesi önerilmektedir. Bu olgu sunumunda KHB ile takip edilmekteyken HIV enfeksiyonu tanısı alan ve düzenli antiretroviral tedavi kullanımı olmayan bir hastada gelişen KHB alevlenme olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz üç yaşında KHB tanılı ve HIV ile enfekte, MSM erkek hasta, 10 gündür olan halsizlik ve kaşıntı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Sekiz yıldır KHB tanısıyla takipli olan ancak antiviral tedavi almayan hastaya bir yıl önce HIV enfeksiyonu tanısı alınca biktetgravir + emtrisitabin + tenofovir alafenamid tedavisi başlandı. Antiretroviral tedavisini düzenli kullanmayan hastanın poliklinik randevusunda yapılan laboratuvar incelemelerinde HBV DNA: >20.000.000 IU/ml HBsAg: 1414, anti-Hbc IgM negatif, aspartat transferaz (AST): 348 U/l, ALT: 811 U/l, alkalen fosfataz: 126 U/l, gama glutamil transferaz: 35 U/l, Uluslararası Normalize Oran: 0,92, delta antikor negatif, HBeAg negatif, anti-HCV negatif, anti-HBe pozitif, HIV polimeraz zincir reaksiyonu: 3084, CD4: 1273 olarak sonuçlanması üzerine hasta kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Batın USG normal olarak raporlandı. HIV ve hepatit B antiviral direnç testleri istendi (henüz sonuçlanmadı). Destek tedavisi başlanan, antiretroviral tedavisini düzenli kullanmaya başlayan hasta 7 gün yatarak takip edildi. AST ve ALT değerleri gerileme eğiliminde olan, aktif yakınması olmayan hasta taburcu edildi. Taburculuktan 4 gün sonra poliklinik takibinde AST: 128 U/l, ALT: 436 U/l olarak görüldü, poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Hepatit B ve HIV'nin bulaş yolları ortak olduğundan KHB tanılı hastaların düzenli aralıklarla HIV açısından taranması önerilir. KHB tanılı hastamızda HIV enfeksiyonu sonrasında alevlenme tablosu gelişmiş olup, antiretroviral tedavisinin düzenli kullanımı sonrasında tablonun gerilediği görüldü. HBV/HIV ko-enfeksiyonu olan hastalara HBV evresine bakılmaksızın antiretroviral tedavi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, hepatit B, insan immün yetmezlik virüsü

[PS-133]

Enfektif Endokardit Klinik ve Epidemiyolojik Özelliklerinin Mortaliteye Olan Etkilerinin Belirlenmesi

Tuğba Demircioğlu¹, Fatma Aybala Altay², İrfan Şencan³

¹Dr. İsmail Fehmi Cümalioglu Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Tekirdağ

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Enfektif endokardit, kalbin endokardiyal yüzeyinin enfeksiyonu olup, sebep olduğu morbiditeler ile yüksek mortalite nedeniyle halen önemini koruyan bir hastalıktır. Enfektif endokardite epidemiyolojik olarak yakınlık oluşturan durumlar; kardiyak yakınlılaştırıcılar ve ekstrakardiyak yakınlılaştırıcılar olarak ikiye ayrılabilir. Enfektif endokardit hastalarında etken %80 oranında Gram-pozitif bakterilerdir. Tanı konma süresine göre; akut, subakut ve kronik enfektif endokardit olarak ayrılmaktadır. Yapılan bu araştırmanın amacı; enfektif endokardit hastalığının epidemiyolojik özelliklerinin, klinik ve laboratuvar bulgularının incelenerek, komplikasyonlarının ve mortaliteye etki eden faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif tipteki araştırma Nisan-Ekim 2020 tarihleri arasında Ankara ilinde bulunan üçüncü basamak bir kamu hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Ankara ilinde bulunan üçüncü basamak bir eğitim araştırma hastanesinde Ocak 2012-Mart 2020 yılları arasında yatarak tedavi görmüş, modifiye Duke kriterlerine göre kesin tanı alan 75 enfektif endokardit olgusunun 76 enfektif endokardit atağı oluşturmıştır.

Bulgular: Araştırmaya toplam 75 hastanın 76 atağı dahil edilmiştir. Erkeklerin kadınlara oranı 1,6 olarak belirlenmiş olup, hastaların yaş ortalaması ise 55,1±18,5 yıl (minimum-maksimum: 19-84) olarak bulunmuştur. Olguların 59 (%78) tanesinde enfektif endokardit atağına komorbid hastalıkların eşlik ettiği tespit edilmiş olup, en sık görülen komorbiditenin ise hipertansiyon (%48) olduğu saptanmıştır. Olguların %84,2'sinin doğal kapak endokarditi, %77,6'sının akut seyirli olduğu saptanmıştır. Başvuru anında beyaz kan sayımı 37 hastada yüksek saptanırken, C-reaktif proteinin 68 hastada yüksek olduğu tespit edilmiştir. Etken tespit edilme oranı %92,2 olarak belirlenmiştir. Görüntüleme yöntemlerinden transtorasik ve transözofageal ekokardiyografi verileri incelenmiş olup, vejetasyon boyutunun 10 mm'den büyük olması ve vejetasyon mobilitesi artmış mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Komplikasyon gelişen hasta sayısı 51 olarak saptanmış olup, en sık gelişen komplikasyonların ise sırasıyla embolik olaylar 33 (%43), kapak yetmezliği 26 (%34), kalp yetmezliği 17 (%22) ve apse 13 (%17) olduğu belirlenmiştir. Hastane içi mortalite ve 6 aylık mortalite ayrı ayrı ele alınmış olup etki eden faktörler tespit edilmiştir.

Sonuç: Yapılan çalışmada yaş, diabetes mellitus, hipertansiyon, semptom süresinin kısalığı, vejetasyon boyutunun 10 milimetrenin üzerinde olması, vejetasyon mobilitesi, komplikasyon gelişmesi, major emboli, serebral embolinin hastane içi mortaliteyi artırdığı saptanmıştır. Aynı zamanda 6 aylık mortalite risk skoru ve operasyon risk skoru ile 6 aylık mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p<0,05).

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, komplikasyon, mortalite

[PS-134]

Akut Viral Hepatit A Olgularının Değerlendirilmesi

Duygu Çerçioğlu Özdemir, Ayşe Turunç Özdemir, Aysin Kılınç Toker,
Tuğba Tok, Mert Şimşek, Sena Alkan, İlhami Çelik

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları
ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri*

Giriş: Hepatit A virüsünün neden olduğu akut viral hepatit A, dünya çapında sporadik olarak ve salgınlar halinde görülür. İnsidansı azalmakla birlikte ülkemizde hala endemik olarak görülmektedir, görülme yaşı çocukluktan erişkin ve genç erişkin döneme kaymıştır. Genellikle bağışık olmayan kişilerin, enfekte kişilerin dışkıyla kontamine olmuş su veya yiyecekleri tüketmesi ile bulaşır. Semptomatik hepatitin gelişimi hasta yaşıyla ilişkilidir. Altı yaşın altındaki çocuklarda %70'in üzerinde asemptomatik enfeksiyon görülürken, erişkinlerde %70'in üzerinde semptomatik hepatit gelişir. Geçtiğimiz yılda hastanemizde akut hepatit A olguları görülmesi ile bu olguların demografik, klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde son bir yılda tanı alan akut viral hepatit A olguları değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri hastane sisteminden elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya akut hepatit A tanısı alan 12 hasta dahil edildi. Hastaların %50'si erkek; yaş ortalaması 29,25 (18-55) olarak bulundu. Olguların çoğu (%41,7) Mayıs ayında tanı almıştı. Olguların 10 tanesi il merkezinde yaşarken, bir hasta seyahat amaçlı ilimize gelmişti. Risk faktörü olarak hastaların %25'inde şüpheli gıda tüketimi mevcuttu, %75'i şebeke suyu, %8,3'ü kaynak suyu tüketiyordu. Çevresinde akut hepatit A tanısı olan bir (%8,3) olgu vardı. Hastaların şikayetleri halsizlik (%100), iştahsızlık (%83,3), ateş (%83,3), bulantı-kusma (%83,3), karın ağrısı (%66,7), sarılık (%50), ishal (%33,3), kaşıntı (%25), idrar renginde koyuluk (%16,7) olarak sıralandı. Fiziki muayene ve ultrasonografi bulgularında; ikter %83,3, batında hassasiyet %66,7, hepatomegali %25, splenomegali %25, taşikardi %16,7 oranlarında saptandı. On hasta (%83,3) yatırılarak

takip edildi. Ortalama yatış süresi 11 (5-19) gündü. Hastaların tümünün anti-hepatit A virüs IgM ve IgG değerleri pozitif bulundu. Diğer laboratuvar verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalarımızda hepatit dışı bulgu olarak %16,7 oranlarında anemi, lökopeni ve trombositopeni; %8,3 oranında pansitopeni görüldü. Fulminan hepatit, nakil gerekliliği ve ölüm görülmedi.

Sonuç: Son bir yılda artan hepatit A olguları değerlendirildiğinde olguların hepsinin erişkin olduğu görülmüştür, ülkemiz verileri ile uyumlu olarak enfeksiyon yaşının arttığını doğrulamaktadır. İleri yaşta şiddetli hepatit ve komplikasyonlar artabilmektedir. Özellikle bir ayda yoğunlaşan olgular; hastalığın fekal-oral yolla bulaşı sebebiyle, içme sularının kontamine olması ihtimalini akla getirmektedir. Sanitasyon koşullarının iyileştirilmesi ve aşılamanın artırılması ile, önlenabilir bir hastalık olan hepatit A'nın görülme sıklığının azaltılabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Viral hepatit, viral hepatit A

Tablo 1. Hepatit A ile izlenen hastaların laboratuvar bulguları

	Median	Minimum-maksimum
ALT (U/l)	1958	105-6119
AST (U/l)	1061	46-4801
ALP (U/l)	188	47-228
GGT (U/l)	203	55-467
Toplam bilirubin (mg/dl)	5,5	0,3-11,5
Direkt bilirubin (mg/dl)	4,8	0,1-10,4
Albümin (g/l)	33	29-46
INR	1,35	1-1,8
PT (sn)	15	11-20
aPTT (sn)	27,9	22,5-36,3

ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, ALP: Alkalın fosfataz, GGT: Gama-glutamil transferaz, INR: Uluslararası normalleştirilmiş oran, PT: Protrombin zamanı, aPTT: Aktive parsiyel tromboplastin zamanı

[PS-135]

Beyin Biyopsisi ile Serebral Toksoplazma Tanısı Konulan Yeni Tanı HIV Olgusu

Kader Kayatürk, Ezgi Sakarya Yüce, Berna Karaismailoğlu,
Meliha Meriç Koç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

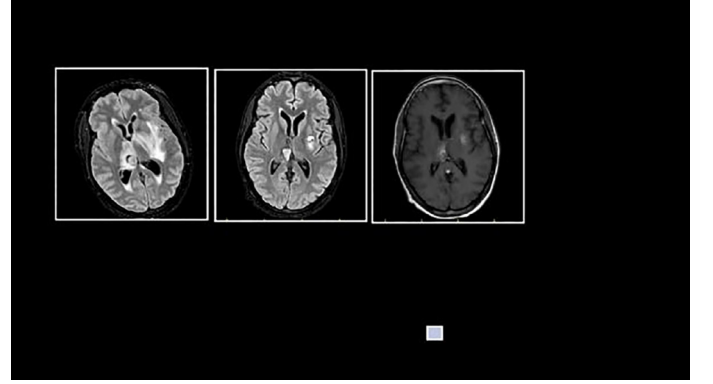
Giriş: *Toxoplasma gondii* zorunlu intraselüler bir parazittir. İmmümkompetan kişilerde genellikle asemptomatik seyreder, yaşam boyu latent kalır. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan kişilerde CD4 seviyesi <100 hücre/µl olduğunda reaktivasyon sıklığı artar ve reaktivasyonlar sıklıkla intrakraniyal tutulum şeklinde ortaya çıkar. Bu bildiride beyin apsesi, metastaz ön tanısıyla opere edilen, patoloji sonucu serebral toksoplazma gelen yeni tanı bir HIV olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bir haftadır anlamsız konuşmaları olan 36 yaşında kadın hasta bilinç bulanıklığı ve bayılma şikayetiyle acil getirildi. Beyin apsesi, metastaz ön tanıları ile beyin ve sinir cerrahisi tarafından opere edilen hastanın ameliyat öncesi anti HIV testinin pozitif gelmesi nedeniyle tarafımıza danışıldı. Özgeçmişinde hipertansiyon ve damar içi madde kullanımı öyküsü olan hastanın tedavisi seftriakson, vankomisin ve metronidazol olarak düzenlendi. İstenen HIV-RNA 292.000 kopya/ml ve CD4 sayısı 4 hücre/µl serum toksoplazma IgG pozitif, IgM negatif, sitomegalovirüs IgG pozitif, IgM negatif, Cryptococcus antijeni ve QuantiFERON negatif sonuçlandı. Yapılan ekokardiyografide kitle/vejetasyon saptanmadı. İntrakraniyal kitle ve ödem olması nedeniyle beyin ve sinir cerrahisi tarafından lomber ponksiyon kontrendike kabul edildi. Hastaya CD4 düşük olması nedeniyle trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SMX) profilaksisi başlandı. Yapılan eksizyonel beyin biyopsi sonucu

toksoplazma ensefaliti ile uyumlu gelmesi üzerine hasta servisimize devir alındı. TMP-SMX 80/400 mg 3x2 dozuna çıktı, diğer antibiyotikleri kesildi. Biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid başlandı. TMP-SMX tedavisi altı haftaya tamamlanması planlanan hastanın tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Toksoplazma enfeksiyonları HIV ile yaşayan bireylerde CD4 sayısı 100 hücre/µl'ün altına indiğinde intrakraniyal tutulumlu reaktivasyon şeklinde karşımıza gelmektedir. Radyolojik görüntüleri her ne kadar tipik olsa da CD4 sayısı düşük olgularda atipik seyredebilmekte, lenfoma ya da beyin apseleri ile karışabilmektedir. Bu nedenle hastalar yanlışlıkla opere edilebilmektedir. Burada sunduğumuz olgu da beyin apsesi, metastaz düşünülerek opere edilmiş ve patolojik incelemede toksoplazma tanısı almış bir hasta olması açısından uyarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Toksoplazma, ensefalit, HIV



Şekil 1. Manyetik rezonans görüntüleme görüntüleri

[PS-136]

Merkezi Sinir Sistemi Enfeksiyonları Etken Tespitinde Beyin Omurilik Sıvısı Kültürü ve Polimeraz Zincir Reaksiyonu Duyarlılığının Karşılaştırılması

Nurşen Demirkol Kaya, Hülya Çaşkurlu, Pınar Ergen, Özlem Aydın, Yasemin Çağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Merkezi sinir sistem enfeksiyonları ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Çalışmamızda menenjit ve ensefalit tanısıyla servisimizde takip edilen hastaların klinik ve laboratuvar bulgularını incelemeyi ve tanıda polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ve kültür duyarlılığını karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tek merkezli, retrospektif bir kohort çalışmasıdır. Kliniğimizde 2021 Ocak-2025 Şubat tarihleri arasında menenjit ve ensefalit tanısıyla takip edilen hastalar değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, klinik ve laboratuvar bulguları kayıt edildi. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde (n, %), medyan ile çeyrekler arası aralık (IQR) olarak sunuldu.

Bulgular: Toplam 51 hastanın verilerine ulaşıldı. Bunlardan 7'si dış merkezde alınmış beyin omurilik sıvısı (BOS) bulgularına detaylı olarak ulaşılamadığından, 5'i kontrendikasyon nedeniyle lomber ponksiyon (LP) yapılamadığından, 1'i LP işlemini onaylamadığından dışlandı.

Çalışmaya dahil edilen 38 hastanın yaş medyan 56,50 (IQR) (34,75-66,50) olup, %52'si erkekti. Yedi hastada (%18,42) diabetes mellitus, 5 hastada (%13,15) immünoşüpresyon, 1 hastada (%2,63) sinüzit, 1 hastada (%2,63) mastoidit, 1 hastada (%2,63) malignite, 1 hastada (%2,63) insan immün yetmezlik virüsü eşlik etmekteydi. Üç hastada (%7,89) daha önce geçirilmiş menenjit/ensefalit öyküsü mevcuttu. Yirmi dört hasta (%63,15) menenjit, 14 hasta (%36,8) ensefalit olarak tanı almıştı. Başvuru sırasında 27 hastada (%71,05) bilinç değişikliği, 25 hastada (%65,78) ateş, 24 hastada (%63,15) baş ağrısı, 23 hastada (%60,52) oryantasyon bozukluğu, 16 hastada (%42,1) bulantı-kusma, 6 hastada (%15,78) konvülsiyon mevcuttu. Fiziki muayenede 10 hastada (%26,31) ense sertliği, 5 hastada (%13,15) kernig, 2 hastada (%5,26) brudzinski pozitifliği. Hastaların kliniğine göre BOS ve kan parametrelerinin dağılımı ile hastalara ait etken dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. On üç hastada BOS PCR ile, 5 hastada BOS kültürü ile etken saptandı, PCR ile saptanan 3 *Streptococcus pneumoniae*'den sadece biri ve 2 *Neisseria meningitidis*'den sadece biri kültür ile tespit edilebildi. Ancak bir hastada kültürde *Mycobacterium tuberculosis complex* üremesine rağmen PCR negatif tespit edildi. Bir hastada (%2,63) 30 gün içerisinde mortalite görüldü, diğer hastalar şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: BOS menenjit-ensefalit PCR paneli, etiyolojik ajanların hızlı ve hassas tespiti açısından kültüre kıyasla daha yüksek duyarlılığa sahipti. Moleküler tanı yöntemleri, özellikle antibiyotik kullanımı sonrası kültürün düşük pozitiflik oranına sahip olduğu durumlarda ve viral patojenlerin saptanmasında önemli bir avantaja sahiptir. Ancak her 2 yöntemin birlikte kullanımı etken tespitinde en duyarlı yoldur.

Anahtar Kelimeler: BOS kültürü, BOS PCR, merkezi sinir sistem enfeksiyonları

Tablo 1. Menenjit ve ensefalit kliniğindeki hastaların BOS parametreleri, kan parametreleri ve etken dağılımı

	Viral ve bakteriyel tüm menenjitler n=24	Mikrobiyolojik kanıtlı bakteriyel menenjitler n=6	Ensefalitler n=14
BOS hücre sayısı/mm ³	127 (71,50-59)	2814,5 (598-5028,75)	138 (49-219,5)
PNL hakimiyeti, n (%)	12 (%50)	5 (%83,33)	1 (%7,14)
MN hakimiyeti, n (%)	12 (%50)	1 (%16,67)	13 (%92,86)
BOS protein (g/l)	1 (0,62-4,54)	5,29 (4,98-5,52)	0,96 (0,57-1,65)
BOS glukoz (mg/dl)	60 (38,92-69,27)	14,5 (2,25-35,53)	63 (52-80)
BOS glukoz/serum glukoz	0,44 (0,34-0,59)	0,08 (0,017-0,267)	0,545 (0,48-0,66)
Kan beyaz küre medyan (IQR)	12100 (8375-14950)	16300 (11850-17300)	8900 (7750-13725)
Nötrofil %	81,6 (68,2-88,55)	91,8 (89,15-92,95)	72,45 (65,175-75,95)
CRP (mg/l)	35 (6,23-129)	131 (41,5-135,75)	4,53 (1,257-19)
Prokalsitonin (µg/l)	0,1775 (0,053-2,405)	3,25 (2,405-4,365)	0,05 (0,031-0,079)
	BOS kültürü	BOS PCR	BOS IFA (IGM, IGG)
Etken	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1 (%2,63)	3 (%7,89)	N/A
<i>Bordetella holmesii</i>	1 (%2,63)	N/A	N/A
<i>Neisseria meningitidis</i>	1 (%2,63)	2 (%5,26)	N/A
<i>Staphylococcus equorum</i>	1 (%2,63)	N/A	N/A
Varisella zoster virüs	N/A	2 (%5,26)	N/A
Herpes simpleks virüs tip-1	N/A	2 (%5,26)	N/A
Herpes simpleks virüs tip-2	N/A	1 (%2,63)	N/A
<i>Listeria monocytogenes</i>	N/A	1 (%2,63)	N/A
<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>	1 (%2,63)	N/A	N/A
Enterovirüs	N/A	1 (%2,63)	N/A
Batı Nil virüsü	N/A	N/A	2 (%5,26)
Etken saptanmadı	33 (%86,84)	26 (%68,42)	36 (%94,74)

BOS: Beyin omurilik sıvısı, PNL: Poliklonal lökosit nötrofil, MN: Membranöz nefropati, CRP: C-reaktif protein, IQR: Çeyrekler arası aralık, PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu, N/A: Geçerli değil, IGM: Immunoglobulin M, IGG: Immunoglobulin G

[PS-137]

Akla Gelmeyen Zoonotik Hastalık LeptospirozEmine Parlak¹, Zülal Özkurt²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Leptospiroz, leptospira cinsi spiroketler tarafından oluşturulan akut, ateşli, sistemik kendini sınırlayan bir zoonozdur. En önemli rezervuarları fare, kedi, köpek, keçi, sığır, domuz, kuş ve sürüngendir. Enfekte olan hayvanlar idrarı ile spiroket yaymaktadır. Bu idrarla kontamine su birikintilerinden deri ve mukoza teması ile insana bulaşır. Ateş ve ikterle gelen leptospira mikroskobik aglütinasyon testi (MAT) pozitif olarak sonuçlanan tedavi ile kliniği düzelen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik bir hastalığı olmayan yaklaşık 1 haftadır bacaklarında ağrı, halsizlik ve gözlerinde sararma fark eden 47 yaşında hasta idrar çıkışının azalması üzerine acil servise başvurmuştu. Kene, böcek teması olmayan mesleği tır şoförü olan hastanın dağdan kaynak suyu içme öyküsü mevcuttu. Yatışında laboratuvar bulguları; platelet: 42.000/mikrolitre, kreatinin: 5,6 mg/dl, sodyum: 127 mmol/l şeklinde idi. Hastanın kanaması yoktu. Mevcut laboratuvar bulguları ile hasta dahiliye kliniğine danışıldı. Bulantı kusması olmayan yüklenme bulgusu ve ödemi olmayan hastada acil hemodiyaliz düşünüldü. Hemogram, biyokimya, C-reaktif protein tetkikleri istendi. Hastanın kan numune örnekleri ileri tetkik amacıyla MAT leptospiroz testi halk sağlığı laboratuvarına ve veterinerlik fakültesine gönderildi. Hastaya kreatinin doz ayarına göre 1x1.500.000 IU penisilin g ve desefin 2x1 iv flakon başlandı. Hastanın çekilen akciğer grafisinde plevral efüzyonu ve infiltrasyonu olması üzerine göğüs hastalıklarına danışıldı. Hastadan kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografi istendi. Prednol 80 mg 1x1 iv ilk başlandı. Yatışının 3. gününde bulantı kusması olan ve idrar çıkışı azalan hastadan kontrol böbrek fonksiyon testleri istendi. Kreatinin: 7,8 mg/dl gelen hasta acil 3 saatlik hemodiyalize alındı. Post-renal akut böbrek yetmezliği tespit edilmedi. Tedavinin 4. gününde penisilin tedavisi kesildi. Seftriakson tedavisi taburculuğuna kadar 21 gün süre ile verildi. Tedavinin 4. gününde nefes darlığının artması ve hemoptizisinin olması üzerine göğüs hastalıkları kliniğine konsülte edildi. Prednol dozu 160 mg'ye çıkarıldı. Hastanın satürasyonlarının düşmesi, yoğun bakım ihtiyacı gelişmesi üzerine dahiliye yoğun bakım ünitesine devri yapıldı. On günlük yoğun bakım takibi sonrası genel durumu iyileşen, satürasyonları normal seviyelere yükselen, rutin diyaliz ihtiyacı ortadan kalkan hasta servismize alındı. Yatışının 18. gününde MAT leptospiroz testi pozitif saptandı. Yatışının 21. gününde hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Leptospiraların yaptığı yaygın görülen bir zoonozdur. İktersiz formu daha sık karşımıza çıkmaktadır. Hastalık kendini sınırlandıran yaygın vaskülit ile karakterizedir. İcter, ateş, kas ağrısı, böbrek yetmezliği şikayetleriyle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda leptospiroz unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Leptospira, ikter, MAT

[PS-138]

Erişkin Bağışıklamasında Unutulan Bir Risk Grubu: Cushing SendromuGökhan Vatansever¹, Berfin Nazlı Torun², Meltem Işıkgöz Taşbakan¹, Şevki Çetinkalp³¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

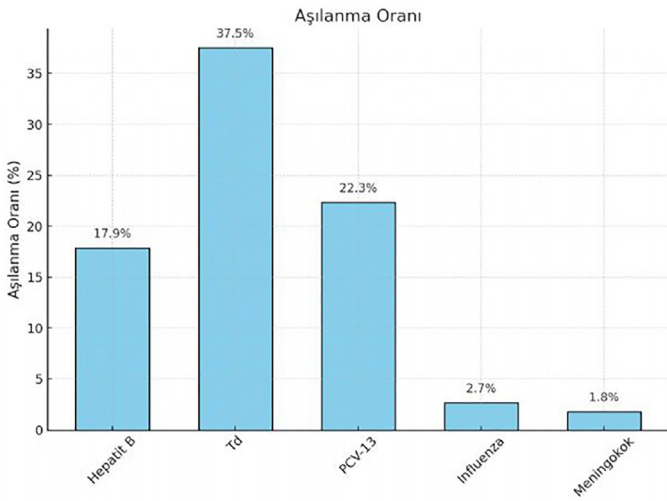
Giriş: Cushing sendromu, kortizol aşırı üretimine bağlı olarak bağışıklık sisteminin baskılandığı ve enfeksiyonlara karşı duyarlılığın arttığı endokrin bir hastalıktır. Bu hastalarda bağışıklama, enfeksiyonlardan korunmada en etkili yöntemlerden biridir. Bu çalışma ile Cushing sendromlu hastaların aşılama oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışmada, Ocak 2017-Mayıs 2023 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı'nda takip edilen Cushing sendromlu hastaların kayıtları incelendi. Demografik veriler hastane elektronik kayıt sisteminden alınarak analiz edildi. Aşı olma durumları aşı takip sistemi üzerinden kontrol edildi. Etik kurul onayı, Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı. Kategorik veriler orantı (%) ile ifade edilirken gruplar arası farklar ki-kare testi ile değerlendirildi. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 112 hasta [93 kadın (%83), 19 erkek (%17)] dahil edildi. Ortalama yaş 48,3±14,8 yıl idi. Tetanoz-difteri (Td) (%37,5), pnömokok (PCV13) (%22,3) ve hepatit B (%17,9) aşısı en sık uygulanan aşılardan saptandı. İnfluenza (%2,7) ve meningokok (%1,8) aşılarının uygulanma oranı ise oldukça düşüktü. Katılımcıların %44,6'sının [Şiddetli akut solunum sendromu-Koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) aşısı hariç] herhangi bir aşılamaya kaydı bulunmamaktaydı. Cinsiyetler arası aşılanma durumu incelendiğinde, Td aşısı olma oranı kadınlarda %31,2, erkeklerde %68,4 olup cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,005). PCV13 aşısı kadınlarda %19,4, erkeklerde ise %36,8 oranında uygulanmış olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,172). Hepatit B aşısı kadınların %17,2'sine, erkeklerin ise %21,1'ine uygulanmış olup, cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0,944). Tüm hastaların en az bir doz SARS-CoV-2 aşısı olduğu görüldü. En sık uygulanan aşı kombinasyonları, 3 mRNA (%26,8) (Pfizer-BioNTech) aşısı ardından 2 inaktif (SinoVac) ve 2 mRNA aşısı (%15,2) olarak saptandı. Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) aşılanma oranlarının diğer aşılara kıyasla daha yüksek olması, bu hastalarda COVID-19 pandemisi sürecinde artan farkındalığın ve sağlık otoritelerinin yönlendirmelerinin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç: Cushing sendromlu hastalarda aşılanma oranlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bağışıklama, enfeksiyonlardan korunmada temel stratejilerden biri olup özellikle immünoşüpresyon sonucu enfeksiyon riskinin arttığı bu hasta grubunda farkındalık büyük önem taşımaktadır. Hem sağlık çalışanları hem de hastalar düzeyinde bağışıklama konusunda farkındalık ve aşılama programlarının yaygınlaştırılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bağışıklama, Cushing sendromu, immünoşüpresyon



Şekil 1. Cushing sendromlu hastalarda her bir aşı türüne ait aşılanma oranları

[PS-139]

Ertapenem+Meropenem İçeren İkili Karbapenem Tedavisi ile Seftazidim-Avibaktam İçeren Tedavinin, Karbapenem Dirençli *Klebsiella pneumoniae* Enfeksiyonlarında Karşılaştırılması: Retrospektif Eşleştirilmiş Kohort Çalışması

Merve Mert Vahabi¹, Buğra Özkara², Deniz Akyol Seyhan³, Gamze Şanlıdağ İşbilen⁴, Buse Kenanoğlu², Şükrü Dirik², Arda Kaya², Uğur Önal⁵, Derya Kaya², Sümeyra İstek², Oğuzhan Acet², Beyza Süllü², Cansu Tol², Şöhret Aydemir⁶, Damla Akdağ², Hüseyin Aytaç Erdem², Hilal Sipahi⁷, Hüsnü Pullukçu², Meltem Işıkgöz Taşbakan², Tansu Yamazhan², Bilgin Arda², Oğuz Reşat Sipahi²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁵Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bursa

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁷Bornova İlçe Sağlık Müdürlüğü, İzmir

Giriş: Bu retrospektif eşleştirilmiş kohort çalışmasında, ertapenem+meropenem içeren ikili karbapenem tedavisi (EMİKT) içeren tedavi alan olgular ile seftazidim/avibaktam (CAZ/AVI) alan karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae* enfeksiyonu (KDKPE) olgularının klinik sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, 1,800+ yataklı bir üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesinde yürütüldü. Ağustos 2016 ile Ekim

2024 tarihleri arasında EMİKT veya CAZ/AVI içeren rejimlerle tedavi edilen, kültür ile kanıtlanmış KDKPE (bakteriyemi, pnömoni, üriner sistem enfeksiyonları, intraabdominal enfeksiyonlar) tanısı almış, 18 yaş üzeri yetişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Eşleştirme; aynı enfeksiyon türüne sahip olgular baz alınarak (örneğin; bakteriyemiye karşı bakteriyemi) en az 1 veya 2 EMİKT olgusu ile 1 CAZ/AVI olgusu olacak şekilde yapıldı. Kan kültürleri Bact-Alert (bioMérieux, Fransa) sistemi ile alındı. Antimikrobiyal duyarlılık testleri VITEK 2 sistemi (bioMérieux) ile yapıldı. Karbapenem direnci E-test (bioMérieux) ile test edildi. Sonuçlar Avrupa Antimikrobiyal Duyarlılık Testi Komitesi kriterlerine göre değerlendirildi. İstatistiksel analizler ki-kare testi ile yapıldı.

Bulgular: Toplam 97 hasta (44'ü kadın, yaş ortalaması 64,30±14,48), 59 EMİKT grubunda ve 38 CAZ/AVI grubunda olmak üzere çalışmaya dahil edildi. Tanılar arasında KDKP bakteriyemisi (36 olgu), KDKP pnömonisi (31 olgu), KDKP ÜŞE (15 olgu) ve KDKP İAE (15 olgu) yer aldı. İki grup arasında yaş, cinsiyet ve tedavi süresi açısından anlamlı fark gösterilmedi. Tüm kohortta, bakteriyemi, ÜŞE, pnömoni alt gruplarında; 30. gün mortalite oranı, tedavi sonu klinik ve mikrobiyolojik yanıt, tedavi sonrası bir aylık takipte relaps ve re-enfeksiyon oranlarında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 1). Ancak 3. gün mortalitesi CAZ/AVI grubunda anlamlı olarak daha düşüktü.

Sonuç: Olgu sayısının görece az ve çalışma yönteminin randomize olmamasına rağmen, CAZ/AVI ve EMİKT içeren tedavi rejimleri eşleştirilmiş kohort çalışmamızda oldukça benzer sonuçlar vermiştir.

Anahtar Kelimeler: Çok ilaca dirençli enfeksiyonlar, yoğun bakım enfeksiyonları, hastane kaynaklı enfeksiyonlar

Değişken	CAZAVI n:38	EMİKT n:59	p değeri
Kadın	16/38 (%42,1)	28/59 (%47,5)	0,605
Yaş	61,2 ±16,3	66,42±12,9	0,080
Tüm Kohort			
30. gün mortalite	16/38 (%42,1)	30/59 (%50,8)	0,399
Tedavi sonu mikrobiyolojik başarı	15/32 (%46,9)	25/46 (%54,3)	0,516
Tedavi sonu klinik başarı	21/38 (%55,3)	30/59 (%50,8)	0,181
Takipte 30 gün içinde relaps	5/38 (%13,15)	2/59 (%3,38)	0,069
Takipte 30 gün içinde reenfeksiyon	3/38 (%7,89)	3/59 (%5,08)	0,575
30. gün mortalite, antibiyotik değişikliği yok	16/26 (%61,53)	19/31 (%62,29)	0,984
30. gün mortalite, antibiyotik değişikliği var	6/12 (%50,0)	11/28 (%39,28)	0,530
Bakteriyemi alt grubu	12/38 (%31,6)	24/59 (%40,7)	0,365
30. gün mortalite, bakteriyemi alt grubu	4/12 (%33,3)	11/24 (%45,8)	0,473
Pnömoni alt grubu	15/38 (%39,5)	16/59 (%27,1)	0,202
30. gün mortalite, pnömoni alt grubu	9/15 (%60,0)	11/16 (%68,8)	0,716
ÜŞE alt grubu	5/38 (%13,2)	10/59 (%16,9)	0,614
30. gün mortalite, ÜŞE alt grubu	3/5 (%60,0)	5/10 (%50,0)	1
İAE alt grubu	6/38 (%15,8)	9/59 (%15,3)	0,943
30. gün mortalite, İAE alt grubu	0/6 (%0)	3/9 (%33,3)	0,229
Yoğun Bakım=61			
N:26		N:35	
Tedavi sürecinde mikrobiyolojik başarı	9/23 (%39,1)	13/28 (%46,4)	0,600
Tedavi sonu klinik başarı	12/26 (%46,2)	12/35 (%34,3)	0,348
3. gün mortalite	1/26 (%3,8)	9/35 (%25,7)	0,025
7.gün mortalite	3/26 (%11,5)	11/35 (%31,4)	0,068
30. gün mortalite, tüm kohort	13/26 (%50,0)	25/35 (%71,4)	0,128
30. gün mortalite, bakteriyemi alt grubu	2/6 (%33,3)	8/12 (%66,7)	0,321
30. gün mortalite, pnömoni alt grubu	9/14 (%64,3)	11/14 (%78,6)	0,678
30. gün mortalite, ÜŞE alt grubu	2/3 (%66,7)	4/6 (%66,7)	NA
30. gün mortalite, İAE alt grubu	0/3 (%0)	2/3 (%66,7)	NA
Servis=36			
N:12		N:24	
Tedavi sürecinde mikrobiyolojik başarı	6/9 (%66,7)	12/18 (%66,7)	1
Tedavi sonu klinik başarı	9/12 (%75,0)	18/24 (%75,0)	1
3. gün mortalite	1/12 (%8,3)	0/24 (%0)	1
7. gün mortalite	1/12 (%8,3)	3/24 (%12,5)	1
30. gün mortalite, tüm kohort	3/12 (%25,0)	5/24 (%20,8)	1
30. gün mortalite, bakteriyemi alt grubu	2/6 (%33,3)	3/12 (%25,0)	1
30. gün mortalite, pnömoni alt grubu	0/1 (%0)	0/2 (%0)	NA
30. gün mortalite, ÜŞE alt grubu	1/2 (%50,0)	1/4 (%25,0)	NA
30. gün mortalite, İAE alt grubu	0/3 (%0)	1/6 (%16,7)	NA

Şekil 1. Her iki tedavi kohortunun karşılaştırılması

[PS-141]

Burunda Gizli Misafir: Sağlıklı Erkeklerde *Staphylococcus aureus* Kolonizasyonunun Epidemiyolojisi

Ali Gökhan Akçay, Elif Doğan, Yavuz Çekli, Cemal Bulut

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

Giriş: Çalışmamızın amacı, enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran ve herhangi bir aktif şikayeti olmayan sağlıklı erkek bireylerde *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) taşıyıcılığını belirlemek ve antibiyotik direnç oranlarını incelemektir. Çalışma, özellikle gıda sektöründe çalışacak bireylerin halk sağlığı açısından taşıdığı potansiyel riski değerlendirmeyi hedeflemektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız retrospektif olarak tasarlanmış olup, 3 Şubat 2017-7 Temmuz 2023 tarihleri arasında enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar dahil edilmiştir. Aktif şikayeti bulunmayan ve gıda/yemek sektöründe çalışacak 3,784 sağlıklı erkek hastanın burun kültürü sonuçları incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen bireylerde akciğer grafisinde infiltrasyon saptanmamış olup, son 1 ay içerisinde solunum yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü bulunmamış ve son 3 ay içinde hastaneye yatış öyküsü olmadığı doğrulanmıştır. *S. aureus* varlığı güncel Avrupa Antimikrobiyal Duyarlılık Testi Komitesi kriterlerine göre doğrulanmış, metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) tespiti sefoksitin duyarlılığına göre yapılmıştır. Ayrıca fusidik asit, mupirosin, vankomisin ve indüklenebilir klindamisin direnç oranları araştırılmıştır.

Bulgular: Toplam 3,784 erkek hastanın 536'sında (%14,2) *S. aureus* kolonizasyonu tespit edilmiştir. MRSA taşıyıcılığı 73 hastada (%1,9) bulunmuştur. Hastaların, ortalama yaşı $21,8 \pm 5,6$ yıl olarak hesaplanmıştır. MRSA kolonizasyonu, 2021'de %10,5, 2022'de %10,3 oranındayken, 2023 yılında direnç oranı belirgin bir artış göstererek %20'ye yükselmiştir. Antibiyotik direnç analizinde, fusidik asit direnci %7,1, mupirosin direnci %1,2 olarak belirlenmiştir. Çalışma kapsamında, 41 olguda vankomisin ve indüklenebilir klindamisin direnci araştırılmış, 5 hastada (%12,2) indüklenebilir klindamisin direnci saptanırken, vankomisin direnci tespit edilmemiştir.

Sonuç: Gıda sektöründe çalışacak sağlıklı bireylerde, *S. aureus* taşıyıcılığı, halk sağlığı açısından dikkat edilmesi gereken bir durumdur. MRSA oranları düşük olmakla birlikte, dirençli suşların varlığı eradikasyon stratejilerinin önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca, pandemi döneminde artan antibiyotik kullanımı ve yoğun bakım yatışları, 2023 yılında MRSA oranında artışa neden olmuş olabilir. Özellikle mupirosin ve fusidik asit direncinin varlığı, taşıyıcılık tedavisinde direnç gelişiminin göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Portör taraması amacıyla yapılan geniş ölçekli testlerin maliyet etkinliği (cost-effectiveness) açısından değerlendirilmesi ileriki araştırmalarda ele alınmalıdır. Burun kültürü, toplum sağlığını koruma açısından önemli bir uygulama olmakla birlikte, yüksek test maliyetleri ve düşük kolonizasyon oranları, rutin taramaların gerekliliğini tartışmalı hale getirmektedir. Daha hedefe yönelik tarama stratejileri belirlenerek, yalnızca yüksek riskli grupların taranmasına yönelik stratejiler geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Burun Kültürü, MRSA

[PS-142]

Splenektomize Hastada Aşılı Olmasına Rağmen Gelişen Pnömonoksik Sepsis

Hayriye Altunay¹, Özlem Özkan Kuşçu², Enes Altunay³, Hasibullah Yaqoobi¹, Selen Özgözen⁴, Yusuf Ziya Demiroğlu¹¹Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Adana²Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Adana³Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Adana⁴Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Adana

Giriş: Post-splenektomik sepsis sendromu 'overwhelming post-splenectomy infection' (OPSI), splenektomi geçiren kişilerde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen yaşamı tehdit eden bir durumdur. Özellikle operasyon sonrası ilk 2 yıl risk en yüksektir. En sık etken *Streptococcus pneumoniae* olup, Grup B *Streptococcus* ve *Plesiomonas shigelloides* gibi diğer kapsüllü patojenler de etken olabilmektedir. Klinik, non-spesifik semptomlarla başlayıp saatler içinde fulminan sepsise kadar ilerleyebilir. Bu sunumda pnömokok aşısı yapılmış olmasına rağmen splenektomi sonrası gelişen ve hızla septik şoka ilerleyen bir OPSİ olgusu ele alınmış olup aşılama sonrası ve geç dönemde gelişmiş olması sebebiyle splenektomili hastalarda akıl tutulmasının önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 38 yaşında erkek hasta; ateş, gece terlemesi, kilo kaybı şikayetleriyle tetkik edilmişti. Splenomegali, pansitopeni ve pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide dalakta artmış tutulum ile tanısız amaçlı splenektomi yapılmıştı. Splenektomiden 2 hafta önce konjuge 13 valanlı (PCV13) pnömokok aşısı ve konjuge meningokok aşısı uygulanmıştı. Patolojisinde malignite ya da spesifik bir enfeksiyon etkeni saptanmayan ve semptomları gerileyen hasta ayaktan izleme alınmıştır. Hastanın halsizlik, ateş ve kilo kaybı semptomları 6 ay sonra tekrar başlamıştı. Dış merkezde uzun süre nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisi araştırılan hastaya tanı konulamamıştı. Hastanemiz hematoloji kliniğinde başvuran hastaya ateş etiyolojisi için kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliği biyopsisinde Leishmania amastigotları görülmesi üzerine (splenektomiden sonraki 18. ayda) 1-5., 14., 21. günlerde olmak üzere 7 doz lipozomal amfoterisin B tedavisi başlandı. Ardışık ilk 5 doz sonrası klinik ve laboratuvar değerleri düzelen hasta salah ile taburcu edildi. Tedavisinin planlanan son gününde; 1 gündür süren ateş, hipotansiyon ve genel durum bozukluğu ile acil servisimize başvurdu. Septik şok düşünülerek yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırıldı. Alınan kan kültürlerinde *Streptococcus pneumoniae* üremesi saptandı. Taburculuktan sonra kalabalıklı temas öyküsü ve akciğer grafisinde infiltratif görünüm olan hasta, toplum kökenli pnömoni kaynaklı septik şok olarak kabul edildi. İzlemede uzun süren YBÜ yatışı olan hasta, trakeostomi ve perkütan endoskopik gastrostomi ile takip edildi. Uzun süreli hastane izlemi sonrasında fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezine devredildi.

Sonuç: Verilen olguda, splenektomiden önce konjuge pnömokok aşısı yapılmış olmasına rağmen OPSİ gelişmiş ve literatürde yüksek mortalite oranlarına rağmen hasta, şifa ile taburcu edilmiştir. Splenektomi yapılan hastalarda aşılama oranları ve aşı farkındalığındaki artışa rağmen hızlı başlangıcı ve yüksek ölüm oranı nedeniyle OPSİ önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Splenektomi, aşılama, OPSİ sendromu

[PS-143]

Spondilodiskit, Üveit ve Makülopapüler Döküntü ile Prezente Olan Bruselloz Olgusu

Gonca Ateş, Şerife Altun Demircan, Salih Cesur, Sami Kınıklı

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

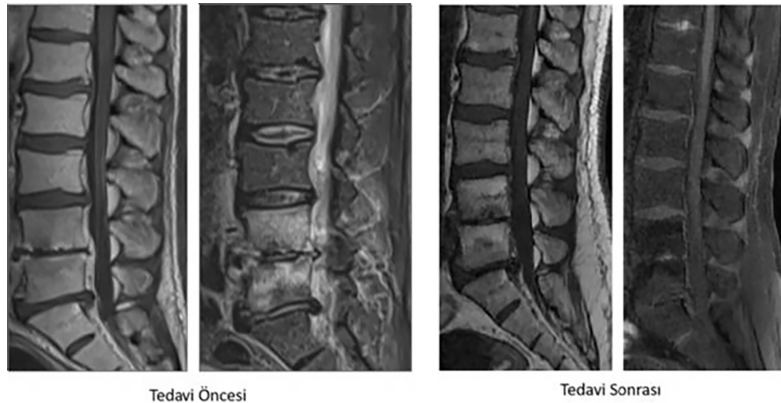
Giriş: Dünya Sağlık Örgütü brusellozu en çok ihmal edilmiş yedi hastalıktan biri olarak kabul etmektedir. Ülkemiz için endemik bir hastalık olup osteoartriküler tutulum %19-48 oranında bildirilmiştir. Bruselloz sıklıkla lomber vertebralara tutar. Anterior üveit başta olmak üzere panüveit, koroidit, papil ödem ve retinal hemoraji gibi bulgulara neden olabilir. Ayrıca hastaların %1-14'ünde makülopapüler döküntüler görülebilir. Lomber spondilodiskit, üveit ve makülopapüler döküntü ile seyreden bir bruselloz olgusu sunuldu.

Olgu: Hayvancılık öyküsü olan, Çorum'da yaşayan 57 yaş erkek hasta iki aydır olan bel ağrısı ve 10 yıl önce dış merkezde tanı konulan disk hernisi nedeni ile 2023 yılı temmuz ayında opere edilmek üzere beyin cerrahi servisine yatırılmıştı. İki aydır olan bel ağrısı, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, idrar yaparken zorlanma ve yaygın eklem ağrısı şikayetleri olması üzerine tarafımıza danışıldı. Yatışı sırasında

gövde ve el sırtında makülopapüler döküntüler de mevcuttu. Çiğ süt, peynir tüketimi de olan hastadan tarafımızca istenen tetkiklerinde kan kültüründe *Brucella* spp. üremesi ve yapılan serolojik testlerinde Rose Bengal (+) ve tüp aglütinasyon 1/640 titrede pozitif saptanması üzerine streptomisin 1x1 gr (im) ve doksisisiklin 2x100 mg tb başlanıp servisimize devralındı. Yapılan işitme testinde bilateral işitme eşikleri normal sınırlarda saptandı. Çekilen lomber manyetik rezonansında (MR) L 4-5'te spondilodiskit saptandı. Tedavinin dördüncü gününde rifampisin de tedaviye eklenerek üçlü tedavi başlanmış oldu. Spondilodiskiti olması ve etkenin kan kültüründe üremesi nedeni ile transtorasik ekokardiyografi yapıldı ve vejetasyon saptanmadı. Göz muayenesinde bilateral vasküler arkad üzerinde retinit odağı (?) olup fundus floresein anjiyografide retinit ve üveit saptandı. Mental kapasitesi de iyi olmayan hastaya lomber ponksiyon yapıldı ve beyin omurilik sıvısında (BOS) hücre saptanmadı, BOS biyokimyası normal olup BOS'ta brusella serolojisi negatif olarak saptandı. Retiniti bilateral olarak gerileyen ve şikayetleri azalan hastanın streptomisin tedavisi üç haftaya tamamlandı, doksisisiklin ve rifampisin ile toplam tedavinin üçüncü ayında dış merkezde lomber MR tekrarlandı. Şikayetleri gerileyen laboratuvar bulguları normale dönen (Tablo 1) ve MR'da regresyon saptanan (Şekil 1) hastanın tedavisi üçüncü ayında kesildi.

Sonuç: Bruselloz ülkemizde endemik olması nedeni ile spondilodiskit başta olmak üzere ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmeli, göz ve deri gibi diğer organları da tutabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, spondilodiskit, üveit



Şekil 1. Tedavi öncesi ve sonrası manyetik rezonans görüntüleri

Tablo 1. Hastanın laboratuvar bulguları

	Hb (g/dl)	Beyaz küre (10 ⁶ /l)	Platelet (10 ⁶ /l)	AST (U/l)	ALT (U/l)	CRP (mg/l)	Sedimentasyon (mm/h)	Wright tüp aglütinasyon
10.07.2023	10,5	13120	395000	15	22	173,5	70	1/2560
17.07.2023	10,7	6200	426000	15	17	31,1	51	
20.07.2023	11,7	6690	445000	14	15	15,7	46	
24.07.2023	11,7	7090	375000	12	13	2,9	33	
31.07.2023	11,3	9140	362000	15	12	5,5	15	
03.08.2023	11,3	8310	324000	18	27	21,4	20	
07.08.2023	11,9	8160	287000	14	16	5,7	23	
11.03.2024	13,9	7390	295000	18	23	6,2		1/40

Hb: Hemoglobin, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, CRP: C-reaktif protein

[PS-144]

Kronik Yara ile Başvuran İmmünkompetan Hastada Kutanöz Leishmaniasis Olgusu

Güliz Gülün, Alper Şener, Alper Alyanak

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

Giriş: Leishmaniasis enfekte dişi kum sineklerinin kan emme yoluyla memeli konaklarda oluşturdukları bir hastalık grubudur. Kutanöz leishmaniasis (KL), ülkemizde şark çıbanı olarak bilinen, başlıca deride ve mukozalarda deriden çökük bir iz bırakarak iyileşen deri hastalığıdır. Kutanöz form en yaygın olanıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl yaklaşık 700.000 ile 1 milyon yeni olgunun ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Bu bildiride alt ekstremitelerde ülser lezyon ile seyreden KL olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, diabetes mellitus tanıları olan boyacılık mesleği yapan 63 yaş erkek hasta polikliniğe sol tibia medialinde oluşan lezyon nedeni ile başvurdu. Lezyonun 3 ay önce hiperemik görünümde papül şeklinde başlayıp sonrasında 3x4 cm boyutunda derinlik içeren ülser görünümüne geldiğini ifade etti. Ara ara hemorajik vasıfta akıntısı olduğunu belirtti. Lokal ve oral antibiyotik kullanımına

rağmen lezyonda gerileme olmadığı ve boyutunda artış olduğunu ifade etti. Hastanın fizik muayenesinde sol tibia ön yüzünde 3x4 cm boyutunda lezyon haricinde patolojik bulgu saptanmadı. Batın ve solunum muayeneleri olağandı. Hastanın kan tetkiklerinde lökositozu yok, C-reaktif protein: 8 mg/l, sedimentasyon: 11 mm/h olarak sonuçlandı. ELISA' da insan immün yetmezlik virüsü AG/AB negatif olarak görüldü. Batın ultrasonografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya deri punch biyopsi yapıldı. Sonucunda leishmaniasis ile uyumlu bulgular saptandı. Hasta intralezyonel tedavi planlanması amacıyla dermatoloji polikliniğine yönlendirildi. Hastaya ilaç temini sağlandıktan sonra intralezyonel glukantime 8 doz olarak derin enjeksiyon şeklinde uygulandı. Takiplerinde ülser alanın boyutlarında gerileme ve etrafındaki dokuda endüre plak oluşumu görüldü. Hasta dermatoloji polikliniğinde takiplerine devam etmektedir.

Sonuç: KL küçük ve lokalize deri lezyonlarından vücudun birden fazla yüzeyini kaplayan büyük nodüllere veya plaklara kadar çok çeşitli dermatolojik bulgular ile ortaya çıkabilir. Klinik olarak skuamöz hücreli karsinom, dermatofitoz ve diğer deri enfeksiyonlarını taklit edebilir. KL ile uyumlu her olgu parazitolojik olarak doğrulanmalı, en sık direkt mikroskopik bakı (Smear) ve kültür yöntemleri ile değerlendirilmelidir. Endemik bölgelerde lokal ve sistemik tedavi ile yanıt alınamayan kronik yara ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda KL akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ülser lezyon, leishmaniasis, kronik yara



1. Görsel

2. Görsel

3. Görsel

Şekil 1. Tibia ön yüzünde ülser lezyon. 1. Görsel: Başvuru anı, 2. Görsel: Üçüncü ay, 3. Görsel: Yedinci ay

[PS-146]

***Streptococcus equinus* ve *Streptococcus gallolyticus* Bakteriyemilerinin Değerlendirilmesi**

Ali Gökhan Akçay¹, Elif Doğan¹, Özkan Eravcı², Yavuz Çekli¹,
Cemal Bulut¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *Streptococcus equinus* ve *Streptococcus gallolyticus* kompleks, insan kolon florasında bulunmakta olup, kolon kanseri ile ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızda, bu iki mikroorganizmanın, klinik yansımaları, antibiyotik duyarlılıkları ve mortalite oranları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda, 2017-2025 yılları arasında, hastanemizde izole edilen *Streptococcus equinus* ve *Streptococcus gallolyticus* suşları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, klinik başvuru şekilleri, mortalite oranları ve transtorasik ekokardiyografi (TTE) bulguları değerlendirilmiştir. Antibiyotik duyarlılıkları ampicilin, vankomisin ve klindamisin için belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda *Streptococcus gallolyticus* üremesi olan 7 hastanın ortalama yaşı 63 olup, 5'i erkek ve 2'si kadındı. *Streptococcus equinus* üremesi olan bir erkek hasta vardı ve yaşı 61'di. *Streptococcus gallolyticus* üremesi olan hastaların tamamı ampicilin ve vankomisine duyarlı olup, 7 hastanın 6'sında klindamisin direnci saptandı. *Streptococcus equinus* ise ampicilin, klindamisin ve vankomisine duyarlıydı. *Streptococcus gallolyticus* üremesi olan 7 hastanın 4'ünde 14 gün içinde ölüm gerçekleşirken, *Streptococcus equinus* üremesi olan hastalarda 14 günlük mortalite gözlenmedi. Sekiz hastanın TTE'leri incelendiğinde 5 hastada vejetasyon saptanmazken, 1 hastada belirgin vejetasyon, 2 hastada ise şüpheli endokardit bulguları gözlemlendi. Dört hasta miyokard enfarktüsü (MI) ile başvurmuştu ve koroner anjiyografi altında girişim yapılmıştı. MI gözlenen hastalardan biri, hastaneye arrest olarak getirilmişti. Gastrointestinal translokasyon açısından değerlendirildiğinde ise, 2 hastada nötropeni, 2 hastada gastrointestinal sistem (GIS) kanaması ile başvuru saptandı. GIS kanama ile başvuran hastalardan birisi varfarin aşırı dozu nedeniyle gerçekleşmişti. Ayrıca 1 hastada glioblastoma multiforme, 1 hastada ise miyelodisplastik sendromdan transforme akut miyeloid lösemi tespit edildi.

Sonuç: *Streptococcus gallolyticus* enfeksiyonlarının GIS hastalıkları ve hematolojik malignitelerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Klindamisin, toksin nötralizasyonu açısından önerilse de çalışmamızda *Streptococcus gallolyticus*'un yüksek klindamisin direnci gösterdiği belirlenmiştir. Bu durum, ampirik antibiyotik seçiminde önemli bir faktör olabilir. Ayrıca, *Streptococcus gallolyticus* ile yüksek mortalite oranı arasında belirgin bir ilişki gözlemlenmiştir. *Streptococcus equinus* ise düşük mortalite oranı ve duyarlılık profili ile daha benign bir seyir göstermektedir. *Streptococcus gallolyticus* varlığında MI riski arttığı da gözlemlenmiş olup, geniş olgu serileriyle ileri araştırmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Streptococcus gallolyticus*/*Streptococcus equinus*, bakteriyemi

[PS-147]

Palyatif Bakım Ünitesinde Kan Dolaşımı Enfeksiyonları: Etkenler, Risk Faktörleri ve Direnç Durumu

Didem Çelik¹, Hande İleri²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Kliniği, İzmir

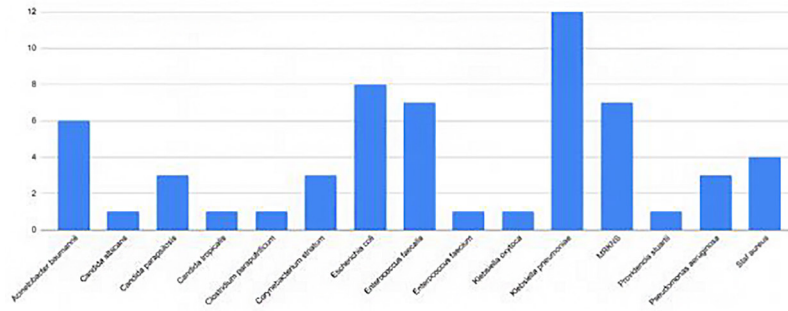
Giriş: Palyatif bakım ünitelerinde invaziv prosedürler, önceki antibiyotik kullanımı ve eşlik eden hastalıklar gibi belirli risk faktörleri, bakteriyemi olasılığını artırmaktadır. Bu çalışmanın amacı palyatif bakım ünitesinde bakteriyemiye neden olan mikroorganizmaların spektrumunu araştırmak, antibiyotik dirençlerini analiz etmek ve ilişkili risk faktörlerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Kliniği'nde Ocak 2024-Mart 2025 tarihleri arasında yatırılarak takip edilen hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri, invaziv alet kullanımları, bakteriyemi risk faktörleri, kan kültürü alındığı gün alınmış olan kan parametreleri ve bakteriyemiye neden olan mikroorganizmalar retrospektif olarak değerlendirmeye alınmıştır. Veriler Statistical Package for the Social Sciences 22. 0 paket programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 30'u (%50) kadın, 60 hasta dahil edilmiştir ve yaş ortalaması 69,8±11,9 yıl olarak belirlenmiştir. En sık görülen ek hastalıklar hipertansiyon (%58,3), koroner arter hastalığı (%38,3), serebrovasküler olay (%36,7), kronik böbrek yetmezliği (%35) ve diabetes mellitus (%30) olarak kaydedilmiştir. Ortalama lökosit ve nötrofil seviyeleri sırasıyla 12,9±10,04×10⁹L⁻¹ ve 10,7±9,97×10⁹L⁻¹ olarak tespit edilmiş olup, bu değerler enfeksiyon veya enflamasyonla uyumlu bir artış göstermiştir. Aspartat aminotransferaz ve alanin aminotransferaz seviyeleri sırasıyla ortalama 52,77±59,24 IU/l ve 38,75±41,67 IU/l olarak, karaciğer fonksiyon bozukluğunu işaret etmektedir. Ayrıca enfeksiyon ve enflamasyon belirteçleri olarak C-reaktif protein (147,89±101,57 mg/l) ve prokalsitonin (12,87±29,96 ng/ml) değerleri anlamlı bir artış göstermiştir. İzolatlar arasında Gram-negatif mikroorganizmaların (%53,3) baskın olduğu ve *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* ve *Acinetobacter baumannii*'nin sık görülen patojenler arasında olduğu görülmüştür. Bakteriyemi açısından *Candida* spp. gibi mantar patojenleri daha küçük ancak önemli bir kısmı oluşturmaktadır (%8,3). Mikroorganizmalar Şekil 1'de detaylandırılmıştır. *A. baumannii*'de %100 karbapenem direnci, *Klebsiella* türlerinde %69,2'ye varan karbapenem ve florokinolon direnci tespit edilmiştir. İzolatların antimikrobiyal dirençleri Tablo 1'de verilmiştir. Antibiyoterapi süresi ortalama 12,5±7,4 gün olarak hesaplanmıştır. Risk faktörleri arasında hastaların %83,3'ünde (n=50) foley idrar sondası, %41,7'sinde (n=25) santral venöz kateter, %46,7'sinde (n=28) toplam parenteral nutrisyon, %26,7'sinde (n=16) perkütan endoskopik gastrotomi, %25'inde (n=15) trakeostomi, %25'inde (n=15) nazogastrik sonda bulunmaktaydı. Hastaların hastane takibi sırasında mortalite oranı %71,7 (n=43) olarak belirlenirken, bakteriyemi sonrası 28 günlük mortalite oranı %58,3 (n=35) olarak kaydedilmiştir.

Sonuç: Palyatif bakım ünitelerinde ileri yaş grubunda çoğunlukla Gram-negatif mikroorganizmaların neden olduğu bakteriyemiler oldukça yüksek mortalite oranlarıyla ilişkilidir. Antibiyotik direncinin yaygınlığı, etkili tedavi seçeneklerini kısıtlamakta ve enfeksiyon yönetiminde önemli zorluklara yol açmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çoklu ilaca dirençli organizmalar, kan dolaşımı enfeksiyonu, palyatif bakım ünitesi



Şekil 1. Kan kültürlerinden izole edilen mikroorganizmaların dağılımı

Tablo 1. Kan kültürlerinden izole edilen çeşitli bakterilerde antibiyotiklere karşı direnç oranları				
Antibiyotik	<i>Klebsiella</i> spp. % (n)	<i>P. aeruginosa</i> % (n)	<i>E. coli</i> % (n)	<i>A. baumannii</i> % (n)
Ampisilin	%100 (13)	-	%62,5 (5)	-
Ampisilin-sulbaktam	%84,6 (11)	-	%62,5 (5)	%71,4 (5)
Amoksisilin-klavulonik asit	%69,2 (9)	-	%37,5 (3)	-
Sefazolin	%84,6 (11)	-	%62,5 (5)	-
Sefuroksim	%84,6 (11)	-	%50 (4)	-
Seftriakson	%76,9 (10)	-	%37,5 (3)	-
Sefepim	%69,2 (9)	%0 (0)	%37,5 (3)	-
Seftazidim	%76,9 (10)	%0 (0)	%25 (2)	-
Tigesiklin	-	-	-	-
Piperasilin-tazobaktam	%69,2 (9)	%0 (0)	%12,5 (1)	-
Ertapenem	%69,2 (9)	-	%0 (0)	%100 (7)
İmipenem	%53,8 (7)	%0 (0)	%0 (0)	%100 (7)
Meropenem	%61,5 (8)	%0 (0)	%0 (0)	%100 (7)
Trimetoprim-sulfametoksazol	%53,8 (7)	-	%37,5 (3)	%100 (7)
Amikasin	%23,1 (3)	%0 (0)	%0 (0)	%100 (7)
Gentamisin	%23,1 (3)	%0 (0)	%12,5 (1)	%100 (7)
Siprofloksasin	%69,2 (9)	%0 (0)	%37,5 (3)	%100 (7)
Levofloksasin	%69,2 (9)	%0 (0)	%37,5 (3)	%100 (7)
Antibiyotik	MRKNS % (n)	<i>S. aureus</i> % (n)	<i>Enterococcus</i> spp. % (n)	<i>Corynebacterium</i> spp. % (n)
Ampisilin	%100 (7)	-	%0 (0)	-
Ampisilin-sulbaktam	-	-	%0 (0)	-
Amoksisilin-klavulonik asit	-	-	%0 (0)	-
Penisilin	%100 (7)	%50 (2)	-	-
Klindamisin	%51,1 (4)	%50 (2)	-	%100 (3)
Fusidik asit	%85,7 (6)	%25 (1)	-	%100 (3)
Eritromisin	%57,1 (4)	%25 (1)	-	%100 (3)
Trimetoprim-sulfametoksazol	-	%0 (0)	-	-
Levofloksasin	%71,4 (5)	%25 (1)	-	%100 (3)
Siprofloksasin	%85,7 (6)	%25 (1)	-	%100 (3)
Amikasin	%14,3 (1)	%0 (0)	%50 (4)	-
Gentamisin	%42,9 (3)	%0 (0)	%50 (4)	-
Streptomisin	-	-	%50 (4)	-
Vankomisin	%0 (0)	%0 (0)	%0 (0)	%0 (0)
Teikoplanin	%14,3 (1)	%0 (0)	%0 (0)	%0 (0)
Linezolid	%0 (0)	%0 (0)	%0 (0)	%0 (0)

[PS-148]

Tedavide Zorluk Yaşanan *Candida auris* Fungemi Olgusunda İkili Antifungal Deneyimi

Sevim Selen Karabulut, Bengü Gireniz Tatar, Melda Türken, Süheyla Serin Senger

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: *Candida* türleri dünya çapında artan öneme sahip invazif hastalık etkeni olarak ortaya çıkmaktadır. *Candida auris* özellikle yüksek antifungal direnci nedeniyle yüksek morbidite ve mortalite ilişkilidir. Bu olguda pnömoni ile takip edilen hastada gelişen invazif *Candida auris* enfeksiyonu yönetiminin sunulması amaçlandı.

Olgu: Erkek, 22 yaşında hasta 3 gündür olan öksürük balgam ve hırıltılı solunum yakınmasıyla acil servise başvurdu. Özgeçmişinde Down sendromu, epilepsi, hipotiroidi tanısı, atrial septal defekt ve ileus operasyonu öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 38,3 °C, inotrop desteğiyle tansiyon 104/60 mmHg, bilinç kapalı, solunum sesleri kaba olup diğer sistem bakıları normaldi. Laboratuvar incelemesinde; böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal, lökositöz yok, C-reaktif protein: 188 mg/dl idi. Toraks tomografisinde bilateral buzlu cam ve konsolide alanlar izlendi. Hasta pnömoni ve pulmoner ödem ön tanısıyla interne edildi, seftriaksonla klaritromisin başlandı. Pürülan solunum sekresyon artışıyla klinik kötüleşme olan hastanın derin trakeal aspirat kültüründe *Acinetobacter baumannii* ile *Pseudomonas aeruginosa* ve kan

ile kateter kültüründe *Candida albicans* üremesi oldu. Antibiyoterapisi meropenem, polimiksin B, flukonazol olarak düzenlendi. Takibinde geniş spektrumlu antibiyoterapiye rağmen genel durumunda bozulma, akut faz reaktanlarında artış olan hastanın tekrar alınan kan ve kateter kültüründe *Candida auris* üremesi tespit edildi. Mevcut anti-biyoterapisi tamamlanarak kesilen hastaya kaspofungin başlandı. Ekokardiyografiyle göz dibi bakısında anormal bulgu saptanmadı. Günaşırı kan kültürü alındı, kateteri çekildi, sıkı temas izolasyonu uygulandı. Hastanın duyarlılık sonucu ve Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (CDC) önerilerine göre minimal inhibitör konsantrasyon değerleri tabloda gösterilmiştir (Tablo 1). Kaspofungin minimal inhibitör konsantrasyonu 8 mg/l görülmesiyle hastanın antifungal tedavisi mikafungin olarak değiştirildi. Mikafungin tedavisinin 8. gününde kan kültürlerinde negatiflik görülmemesi ve hastanın ateş yüksekliği olmasıyla CDC önerilerine göre (çoğu izolat ekinokandinlere duyarlı ancak MİK değeri diğer *Candida* türlerine göre yüksek, tedavide ilk seçenek ekinokandin, azol grubuna ve birçok antifungale intrinsek direnç mevcut, amfoterisin B direnci %13-35 aralığında değişken) tedavisine lipozomal amfoterisin B eklendi. İkili antifungal tedavi sonrası kan kültür negatifliği görülen hastanın tedavisi 14 gün daha uygulandı. Klinik iyileşme sağlanan hastanın izlemi sonlandırıldı.

Sonuç: *Candida auris* direnç mekanizmalarıyla ciddi seyirli enfeksiyona neden olabilmektedir. Tedavisinde ilk tercih ekinokandinlerdir. Ekinokandin tedavisiyle klinik ve laboratuvar yanıtı alınamayan hastalarda lipozomal amfoterisin B kombinasyon tedavisinde tercih edilebilir. Bu olguda invazif *C. auris* enfeksiyonunun tedavisinde ikili antifungal rejiminin klinik yanıtıdaki önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Candida auris*, direnç, kandidemi

Tablo 1. *Candida auris* fungemi olgusunda antifungal duyarlılık

Antifungal ilaç	Hastanın MİK değerleri	CDC önerisi MİK değerleri*
Lipozomal amfoterisin B	2 mg/l	≥2 mg/l
Flukonazol	128 mg/l	≥32 mg/l
Vorikanazol	2 mg/l	N/A
İtrakanozol	0,125 mg/l	N/A
Posakanazol	0,008 mg/l	N/A
Anidulofungin	0,5 mg/l	≥4 mg/l
Kaspofungin	8 mg/l	≥2 mg/l
Mikafungin	0,25 mg/l	≥4 mg/l

*CDC kriterleri EUCAST ve IDSA önerilerine göre yapılmıştır. MİK: Minimal inhibitör konsantrasyon, CDC: Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi, EUCAST: Avrupa Antimikrobiyal Duyarlılık Testi Komitesi, IDSA: Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği, N/A: Geçerli değil

[PS-149]

İmmünokompetan Bir Bireyde Şiddetli Seyreden Adenovirüs Pnömonisi

Gamze Şanlıdağ İşbilen¹, Temel Güner², Fatma Yılmaz Karadağ¹,
Derya Öztürk Engin¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

Giriş: Adenovirüsler, sağlıklı erişkinlerde genellikle hafif seyirli enfeksiyonlara neden olurken, bağışıklığı baskılanmış kişilerde pnömoni gibi ciddi klinik tablolara neden olabilirler. Nadiren de olsa sağlıklı erişkinlerde ciddi seyredebilmektedir. Bu olgu sunumunda, hastanemiz yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip ettiğimiz ağır seyirli adenovirüs pnömoni olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kronik hastalık öyküsü olmayan 20 yaşında asker olan erkek hasta, bir haftadır devam eden ateş yüksekliği, öksürük ve son üç gündür olan bilinç değişikliği nedeni ile başka bir hastanenin acil servisine başvurmuş. Hastaya santral sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısı ile lomber ponksiyon yapılmış. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde görünüm berrak, basınç normal, lökosit sayısı 5/mm³, protein 32 mg/dl, glukoz 50 mg/dl saptanmış. Hastanın takibinde solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine entübe edilerek hastanemiz YBÜ'ne sevk edilmiş.

Hastanemizde yapılan fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinç sedatize, dinlemekle sol tarafta solunum sesleri azalmış ve raller

mevcuttu. Mekanik ventilatör desteğinde takip edilen hastanın diğer fizik muayenesinde özellik yoktu. Lökosit: 4810/µl, hemoglobin: 12,1 g/dl, trombosit sayısı: 80.000/µl, aspartat aminotransferaz: 483 U/l, alanin aminotransferaz: 104 U/l, kreatinin 1,54 mg/dl, C-reactive protein: 278 mg/l), prokalsitonin: 39 µl/l, sodyum: 128 mmol/l, kreatin kinaz: 29013 U/l, fibrinojen: 535 mg/dl, D-dimer: 29 mg/l olarak saptandı. Hastadan kültürler alındıktan sonra, ampirik olarak meropenem, vankomisin, levofloksasin ve oseltamivir tedavileri başlandı. Solunum yolu multipleks polimeraz zincir reaksiyon (PCR) testi istendi.

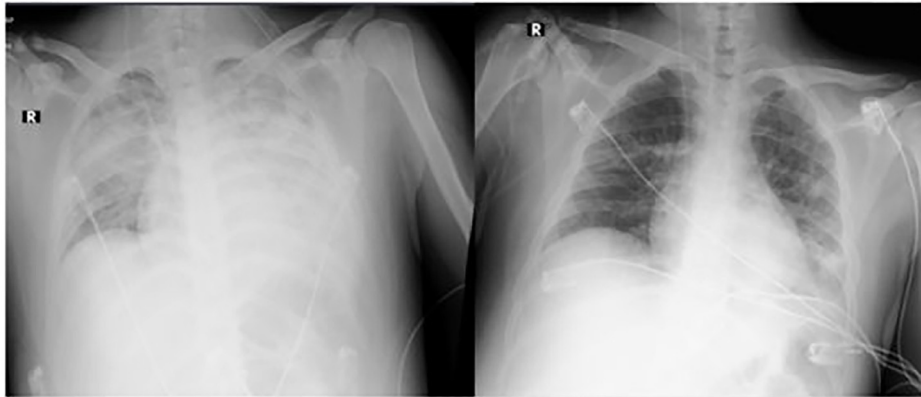
BOS'ta menenjit paneli ve idrarda Legionella antijeni negatif saptandı. Trakeal aspirat örneklerinde iki kez adenovirüs PCR sonucu pozitif gelen hastanın, kanda da adenovirüs immünoglobulin M ve immünoglobulin G pozitif saptandı. Yatışının üçüncü gününde adenovirüs PCR testi pozitif gelmesiyle birlikte sidofovir tedavisi planlandı. Sidofovir temin süresince ampirik başlanan vankomisin tedavisi beşinci günde kesilirken yatışının yedinci gününde hastanın tedavisine doksisisiklin eklendi. Yatışının dokuzuncu gününden itibaren klinik ve laboratuvar yanıtı alınan hasta 10. günde ekstübe edildi. Meropenem tedavisi onuncu günde kesildi ve doksisisiklin tedavisinin on güne tamamlandı. Sidofovir temin edildiğinde hastanın genel durumu düzelmesi nedeniyle ilaçsız takip edilmesine karar verildi. YBÜ endikasyonu kalmayan hasta, kliniğimize nakil alındı.

Sonuç: Adenovirüs, immünokompetan erişkinlerde nadiren ağır seyredabilen pnömoni tablosuna neden olabilmektedir. Ciddi seyirli adenovirüs enfeksiyonlarında kanıtlanmış tedavi seçenekleri sınırlı olup, antiviral tedavilerin etkinliği tartışmalıdır. Sidofovir, IVIG tedavileri denenmektedir. Hastamızda sidofovir tedavisi planlanmış ancak, tedavi yanıtı alındıktan sonra temin edilebilmiştir. Sınırlı sayıdaki bu tedavilerin etkinliğinin değerlendirilmesi için daha geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adenovirüs, pnömoni, sidofovir

(a) Yatışının 3. günündeki akciğer grafisi

(b) Yatışının 12. günündeki akciğer grafisi



Şekil 1. Tedavi sürecindeki radyolojik bulgular

[PS-150]

Bir İlçe Devlet Hastanesine Başvuran Skabiyez Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi

Kübra Koçak

Ermenek Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Karaman

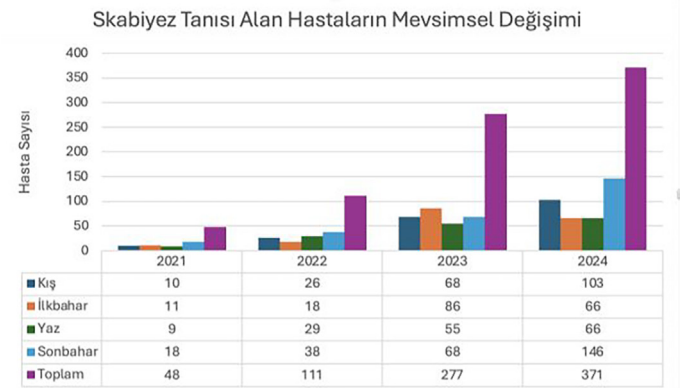
Giriş: Uyuz hastalığı (skabiyez) sarcopte scabie var. Hominis adındaki zorunlu insan paraziti olan ektoparazitin neden olduğu bir hastalıktır. Uyuz insandan insana uzun süreli yakın temas ile bulaşır. Çalışmamızda son 4 yılda bir ilçe devlet hastanesine başvuran ve uyuz tanısı alan hastaların yıllar içindeki artışına dikkat çekmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2021- 31.12.2024 tarihleri arasında bir ilçe devlet hastanesine başvuran ve uyuz tanısı alan hastaların hastane otomasyon sisteminden ICD-10 tanı koduna (B86- Skabiyez) uygun olarak retrospektif olarak tarandı. Yaş, cinsiyet ve başvuru tarihlerinin değişimi incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 807 hasta dahil edildi. Hastaların 436'sı (%54) erkek 371'i (%46) kadındı. yaş ortalaması 32,7'ydı. Tanı alan hastaların yıllar içindeki değişimi incelendiğinde 2021 yılında 48 (% 6), 2022 yılında 111 (%13,7), 2023 yılında 277 (%34,3) ve 2024 yılında 371 (%46) hasta başvurusu olduğu izlendi. Hastaların mevsimsel değişimi incelendiğinde ise hastalar 2021, 2022, 2024 yıllarında en sık olarak sonbahar ayında skabiyez tanısı alırken, 2023 yılında en sık olarak ilkbahar mevsiminde skabiyez tanısı alan hasta vardı. Hastaların demografik verileri ve yaş gruplarına göre hasta dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Yüksek bulaştırıcılığa sahip bir hastalık olan skabiyez sosyo-ekonomik olarak düşük seviyedeki, temiz suya ulaşımın kısıtlı olduğu, tropikal bölgelerde sıklıkla gözlenmekle birlikte son yıllarda ülkemizde de artış göstermektedir. Çalışmamızda da bölgemizde yıllar içinde gözle görülür bir artış olduğu açıktır. Bildirimi zorunlu bir hastalık olmaması, insandan insana kolay bulaşması nedeniyle gerek toplumda gerekse de 1. basamaktan 3. basamağa kadar tüm sağlık kuruluşlarında konu ile ilgili farkındalığın oluşması hastalığın önlenmesi açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Skabiyez, paraziter enfeksiyon, salgın



Şekil 1. Skabiyez tanısı alan hastaların yıllar içindeki değişimi

Tablo 1. Hastaların demografik verileri ve yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları (n/%)	
0-10 yaş	159 (%19,7)
11-20 yaş	184 (%22,8)
21-30 yaş	86 (%10,6)
31-40 yaş	87 (%10,8)
41-50 yaş	90 (%11,1)
51-60 yaş	60 (%7,5)
61-70 yaş	73 (%9)
71 yaş ve üzeri	68 (%8,5)
Cinsiyet (n/%)	
Kadın	371 (%46)
Erkek	436 (%54)

[PS-153]

HIV ile Yaşayan Kişilerde Bağışıklama İhtiyacı ve Aşılanma Durumu

Fatma Eser¹, Ayşe Kaya Kalem¹, İmran Hasanoğlu¹,
Hatice Rahmet Güner¹, Ceren Cesur Anlar², Bircan Kayaaslan²

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim, Ankara

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: HIV ile yaşayan kişilerde (HİYK) yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından aşı ile önlenabilir hastalıklardan korunma çok önemlidir. Bu çalışmada, kliniğimizde takip edilen HİYK'lerin bağışıklama durumlarının tespit edilmesi ve aşılanma ihtiyaçlarının ne oranda karşılandığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Merkezimizde 2018-2024 yılları arasında takip edilen HİYK'nin pnömokok, meningokok ve tetanoz için aşılanma durumları; kızamık, kızamıkçık, kabakulak, hepatit A (HAV), hepatit B için antikor titreleri ve aşılanma durumları retrospektif olarak incelendi. Kızamık immünoglobulin G (IgG), kızamıkçık IgG, kabakulak IgG, anti-HAV total, hepatit B yüzey antijen, anti-hepatit B yüzey antikor (HBs), anti-hepatit C yüzey antikor (Hbc) IgG pozitifliği ve hastaların aşılanma durumları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 323 HİYK dahil edildi, 278'i (%86) erkek, 59'u (%18) 25 yaş altı idi. Yaş ile pnömokok, ACYW135 ve Tetanoz ve Difter aşıları arasındaki ilişki incelendiğinde, iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Yaşın ilerlemesiyle birlikte, kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşısı ve hepatit A aşısı oranlarında belirgin bir azalma gözlemlendi ve bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hepatit B için yaş grupları ile aşılanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gösterildi. Yirmi beş yaş üstü bireylerin (daha fazla bağışıklama ihtiyacı olduğu) aşılanma oranının belirgin şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi. Cinsiyetin, ACYW135 ve pnömokok aşı durumu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığı saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda HİYK'lerin bağışıklama ihtiyacı ve ne oranda uygulandığına dair veriler ortaya konulmuştur. Yirmi beş yaş altı kişilerde hepatit B'ye karşı bağışıklama ihtiyacı anlamlı olarak az bulunmuş, bunun ülkemizde uygulanan çocukluk çağı aşılanma programı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca tetanoz, difteri, aselüler boğmaca aşısı ile bağışıklanamayan bireylerin %70'inde son 10 yıl içindeki bağışıklama durumu hakkında eksik bilgi bulunması, aşılanma geçmişinin daha ayrıntılı kaydedilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çalışmanın bulguları, bağışıklama programlarının belirlenmesinde yaş gruplarına özgü stratejilerle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, aşılanma, HIV

Tablo 1. Hastaların aşılanma oranları, cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımları

Aşı	Aşılanma oranı n%	Kadın n%	Erkek n%	25 yaş altı n%	25 yaş üstü n%	p*
Pnömokok	257 (%79)	35 (%10)	222 (%69)	49 (%15)	208 (%64)	0,578
Meningokok (ACYW135)	240 (%74)	35 (%10)	206 (%64)	47 (%15)	193 (%59)	0,450
Hepatit A	28 (%8)	3 (%1)	25 (%7)	10 (%3)	18 (%5)	0,003
Hepatit B	93 (%28)	17 (%5)	76 (%23)	8 (%2)	85 (%26)	0,00087
TDAP	142 (%44)	20 (%7)	122 (%37)	61 (%19)	81 (%25)	0,216
Kızamık, kızamıkçık, kabakulak	15 (%4)	2 (%1)	13 (%3)	7 (%2)	8 (%2)	0,004

*25 yaş üstü/altı kategorilerinin karşılaştırmasıdır. Pearson ki-kare testi kullanılmıştır

Tablo 2. HİYK'nin kızamık, kızamıkçık, kabakulak, hepatit A, hepatit B seronegatiflik ve aşılanma oranları

Bağışıklık Durumu	Seronegatif n(%)	Bağışıklama Yapılan Kişi n(%)
Kızamık	42(%13)	10 (%23)
Kabakulak	10(%3,7)	8 (%90)
Kızamıkçık	3(%2,2)	2 (%66)
Hepatit A	20(%14,9)	28 (%58)
Hepatit B	148(%45)	93 (%62)

[PS-154]

Tularemi ve *Brucella* Birlikteliği: Lenfadenopati ile Seyreden Bir Olgu

Kübra Erbay¹, Şeyma Köksal Tekin², Lokman Hızmalı²,
Mustafa Gökhan Gözel²

¹Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırşehir

²Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kırşehir

Giriş: Tularemi, *Francisella tularensis*'in neden olduğu zoonik bir hastalıktır. İnsanlara, enfekte hayvanın vücut sıvılarıyla temas, kontamine su veya besinlerin tüketilmesi, aerosollerin solunması ya da kene ısırığı ile bulaşır. Ülkemizde en sık klinik formu orofarengeal hastalıktır. Kaynak çoğunlukla kontamine su ya da besinlerdir. *Brucella* gibi diğer zoonotik hastalıklarla beraberlik görülebilir. Ancak serolojik testlerdeki çapraz reaksiyonlar nedeniyle tanıda güçlükler yaşanabilmektedir.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 35 yaşında erkek hasta, boynun sağ tarafında ele gelen şişlik nedeniyle kulak burun boğaz (KKB) polikliniğine başvurmuş. Yapılan kontrastlı boyun bilgisayar tomografi'sinde multiple, karotis arter çevresinde de yer alan multiloküle süpüratif apse odakları saptanması üzerine KBB tarafından derin boyun enfeksiyonu tanısıyla yatırılmış. Drenajı uygun görülmediği için örneklem yapılmamış. Hastaya primer hekimi tarafından ampicilin/sulbaktam başlanmış. Hasta yatışının ikinci günü tarafımıza danışıldı. Hastanın iki hafta öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu, sonrasında sağ servikal şişliğinin gelişmeye başladığını belirtti. Sol üst molar dişindeki çürük nedeniyle bir hafta önce amoksisilin- klavulonik kullanım öyküsü mevcuttu. Hayvancılık öyküsü ve köyden şüpheli süt, peynir tüketimi mevcuttu. Yaşadıkları köy çeşmesinden su içme öyküsü olduğunu belirtti. Yakınlarında benzer semptomları olan kimse yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryante-koopere, vitalleri stabil saptandı. Sağ servikal bölgede ele gelen şişlik ve hassasiyet vardı (Resim 1). Isı artışı, hiperemi, fluktuasyon yoktu. Tarafımızca hastadan mümkünse örnekleme yapılması önerildi ancak yapılamadı. Tetkik sonuçlarında *Brucella* rose bengal pozitif ve tüp aglütinasyonu 1/640 saptanması

üzerine hasta servisimize devir alındı. Hastanın tedavisi ampicilin sulbaktam, streptomisin, doksisisiklin şeklinde düzenlendi. Tarafımızca takibinin dördüncü gününde *Francisella tularensis* aglütinasyon testi 1/1280 titrede pozitif saptandı. Ek olarak hastaya KBB tarafından lenf nodu eksizyonu yapıldı. Ampicilin sulbaktam yedinci gününde stoplandı, tedavisine streptomisin ve doksisisiklin ile devam edildi. Streptomisin tedavisi 14 güne tamamlanan hasta, doksisisiklin ve rifampisin ile taburcu edildi. Poliklinik takiplerine çağrıldı. Patoloji sonucu granülomatoz görünüm, kanser hücreleri saptanmadı şeklinde geldi. Eksizyonel biyopside çalışılan *Francisella tularensis* kültürü, polimeraz zincir reaksiyon (PCR) ve *Mycobacterium tuberculosis* kültür, PCR testleri negatif sonuçlandı.

Sonuç: Tularemi ve *brucella* ülkemizde kırsal bölgelerde görülmesi ve başlangıçta grip benzeri sendrom şeklinde görülmeleri nedeniyle ayırıcı tanıda beraber yer almaktadır. Tularemi için aglütinasyon testindeki sınır değerlerin varlığında çapraz reaksiyonların araştırılması gereklidir. Ayırıcı tanı, tedavinin planlanması ve takip açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Brucella*, lymphadenopathy, tularemia



Resim 1. Sağ servikal lenfadenopati

[PS-155]

Kandidemi Saptanan Olgularda 30-Günlük Mortalitenin Değerlendirilmesi

Arzu Nazlı¹, Merve Selma Kalay¹, Ayşe Aydan Özkütük²,
Vildan Avkan Oğuz¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,
İzmir

Giriş: Günümüzde antibiyotik direncinin artması ve beraberinde geniş spektrumlu antibiyotik kullanımının artması, hizmet verilen yaşlı nüfusun artması, immünoşüpresif ve immünomodülatör tedavilerin yaygın kullanılmasıyla birlikte kandidemi sıklığında artış görülmektedir. Çalışmamızda kandidemili olguların mortalitesinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 2024 yılı içinde kan kültüründe maya üremesi saptanan, 18 yaş ve üzeri olguların demografik bilgileri, eşlik

eden hastalıkları, antifungal tedavileri, kontrol kan kültürleri sonuçları, ilk 30 gün içindeki mortalite oranları ve üreyen etkenlerin türleri ile ilgili bilgiler retrospektif olarak hastane bilgi sisteminden elde edildi. Hastaların maya üreyen ilk kan kültürü örneği çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Çalışmamıza kandidemi saptanan 131 hastadan verilerine ulaşılabilen 69'u dahil edildi. Katılımcıların 44'ü (%63,8) erkek, 25'i (%36,2) kadın ve yaş ortalaması 67,8 (18-91) idi. Hastaların %97'sinde altta yatan en az bir ek hastalık bulunmaktaydı. Hastaların 11'ine (%15,9) antifungal tedavi başlanmamıştı. Bu hastalardan 10'u antifungal tedavi başlanmadan eksitus olmuş bir hasta ise kültür sonucu görülmeden taburcu edilmişti. Hastaların 53'ü (%76,8) kaspofungin, dördü (%6,8) flukonazol, biri (%1,7) mikafungin ve biri (%1,7) lipozomal amfoterisin B tedavisi almaktaydı. Hastaların 60'ında (%72,4) santral kateter bulunmaktaydı. Hastalardan izole edilen etkenlerin dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. Hastaların 39'u (%56,5) ilk 30 günde eksitus olmuş, bunlardan 12'si (%17,4) ilk üç gün içinde kaybedilmiştir.

Sonuç: Kandidemilerde mortalite yüksek seyretmektedir. Risk faktörü yüksek hastalarda daha erken dönemde antibiyotik tedavisine ampirik antifungal tedavi eklenmesi uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Maya, kandidemi, fungemi



Şekil 1. Üreyen etkenlerin dağılımı

[PS-156]

Malig niteli ve Hematopoietik Kök Hücre Nakilli Hastalarda Kan Kültürü Multipleks PCR Paneli Sonucuna göre Antimikrobiyal Tedavi Değişikliklerinin İncelenmesi

Beyza Deliküçük, Gül den Yılmaz Tehli, Ertuğrul Yazıcı, Tuğrul Hoşbul, İsmail Selçuk Aygar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi Kliniği, Ankara

Giriş: Febril nötropenik hastalarda bakteriyemi-kan dolaşımı enfeksiyonları önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Özellikle de hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaların yaklaşık %20'sinde pre-engrafman dönemin ilk birkaç haftasında en az bir bakteriyemi atağı görülmektedir. Uygun spektrumlu antimikrobiyal tedavinin erken başlanması uzun süreli yatışı, tedavi maliyetlerini ve mortaliteyi azaltır. Çalışmada, BioFire FilmArray BCID2 Paneli (bioMérieux, ABD) kullanıldı. BCID2 testleri, üretici talimatlarına göre FilmArray V2.0 sistemi (bioMérieux, ABD) kullanılarak 7/24 gerçekleştirildi. Konvansiyonel yöntemle alınan şişelerde pozitif sinyali takiben polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) gönderildi. Özellikle febril nötropenili hastalarda tedavi değişimi, uygun spektrumlu antibiyotik başlanması performansını değerlendirmek amaçlı kullanıldı. Panelde 10 farklı direnç geni, 33 farklı mikroorganizma değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tek merkezli retrospektif olup, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Yetişkin Hematoloji, Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi Kliniği'nde takip edilip febril nötropeni atağı ilk gününde alınan

29 kan örneği incelenmiştir. İnkübasyon cihazında pozitif sinyal veren kan kültürlerinden PCR paneli çalıştırılmıştır. Sonuçlara göre yapılan antibiyotik değişikliği ile hastalara başlanan ampirik tedavi spektrumlarının uygunluğu incelenmiştir. Çalışmaya Mart- Aralık 2024 tarihleri arasında belirtilen servislere yatan 18 yaş üstü hastalar dahil etmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 24 hasta dahil edildi, özellikleri Tablo 1'de gösterildi. Bu hastalardan ateşli dönemde gönderilen 29 örnek çalışıldı. Hastaların tamamına mevcut rehberler doğrultusunda ampirik antibiyotik başlandı, (%25) hastada Gram-negatif spektrumlu başlanan tedaviye sonuçlara göre Gram-negatif etkinlik yönünden eskalasyon yapıldı (%2,1) hastaya PCR sonuçlarında Gram-pozitif mikroorganizma görümesi üzerine, Gram-pozitif etkinlik yönünden eskalasyon yapıldı, (%8,3) hastaya PCR'da *S. maltophilia* saptanması üzerine kinolon grubu eklendi, (%54,1) hastada ise tedavide değişiklik PCR sonuçlarından bağımsız olarak hastanın ek klinik ve laboratuvar bulgular göz önüne alınarak rehber önerilerine göre yapılmıştır. Bu bulgular Şekil 1'de özetlendi.

Ayrıca konvansiyonel yöntemle örneklerde sonuçlar (kabul-onay) en erken 12 saat 49 dakika, en geç 68 saat 1 dakika'da gelmiş olup ortalaması 25 saat 47 dakika'dır. Bu süreler PCR paneli için en erken 1 saat 17 dakika, en uzun 15 saat 56 dakika olup ortalaması 2 saat 45 dakika'dır.

Sonuç: Çalışmamızla malignite ve kemik iliği transplantasyonu hastalarında uygun tedavinin en kısa sürede başlanması, örnekte pozitif sinyali takiben PCR kitlerinin çalıştırılmasıyla daha mümkün ve etkili olup, aynı zamanda tedavide gerektiğinde eskalasyon ve de-eskalasyon yapılması açısından da antimikrobiyal yönetim programlarına olumlu katkılar verebileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: PCR, kan kültürü, eskalasyon

PCR sonuçlarına göre tedavi değişimleri



Şekil 1. PCR sonuçlarına göre tedavi değişimleri

PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu

Tablo 1. Kan kültürü multipleks pcr çalıştırılarak tedavileri revize edilen hastaların özellikleri

Hasta	n=24	%
Cinsiyet		
Kadın	7	%29,1
Erkek	17	%70,8
YBÜ yatışı		
Var	5	%20,8
Yok	19	%79,1
FEN atak öyküsü		
Var	20	%83,3
Yok	4	%16,6
Komorbidity varlığı		
Var	7	%29,1
Yok	17	%70,8
Dirençli üreme varlığı		
Var	15	%62,5
Yok	9	%37,5
Ölüm	6	%25
YBÜ: Yoğun bakım ünitesi		

[PS-158]

Tedavisine Erken Başlanarak Mortalitesi Önlenen Weil Hastalığı Olgusu; Epidemiyolojik Öykü Hayat Kurtardı

Kenan Beşbaş¹, Hilal Büşra Aydoğdu Kütük¹, Merve Öztürk Beşbaş², İlknur Esen Yıldız¹, Neslihan Pehlivan¹, Amine Berre Demirtaş¹, Tuba İlgar¹, Ayşe Ertürk¹, Uğur Kostakoğlu¹

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

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Leptospiroz dünya çapında önemli bir zoonozdur. İnhalasyon ve kemirgen çıkartılarıyla direkt temasın yanı sıra mukoza, konjonktiva ya da bütünlüğü bozulmuş derinin kontamine su ve toprakla teması bilinen bulaş yollarındandır. Grip benzeri hafif semptomlarla seyretmesinin yanında hayatı tehdit eden ciddi klinik formlarla da karşımıza çıkmaktadır. Kemirgen çıkartılarıyla doğrudan temas olmasa dahi epidemiyolojik öyküsü bulunan hastalarda leptospiroz görülebileceği hatta ciddi ağır klinik formu olan Weil hastalığı ile seyredilebileceği akılda tutulmalıdır.

Olgu: Bilinen koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon tanıları olan sekiz yıl önce kalp kapak replasmanı öyküsü bulunan 65 yaşında erkek hasta; birkaç gündür olan baş ağrısı, gözlerde kızarıklık, eklem ağrısı, halsizlik, üşüme-titreme şikayetleriyle acile başvurdu. Bilinen kemirgen teması olmadığı, köyde yaşadığı, bir hafta öncesinde çay topladığı öğrenildi. Başvuruda ateş 37,0 °C, solunum sayısı 20/dk, nabız 108/dk, tansiyon değerleri 100/60 mmHg, saturasyon oda havasında %91 ölçüldü. Fiziki muayenesinde; bibaziler solunum sesleri kaba olarak duyuldu, konjonktival hiperemi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde hiperbilirubinemi, trombositopeni, üre-kreatinin yüksekliği görüldü (Tablo 1). Toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi görüntülemelerinde anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Trombotik trombositopenik purpura ve hemolitik üremik sendrom dışlanan hastada ön planda leptospiroz düşünülmekle birlikte diğer zoonoz tetkikleri çalışıldı (Tablo 2). Leptospiroz ön tanısıyla seftriakson tedavisi başlandı. Acil servis takiplerinde hipotansif seyreden, pozitif inotrop tedavisi başlanan hasta yoğun bakım (YB) ünitesine yatırıldı. YB yatışının ikinci saatinde jeneralize tonik-klonik nöbet geçiren hasta entübe edildi. Antiepileptik tedavisi düzenlendi. Septik şok şüphesiyle mevcut tedavisine meropenem ve vankomisin eklendi. Üçüncü gün ekstübe edilen hastaya bilinç bulanıklığı olması nedeniyle meningoensefalit düşünülerek lomber ponksiyon (LP) yapılması planlandı fakat Uluslararası Normalleştirilmiş Oranı yüksekliği nedeniyle LP yapılamadı. Meningoensefalit dışlanmadığından mevcut tedavileri santral doza revize edildi. Takiplerinde anürik seyreden hastanın akut böbrek yetmezliği tablosu dördüncü günden sonra regrese olmaya başladı. Altıncı günde trombositopenisi düzeldi. Onuncu günde bilinci normale dönen, hiperbilirubinemisi gerilemeye başlayan ve akut böbrek yetmezliği tablosu tamamen gerileyen hasta servise devredildi. Gönderilen leptospiroz mikroaglutinasyon testi pozitif, diğer zoonoz tetkikleri negatif olarak sonuçlandı. Yirmi beş günlük servis yatışı sonrasında klinik ve laboratuvar yanıt alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Leptospiroz genellikle hafif, kendini sınırlayan, sistemik hastalık tablosuyla seyretmesinin yanında hepatorenal sendrom, meningoensefalit, sepsis gibi hayatı tehdit eden ciddi klinik formlarla da

karşımıza çıkmakta, hatta mortal seyredabilmektedir. Yağışın bol, kaynak suyu kullanımının yaygın olduğu yerlerde yaşamak ve çay toplamak gibi epidemiyolojik risk faktörleri olan; non-spesifik yakınmalarla başvurup karaciğer veya böbrek yetmezliği ile trombositopeni tespit edilen olguların ayırıcı tanısında leptospiroz başta olmak üzere zoonotik hastalıklar akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Epidemiyolojik öykü, leptospiroz, weil hastalığı

Tablo 1. Hastanın takiplerindeki laboratuvar sonuçları

	İlk gün acil servisteki değerleri	Yoğun bakım takibinin 2.günü	Yoğun bakım takibinin 3.günü	Yoğun bakım takibinin 4.günü	Yoğun bakım takibinin 6.günü	Yoğun bakım takibinin 10.günü- servise devir günü	Servis takibinin 10.günü	Servis takibinin 25.günü- taburculuk değerleri
Lökosit (10 ³ /µL)	7 bin 540	9 bin 980	5 bin 840	5 bin 560	16 bin	24 bin	5 bin 250	6 bin 190
Trombosit (10 ³ /µL)	41 bin	22 bin	20 bin	20 bin	53 bin	336 bin	195 bin	280 bin
Hemoglobin (g/dL)	11.7	11.7	11.4	11.9	13.4	11.4	10.1	10.2
Üre (mg/dl)	96	174	262	326	328	79	61	35
Kreatinin (mg/dl)	2,85	4,91	6,78	7,52	4,52	1,49	1,22	1,14
ALT (U/L)	23	59	53	65	78	38	36	30
AST (U/L)	34	57	34	39	50	31	32	29
Total Bilirubin (mg/dl)	1,99	4,72	7,83	10,77	22,27	32,08	7,43	2,99
Direkt Bilirubin (mg/dl)	0,79	2,97	4,95	7,15	13,88	17,22	3,52	1,38
CRP (mg/L)	307	334	212	134	61	120	26	13
INR	3,43		13,32			1,06	1,57	3,18
PT (sn)	40,1		155			12,5	18,4	37,7
aPTT (sn)	47,2		55			31,1	42,5	45,7

Tablo 2. Zoonotik enfeksiyonlara yönelik çalışılan tanısal tetkik sonuçları

Leptospira PCR	Pozitif
Hantavirüs antikorı IgM ve IgG	Negatif
Batı Nil Ateşi virüsü antikorı, IgM ve IgG	Negatif
Francisella tularensis aglutinasyon testi	Negatif
Toxoplasma gondii PCR	Negatif

PCR: Polimeraz zincir reaksiyon, IgM: İmmüoglobulin M, IgG: İmmüoglobulin G

[PS-160]

Geç Tanı Alan Bir Tularemi Olgusu

Melike Dilmen, Gamze Şanlıdağ İşbilen, Yıldız Olçar,
Fatma Yılmaz Karadağ, Derya Öztürk Engin

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

Giriş: Tularemi, *Francisella tularensis*'in neden olduğu artropod ısırıkları, enfekte hayvanlarla direkt temas, hayvan leşleri veya hayvan atıklarıyla kontamine olan su ve gıdalarla bulaşabilen nadir görülen bir zoonozdur. Ülkemiz için endemik olan bu enfeksiyon özellikle baş-boyun enfeksiyonlarında akla gelmelidir. Bu olgumuzda geç dönemde tanı alan bir tularemi olgusu sunulmuştur.

Olgu: Kronik hastalık öyküsü olmayan 42 yaşında erkek hasta, dört aydır devam eden boyunda şişlik ve ateş yüksekliği şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde Bingöl'de yaşadığı, geçici mevsimlik iş nedeni ile İstanbul'da bulunduğu öğrenildi. Ateş yüksekliği nedeni ile başka hastaneye başvurusu olan hastaya, üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı amoksisilin-klavulanik asit verildi. Ancak tedaviye rağmen ateş yüksekliğinin devam etmesi nedeniyle kulak burun boğaz (KBB) kliniğine yatırıldı. Hastanın burada yapılan testlerinde lökosit sayısı 6390/µl C-reaktif protein 37 mg/l ve kreatinin 0,86 mg/dl saptandı. Ampisilin-sulbaktam tedavisi başlandı. İzlemede klinik yanıt alınması nedeni ile

hasta taburcu edildi. Hasta taburculuktan bir hafta sonra boyunda şişlik fark etti ve KBB tarafından tekrardan yatırıldı. Yapılan ultrasonografisinde sağ servikal zincirde büyüğü 41x19 mm boyutunda reaktif özeliğe lenf nodları saptandı. Kontrastlı boyun manyetik rezonans görüntülemesinde “sağda 45x35 mm boyutunda periferik kontrastlanan görünüm” apse olarak değerlendirildi. İnce iğne aspirasyon biyopsisi yapılan hastaya seftriakson reçete edilerek taburcu edildi. Biyopsi sonucu “apse içeriği ve yabancı cisim tipi granülomatöz enflamatuvar süreç” olarak raporlanan hasta, polikliniğimize yönlendirildi. Polikliniğimizdeki kontrolünde, anamnezi derinleştirilen hastanın avcılık ile uğraştığı, tavşan ve kekik avlayıp tükettiği öğrenildi. Halk Sağlığı Laboratuvar'ından istenen *F. tularensis* mikroaglutinasyon testi 1/320 titrede pozitif olarak sonuçlandı. Hastanın Bingöl'e gitmek istediğini ve İstanbul'da kalmayacağını belirtmesi üzerine tedavisini oral bir seçenek olması nedeniyle siprofloksasin olarak düzenlendi. Takiplerinde lezyonda küçülme ve şikayetlerinde gerileme olduğu (Şekil 1), 21 gün boyunca tedavisini kullandığı öğrenildi.

Sonuç: Boyunda şişlik ve ateş yüksekliği nedeni ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında enfeksiyon, malignite gibi birçok hastalık bulunmaktadır. Beta laktam antibiyotiklere yanıt vermeyen servikal lenfadenopatili hastaların ayırıcı tanısında ülkemizde endemik olarak bulunan tularemi mutlaka yer almalıdır. Kırsal bölgede bulunma, avcılık yapma öyküsü, hastaların erken tanısında yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tularemi, servikal lenfadenopati, francisella tularensis

Şekil. (a) Tedavi öncesi



(b) Tedavi sonrası



Şekil 1. Hastalığın seyri

[PS-164]

Geç Başvuran HIV ile Yaşayan Bireylerde Sistemik Enflamasyonun İncelenmesi

Meltem Arzu Yetkin, Ferah Ögüt, İlknur Şenel, Betül Kodalak
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile ilgili toplumda farkındalık oranı artmasına rağmen HIV tanısı ülkemizde hala gecikmektedir. Hastalığın tanı zamanının gecikmesi HIV ile yaşayan bireylerde immün sistemlerinde hasarlanmanın artmasına ve devamlı bir enflamasyona yol açabilmektedir. Vücutta devam eden bu kronik enflamasyon süreci başta endotel hasarı ve oksidatif stres olmak üzere pek çok hasarlanmaya yol açmaktadır. Bu çalışmada geç başvuran HIV ile yaşayan bireylerin özellikleri ve kronik enflamasyonun parametrik değişiklikleri incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli gözlemsel çalışmada hastanemizde takip ve tedavi edilen HIV ile yaşayan bireylerin klinik ve laboratuvar özellikleri hastane bilgi sistemi verileri kullanılarak incelenmiştir. Hastalar geç başvuruda bulunanlar (GB grubu) ve geç başvurmayanlar/erken başvuranlar (EB) olarak iki gruba ayrılmıştır.

Geç başvuru kriteri: CD4 sayısının 350/mm³'nin altında olması, CD4 sayısından bağımsız olarak ilk 6 ay içinde AIDS tanımlayıcı hastalık varlığı ve akut/yakın enfeksiyon olmaması olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya verilerine ulaşılabilen 193 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 45,89±13,08 yaş ve %86,5'i erkekti. Doksan hastada (%46,6) geç başvuru saptanmış olup, yaş ortalaması 48,42±11,93 yaş olarak saptanmıştır. GB grubunda CD4 hücre sayısı 158,09±9,72 hücre ve HIV-RNA düzeyi 2.459.710±94.170.75 IU/ml olarak saptanmıştır. Buna karşılık EB grubunda yaş ortalaması 42,2±12,61 yaş (p=0,010) olup CD4 hücre sayısı ve HIV-RNA değerleri sırasıyla 663.42±27,72 hücre/mm³ (p=0,000) ve 832.792±250.180.51 IU/ml (p=0,000) olarak bulunmuştur. Sistemik enflamasyon belirleme parametreleri olan serum beyaz küre, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, trombosit değerleri ve serum albümin ve kreatinin değerleri gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Serum nötrofil ve lenfosit sayısı erken başvuru grubunda yüksek saptanırken ve nötrofil/lenfosit oranı geç başvuru grubunda yüksek saptanmıştır (p=0,000). Benzer şekilde serum albümin düzeyi erken başvuru grubunda yüksek saptanmıştır (p=0,000).

Sonuç: Geç başvuran HIV ile yaşayan bireylerde immün sistemin daha fazla etkilenmesi sonucu nötrofil, lenfosit sayılarını etkilemekte ve sistemik kronik enflamasyona yol açarak vücutta meydana gelen hastalanma artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV enfeksiyonu, geç başvuru, sistemik enflamasyon

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik özellikleri ve laboratuvar değerleri

Parametre	45,89±13,08
Yaş	26 (%13,5)
Cinsiyet	
Kadın	167 (%86,5)
Erkek	427,84±331,41
Başlangıç CD4 sayısı (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	1114,30±1111,95
Başlangıç CD8 sayısı (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	0,49±0,41
Başlangıç CD4/CD8	346,904 (44-17 496,83)
Başlangıç HIV-RNA (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	(1.340.887)
Nötrofil sayısı x10 ³ /µl (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	3,45 (0,44-5,37) (1,74)
Lenfosit sayısı x10 ³ /µl (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	1,60 (0,10-6,87) (1,18)
Monosit sayısı x10 ³ /µl (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	0,42 (0,05-1,67) (0,19)
PLT sayısı x10 ³ /µl (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	213 (54-549) (87)
MPV fl (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	9,3 (6,8-13,2) (1,5)
NLR (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	2,0 (0,0-35,2) (1,8)
SII (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	421,56 (0,0-1.625.302.33) (1.625 302.33)
SIRI (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	0,82 (0,0-1,61) (1,61)
AISI (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	176,70 (0,0-460,75) (460,75)
Albümin g/l (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	45,3 (8,2-56,0) (7,0)
Kreatinin	0,82±0,18
CRP mg/l (medyan, minimum-maksimum) (IQR)	2,31 (0,1-136,0) (4,0)

IQR: Çeyrekler arası aralık, PLT: Platelet, MPV: Mean platelet volüm, NLR: Nötrofil lenfosit oranı, SII: Sistemik enflamasyon indeksi, SIRI: Sistemik enflamasyon cevabı indeksi, AISI: Ağır enfeksiyon indeksi, CRP: C-reaktif protein

Tablo 2. Geç başvuru yapan hastalar ile erken başvuru yapan hastaların değerlerinin karşılaştırılması

Parametre	Geç başvuru grup (n=90)	Geç başvurmeyen grup (n=103)	p
yaş	48,43±11,93	43,66±13,67	0,007
Cinsiyet (E)	81	86	0,133
CD4 sayısı/mm ³	158,09±92,12	663,42±281,15	<0,001
CD4/CD8 oranı (medyan) (minumum-maksimum)	0,22 (0-2,22)	0,54 (0,08-2,28)	<0,001
HIV-RNA IU/ml	2,459 710±94.170.75	832 792±250,180,51	<0,001
Nötrofil sayısı (medyan) (minumum-maksimum)	3,20 (1,42-5-37)	3,62 (0,44-9,48)	0,079
Lenfosit (medyan) (minumum-maksimum)	1,30 (0,10-3,48)	2,07 (0,61-6,87)	<0,001
NLR (medyan) (minumum-maksimum)	2,40 (0-35,2)	1,90 (0,2-7,6)	<0,001
Platelet (medyan) (minumum-maksimum)	203,00 (54-289)	215 (71-549)	0,124
MPV	9,27±1,22	9,48±1,18	0,260
CRP (medyan) (minumum-maksimum)	3,0 (0,16-136)	2,1 (0,10-49,9)	0,062
Kreatinin	0,81±0,18	0,83±0,18	0,434
Albümin (medyan) (minumum-maksimum)	43 (19,1-53)	47 (8,2-56)	<0,001
SII (medyan) (minumum-maksimum)	507,6 (0-1.625.302.3)	370,58 (0-3639,52)	0,037
SIRI (medyan) (minumum-maksimum)	0,88 (0-16,11)	0,79 (0-3,85)	0,115
AISI (medyan) (minumum-maksimum)	186,34 (0-460.746)	173,99 (0-2110,9)	0,495

NLR: Neutrophil to lymphocyte ratio, MPV: Mean platelet volüm, CRP: C-reaktif protein, SII: Sistemik enflamasyon indeksi, SIRI: Sistemik enflamasyon cevabı indeksi

[PS-165]

El ve Temel Hijyen Konusunda Farklı Yaklaşımlarının Uygulandığı Okul Eğitimindeki Eğitimcilerle, Eğitimin Nitel Değerlendirilmesi

Şükran Köse¹, Pembe Keskinoglu², Ferruh Semerci³, Ali Günay Balım⁴, Ekin Keskinoglu⁵, Vedat Murat Güzel⁶, Selma Gül Sever⁷, Burak Kahyaoğlu³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, İzmir

³İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü, İzmir

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi, Matematik ve Fen Bilimleri Eğitimi Bölümü, İzmir

⁵İzmir Ekonomi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir

⁶İzmir Büyükşehir Belediyesi, İzmir

⁷Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, İzmir

Giriş: Gelişmekte olan ülkelerde ishal ve yetersiz beslenme nedeniyle olan 2,4 milyon ölüm, hijyen, sanitasyon ve temiz içme suyuna erişimle önlenir. Okullarda içme suyuna, sanitasyona ve hijyene (WaSH) erişimin çocuk sağlığı ve eğitimi geliştirdiği gösterilmiştir. Okullarda WaSH hizmetlerine evrensel erişim; birçok ülkede su ve eğitim politikalarında Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (4 ve 6'da) ile yansıtılmıştır. Sağlık ve önleme programları, erken aşamada eğitim sistemine entegre edilirse umut vericidir. El yıkama, temel hijyen eğitimlerinin etkinliği nicel ve nitel ölçülebilir. Nitel araştırmaların amacı, bireyin-toplumun belirli konuya ilişkin eğilimlerini-deneyimlerini anlamaktır, "neden-nasıl" sorularına odaklanır. Nitel araştırmalarda amaçlı örnekleme tercih edilir. Bu çalışmada; sağlık ve eğitim alanında konusunda deneyimli eğitimcilerin iş birliği ile 13 yıl önce gerçekleştirilen TÜBİTAK tarafından desteklenen İzmir İli Yatılı Bölge Okullarında el yıkama-hijyen eğitiminin, nitel olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: El yıkama-temel hijyen eğitiminde yer alan eğitimcilerinin eğitimle ilgili deneyimlerini, algılarını, değerlendirmelerini araştıran nitel çalışma gerçekleştirildi. Amaçlı örnekleme, tipik olgular (eğiticiler) alındı. Yarı yapılandırılmış odak grup görüşmesi gerçekleştirildi. Görüşmeler kaydedildi, kayıtlar içerik analizi ile çözümlendi.

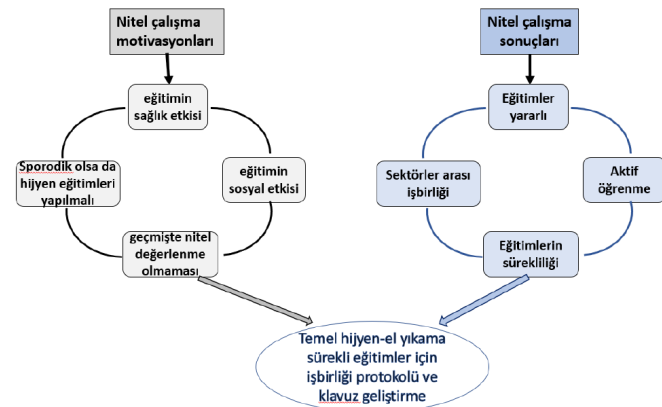
Nitel olarak sorulan 13 yıl önce gerçekleştirilen el yıkama ve temel hijyen eğitimi özellikleri: Eğitim programı TÜBİTAK 4005 programı ile desteklenmiştir. İzmir Yatılı Bölge okullarında eğitim yapıldı. Okulların seçiminde, kırsalda, yatılı, sosyo-ekonomik düzeyi düşük aile çocukları olması rol oynamış. Eğitimlerde farklı yaklaşımlar (aktif deneyimleme, tiyatro-kompozisyon, ödüllendirme, oyunlaştırma) uygulanmıştır. Nitel değerlendirme için veri toplama: Eğitimcilerle yarı yapılandırılmış, açık uçlu 8 soru soruldu, yanıtlar-tepkiler kaydedildi. Bildirilen görüşlerden, kodlar, temalar oluşturularak, katılımcı görüşleri ile açıklandı. Tematik analizle ana temalar belirlendi. İçerik analizinde betimlemeler ve temaların yorumlanması gerçekleştirildi.

Bulgular: Odak gruptaki 6 kişinin; 4'ü (2'si sağlık 2'si eğitim ve tiyatro alanından) ve 2'si eğitim organizasyonunda yer almıştır. Ek olarak eğitimler hakkında bilgi sahibi olan görüşmeyi yöneten 1 eğitimci ve sağlık alanından 1 gözlemci yer almıştır. Odak grup görüşmesinde yer alan 6 kişinin, okul eğitimleri ile deneyimli oldukları ve eğitimleri iyi gözlemleyip, çıkarımda bulunabilecekleri saptandı. Çözümlemeye eğitimlerle ilgili 6 tema (yararlı, etkileşimli, eğitim teknikleri aktif, öğrenci-okulların özellikleri, sürdürülebilirlik, yönetici ve öğretmenlerle iş birliği) farklılaşarak belirlendi.

Sonuç: İçerik analiz yorumunda deneyimleyerek, aktif öğrenme ve oyunlaştırma ile okullarda temel hijyen eğitiminin etkili olduğu, en önemli engellendi eğitimlerin sürdürülebilirliği ve iş birliği olanaklarının yetersizliği olduğu yorumuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Okulda sağlık eğitimi, el yıkama, nitel çalışma

Tablo 1. Temaların belirlenmesi		
Temalar	Kodlar	n
Eğitimler çok etkili ve yararlı	Eğitimlerin tümü faydalı	6
	Farklı ve detaylı eğitim teknikleri	5
	Eğitim içerikleri, teknikleri ilgi çekici	6
	Tiyatro, oyun ve yaparak öğrenme kalıcı	6
Eğitimlerde etkileşim karşılıklı	Katılımlı aktif öğrenme	6
	Birlikte oyunlarla öğrenme	4
	İlk kez tiyatro oyunu ile karşılaşma	4
	Eğitimlerin süresi etkileşime olanak sağlaması	2
Farklı eğitim teknikleri etkili eğitimlerin değerlendirmesi	Yaşa uygun ilgi çekici oyunlar	3
	Tiyatro ve drama ile mesajlar iletildi	6
	Yarışmalar, ilk kez karşılaşılacak aktif öğrenme	5
	Eğitimlerin değerlendirmelerinin olmaması	6
Öğrencilerin ve okulların özelliği	Yatılı bölge okulu, temizlik-hijyende sorunu olması	3
	Öğrencilerin ailesiz veya sorunlu aileleri olması	6
	Eğitim teknikleri ile ilk kez karşılaşma	6
Okul yönetimi- eğitimcilerinin eğitimlere destek ve katılımı	Eğitici denetim olarak algılanması	5
	Öğretmenlerin eğitimlere katılımının sınırlı olması	4
	Eğitici denetiminin gerçekleştirilememesi	6
	Eğitimler sonunda öğretmenlerin olumlu dönüşü	4
Eğitimlerin etkisi, kalıcılık ve sürdürülebilirlik	Tiyatro, oyun, aktif eğitimler, yarışmalar kısa sürede etkili	6
	Tiyatro, oyun, aktif eğitimler, yarışmalar kalıcılık sınırlı	5
	Sürekli eğitimler-müfredata entegrasyon sorunu	5



Şekil 1. Nitel araştırma motivasyonu ve sonuçlarından hedefe

[PS-166]

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin HPV Aşılama Durumu ve Aşılama Etkileyen Eşitsizlikler

Eylül Okuyucu¹, Ömer Numan Bulut¹, Ahmet Akdemir¹, İbrahim Çiftçi¹, İbrahim Yıldırım¹, Pembe Keskinöğlü², Şükran Köse³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, İzmir

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

Giriş: İnsan papilloma virüsü (HPV), en yaygın cinsel yolla bulaşan enfeksiyondur, genital siğillere neden olabilir. Serviks kanseri olgularının %99,7'sinde HPV-DNA izole edilmektedir. Kadınların %70-80'i yaşamları boyunca en az bir kez HPV ile enfekte olur. Serviks kanseri ve ölüm oranları düşük-orta gelirli ülkelerde yüksektir. Bu durum HPV aşısına, servikal tarama ve tedavi hizmetlerine erişim eksikliğinden kaynaklanan eşitsizlikleri yansıtmaktadır. Bu eşitsizliklerin, etnik köken, ekonomik durum vb. nedenlerden kaynaklandığı gösterilmiştir. Hastalık kontrolünde, birincil önlem hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesidir. Serviks kanserinde korunmada Avrupa kılavuzları, HPV aşılama odaklanmakta, aşılamanın ulusal programla uygulanması, hedef yaştan 10-13 olduğunu bildirmektedir. HPV aşı oranı sosyo-ekonomik gruplar arasında farklılık göstermektedir. Ebeveyn eğitimi, ekonomik durumu düşük, farklı etnik kökeni olan erişkinlerin aşılama oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde HPV aşılama ile ilgili farkındalık çalışmaları bulunmaktadır. Farkındalığı ve aşılama etkileyen eşitsizliklerle ilgili çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada HPV aşılama ile ilgili farkındalığı, aşılama etkileyen nedenler sosyo-ekonomik, kültürel, cinsiyete dayalı eşitsizlikler temelinde araştırıldı. Eşitsizlikler temelinde sağlığı koruyucu aşılama konusunda bu çalışma; Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma amaçlarından, sağlıklı ve kaliteli yaşam, eşitsizliklerin azaltılması kapsamındadır.

Gereç ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) tüm sınıfları temsil eden örnekte (180 öğrenci) kesitsel analitik bir çalışma gerçekleştirildi. Sonuç değişkeni aşılama durumu, etkileyen değişkenler bağımsız değişkenler ailenin ve sosyo-ekonomik durumu, serviks kanseri, HPV aşılama hakkındaki bilgilerini, tutumları analiz edildi. Kategorik veriler sayı, yüzde ile sayısal veriler dağılım özelliklerine göre ortalama $\pm$ sapma/ortanca (minimum-maksimum) ile sunuldu. Analitik olarak ki-kare, Mann-Whitney U test ile analiz edildi.

Bulgular: DEÜTF her dönemden katılan öğrencilerin 80'i (%44,4) kadın, 24'ünün (%18,9) aile geliri asgari ücret ve altı, annelerinin %35, babaların %24,4'ünün eğitimi ortaokul ve altında, %21,1'inin ailesinin yaşadığı yer köy-kasaba-ilçedir. %80,6'sı HPV ile ilgili ders almış, 157'si (%87,2) aşılama isterken yalnızca 21'i (%11,7) aşılanmıştır. Kadın öğrencilerin ve aile geliri asgari ücret 6 kat üzerinde olanların, bilgi düzeyi yüksek öğrencilerin aşılama oranları daha fazladır (p değeri 0,029, 0,045 ve 0,038). Aşı olmama nedenleri arasında en sık neden (%40) aşının pahalı olması, %17,8 bilgi eksikliği bildirildi.

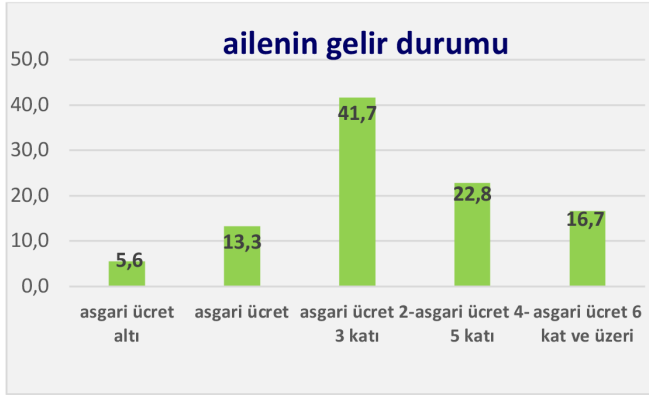
Sonuç: Ulusal aşılama programında olmayan, HPV aşısı ile ilgili tıp öğrencileri için de cinsiyet ve ekonomik eşitsizliği aşılama nedenidir. Ulusal aşı programlarının geliştirilmesi için konu ile ilgili hedef grubu geniş kapsayan çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: HPV, aşılama, eşitsizlik

$$n = \frac{Nz_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2(N-1) + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

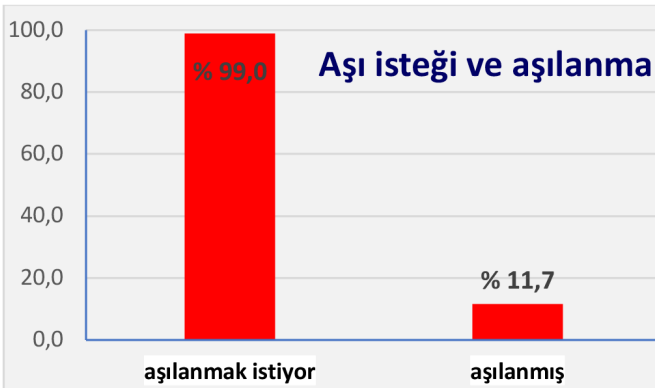
N=evren sayısı 2100
p= olma olasılığı
 $Z_{\alpha/2}^2=1.96^2$ (%95 güven sınırı)
d= kesinlik değeri=%5

Şekil 1. Örnek büyüklüğü formülü



Şekil 2. Ailelerin gelir durumu

Tablo 1. Aşılammada eşitsizlikle ilgili farklı bulunan özellikler			
Cinsiyet	n (%)	n (%)	p-değeri
Erkek	5 (5,0)	95 (95,0)	0,002
Kadın	16 (20,0)	64 (80,0)	
Ailenin gelir durumu			
Asgari ücret 3 kat ve altı	7 (23,3)	23 (76,7)	0,029
Asgari ücret 4 kat ve üzeri	14 (9,3)	136 (90,7)	
Ailenin yaşadığı yer			
İlçe-kasaba-köy	1 (2,6)	37 (97,4)	0,037
İl-büyükşehir	20 (14,1)	122 (85,9)	



Şekil 3. Aşı isteği ve aşılama

[PS-167]

Diyabetik Bir Olguda Nadir Bir Klinik Olan *Eikenella corrodens* Osteomyeliti

Ahmet Doğan, Ayşenur Can Adıgüzel, Zeynep Yıldırım,
Seda Karabulut

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

Giriş: *Eikenella corrodens*, insan ağız florasının kommensal mikroorganizmasıdır. Bu bakteri çocuklarda kemik ve eklem enfeksiyonlarında nadiren rapor edilir, ancak eklem fonksiyonu üzerindeki sonuçlar yıkıcı ve geri döndürülemez olabilir. Bu sunumda diabetes mellitus öyküsü olan orta yaş grubu bir olguda ayak parmağında *E. corrodens*'e bağlı osteomyelit olgusu bildirilmektedir.

Olgu: Özgeçmişinde hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve kronik böbrek hastalığı öyküleri olan 57 yaşında erkek hasta. Yaklaşık 1 yıldır sol ayak beşinci parmakta deriye fistüle, akıntılı yara ile enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Son bir haftadır yara çevresinde kızarıklık, şişlik ve hassasiyet başlamış. Hastanın ayrıca ara ara olan ateş, üşüme ve titreme şikayetleri mevcuttu. Bir süredir ayaktan, ismini hatırlamadığı bir antibiyotik kullanım öyküsü olan ve sistemik muayenede başka bir özelliği olmayan hasta interne edildi. Hastanın çalışılan laboratuvar parametreleri Tablo 1'de belirtilmiştir. Akıntılı bölgeden yara kültürü ve kan kültürü gönderildi. Piperasilin tazobaktam 3x4,5 gr intravenöz (iv) + siprofloksasin 2x400 mg iv başlandı. Başvuru esnasında veya takiplerinde ateşi olmayan hastanın yatışının dördüncü gününde yara kültüründe *E. corrodens* üremesi üzerine piperasilin tazobaktam stoplandı (Şekil 1). Çünkü üreyen izolat seftriakson, ampisilin, trimetoprim-sulfametoksazol ve siprofloksasin duyarlı idi. Bu nedenle siprofloksasin tedavisine devam edildi. Kan kültüründe üreme olmadı. Hastanın yatışı esnasında istenen manyetik rezonans görüntüleme yumuşak dokuda yaygın ödem ve lezyon bölgesinde osteomyelit ile uyumlu bulgular rapor edildi. Lezyon olan parmağın fizik muayenesinde soğukluk solukluk olması üzerine alt ekstremiteler arteriyel Doppler ultrasonografi istendi. Monofazik akım paterni tespit edilen hasta amputasyonu kabul etmedi (Şekil 2). Yatış esnasında depresyon ve hipertansiyon bulguları tespit edilen hasta ilgili branşlara danışılarak tedavisi düzenlendi. Hiperbarik oksijen tedavisi hakkında bilgilendirme ve yönlendirme yapıldı. Siprofloksasin 2x500 mg tablet ile poliklinik kontrol önerilerinde bulunularak taburcu edildi.

Sonuç: Diyabet öyküsü olan olguların *E. corrodens*'e bağlı ayak osteomyelitleri bildirilmiştir. Diyabet burada önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanıda anaerobik kültür faydalıdır. Ancak izolat özellikle anaerob ortamda yavaş ürettiği için gözden kaçabilir. Hızlı tanı ve etkin tedavi ile gelişebilecek komplikasyonların önüne geçmek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: *Eikenella corrodens*, diabetes mellitus, osteomyelit



Şekil 1. Agarda *Eikenella corrodens* kolonilerinin görünümü



Şekil 2. Sol ayağın beşinci parmağında nekroz ve fistüllerin cilde yanlara doğru açıldığı alanlar

Tablo 1. Olgunun yatış esnasında çalışılan laboratuvar parametreleri		
Değerler	Sonuçlar	Referans aralığı
Kan beyaz küre	14,49	4,5-11,0 K/ul
Hemoglobin	12,3	11,5-17,5 g/dl
Platelet	226	140-400 K/ul
Nötrofil	79,3	%40-66
Lenfosit	7,3	%25-46
Glukoz	177	75-100 mg/dl
C-reaktif protein	163	0-5 mg/l
Üre	59	12-42 mg/dl
Kreatinin	1,9	0,72-1,25 mg/dl
Alanin aminotransferaz	14	0-55 U/l
Aspartat aminotransferaz	17	5-34 U/l
Sedimentasyon	43	-
HbA1c	6,3	%4-6,5

[PS-168]

Kronik Hepatit B Olgularının Early Antijene Göre Retrospektif Değerlendirilmesi

Ahmet Doğan¹, Ahmed Mohamed Ali²

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

²Mogadişu-Somali-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Rize

Giriş: Bu tek merkezli, retrospektif, gözlemsel çalışmada 376 kronik hepatit B olgusunun retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Olguların verileri hastane bilgi işlem sisteminden elde edilmiştir. On sekiz yaşın altındaki hastalar ve HBe Ag bakılmayan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Olguların yaş, cinsiyet, hepatit B ELISA (Hb Ag, Anti-HBs, Hbe Ag), HBV-DNA polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) (kopya/ml), aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), histolojik aktivite indeksi (HAI), fibrozis, skorlama sistemleri (FIB-4 ve APRI), karaciğer ultrasonografisi ve tedavi durumları retrospektif olarak taranmıştır.

Bulgular: Olguların %54,3'ü erkek, %45,7'si kadındı. Yaş ortalaması 19-84 (48,93±12,78) idi. HBV-DNA PCR düzeyi (p=0,034) ve ALT (p=0,006) HBsAg kaybı ile anlamlı korelasyon göstermiştir. HBe Ag olguların %15,1'inde pozitif, %78,1'inde negatifti. Early antijen durumuna göre, iki grup arasında yaş (p=0,001), ilk başvurudaki HBV-DNA PCR kopya sayısı (p=0,001), AST (p=0,001), ALT (p=0,001) ve APRI skoru (p=0,011) açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. HBe Ag pozitif grupta tenofovir disoproksil fumarat (TDF) yüksek oranda başlanmış (p=0,001) ve tedavi değişikliğinde TDF ve tenofovir alafenamid fumarat (TAF) sıklıkla tercih edilmiştir (p<0,006). Karaciğer ultrasonografide steatoz+hepatomegali oranı özellikle HBe Ag pozitif grupta daha yüksekti (p=0,008). HBe Ag negatif olgularda yaş ile HAI (p<0,05) ve FIB 4 (p<0,001) değerleri arasında, HBe Ag pozitif olgularda ise FIB 4 (p<0,05) değerleri arasında pozitif korelasyon vardı. HBe Ag pozitif hastalarda HBV-DNA PCR ile karaciğer enzimleri arasında da pozitif bir korelasyon gözlenmiştir (p<0,05).

Sonuç: Early antijen kronik hepatit B'nin klinik sonuçlarını birçok yönden etkilemektedir. Yaş ve HBV-DNA kopya sayısı, erken antijen durumuna göre karaciğer enflamasyonunu ve tedavi ihtiyacını öngörmeye yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: HBe Ag, kronik hepatit b, prognoz

[PS-169]

Nöroşirürjik Cerrahi Sonrası *Candida* Menenjit Gelişen İmmünkompetan Nadir Bir Olgu

Ahmet Doğan, Emin Burak Eras

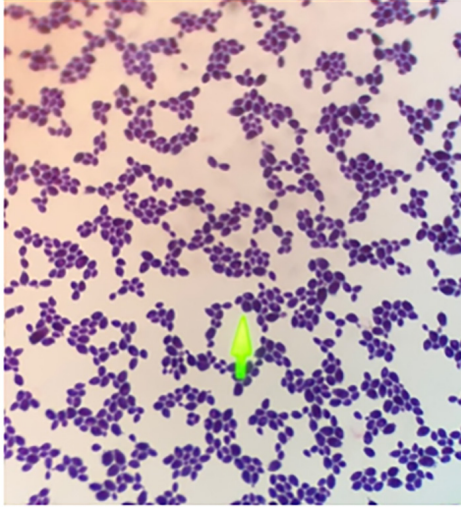
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: *Candida* menenjit sıklıkla prematüre yenidoğanlar, santral sinir sistemi cerrahisi yapılanlar ve immünoşüpresif hastalarda görülen nadir bir hastalıktır. Mortalitesi ve morbiditesi yüksektir. Bu yazıda subaraknoid kanama ile başvuran ve ekstrasventriküler drenaj (EVD) işlemi uygulanması sonrasında *Candida albicans* (*C. albicans*) menenjit gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş beş yaşında erkek hasta. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü dışında herhangi bir immünoşüpresif hastalık öyküsü olmayan olgu dış merkezden subaraknoid kanama şüphesi ile merkezimize kabul edilmiştir. Beyin bilgisayarlı tomografisinde yaygın subaraknoid hemoraji alanları izlenmesi üzerine 13 Aralık 2023 tarihinde opere edilip EVD takılmıştır. Yaklaşık bir hafta EVD takılı durumda kalan hasta, fayda görmediği için bir hafta sonra EVD çekilmiştir. Ekstrasventriküler drenaj kateteri çekildikten yaklaşık bir ay sonra menenjit şüphesi ile alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) kültüründe *C. albicans* ürettiği tespit edilmiştir (Tablo 1). Ayrıca sabouraud dekstroze agara yapılan ekimde üreyen izolatın yapılan Gram-boyamada *Candida* kolonileri ve mikroskopik 40'lık büyütmede mayalar gözlemiştir (Şekiller 1, 2, 3). Hücre sayımında ise eritrosit veya lökosit saptanmamıştır. Hastanın başvuru esnasındaki laboratuvar değerleri Tablo 2'de belirtilmiştir. Lomber ponksiyon yapılmadan iki gün önce ikinci kez EVD işlemi uygulanan olguya *C. albicans* izolatı için lipozomal amfoterisin b 5 mg/kg/gün dozda planlanmıştır. İzolat azollere dirençli olduğu için verilememiştir. Kontrol amaçlı aralıklı yapılan yedi BOS kültürünün dördünde aynı izolat tespit edilmiştir. Tekrarlı üremelerden dolayı ayrıca intratekal lipozomal amfoterisin b haftada 2 kez (her bir doz 1,5 mg) olacak şekilde tedaviye eklenmiştir. Toplam 28 gün intravenöz tedavi ve üç haftalık intratekal antifungal tedaviye rağmen hasta yeterli faydayı görmemiş ve ekscitus olmuştur.

Sonuç: *Candida* menenjit genelinde immünkompromize olgularda görülmekle birlikte nadiren immünoşüpresyon olmadan beyin cerrahi operasyonlarına sekonder görülebilmektedir. Yüksek doz iv ve intratekal lipozomal amfoterisin b tedavisine rağmen oldukça mortal seyreden bir klinik tablodur. Bu nadir olgunun gözden kaçırılmaması için dikkatli bir öykü, fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmesi şarttır.

Anahtar Kelimeler: *Candida*, intratekal tedavi, menenjit



Şekil 1. Gram-boyamada kandida kolonileri



Şekil 2. 40'lık büyütmede görülen kandida hifleri



Şekil 3. Sabouraud agar besiyeride üreme

Tablo 1. BOS kültüründen izole edilen etken patojen ve duyarlılık paterni

İzolat		
<i>C. albicans</i>	Sonuç	MIC değeri
Amfoterisin B	Duyarlı	1
Flukonazol	Duyarlı	≤0,5
Caspofungin	Duyarlı	≤0,12
Vorikonazol	Duyarlı	≤0,12
Micafungin	Duyarlı	≤0,06
MIC: Minimum inhibitör konsantrasyon		

Tablo 2. Olgunun başvuru esnasındaki laboratuvar değerleri

Laboratuvar parametreleri	Değerler
Kan beyaz küre (k/mcl)	8,5
Hemoglobin (g/dl)	14,6
Platelet (k/mcl)	209
Glukoz (mg/dl)	110
Üre (mg/dl)	32
Kreatin (mg/dl)	0,87
ALT	14
AST	36
ALP	95
GGT	19
LDH	410
CRP	9,4
Sedimentasyon	13
ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, ALP: Alkalın fosfataz, GGT: Gama glutamil transferaz, LDH: Laktat dehidrogenaz, CRP: C-reaktif protein	

[PS-170]

Sel Felaketinden Sonra Üç Leptospiroz Olgusu

Özlem Bayraktar Saral, Ebru Emel Sözen

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

Giriş: Şiddetli yağmurlar sonucu oluşan sel suları leptospiralar için uygun ortamlardır. Doğal felaketlerden sonra dere, akarsu ve kirli su birikintilerinin kenarında çıplak ayakla yürümek ve yiyeceklerin kemirici hayvanlar tarafından kontamine edilmesi hastalık için önemli risk faktörleridir. Bölgemizde görülen şiddetli yağmurların ardından ateş, sarılık, yaygın kas ağrısı şikayetleri ile acil servisimize başvuran üç olgunun leptospiroz tanısı almaları nedeniyle, afetlerden sonra leptospirozun farkındalığını artırmak amacımızdır.

Olgu 1: Seksen beş yaşında erkek hasta afetten yedi gün sonra, baygın halde bulunmuş. Bahçe işleri ile uğraşıyormuş. Fizik muayenesinde (FM) ve tetkiklerinde patolojik bulgular, genel durumu (GD) orta, deri ve skleralarda ikter, solunum seslerinde raller, trombosit $87.000/\text{mm}^3$, aspartat transferaz (AST) 86 U/l, total bilirubin (TBİL) 2,6 mg/dl, direkt bilirubin (DBİL) 1,6 mg/dl, kreatinin 1,1 mg/dl, C-reaktif protein (CRP): 265 mg/dl, akciğer grafisinde parakardiyal infiltrasyon saptandı. Hastaya seftriakson ve moksifloksasin tedavileri başlandı.

Olgu 2: Kırk iki yaşında kadın hasta afetten dört gün sonra, iki gündür süren ateşi, bulantı-kusma, baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, idrarda azalma ve koyu renk şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde ITP tanısı olan hasta bahçe işleri ile uğraşıyordu. FM ve tetkiklerinde GD orta, ateş $38,5^\circ\text{C}$, kan basıncı 110/80 mm/Hg, nabızı 95/dakika, deri ve skleralar ikterik, alt ekstremitelerde peteşial döküntü, akciğer seslerinde kabalaşma ve batında sağ üst kadranda hassasiyet lökosit $13.700/\text{mm}^3$, hemoglobin 10,1 gr/dl ve trombosit $17.000/\text{mm}^3$ AST 73 U/l, alanin aminotransferaz (ALT) 65 U/l, TBİL 16,96 mg/dl, DBİL 10,22 mg/dl, BUN 29,5 mg/dl, kreatinin 1,42 mg/dl, CRP 110,6 mg/dl, kreatinin kinaz (CK) 193 U/l idi. Hastaya ampirik olarak seftriakson ve metronidazol başlandı.

Olgu 3: Elli üç yaşında erkek hasta afetten 18 gün sonra, bir haftadır süren ateş, bulantı, kusma, baş ağrısı, kas, eklem ağrıları, idrarda azalma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde kronik hepatit B tanısı, mezarlıkta ve bahçede çalışma öyküleri vardı. FM ve tetkiklerinde GD orta-kötü, ateş $38,5^\circ\text{C}$, kan basıncı 145/60 mm/Hg, nabızı 87/dakika, deri ve skleralar ikterik, akciğer seslerinde ince raller, batında sağ üst kadranda hassasiyet, batin ultrasonografide safra kesesi etrafında minimal mayi, splenomegali, trombosit $8000/\text{mm}^3$, AST 343 U/l, ALT 201 U/l, TBİL 17,11 mg/dl, DBİL 10,22 mg/dl, BUN 60,0 mg/dl, kreatinin 4,94 mg/dl, CRP 143,6mg/dl, CK 829 U/l olarak saptandı. Hastaya ampirik olarak seftriakson ve metronidazol başlandı.

Sonuç: Olgularımız sel felaketi sonrası tespit edildiğinden afet sonrası gelişebilecek leptospirozis tanısının klinisyenlerce akılda tutulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Leptospirozis, weill sendromu

Tablo 1. Demografik veriler, bulgular ve etkenler

Demografik bilgiler	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3
Yaş/cinsiyet	80/E	42/K	53/E
Ko-morbidite	Yok	ITP	Kr. hepatit B
Meslek/uğraşı	Emekli/hafif bahçe işleri	Çay çiftçisi	Çay çiftçisi/mezar kazma öyküsü
Yaşadığı yer/bulunduğu bölge	Trabzon/Of	Trabzon/Araklı	İstanbul-Trabzon/Of
Sel tarihi/şikayetlerin başladığı tarih/tedavi başlangıç tarihi	7/?/1	4/2/1	18/7/1
Semptomlar			
Ateş	+	+	+
Bulantı/kusma	+	+	+
Konjunktival hiperemi	-	-	-
Solunum sıkıntısı	-	-	-
Baş ağrısı	+	+	+
Kas ve eklem ağrıları	+	+	+
Bulgular			
Sarılık	+	+	+
Döküntü	-	+	—
Hepatomegali/splenomegali	-	-/-	+/+
Böbrek yetmezliği	+	+	+
MAT testi/antikör titre pozitiflikleri			
<i>L. interrogans</i> serovar Icterohaemorrhagiae strain Winjberg	1/200	1/800	1/800
<i>L. biflexa</i> serovar Patoc strain Patoc	1/800	1/800	1/400
<i>L. interrogans</i> serovar Hardjo type Prajitno strain Hardjoprajitno	1/200		
Kr.: Kronik, MAT: Mikroskopik Agglütinasyon Testi, E: Erkek, K: Kadın, ITP: İmmün trombositopenik purpura			

[PS-172]

Bir Üniversite Hastanesinde Diyabetik Ayak Enfeksiyonu Tanısıyla İzlenen Hastaların Değerlendirilmesi

Rukiye Bulut, Rümeyza Çağan Kabak, Bahar Kandemir, İbrahim Erayman,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Diyabetik ayak enfeksiyonu (DAE) tanılı hastaların epidemiyolojik özellikleri, tedavi süreçleri ve sonuçlarını değerlendirerek bu alandaki bilgi birikimine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Ekim 2020 ile Kasım 2023 tarihleri arasında DAE tanısıyla takip edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenerek anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik bulguları ile tedavileri ve sonuçları kaydedildi ve SPSS 22.0 programında analiz edildi. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 129 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $61,3 \pm 9,8$ yıl olup %74,4'ü erkekti. Hastaların %55'inde diyabete ek komorbidite ve/veya diyabetle ilgili en az bir komplikasyon mevcuttu. Diyabetik ayak yaraları sınıflandırıldığında hastaların %46,5'i PEDIS 3 idi. Hastaların yara/derin doku kültür üremeleri, antibiyoterapiler, laboratuvar parametreleri ve tedavi sürelerinin dağılımı Tablo 1'de gösterildi. Hastaların %55,8'ine cerrahi bir amputasyon uygulanmadan antibiyotik tedavisi ve/veya debritleme yapıldığı tespit edildi. En sık kullanılan antibiyotik %72,9 oranında florokinolonlardı. Ortalama antibiyoterapi süresi $33,6 \pm 21,6$ gün olarak belirlendi. Lökosit düzeyi ile ülser varlığı ve boyutu arasında istatistiksel fark belirlendi ($p = 0,043$). Ülser varlığı ve boyutu ile osteomyelit varlığı arasında istatistiksel anlamlı fark belirlendi ($p < 0,001$). 2 cm ve üzerinde açık yarası bulunan hastalarda diğer gruplara göre florokinolon kullanım oranı az, piperasilin tazobaktam ve meropenem kullanım oranı ise anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Osteomyeliti olan ve cerrahi tedavi yapılan hastalarda piperasilin tazobaktam kullanım oranı yüksek bulundu (sırasıyla $p = 0,012$ ve $p = 0,043$). Osteomyelit varlığı ile tedavi süresi ve enfektif parametre düzeyleri arasında istatistiksel fark belirlenmedi ($p > 0,05$). PEDIS skoru yüksek olan hastalarda daha yüksek oranda cerrahi tedavi uygulandığı bulundu ($p = 0,004$). Sedimentasyon hızının cerrahi tedavi yapılanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızın en dikkat çekici sonucu, hastaların çoğunun amputasyon uygulanmadan antibiyotik tedavisi ve/veya debritleme ile iyileşmiş olmasıdır. Verilerimiz, ağır DAE ve osteomyeliti olan hastalarda tedavi stratejilerinin iyileştirilmesine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak enfeksiyonu, osteomyelit, tedavi

Tablo 1. Hastaların yara/derin doku kültür üremeleri, antibiyoterapiler, laboratuvar parametreleri ve tedavi sürelerinin dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yara/derin doku kültürü		
Kültür alınmamış veya üreme yok	23	17,8
Üreme saptanan		
Polimikrobiyal	20	15,5
Gram-pozitif	45	34,9
<i>S. aureus</i> (7MRSA/14MSSA)	21	16,3
Koagülaz negatif stafilokok	12	9,3
<i>Streptococcus pyogenes</i> / <i>Streptococcus agalactia</i>	3	1,6
Diğer Gram-pozitifler	9	7
Gram-negatif	41	31,8
<i>Enterobacter</i> spp.	14	10,9
<i>E. coli</i>	12	9,3
<i>P. aeruginosa</i>	8	6,2
<i>Proteus</i> spp.	5	3,9
<i>Klebsiella</i> spp.	2	1,6
Antibiyoterapi*		
Florokinolonlar	94	72,9
Teikoplanin	68	52,7
Piperasilin tazobaktam	38	29,5
Meropenem	17	13,2
Linezolid	13	10,1
Amoksisilin	5	3,9
Seftriakson	5	3,9
Tigesiklin	3	2,3
Sefazolin	3	2,3
Diğer	11	8,5
Laboratuvar parametreleri	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (minimum, maksimum)
Lökosit sayısı (103/ul)	$11,7 \pm 5,28$	10,65 (4-33,4)
Sedimentasyon veya ESH (mm/saat)	$60,82 \pm 32,11$	57 (2-140)
CRP (mg/l)	$103,65 \pm 88$	75 (2-341)
Tedavi süresi (gün)	$33,64 \pm 21,6$	28,5 (7-120)

*Çoğu hastada birden fazla antibiyotik kullanılmıştır, SS: Standart sapma, ESH: Eritrosit sedimentasyon hız

[PS-173]

HIV/AIDS ile Yaşayan Kişilerin Retrospektif AnaliziEnes Dalmanoğlu¹, Uğur Kostakoğlu², Tuba İlgar²,
İlknur Esen Yıldız², Ayşe Ertürk²¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

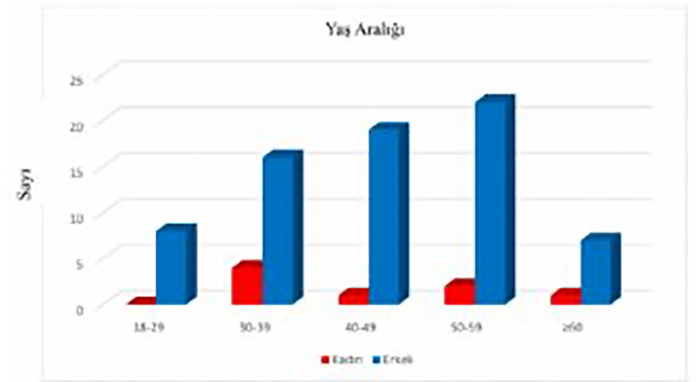
Giriş: Bu çalışmanın amacı, polikliniğimizde takip ettiğimiz insan immün yetmezlik virüs (HIV) enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin genel özelliklerini, bulaşma yollarını ve takipleri süresince sosyo-demografik, klinik ve laboratuvar verilerini değerlendiren ülkemizin epidemiyolojik verilerine katkıda bulunmaktır.

Gereç veYöntem: Bu çalışma, 1 Ocak 2003 ile 31 Aralık 2020 tarihleri arasında polikliniğimizde HIV/AIDS tanısı ile takip edilen 18 yaş ve üzeri 80 kişiyi kapsamaktadır. Hastaların sosyo-demografik verileri ve laboratuvar bulguları elektronik kayıt sisteminden ve hasta dosyalarından retrospektif olarak elde edilmiştir. HIV-RNA düzeyleri, hastalardan alınan plazma örneklerinden realtime polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi ile belirlenmiştir (Bosphore HIV-1 Quantification kit, Montania 4896). Olgular, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri tarafından 1993 yılında oluşturulan HIV/AIDS olgu tanımına uygun olarak sınıflandırılmıştır. Çalışma için etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Seksen hastanın 72'si erkekti ve yaş ortalaması 44,98±12,76 yılı (18-71 yıl). Hastaların çoğunda (%57,5) tanı, rutin kan testlerinin analizi ile konulmuştur. En yaygın bulaşma şekli, olguların %75'ini oluşturan heteroseksüel ilişkiydi. Altı hastanın HBSAg, 2 hastanın anti-HCV, 18 hastanın TPHA, 14 hastanın RPR sonuçları pozitif saptandı. Kliniğimize ilk başvuru sırasında, hastaların 25'inde (%31,25) mutlak CD4+ T lenfosit sayı 200 hücre/mm³'ün altında, 16'sında (%20) 100 hücre/mm³'ün altında ve 12'sinde (%15) 50 hücre/mm³'ün altındaydı. Tanı anında HIV-RNA verileri mevcut olan 80 hastanın ortanca HIV-RNA düzeyi 149.646 (minimum, maksimum, 0-507.800) IU/ml idi. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri tarafından belirlenen kriterlere uygun olarak, 66 olgu evre A, 1 olgu evre B ve 13 olgu evre C olarak sınıflandırılmıştır. En sık kullanılan antiretroviral tedavi rejimleri, olguların %28,75'inde tenofovir alafenamid + emtrisitabin + kobisistat + elvitegravir ve %21,25'inde tenofovir disoprosil fumarat + emtrisitabin + dolutegravir olmuştur. En sık görülen fırsatçı enfeksiyonlar oral kandidiyaz (%6,25), tüberküloz (%5), sitomegalovirüs (%3,75), kriptokokal menenjit (%2,5), serebral toksoplazmoz (%1,25) olmuştur. İki Kaposi sarkomu ve 1 non-Hodgkin lenfoma olgusu AIDS ile ilişkili maligniteler olarak tanımlanmıştır.

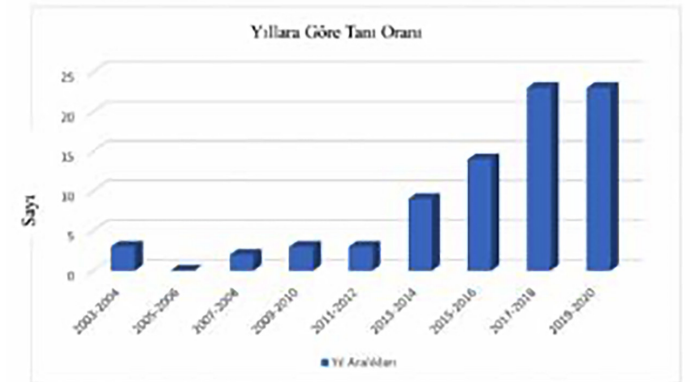
Sonuç: Sonuç olarak, HIV/AIDS enfeksiyonunun kontrol altına alınmasında erken tanı, etkili tedaviye erişim ve düzenli takip temel unsurlar olmaya devam etmektedir. Bu retrospektif analiz, ülkemizdeki HIV/AIDS epidemiyolojisinin daha iyi anlaşılmasına ve ileriye dönük koruyucu sağlık politikalarının oluşturulmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu, epidemiyoloji

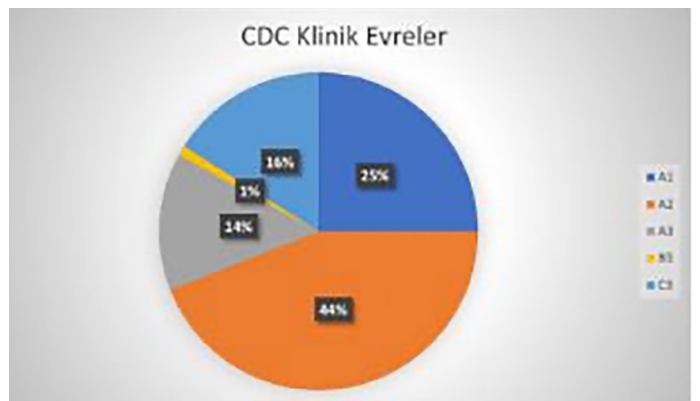


Şekil 1. Cinsiyete göre HIV ile yaşayan kişilerin yaş aralıkları

HIV: Immün yetmezlik virüs



Şekil 2. Hastaların yıllara göre tanı oranları



Şekil 3. Tanı anında hastaların CDC klinik evreleri

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri

Tablo 1. HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin sosyo-demografik özellikleri ve laboratuvar bulguları

Cinsiyet	HIV/AIDS ile yaşayan kişiler (n=80) n (%)
Erkek	72 (90,0)
Kadın	8 (10,0)
Eğitim durumu	
İlkokul	37 (46,2)
Ortaokul	17 (21,2)
Lise	14 (18)
Üniversite	12 (15)
Medeni durum	
Evli	49 (61,2)
Bekar	31 (38,75)
Sigara-alkol kullanımı	
Sigara içenler	65 (81,3)
Alkol tüketenler	52 (65)
Hastalığın olası bulaş yolu	
Heteroseksüel cinsel ilişki	60 (75)
Homoseksüel cinsel ilişki	9 (11,25)
Tatuaj şüphesi	2 (2,5)
Bilinmiyor	9 (11,25)
Mesleki durum	
İnşaat işçisi	11 (13,8)
İşsiz	9 (1,3)
Garson	7 (8,8)
Gemi adamı	6 (7,5)
Ev hanımı	5 (6,3)
Uzun yol şoförü	4 (5)
Diğer*	38 (47,5)
İlk tanı nasıl oldu?	
Rutin tarama	38 (47,5)
Üst solunum yolu enfeksiyonu etiyolojisini araştırılırken	22 (27,5)
Deri lezyonlarının etiyolojisini araştırılırken	10 (12,5)
Tükenmişlik sendromu	8 (10)
İshal etiyolojisini araştırılırken	2 (2,5)
Kişilerin uyrukları	
Türk	78 (97,5)
Gürcü	1 (1,25)
Özbek	1 (1,25)
Kemik dansitometrisi	
T-skoru ≥ -1 (normal)	56 (70)
T-skoru -1 ile -2,5 arasında (osteopeni)	20 (25)
T-skoru $< -2,5$ (osteoporoz)	4 (5)
Tanı anında CD4+ T lenfosit sayısı	
< 200 hücre/mm ³	25 (31,25)
≥ 200 hücre/mm ³	55 (68,75)
Tanı anında HIV-RNA seviyesi	
< 100.000 IU/ml	30 (37,5)
≥ 100.000 IU/ml	50 (62,5)

*: Berber, serbest meslek sahibi, öğrenci, esnaf, öğretmen, polis, çiftçi

[PS-174]

Bruselloz Hastalarında Tedavi Öncesi ve Sonrası Laboratuvar Parametrelerinin Karşılaştırılması

Aslı Vatan, Oğuz Karabay, Yasin Kara, Ertuğrul Güçlü, Aziz Öğütlü
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya

Giriş: Bu çalışmada, brusellozlu hastalarda tedavi öncesi (TÖ) ve sonrası (TS) hematolojik ve enflamatuvar parametrelerdeki değişiklikler ve bunların klinik izlemdeki yeri incelendi.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde 2014-2024 arasında *Brucella* tüp aglütinasyon testi $\geq 1/160$ olan ve en az altı hafta tedavi alan hastalar retrospektif olarak incelendi. TÖ ve TS eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), beyaz kan hücresi (beyaz küre), platelet (PLT), nötrofil, monosit, lenfosit, hemoglobin, C-reaktif protein (CRP), nötrofil/lenfosit oranı (NLR), platelet/lenfosit oranı (PLR), sistemik immün enflamatuvar indeks (SII), sistemik immün yanıt indeksi (SIRI), lenfosit/monosit oranı (LMR), monosit/lenfosit oranı (MLR) gibi enflamatuvar belirteçler ve hematolojik parametreler karşılaştırıldı. SIRI: (nötrofil * monosit)/lenfosit, SII: (PLT* nötrofil)/lenfosit formülüyle hesaplandı. Kantitatif değişkenler Student t-testi ve kalitatif değişkenler chi-square testi ile karşılaştırıldı. P değeri $< 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışma döneminde ilgili kriterlere uyan 43 hasta (25 erkek, 18 kadın, yaş ortalaması 51 ± 13) tespit edildi. TS ESR ($35 \rightarrow 21,7$ mm/saat, $p=0,02$), nötrofil ($5049/\mu\text{l} \rightarrow 3829/\mu\text{l}$, $p=0,003$), monosit ($529/\mu\text{l} \rightarrow 453/\mu\text{l}$, $p=0,02$), PLR ($142 \rightarrow 125$, $p<0,00001$), SII ($742 * 10^3/\mu\text{l} \rightarrow 522 * 10^3/\mu\text{l}$, $p=0,03$) SIRI ($1,534 * 10^3/\mu\text{l} \rightarrow 0,876 * 10^3/\mu\text{l}$, $p=0,007$) değerlerinde anlamlı azalma gözlemlendi. CRP, beyaz küre, NLR, LMR, MLR ve PLT/mean platelet volüm gibi parametrelerdeki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

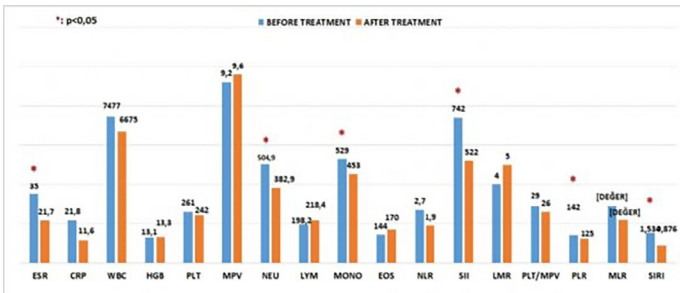
Sonuç: TS ESR, nötrofil, monosit, PLR, SII ve SIRI değerlerindeki düşüşler, enflamatuvar yanıtın azaldığını ve tedavinin etkinliğini göstermektedir. PLR, SII ve SIRI gibi yeni biyomarkerler, tedavi yanıtının izlenmesinde faydalı olabilir. CRP gibi klasik belirteçlerde anlamlı değişiklik olmaması, *Brucella*'nın hücre içi patojen olmasından kaynaklanabilir. Bruselloz tedavisi sonrası bazı enflamatuvar parametrelerdeki düşüşler, bu belirteçlerin tedavi etkinliğini izlemek için kullanılabileceğini göstermektedir. Daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, sistemik enflamatuvar yanıt indeksi, sistemik immün enflamasyon indeksi

Tablo 1. Bruselloz olgularının tedavi öncesi ve sonrası parametreleri

Parametre	Tedavi öncesi (n=43)	Tedavi sonrası (n=43)	p-değeri
SAT (Median)	1/640	1/320	0,38
ESR, mm/h	35,0	21,7	0,02
CRP, mg/l	21,8	11,6	0,10
Beyaz küre, / μ l	7477	6675	0,06
HGB, g/dl	13,1	13,3	0,48
PLT, $\times 10^3/\text{mm}^3$	261	242	0,16
MPV, fL	9,2	9,6	0,38
NEU/ μ l	5049	3829	0,003
Lenfosit/ μ l	1982	2184	0,09
MONO/ μ l	529	453	0,02
EO/ μ l	144	170	0,18
NLR	2,7	1,9	0,31
SII, $\times 10^3/\mu$ l	742	522	0,03
LMR	4,0	5,0	0,18
PLT/MPV, $\times (10^9/\text{l})/\text{fl}$	29	26	0,08
PLR	142	125	<0,00001
MLR	0,29	0,22	0,08
SIRI, $\times 10^3/\mu$ l	1,534	0,876	0,007

SAT: Serum tüp aglütinasyon testi, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, Beyaz küre: Beyaz kan hücresi sayısı, HGB: Hemogloblin, PLT: Platelet sayısı, MPV: Ortalama platelet hacmi, NEU: Nötrofil sayısı, MONO: Monosit sayısı, EOS: Eozinofil sayısı, NLR: Nötrofil/lenfosit oranı, PLR: Platelet/lenfosit oranı, MLR: Monosit/lenfosit oranı, LMR: Lenfosit/monosit oranı, PLT/MPV: Platelet/ortalama platelet hacmi, SII: Sistemik immün enflamatuvar indeks, SIRI: Sistemik immün yanıt indeksi

**Şekil 1. Bruselloz hastalarında parametrelerin tedavi öncesi ve sonrasındaki değişimi**

SAT: Serum tüp aglütinasyon testi, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-reaktif protein, Beyaz küre: Beyaz kan hücresi sayısı, HGB: Hemogloblin, PLT: Platelet sayısı, NEU: Nötrofil sayısı, MONO: Monosit sayısı, EOS: Eozinofil sayısı, NLR: Nötrofil/lenfosit oranı, PLR: Platelet/lenfosit oranı, MLR: Monosit/lenfosit oranı, LMR: Lenfosit/monosit oranı, PLT/MPV: Platelet/ortalama platelet hacmi, SII: Sistemik immün enflamatuvar indeks, SIRI: Sistemik immün yanıt indeksi

[PS-177]

Oral Aftöz Ülserlerin ve Larenjitin Eşlik Ettiği Doksisisikline Bağlı Özefajit Olgusu

Mehmet Ali Tüz, Derya Tuna Ecer, Gülce Eylül Aldemir, Muhammet Öksüzöğlü

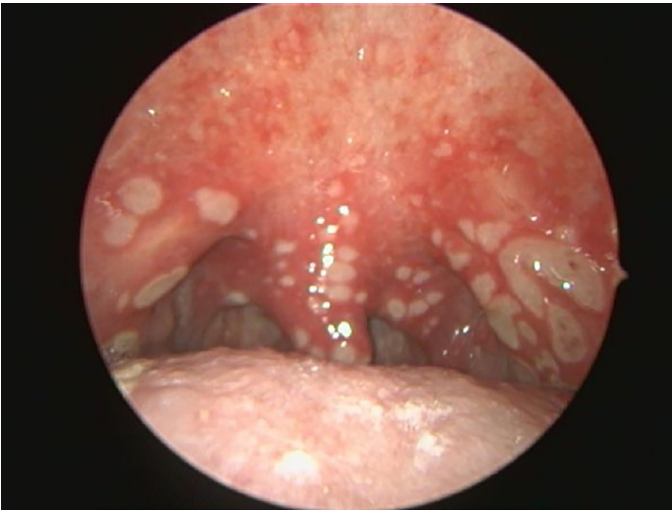
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş: Ülkemizde *Brucella* enfeksiyonu sık görülmektedir. Rehberlerde bruselloz tedavisinde çoğunlukla doksisisiklin içeren tedavi rejimleri önerilmektedir. Bu yazıda doksisisikline bağlı özefajite eşlik eden larenjit ve oral aftöz ülserler ile başvuran bir olgu sunulmuştur.

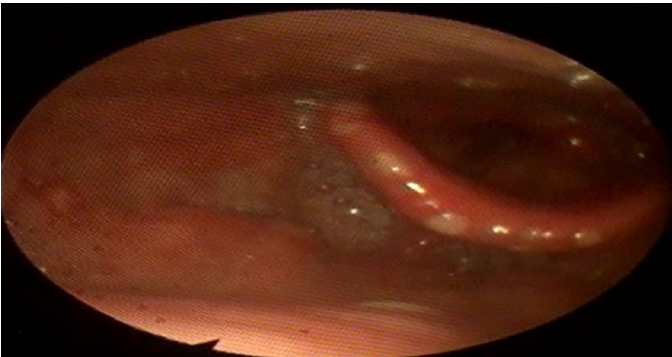
Olgu: Hayvancılık ile uğraşan 33 yaşında erkek hasta ateş yüksekliği, gece terlemesi ve bel ağrısı şikayetleriyle polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede genel durum orta, ateş: 37,8 °C, diğer vital bulgular ise stabil saptandı. Ek patolojik fizik muayene bulgusu saptanmadı. Yapılan tetkiklerde beyaz küre sayısı (beyaz küre): 7.500/ μ l, hemogloblin: 15 g/dl, trombosit sayısı: 369.000/ μ l, C-reaktif protein (CRP): 68 mg/l, sedimentasyon: 80 mm/sa, *Brucella* rose bengal testi pozitif, *Brucella* wright testi 1/320 titrede pozitif saptandı. Lomber vertebraların manyetik rezonans görüntülemesinde spondilodiskit ile uyumlu bulgular görülmesi üzerine *Brucella* spondilodiskiti tanısıyla hastaya gentamisin 1x5 mg/kg, rifampisin 1x600 mg, doksisisiklin 2x100 mg başlandı. Gentamisin 1 haftaya tamamlanıp kesildi, oral rifampisin ve doksisisiklin tedavisi ile toplam tedavinin 12 haftaya tamamlanması planlanarak hasta taburcu edildi. Ayaktan tedavinin 4. gününde hasta boğaz ağrısı ve yutkunmada zorlanma şikayetleri ile başvurdu. Oral kavitenin fizik muayenesinde yumuşak damak ve uvulada erode beyaz renkli çok sayıda aftöz ülser görüldü. Laringoskopik ve endoskopik değerlendirmede de larinks ve özofagusta yaygın benzer aftöz ülser lezyonlar görüldü (Şekil 1). Hastanın ilaç kullanımı sorgulandığında önerilenin aksine doksisisiklin aldıktan sonra hemen sırtüstü yattığı öğrenildi. Antimikrobiyal tedaviye ara verilerek oral lidokainli gargara başlandı ve bol sıvı tüketimi önerildi. Lezyonlardan yapılan örneklemede Gram-boyamada bakteri görülmedi, rutin bakteri ve mantar kültüründe üreme olmadı. Bir hafta sonra şikayetlerinin düzelmesi ve bulgularının gerilemesi üzerine hastaya oral rifampisin ve doksisisiklin tedavisi tekrar başlandı. Doksisisiklin alımı sonrası en az 2 saat dik oturması ve doksisisiklini bol sıvı ile alması tekrar önerildi. Takibinde şikayetleri tekrarlamayan hastanın toplam tedavisi 12 haftaya tamamlandı. Tedavi sonunda kan tetkiklerinde beyaz küre: 7.400/ μ l, CRP: 4 mg/l, sedim: 17 mm/sa saptandı.

Sonuç: Doksisisikline bağlı özefajit sık bildirilen bir yan etkidir ve özellikle *Brucella* tedavisinde göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların çoğunda yatar pozisyonda ve az sıvı ile ilaç alma öyküsü vardır. İlaç kesildikten sonra çoğu hastada 1 hafta içinde semptomlar düzelir.

Anahtar Kelimeler: *Brucella*, doksisisiklin, özefajit



Şekil 1. Oral aftöz ülserler



Şekil 2. Larinks ve epiglotta aftöz ülserle lezyonlar

[PS-178]

Measles Resurgence in Nakhchivan, Azerbaijan

Dilruba Garashova¹, Sona Alizada¹, Turkana Mammadli¹, Tahira Mammadova¹, Nazmin Allahverdiyeva¹, Pari Aliyeva², Sheyda Shikhaliyeva³

¹Center for Infectious Diseases, Clinic of Infectious Diseases, Nakhchivan, Azerbaijan

²Center for Infectious Diseases, Clinic of Infectious Diseases; Nakhchivan State University Faculty of Medicine, Department of General Medicine and Clinical Sciences, Nakhchivan, Azerbaijan

³Nakhchivan Autonomous Republic Public Health Service, Nakhchivan, Azerbaijan

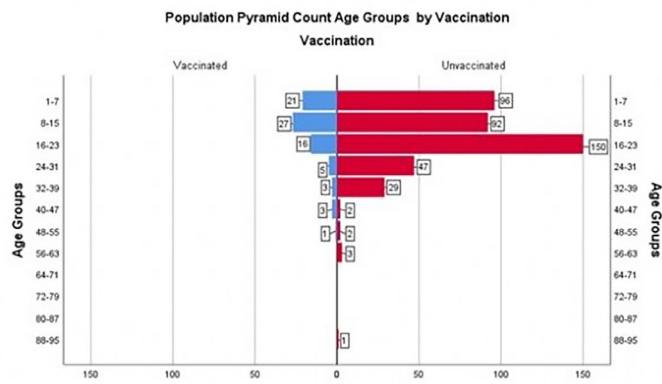
Objective: This study aimed to assess vaccination rates, identify potential barriers to vaccination, and compare the correlation between vaccination status and clinical severity among individuals affected by the measles outbreak in our region between autumn 2023 and spring 2024.

Materials and Methods: This retrospective observational study utilized data from medical records of outpatient and inpatient cases clinically diagnosed and reported with measles at the region's sole infectious diseases center. Due to the absence of a shared vaccination record system, patient lists were sent to provinces to obtain vaccination information. SPSS 26 and R programs were used for data processing, and descriptive statistics were performed.

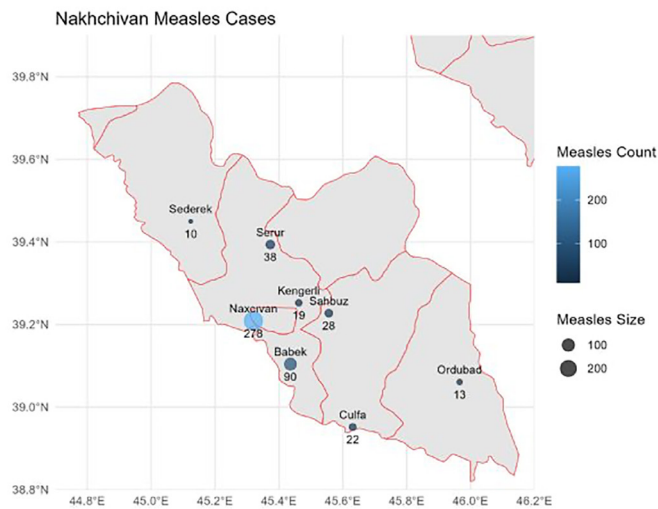
Results: Four hundred and ninety eight patients were included, with a mean age of 15.7 ± 10.5 ; 242 were hospitalized. Patients presented with fever and maculopapular rash, and were clinically diagnosed with measles. Due to limited laboratory facilities, cases could not be laboratory-confirmed. Among patients, 282 (56.6%) were male and 216 (43.4%) were female. 33.3% were aged 16-23, and 91.2% were under 31. 150 of 166 patients aged 16-23 were unvaccinated. Complications developed in seven unvaccinated patients (1.41%), including pneumonia, otitis, sphenoiditis-mastoiditis, sepsis, and encephalitis. The patient diagnosed with encephalitis died.

Conclusion: The relationship between vaccination status and clinical severity could not be investigated due to insufficient patient record information. The measles vaccination period for the most affected and unvaccinated age group coincided with the war and blockade period, demonstrating the devastating impact of these events on vaccination and public health. Healthcare professionals' recommendations were noted as a factor in vaccine refusal. Strengthening the vaccination record system, implementing public awareness education, evaluating the need for repeat measles vaccination, and conducting a comprehensive seroprevalence study are necessary.

Keywords: Measles, measles vaccination, vaccine refusal

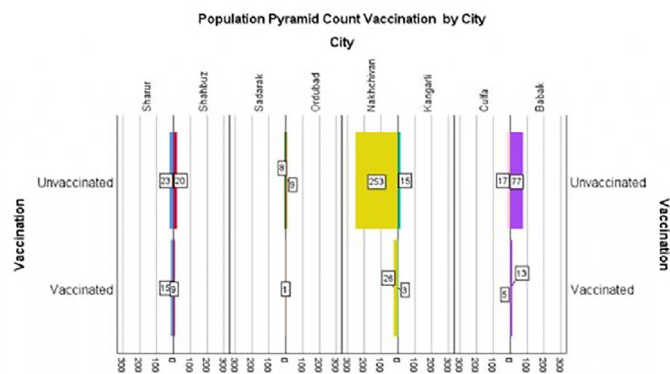


Şekil 1. Vaccination status by age group in patients with known vaccination status



Şekil 2. Measles Case Distribution Across Provinces in Nakhchivan

Variables	Number (n=498)	%
Cinsiyet		
Male	282	56.6
Female	216	43.4
Age groups		
1-7	117	23,5
8-15	119	23.9
16-23	166	33.3
24-31	52	10.4
32-39	32	6.40
40-47	5	1.0
48-55	3	0.60
56-63	3	0.60
88-95	1	0.20
Pregnancy		
Yes	1	
No	215	
Admitted to hospital		
Yes	242	49
No	256	51
Vaccination status		
No	60	12
Unknown	362	72.7
1 dose	25	5.0
2 doses	51	10.2



Şekil 3. Population pyramid count vaccination by City

[PS-179]

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2013-2024 Yılları Arasında Anti-HCV Serolojisi İstenen Hastaların Değerlendirilmesi

Veysel Akça, Turhan Togan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla

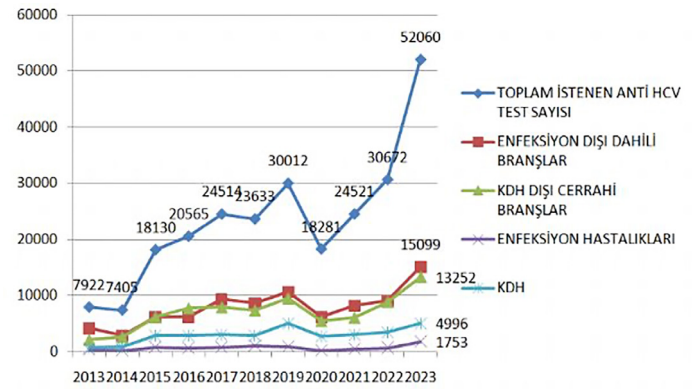
Giriş: Pandemi ve etkin doğrudan etkili antiviral (DEA) tedaviye bağlı yıllara göre hepatit C prevalansının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizden son 11 yılda istenen tüm anti-hepatit C virüs (HCV) testleri incelendi. İstemler, istendiği birime göre gruplandırıldı. Hangi yılda hangi birimden kaç test istendiği ve pozitiflik oranları ayrı ayrı değerlendirildi. Mükerrer test istemleri çalışmadan çıkarıldı. Her kişiden istenen sadece 1 test çalışmaya dahil edildi. Anti-HCV titre değeri 5'in üstünde, HCV-RNA istenen ve daha önce HCV-RNA pozitifliği olan kişiler, HCV pozitif olarak değerlendirildi.

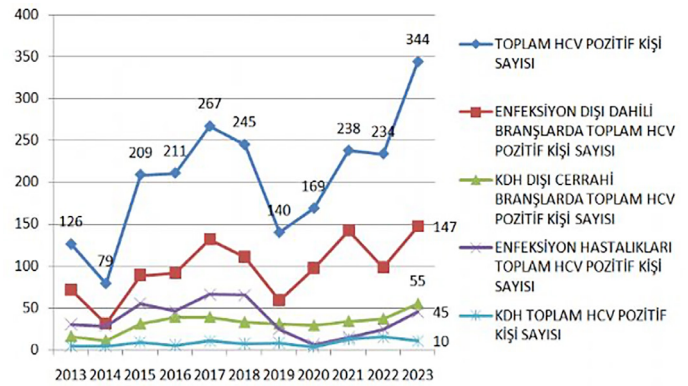
Bulgular: Test istenen kişilerin yaş ortalaması yıllar içinde 42,84-48,87 arasında değişkenlik gösterdi. Tetkik istem sayısı 7.405-52.060 arasında değişkenlik göstermekte, 2013-2020 arası istem sayısında artış saptandı. Bu artış pandemi ile azalmış ve 2021'den sonra yine test istemlerinde artış gözlemlendi. Verilerde birimlerden en çok istemlerin yapıldığı 4 grup grafik analizine dahil edildi. Enfeksiyon dışı dahili branşlar, kronik diyaliz hastalığı (KDH) dışı cerrahi branşlar, enfeksiyon hastalıkları ve KDH olarak 4 ana grup verisi ayrı incelendi. Dört gruptan en çok istem enfeksiyon dışı dahili branşlardan ve en az istem ise enfeksiyon hastalıklarından yapılmıştır. Toplam anti-HCV pozitif saptanan kişi sayısı 2013-2018 arasında artış göstermiştir. 2019'da olgu sayısında azalma gözlemlenmiştir. Pandemiyle birlikte tekrar olgu sayılarında artış saptanmıştır. Dört grup arasında en çok pozitif test enfeksiyon dışı dahili branşlarda ve en az KDH saptanmıştır. Yıllık olarak 2020'den itibaren anti-HCV pozitif kişi sayısında artış olmaya devam etmiştir. İstenen testlere göre pozitiflik yüzdesi 2013-2018 arası benzer seyretmekle beraber 2019'da %0,46'ya düşmüştür. 2020'de yine pandemiyle artış olmakla birlikte 2020-2023 yıllarında bu artışta yüzdesel azalma saptanmıştır. Dört grupta istenen testlerde en yüksek pozitiflik yüzdesi enfeksiyon hastalıklarında en düşük KDH hastalıklarında saptanmıştır. Pandemi öncesi KDH hastalıklarında %0,01-0,11 arasında seyretmekteyken pandemiyle %0,4 kadar artış gözlemlenmiştir. Benzer şekilde 2020-2023 yıllarında bu artışta azalma saptanmıştır.

Sonuç: 2019'da bu azalmaya glekaprevir+pibrentasvir tedavisinin geri ödeme kapsamına girmesinin etkisi olabileceği düşündürmüştür. Etkin direkt etkili antiviral (DEA) tedavilerin HCV tedavisinde ne kadar önemli olduğunu desteklemiştir. Pandemi döneminde birçok bulaşıcı hastalığın arttığı bilindiği gibi HCV olgularında da artış olduğu gösterilmiştir. Etkin DEA tedavilere ve yüzdesel bazda pozitifliklerde azalma olmasına rağmen, pozitif kişi sayısında artış olmaktadır. Bu nedenle HCV taramasında test sayısının artışı önemli olsa da hala yeni olgular açısından dikkatli olunması gerektiği çalışmamızda desteklenmiştir.

Anahtar Kelime: HCV, DEA tedavisi, pozitiflik oranı



Şekil 1. Çalışma sonuçları



Şekil 2. Çalışma sonuçları

[PS-180]

HIV ile Yaşayan Bireyde PJP ve *P. aeruginosa* Bağlı Pnömoni Olgusu

Veysel Akça, Turhan Togan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla

Giriş: Pneumocystis jirovecii zatürresi (PJP) pnömonisinde klinik yanıt alınamadığında, başka mikroorganizmalara bağlı klinik kötüleşme gözlenebilmektedir. Biz olgumuzda PJP haricinde etkenlerin tedavi açısından değerlendirildiği olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: Kırk yaş erkek, 7 yıldır insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) açısından antiretroviral tedavi kullandığını ifade etti. Son 2 yıldır B-F-TAF kullandığını, ancak son 2 aydır ilacı kullanmadığını belirtti. Polikliniğe öksürük balgam, 1 aydır giderek artan nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Ek şikayet tariflenmedi. Oskültasyonla solunum sesleri genel olarak azalmış, bilateral ralleri mevcuttu. Hastanın son 3 gündür ateşi 38, 2-39 °C arasında seyretmiş. Başvurusunda 38,7 °C olarak ölçüldü. Hastada laboratuvar testlerinde HIV-RNA 31,447 IU/ml CD 4 %4 (48), C-reaktif protein 66 mg/l ve hemoglobin 10,8 olarak sonuçlandı. Hastanın dış merkezde geçmiş CD4 % değerleri, %5-18 ve HIV-RNA değerleri 293-1.000.0000 IU/ml arasında dalgalı seyretmiş. Hasta takip ve tedavi için yatırıldı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT) raporun yaygın buzlu cam ve alveolar hemoraji olarak sonuçlandı. Pneumocystis jirovecii enfeksiyonuna bağlı akciğer iltihabı (zatürre) açısından

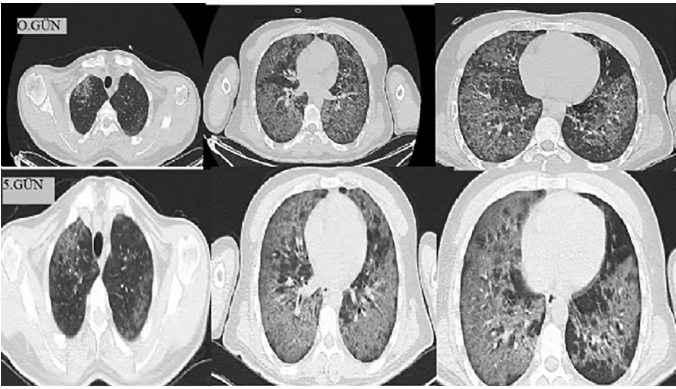
ko-trimaksazol 3x15 mg/kg gün, 40 mg prednol ve bakteriyel pnömoni açısından piperasin-tazobaktam 3x4,5 gr başlandı. Bronkoskopi planlandı. Pulmoner emboli ekartasyonu için görüntüleme yapıldı, olağan saptandı. Kan, idrar ve balgam kültürü alındı. Beşinci günde kültürlerinde üreme olmadı. Beş gün tedaviye rağmen ateşlerinin sebat etti. Genel durumunda bozulma olması üzerine tedavide piperasin-tazobaktam kesildi. Meropenem ve vankomisin tedaviye eklendi. Aynı gün bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopiden balgam kültürü, ayrı olarak da tüberküloz ve PJP için tetkikler gönderildi. Aynı gün sitomegalovirüs (CMV) polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) istendi. Tedavi değişiminden 48 saat sonra hastanın ateşi geriledi. CMV PCR 2 gün sonra 19.350 kopya/ml olarak sonuçlandı. Klinik yanıt olduğu için CMV tedavisi başlanmadı. Bronkoskopiden 4 gün sonra PJP PCR ve antijen pozitif olarak saptandı. Aynı zamanda alınan bronkoalveoler lavaj (BAL) kültüründe sadece meropenem duyarlı *P. aeruginosa* ve *Cryptococcus neoformans* üremesi oldu. *Pseudomonas* etken sayılarak vankomisin kesildi. Takip eden süreçte *Pseudomonas* için tedavi 10 günde kesildi. PJP tedavisi 21 güne tamamlandı. Tüberküloz açısından gönderilen testler negatif sonuçlandı. PJP tedavisinin 21. günde kontrol BT çekildi. Klinik, radyolojik ve laboratuvar olarak iyileşen hasta taburcu edildi.

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde BAL kültürü, kliniğe neden olan asıl etkenleri saptamak için önemlidir. Balgam kültüründe üremesi olmayan ve CMV-PCR pozitif olan kişilerde CMV tedavisi verilmektedir. Olgumuzda CMV tedavisi verilmemiştir. Kişi BAL kültüründe üreyen *P. aeruginosa* ve PJP yönelik tedaviyle iyileşmiştir. Ancak CMV'nin etken olabileceği de akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, PJP, pseudomonas

Tablo 1. Laboratuvar sonuçları

	0. gün	3. gün	5. gün	7. gün	10. gün	14. gün	21. gün
Beyaz küre	9660	9360	4540	3900	4560	6940	5950
LNF#	880	850	560	380	370	330	320
NEU#	8280	8150	3890	3300	3880	6270	5040
CRP mg/l	85	88	110	44	20	6	3
Fibrinojen	436	445	470	380	360	210	140
LDH	380	392	665	417	320	240	142
D-dimer	1072	1844	4501	4109	2314	1004	551
Kültür PCR	Kan kx: Üreme yok İdrar kx: Üreme yok Balgam kx: Üreme yok		Tüberküloz testleri: negatif PJP antijen ve PCR pozitif BAL kx: <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (Meropenem duyarlı sadece) <i>Cryptococcus neoformans</i> üremesi		Balgam kx: Üreme yok		Balgam kx: Üreme yok
Tedavi	Ko-trimaksazol 15mg/kg Pip-Taz 3x4,5 gr Prednizolon 40 mg	Ko-trimaksazol 15 mg/kg Pip-Taz 3x4,5 gr Prednizolon 40 mg	Ko-trimaksazol 15 mg/kg Meropenem 3x1 gr Vankomisin 2x1 gr Prednizolon 40 mg	Ko-trimaksazol 15 mg/kg Meropenem 3x1 gr Prednizolon 40 mg	Ko-trimaksazol 15 mg/kg Meropenem 3x1 GR Prednizolon 20 mg	Ko-trimaksazol 15 mg/kg Meropenem 3x1 gr Prednizolon 20 mg	Ko-trimaksazol 15 mg/kg Prednizolon 10 mg



Şekil 1. Toraks bilgisayarlı tomografi lezyonlar



Şekil 2. Toraks bilgisayarlı tomografi 4. hafta kontrolü

[PS-181]

Son 2 Yıldaki Hastanemizde Ürolojik Cerrahi Öncesi Saptanan Aseptomatik Bakteriüri Hastalarının Değerlendirilmesi

Murat Sönmez, Veyisel Akça, Turhan Togan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla

Giriş: Aseptomatik bakteriüri, idrar semptomlarının yokluğunda idrarda bakteri varlığı olarak tanımlanmaktadır. Uygunsuz tedaviye bağlı antimikrobiyal direncin gelişmesine katkıda bulunur. Ayrıca hastalarda cerrahi sonrası yatışın uzaması, sonda ve cerrahi prosedüre bağlı olmak üzere, semptomatik hale dönüşebilmektedir. Hastanemizde son 2 yılda yer alan olgular çalışmada sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde, tarafımıza son 2 yılda üroloji tarafından konsülte edilen hastalar değerlendirildi. Kültür üremesi olan ve kontaminasyon sayılmayan hastalar çalışmaya dahil edilmişti. Kontaminasyon açısından (kültürlerin enfeksiyon hekimi ya da steril şartlarda alındığına emin olunan üremeler) değerlendirmesi yapıldı.

Bulgular: Yetmiş dört kişi çalışmada değerlendirildi. Aseptomatik bakteriüri tanımına uyan kişilerin verileri çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 69,48±9,33 olarak saptandı. On üç kadın ve 61 erkek çalışmaya dahil edildi. En sık transüretral prostatektomi işlemi öncesi üremeler olduğu saptandı. En sık üreyen etken geniş spektrumlu beta-laktamaz (ESBL) pozitif "*Escherichia coli*" olarak saptandı. Tedavi öncesi tam idrar tahlilinde lökosit sayısı 122,35±169,34; eritrosit sayısı 33,64±63,15; bakteri sayısı 42,35±51,65; mantar sayısı 6,61 (minimum: 0, maksimum: 202) olarak bulundu. Tedavi öncesi 38 kişide üriner sonda ve 6 kişide Double-J stent olduğu saptandı. Son 3 ayda antibiyoterapi geçmişi incelendiğinde 48 kişinin antibiyotik kullanmadığı, 8 kişinin ise antibiyotik kullandığı saptandı. Elli bir kişide son 3 ay içinde hastane yatış öyküsü olmadığı kaydedildi. Cerrahi öncesi en sık başlanan antibiyotik

meropenem olup, 20 kişiye uygulanmıştır. Cerrahi sonrası 3. günde 59; 5. günde 71; 7. günde 69 kişide kontrol kültürün negatif olduğu saptandı. Kültür üremesi devam eden 1 kişide ESBL pozitif "*Escherichia coli*", 1 kişide "*Candida albicans*" olduğu belirlendi. Kültür üremesi açısından takip edilen kişilerde, 7. günde önceki kültürlerde üreme olmayan 1 kişide pan-dirençli (PDR) "*Klebsiella pneumoniae*", 1 kişide PDR "*Proteus mirabilis*" izole edildi. Ortalama yatış süresi 11,10±3,74 gün olarak saptandı. Hiçbir hasta takip seyri ölümle sonuçlanmadı.

Sonuç: Aseptomatik bakteriüride cerrahi öncesi kültürün doğru alınması önem arz etmektedir. Aynı zamanda, doğru alınan kültüre göre duyarlılığı olan antibiyoterapi ile mortalite önlenmektedir. Çalışmamızda postoperatif dönemdeki kültür üremeleri de takip edildiği için ek veri sağladığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aseptomatik, bakteriüri, İYE

Tablo 1. Çalışma sonuçları

	n/%/SS
Yaş	69,48±9,33
Cinsiyet	
Kadın	13 (17,6)
Erkek	61 (82,4)
Yapılacak cerrahi işlem	
Taş cerrahisi	12 (16,2)
Kanser cerrahisi	4 (5,4)
TUR-M	10 (13,5)
TUR-P	35 (47,3)
Diğer	13 (17,6)
Tedavi öncesi kx üremesi	
<i>Burkholderia cepacia</i>	1 (1,4)
<i>Candida albicans</i>	
<i>Candida tropicalis</i>	2 (2,7)
<i>Enterococcus faecalis</i> (ampisilin ve vankomisin duyarlı; Amp-Van: S)	3 (4,1)
<i>Enterococcus faecium</i> (ampisilin dirençli, vankomisin duyarlı; Amp=R, Van=S)	7 (9,5)
<i>Enterococcus faecium</i> (ampisilin ve vankomisin duyarlı; Amp-Van: S)	4 (5,4)
ESBL negatif <i>Escherichia coli</i>	2 (2,7)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (sefalosporin, florokinolon, aminoglikozid duyarlı; SS-FK-AG: S)	5 (6,8)
ESBL pozitif <i>Escherichia coli</i>	2 (2,7)
ESBL pozitif <i>Klebsiella oxytoca</i>	11 (14,9)
ESBL pozitif <i>Klebsiella pneumoniae</i>	2 (2,7)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (sefalosporin, florokinolon, aminoglikozid dirençli; SS-FK-AG: R)	1 (1,4)
MDR (multidrug-resistant) <i>Klebsiella pneumoniae</i>	1 (1,4)
MRKNS (metisiline dirençli koagülaz negatif stafilokok)	2 (2,7)
MSKNS (metisiline duyarlı koagülaz negatif stafilokok)	1 (1,4)
Tedavi öncesi TİT lökosit	122,35±169,34
Tedavi öncesi TİT eritrosit	33,64±63,15
Tedavi öncesi TİT bakteri	42,35±51,65
Tedavi öncesi TİT mantar	6,61±(0-202)
Tedavi öncesi sonda varlığı	
Var	38 (51,4)
Yok	36 (48,6)
Tedavi öncesi DJ stent varlığı	
Var	6 (8,1)
Yok	67 (90,5)

Tablo 1. Devamı

	n/%/SS
Tedavi öncesi son 3 ayda kullanılan tedavi	
Yok	48 (64,9)
Sefalosporin	8 (10,8)
Kinolon	3 (4,1)
Karbapenem	2 (2,7)
Penisilin	3 (4,1)
Aminoglikozid	4 (5,4)
Antifungal	1 (1,4)
Çoklu AB kullanım öyküsü	5 (6,8)
Tedavi öncesi son 3 ayda yatış öyküsü	
Var	23 (31,1)
Yok	51 (68,9)
Tedavi önerisi	
Amikasin	2 (2,7)
Ampisilin	4 (5,4)
Ertapenem	1 (1,4)
Flukonazol	4 (5,4)
Fosfomisin	2 (2,7)
İmipenem	10 (13,5)
Kaspofungin	1 (1,4)
Kolistin	3 (4,1)
Levofloksasin	2 (2,7)
Meropenem	20 (27)
Mikafungin	1 (1,4)
Pip-tazo	13 (17,6)
Polimiksin	1 (1,4)
Seftriakson	2 (2,7)
Sefuroksim	1 (1,4)
Teikoplanin	1 (1,4)
TMP-SXT	2 (2,7)
Vankomisin	4 (5,4)
Tedaviden sonra 3. gün kx üremesi	
Üreme yok	59 (79,8)
Kontaminasyon	5 (6,8)
<i>E. faecalis</i> (Amp; S)	2 (2,7)
ESBL (-) <i>E. coli</i>	1 (1,4)
ESBL (+) <i>E. coli</i>	1 (1,4)
<i>C. albicans</i>	4 (5,4)
DTR <i>P. aeruginosa</i>	1 (1,4)
PDR <i>K. pneumoniae</i>	1 (1,4)
Tedaviden sonra 5. gün kx üremesi	
Üreme yok	71 (95,9)
<i>E. faecalis</i> (Amp; S)	1 (1,4)
ESBL (+) <i>E. coli</i>	1 (1,4)
<i>C. albicans</i>	1 (1,4)
Tedaviden sonra 7. gün kx üremesi	
Üreme yok	69 (93,2)
ESBL (+) <i>E. coli</i>	2 (2,7)
<i>C. albicans</i>	1 (1,4)
PDR <i>K. pneumoniae</i>	1 (1,4)
PDR <i>Pr. mirabilis</i>	1 (1,4)
Yatış/takip süresi	11,10±3,74
SS: Standart sapma, TUR-P: Transüretral prostatektomi, TUR-M: Transüretral mesane tümörü rezeksiyonu, TIT: Toplam idrar tahlili, DJ stent: Double-J stent, TMP-SXT: Trimetoprim/sulfametoksazol, PDR: Pan-dirençli	

[PS-182]

Mortal Seyreden Bir Tetanoz Olgusu

Aybike Begüm Özdemir Demirdelen¹, Onur Demirdelen²,
Veysel Akça¹, Hüseyin Oğuz Yılmaz³, Turhan Togan¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı, Muğla

³Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bölümü, Muğla

Giriş: Tetanoz günümüzde nadir görülen bir hastalıktır. Tedavi ve aşı takibi yapılmazsa mortal seyredebilir. Uygun profilaksinin önemine dikkat çekmek amacıyla kliniğimizde takip edilen bir tetanoz olgusunu sunuyoruz.

Olgu: Seksen üç yaşındaki kadın hasta sol ayağına çivi battıktan 3 gün sonra ayakta şişlik ile dış merkez acile başvurmuştur. Hastaya tetanoz aşısı yapılmış; fakat immünoglobulin (Ig) yapılmamış, siprofloksasin önerilmiştir. Hasta yaralanmadan sonra 6. günde solunum sıkıntısı ve yutmada güçlük ile hastanemize başvurdu. Genel durumu orta, bilinci açıktı. Solunum sesleri doğaldı. Batın sertti ve hassasiyeti mevcuttu. Deri döküntüsü, opistotonus, risus sardonius yoktu, boyun ve omuz kasları hipertoniği. Acilde tetanoz tanısı konuldu. Hastanın uyarandan uzak tutularak izlenmesi, solunum takibi, metronidazol 4x500 mg [intravenöz (IV)] ve tetanoz Ig 500 IU [intramüsküler (IM)] yapılması, yaranın oksijenli su ile bakımı ve debridmanı önerildi. Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) takibi planlandı. YBÜ'de 3. saatte solunum yetmezliği gelişmesi ve tüm vücutta kasılmalarının artması sebebiyle hasta entübe edildi. Oksijenli su ile yara debridmanı yapıldı, tetanoz Ig 5. saatte temin edilebildi, 500 IU IM yapıldı. Hasta entübasyon sonrası deksmedetomidin ile sedatize edildi. Kas spazmalarının artmasıyla aralıklı olarak IV diazepam yapıldı. Santral hadiselerin dışlanması için lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) 32 lökosit mevcuttu (%84 PMNL, BOS proteini: 36 mg/dl). BOS kültüründe üreme olmadı. Diffüzyon manyetik rezonans çekildi, elektroensefalografide patoloji saptanmadı. Dizaepama rağmen şiddetli kasılmaları devam ettiği için midazolam, fentanil, magnezyum ve rokuronyum infüzyonu başlandı. Her sabah rokuronyuma ara verilerek kasılmalarının devam edip etmediği gözlemlendi. Takibinin 3. gününde hipernatremisi başladı. Takibinin 4. gününde hipertansif ve hipotansif atakları olmaya başladı. Takibinin 9. gününde sol ayağındaki yarada akıntı olması üzerine hastaya ortopedi tarafından debridman yapıldı, kültür alındı. Yara kültüründe *E. faecium* üredi, vankomisin verildi. Takibinde kateter ve trakeal aspirat kültüründe *A. baumannii* üremesi oldu. İmipenem ve polimiksin başlandı. Yatışının 19. gününde sedatif ve miyorelaksan infüzyonları kesildi ancak hastanın bilinci açılmadı. Yirminci günde septik şok ve çoklu organ yetmezliği gelişti. Yirmi birinci günde idrar çıkışı durdu, sitokin absorpsiyon filtresi ile CRRT başlandı. Hasta takibinin 24. gününde mekanik ventilatör ve inotrop desteği altındayken eksitus oldu.

Sonuç: Güncel aşılarla ve Ig tedavilerine rağmen tetanoz gözlenebilmektedir. Tetanoz azalmasına rağmen halen önemli ve ölümcül bir hastalıktır. Özellikle kirli yaralarda erken dönemde tetanoz Ig uygulaması önemlidir. Tetanoz antitoksininin bulunabilirliği artırılmalıdır. Tetanoz tedavi ve profilaksi eğitimine önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Ig, tetanoz



Resim 1. Sol ayaktaki yaranın debridman sonrası görünümü

[PS-183]

Yeni Kurulan Hastanede El Hijyeninin Multimodal Sisteminin Oluşturulması

Ayten Merve Ulusoy¹, Zeynep Türe Yüce², Ayşegül Ulu Kılıç³

¹Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

²Özel Gürlife Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Sağlık kurumlarında multimodal strateji 5 bileşenden oluşmaktadır:

1) Sistem değişikliği, alkol bazlı el antiseptiklerinin tüm sağlık bakım alanlarında bulundurulması, 2) sağlık çalışanlarının eğitimi, 3) el hijyeni uygulamalarının izlenmesi ve geri bildirim verilmesi, 4) çalışma alanlarında görsel hatırlatıcıların bulundurulması, 5) kurumda güvenlik

ikliminin sağlanması. Bu araştırmanın amacı, yeni kurulan bir hastanede göreve başlayan hemşireler, asistan doktorlar ve yoğun bakım temizlik personelleri arasında el hijyeni uyumunu iyileştirmek için multimodal bir yaklaşım kullanmanın etkinliğini değerlendirmektir. Bu yaklaşım, eğitim, geri bildirim, motivasyonel teşvikler ve çevresel düzenlemeler gibi çeşitli bileşenleri içermektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma yeni kurulan 3.500 yatak kapasiteli bir şehir hastanesi göğüs cerrahi yoğun bakım, genel yoğun bakım ve göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yapıldı. El hijyeninde multimodal sistem uygulamaları sonrası uyum oranları ve nozokomiyal enfeksiyon dansiteleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Multimodal yaklaşım öncesinde göğüs cerrahi YBÜ'de el hijyeni uyum oranı doktorlarda %68, hemşirelerde %71, bakım destek elemanlarında %64; genel YBÜ'de doktorlarda %70, hemşirelerde %70, bakım destek elemanlarında %67; göğüs hastalıkları YBÜ'de doktorlarda %69, hemşirelerde %69 ve bakım destek elemanlarında %69 olarak bulunmuştur. Çalışmaya dahil olan YBÜ personeline 1 ay boyunca el hijyeni uygulama yöntemleri sağlık çalışanlarının rolü konusunda görsel destekli bir eğitim verilmiştir. Ayrıca el dezenfektanlarına ulaşım ve görsel hatırlatıcılarla el hijyeni uyum oranının artırılması hedeflenmiştir. Çalışma süresinde aktif süreyansa devam edilmiştir. Eğitim sonrası 6 aylık dönemde de uyum oranlarına bakılmıştır. Uyumun belirlenmesi süreyans sırasında enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından habersiz bir şekilde yapılmıştır. Uygulama sonrasında göğüs cerrahi YBÜ'de el hijyeni uyum oranı doktorlarda %66, hemşirelerde %69, bakım destek elemanlarında %63; genel YBÜ'de doktorlarda %68, hemşirelerde %72 ve bakım destek elemanlarında %65; göğüs hastalıkları YBÜ'de doktorlarda %67, hemşirelerde %70 ve bakım destek elemanlarında %67 idi. Uygulama öncesi ve sonrasında YBÜ'lerde nozokomiyal enfeksiyon dansitelerinde de belirgin bir farklılık izlenmemiştir.

Sonuç: El hijyeni multimodal yaklaşımının yeni kurulan bir hastanede kısa süreli ve kısa vadede uyum oranına etkisi olmamıştır. Uyumsuzluğun nedenleri gözlemlenerek yeni uygulamalarla ve uzun vadeli çalışmalarla gözlem ve eğitime devam edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: El hijyeni, el hijyeni uyumu, multimodal yaklaşım

[PS-184]

***Streptococcus pneumoniae* Bakteriyemisi ve Menenjit: Klinik Özellikler ve Direnç Eğilimleri**

Ayşe Kaya Kalem¹, İmran Hasanoğlu¹, Fatma Eser¹,
Bircan Kayaaslan¹, Naime Yakar², Rahmet Güner¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Çalışmamızda, *Streptococcus pneumoniae* bakteriyemisi ve/veya menenjitli tanılı hastaların, klinik özelliklerinin ve pnömokok suşlarının antibiyotik direnç oranlarının paylaşılması amaçlanmıştır.

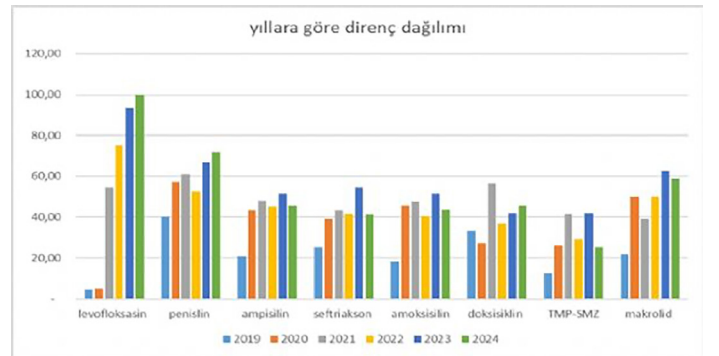
Gereç ve Yöntem: Çalışmamız retrospektif, gözlemsel bir çalışma olup, kan ve beyin omurilik sıvısı (BOS) kültüründe *S. pneumoniae* üreyen erişkin hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik, klinik özellikleri ve pnömokok suşlarının antibiyotik direnç profili paylaşılmıştır. Hastanemizde kültür sonrası üreyen mikroorganizmanın tanımlanmasında Maldi-TOF MS, antimikrobiyal duyarlılık testleri ise VITEK-2 otomatize sistemi kullanılmaktadır. Duyarlılık sonuçları EUCAST tarafından belirlenen standartlara göre raporlanmaktadır.

Bulgular: Çalışmamıza, 183 hasta dahil edildi. Hastaların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 66 yıl (19-65) olup, %67,8'i erkekti. Hastalarını %95,5'inde en az bir komorbid hastalık saptandı. En sık görülen komorbiditeler kardiyovasküler hastalıklar (%53), immünoşüpresif hastalıklar (%31,1) ve diabetes mellitustu (%30,6). Hastaların %95,6'sının kan kültüründe, %8,2'sinin BOS kültüründe üreme tespit edildi. Bakteriyemik hastaların %21,1'i (37) primer, %78,9'u (138)

sekonder bakteriyemikti. En sık pnömoniye sekonder bakteriyemi (%76,1) tespit edildi. Suşların antibiyotik direnç oranları incelendiğinde; penisilin ve levofloksasin direnci %58,5 ile en yüksekti. %20 üzerinde direnç görülen antibiyotikler: Levofloksasin, penisilin, ampisilin, seftriakson/sefotaksim, amoksisilin, doksisisiklin, trimetoprim/sulfametoksazol (Tablo 1). İlaça dirençli pnömokok %86,9 (152/175), çoklu-dirençli pnömokok %46,5 (80/172), yaygın-ilaç dirençli pnömokok %16,6 (29/175) oranındaydı. Yıllara göre antibiyotik direnç oranları Şekil 1'de özetlenmiştir. Klinik sonuçlar 181 hasta üzerinden değerlendirildi. YBÜ yatış oranı %34,8 (63), mekanik ventilasyon gereksinimi %22,6 (41) ve 28 gün mortalite oranı %49,7 (83) bulunmuştur.

Sonuç: 2019-2024 yılları arasında pnömokok suşlarında giderek artan direnç oranları, aşı ve akılcı antibiyotik kullanımının önemini gözler önüne sermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Streptococcus pneumoniae*, direnç, klinik



Şekil 1. Yıllara göre direnç dağılımı

Tablo 1. İnvaziv pnömokok olgularının klinik özellikleri	
	<i>S. pneumoniae</i> bakteriyemisi n=183 (%)
Yaş, ortalama, yıl	66 (19-95)
Cinsiyet, erkek	124 (67,8)
Komorbid hastalık	
En az bir komorbid hastalık	173 (95,5)
Kardiyovasküler hastalık	97 (53)
İmmünoşüpresif hastalık	57 (31,1)
Diabetes mellitus	38 (20,8)
Kronik akciğer hastalığı	36 (19,7)
Kronik nörolojik hastalık	36 (19,7)
Malnütrisyon	25 (13,7)
Diğer	39 (21,3)
Sigara kullanımı (n=181)	41 (22,7)
Kalabalık ortam (bakımevi, kışla, yurt...)	7 (3,8)
Toplum kökenli bakteriyemi	124 (67,8)
Hastane kökenli bakteriyemi	59 (32,2)
Primer bakteriyemi	38 (20,8)
Sekonder bakteriyemi	145 (79,2)
Pnömoni	104 (56,8)
Menenjit	19 (11,4)
Biliyer	8 (4,4)
Endokardit	4 (2,2)
Diğer*	8 (4,4)
Kültür izolatları	
Kan kültürü	175 (95,6)
BOS kültürü	15 (8,2)
Plevral sıvı kültürü	2 (1,1)
Direnç oranı	
Levofloksasin n=171	108 (58,5)
Penisilin n=176	103 (58,5)
Ampisilin n=174	75 (43,1)
Seftriakson/sefotaksin n=178	74 (41,6)
Amoksisilin n=165	69 (38,8)
Doksisiklin n=168	68 (41,2)
Trimetoprim/sulfametoksazol n=175	52 (29,7)
Moksifloksasin n=167	8 (4,8)
Vankomisin n=181	4 (2,2)
Meropenem n=141	2 (1,4)
Linezolid n=179	1 (0,6)
Klinik sonuçlar n=181	
YBÜ yatış	117 (64,6)
Solunum yetmezliği, oksijen ihtiyacı	97 (53,6)
Sepsis/septik şok	93 (51,4)

Tablo 1.Devamı	
	<i>S. pneumoniae</i> bakteriyemisi n=183 (%)
Mekanik ventilasyon	69 (38,1)
Disemine intravasküler koagülasyon	5 (2,8)
Mortalite	
14 gün (n=170)	76 (44,7)
28 gün (n=167)	83 (49,7)
*Diğer: Deri yumuşak doku enfeksiyonu (3), ampiyem (2), peritonit (2), kemik eklem enfeksiyonu (1) BOS: Beyin omurilik sıvısı, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi	

[PS-185]

Gebe Sifiliz OlgusuEsra Yüksekaya, Tuba Damar Çakırca*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa*

Giriş: Sifiliz, *Treponema pallidum* adlı spiroketin neden olduğu sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Bulaş çoğunlukla cinsel yolla olup ayrıca anneden bebeğe geçebilmekte, kan transfüzyonu ile bulaşabilmektedir. Sifiliz erken ve geç sifiliz olarak ikiye ayrılır. Erken sifiliz; primer, sekonder ve erken latent sifilizi içerir. Geç sifiliz; geç latent ve tersiyer sifilizi içerir. Anneden bebeğe geçiş sonucu konjenital sifiliz görülebilir ve bebekte çeşitli klinik belirti ve semptomlara neden olabilir. Plasental aktarım primer sifiliz için %70-100 iken, erken latent sifiliz için %40 ve geç latent sifiliz için %10'dur. Sifiliz ile enfekte gebeliklerin %50'si spontan abortus, prematür doğum ve perinatal ölüm ile sonuçlanabilmektedir. Konjenital sifiliz olgu sayısı son on yıldır giderek artmaktadır ve her yıl toplam 700.000 ile 1,5 milyon arasında olgu bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2017 ile 2022 yılları arasında, maternal ve konjenital sifilizin insidansı 100.000 canlı doğumda 87,2'den 280,4'e çıkmış, 2023 yılında 5.726 olgu bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda gebeliğin ikinci trimesterında tanı konulan bir maternal sifiliz olgusunun klinik ve laboratuvar özelliklerini sunmaya amaçladık.

Olgu: Otuz iki yaşında, diabetes mellitus tanısı olan, gebeliğinin 23. haftasında kadın, aile hekimliğinde yapılmış testlerde *veneral disease research laborator* (VDRL) pozitifliği saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın gebeliği *in vitro* fertilizasyon yöntemi ile sağlanmış ve gebeliğinin ilk haftalarında her iki kol, karın, göğüs duvarında döküntüsü başlamıştır (Resim 1). Hastanın geçmiş tetkikleri incelendiğinde embriyo transferi öncesi VDRL pozitifliği görüldü ve o dönem sifiliz tedavisi almadığı öğrenildi. Hastanın hastanemizde yapılan tetkiklerde VDRL 1/32 titrede pozitif, *treponema pallidum hemaglutinasyon assay* pozitif saptandı. Anti-HIV testi negatif idi. Hastaya erken sifiliz tanısıyla bir doz deposilin 2,4 milyon ünite intramusküler uygulandı. Deposilin tedavisi sonrası vücuttaki döküntüleri tamamen yok oldu. Partner taramasında da partnerin sifiliz pozitif olduğu saptandı. Gebe hasta konjenital sifiliz takibi için perinatoloji bölümüne sevk edildi, gebelik takibi ilgili kadın doğum hastanesinde devam etmektedir.

Sonuç: Maternal sifiliz taramasının ilk antenatal vizitte, gebeliğin 28. haftasında ve doğum sırasında yapılması önerilmektedir. Konjenital sifiliz tanısı alan çocuklarda, enfekte olmayan çocuklara göre annede tedaviye daha geç başlandığı, teşhis ve doğum esnasında serolojik tetkiklerinin daha yüksek titrelerde pozitif oldukları gösterilmiştir. Bu durumda konjenital sifilizi önlemede, gebelerde sifiliz hastalığının taranması, tedavisi ve takibi önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Deposilin, sifiliz, spiroket



Resim 1. Bilateral önkollarda maküler döküntü



Resim 2. Karın bölgesindeki maküler döküntü

[PS-186]

Son 2 Yıldaki Hastanemizde Yoğun Bakımda Üreyen Dirençli *Pseudomonas aeruginosa* Üremelerinin Değerlendirilmesi

Aybike Begüm Özdemir Demirdelen, Veysel Akça, Turhan Togan
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla

Giriş: *Pseudomonas aeruginosa* yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) en sık görülen patolojenlerin başında gelmektedir. Son dönemlerde artan direnç oranı, tedavi seçimini zorlaştırmakta, yatış süresini ve mortaliteyi artırmaktadır. Piperasilin/tazobaktam, seftazidim, sefepim, aztreonam, meropenem, imipenem, siprofloksasin ve levofloksasine karşı duyarlı suşlar difficult to treat resistance *P. aeruginosa* olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada artan direnç tablosunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi YBÜ'lerde 2022-2024 tarihleri arasında yatan *Pseudomonas aeruginosa* üremesi olan 100 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Ortalama yaş $68,75 \pm 18,64$ olarak saptanmıştır. Çalışmada 41 kadın ve 59 erkek değerlendirilmiştir. YBÜ yatış süresi ortalama $48,39 \pm 43,58$ gün olarak saptanmıştır. Sonda kullanım süresi $43,86 \pm 38,30$ gün, entübe kalma süresi $40,32 \pm 44,82$ gün ve santral venöz kateter (SVK) kullanım süresi $36,95 \pm 41,16$ gün olarak sonuçlanmıştır. Kültür üremesinden sonraki süreçte beyaz küre, nötrofil, lenfosit, C-reaktif protein ve prokalsitonin gibi parametrelerin 14 günlük takibi yapılmıştır. Takip edilen 14 günlük sürede bu parametreler dalgalı seyretmiştir. En sık geliş tanısının 42 kişi (%42) ile pnömoni olduğu saptanmıştır. Son 3 ayda antibiyotik kullanımı 37 olguda ve yatış öyküsü 59 olguda saptanmıştır. YBÜ yatışı öncesi sonda varlığı 43 kişide, entübe olarak hastaneye geliş öyküsü 15 kişide ve SVK varlığı 7 kişide saptanmıştır. YBÜ takibinde üreme saptanan 87 kişide oksijenizasyon mekanik ventilasyonla sağlanmıştır. Sıfırıncı günde en sık üreme trakeal aspirat kültüründe (TAK) 67 kişiyle saptanmıştır. Diğer günlerin üremesi Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Toplam 66 kişide meropenem kullanımı olmuştur. Çalışmada 52 kişide eksitus gözlenmiştir.

Sonuç: Akut faz reaktanlarındaki dalgalı seyrin, tedaviyle iyileşen veya ölümle sonuçlanan olgularda laboratuvar takibinin sonlandırılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Oksijen desteğinin mekanik ventilasyonla sağlanması ile TAK'lerde *P. aeruginosa* üremesi arasında ilişki saptanmıştır. Kişilerde mortalite oranlarının yüksek olmasının günümüzde mevcut olan antibiyoterapilerin etkilerinin kısıtlı olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür. İleri yaş ve hastane yatış öyküsünün de dirençli üremelerin olması üzerine etkisi olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda tedavisi zor *P. aeruginosa* olgularına ait veri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: DTR, *Pseudomonas*

Tablo 1. Akut faz sonuçları

0.gün WBC# (2 kişi eksik)	11316,30±6235,45
0.gün NEU# (2 kişi eksik)	9658,16±5358,55
0.gün LNF# (2 kişi eksik)	1041,42±592,07
3.gün WBC# (13 kişi eksik)	10656,43±4782,60
3.gün NEU# (13 kişi eksik)	8721,75±4620,74
3.gün LNF# (13 kişi eksik)	1160,68±615,05
5.gün WBC# (22 kişi eksik)	10911,20±5117,13
5.gün NEU# (22 kişi eksik)	8960,64±4902,21
5.gün LNF# (22 kişi eksik)	1175,25±734,42
7.gün WBC# (27 kişi eksik)	10511,36±4871,36
7.gün NEU# (27 kişi eksik)	8409,17±4502,97
7.gün LNF# (27 kişi eksik)	1310,54±741,68
10.gün WBC# (37 kişi eksik)	10919,52±6216,77
10.gün NEU# (37 kişi eksik)	8490,95±5210,94
10.gün LNF# (37 kişi eksik)	1490,95±896,24
14.gün WBC# (51 kişi eksik)	10831,63±896,24
14.gün NEU# (51 kişi eksik)	8394,89±4591,616
14.gün LNF# (51 kişi eksik)	1570,61±852,52
0.gün CRP (3 kişi eksik)	95,01±81,35
3.gün CRP (13 kişi eksik)	99,77±72,5
5.gün CRP (26 kişi eksik)	92,78±68,57
7.gün CRP (26 kişi eksik)	90,24±67,37
10.gün CRP (38 kişi eksik)	85,83±64,67
14.gün CRP (53 kişi eksik)	89,25±72,51
0.gün PCT (30 kişi eksik)	0,81±2,19
3.gün PCT (50 kişi eksik)	0,77±1,69
5.gün PCT (73 kişi eksik)	1,21±2,59
7.gün PCT (56 kişi eksik)	0,49±0,87
10.gün PCT (64 kişi eksik)	0,77±2,56
14.gün PCT (67 kişi eksik)	0,66±1,26

WBC: Beyaz küre, NEU: Nötrofil, LNF: Lenfosit, CRP: C-reaktif protein, PCT: Prokalsitonin

Tablo 2. Genel çalışma sonuçları	
	n%/ss
Yaş	68,75±18,64
Cinsiyet	
Kadın	41 (41)
Erkek	59 (59)
YBÜ yatış süresi	48,39±43,58
Takipte sonda süresi (33 kişi eksik)	43,86±38,30
Takipte entübasyon süresi (0 kişi eksik)	40,32±44,82
Takipte SVK süresi (28 kişi eksik)	36,95±41,16
Geliş tanısı	
Sepsis	16 (16)
Pnömoni	42 (42)
SSSE	8 (8)
İntraabdominal enfeksiyon	1 (1)
SVH	13 (13)
Travma	8 (8)
Boğulma	1 (1)
Cerrahi	5 (5)
ABY	1 (1)
Epilepsi nöbeti	2 (2)
Pulmoner emboli	2 (2)
GBS	1 (1)
Son 3 ayda antibiyotik kullanımı	
Yok	51 (51)
Var	37 (37)
Bilinmiyor	12 (12)
Son 3 ayda yatış öyküsü	
Yok	39 (39)
Var	59 (59)
Bilinmiyor	2 (2)
Gelişinde sonda varlığı	
Yok	42 (42)
Var	43 (43)
Bilinmiyor	15 (15)
Gelişinde entübasyon varlığı	
Yok	85 (85)
Var	15 (15)
Gelişinde SVK varlığı	
Yok	83 (83)
Var	7 (7)
Veri yok	90 (90)
Takipte O2 destek türü	
Almadı	3 (3)
Nazal kanül	1 (1)
Diffüzyon maske	4 (4)
M. ventilatör	87 (87)
Home-Vent	5 (5)
0. gün <i>P. aureginosa</i> üreme yeri	
Üreme yok	1 (1)
İdrar	19 (19)
TAK	67 (67)
Balgam	5 (5)
Kan	2 (2)
Yara	4 (4)
Periton mayi	1 (1)
Plevral mayi	1 (1)

3. gün <i>P. aureginosa</i> üreme yeri	
Üreme yok	2 (2)
İdrar	14 (14)
TAK	10 (10)
Balgam	1 (1)
Kan	3 (3)
Kateter kanı	1 (1)
Dren	2 (2)
Bal	1 (1)
Kültür alınmayan	66 (66)
5. gün <i>P. aureginosa</i> üreme yeri	
Üreme yok	2 (2)
İdrar	9 (9)
TAK	1 (1)
Balgam	1 (1)
Kateter kanı	1 (1)
Periton mayi	1 (1)
Plevral mayi	1 (1)
Kültür alınmayan	84 (84)
7. gün <i>P. aureginosa</i> üreme yeri	
Üreme yok	3 (3)
İdrar	12 (12)
TAK	25 (25)
Kan	1 (1)
Apse	1 (1)
Plevral mayi	1 (1)
Kültür alınmayan	57 (57)
10. gün <i>P. aureginosa</i> üreme yeri	
Üreme Yok	2 (2)
İdrar	12 (12)
TAK	7 (7)
Balgam	1 (1)
Kan	3 (3)
Kültür alınmayan	75 (75)
14. gün <i>P. aureginosa</i> üreme yeri	
Üreme yok	3 (3)
İdrar	6 (6)
TAK	14 (14)
Balgam	1 (1)
Kan	3 (3)
Yara	1 (1)
Kültür alınmayan	72 (72)
MEM kullanımı	
Yok	34 (34)
Evet	66 (66)
İMİ-Sİ kullanımı	
Yok	90 (90)
Evet	10 (10)
Amikasin kullanımı	
Yok	58 (58)
Evet	42 (42)
Zidim kullanımı	
Yok	91 (91)
Evet	9 (9)
Sefepim kullanımı	
Yok	96 (96)
Evet	4 (4)

[PS-187]

Bir Üniversite Hastanesinde Nokta Prevalans Çalışması: Cerrahi Antimikrobiyal Profilaksi Doğru Uygulanıyor mu?

Ezgi Erdal Karakaş, Sibel Altunışık Toplu, Funda Memişoğlu
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Cerrahi alan enfeksiyonu (CAİ) hastane kaynaklı ortaya çıkan enfeksiyonların önde gelen nedenlerindendir. Profilaktik antibiyotik kullanımı ile cerrahi alan enfeksiyonları azalmış olmasına rağmen uygunsuz cerrahi antibiyotik profilaksisi hala sorun olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde cerrahi antimikrobiyal profilaksinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Hastanesi'nde 18.02.2025 tarihinde cerrahi servis ve yoğun bakım ünitesinde yatan post-operatif hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, izlendiği klinikler, kullanılan antibiyotik, yapılan ameliyatlar, cerrahi işlem tipi ve cerrahi profilaksi amacıyla başlanan antibiyotik dozu ve süresi kaydedildi.

Bulgular: Cerrahi işlem yapılan 107 hastanın ortalama yaşı 60 olup, %46,7'si kadın, %53,3'ü erkekti. Cerrahi işlemlerin %61,7'si temiz, %23,4'ü temiz-kontamine, %8,4'ü kontamine, %5,6'sı kirli yara sınıfındadır idi. Hastaların %49,5'ine uygun antimikrobiyal profilaksi uygulandı. Cerrahi profilakside en çok kullanılan antibiyotik sefazolindi, ikinci en sık kullanılan antibiyotik seftriaksondu. Uygunsuz profilaksi %42,1 olarak bulundu. Uygunsuz profilaksinin %48,8'i antibiyotik süresinin uzamasına, %44,4'ü başlama zamanı ve dozunun uygun olmamasına, %0,04'ü yanlış antibiyotik seçimine bağlıydı.

Sonuç: CAİ insidansı dünyada %1,3-23, ülkemizde ise %4,5 olarak bildirilmiştir. Antimikrobiyal profilaksinin amacı; CAİ'leri ve buna bağlı mortalite, morbidite, hastanede yatış süresi, maliyet ve yan etki riskini azaltmaktır. Cerrahi girişimler enfeksiyon riskine göre temiz, temiz-kontamine, kontamine ve kirli olarak sınıflandırılır. Profilaksi genellikle temiz-kontamine ve kontamine cerrahilerde önerilirken, temiz cerrahilerde görüş ayrılıkları vardır; kirli girişimlerde ise tedavi ön plandadır. Kaynaklarda profilaksiye dair öneriler bulunsada uygulamada sık hatalar yapılmakta, bu da direnç gelişimine katkıda bulunmaktadır. Çalışmamızda, hastanemizdeki cerrahi profilaksi uygulamalarında ciddi uyumsuzluklar tespit edilmiştir. Antimikrobiyal direnci önlemek ve etkin bir profilaksi sağlamak için hekimlerin bu konuda bilinçli ve güncel bilgiye sahip olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi alan enfeksiyonu, antibiyotik uyumu

[PS-188]

Karbapenem Dirençli *Klebsiella*'da Seftazidim-avibaktam Deneyimi

Rukiye Bulut, İbrahim Erayman, Bahar Kandemir,
Pınar Belviranlı Keskin

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Karbapenem dirençli *Klebsiella* (CRK), ciddi mortalite ve morbiditeye yol açan hastane kaynaklı önemli bir bakteriyel patojendir. Bu çalışmada, CRK enfeksiyonlarında uygulanan seftazidim-avibaktam (CZA) tedavisinin klinik sonuçlarının analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında hastanemizde takip edilen, kültürde CRK üremesi saptanan, antibiyogramda CZA'ya duyarlılık gösteren ve CZA tedavisi uygulanan 99 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 61'i (%61,6) erkek, 38'i (%38,4) kadın olmak üzere toplam 99 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaşları 17-89 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 63,7±17,5'tir. Hastaların %83,8'inde komorbidite mevcuttu. En sık görülen eşlik eden hastalıklar; hipertansiyon (%29,3), diabetes mellitus (%28,3), solid organ malignitesi (%26,3), koroner arter hastalığı (%17,2), hematolojik malignite (%14,1) ve kronik böbrek yetmezliği (%9,1) olarak belirlendi. Hastaneye yatış tanıları en sık; malignite ve ilişkili komplikasyonlar (%24,2), serebrovasküler olaylar (%16,2), COVID-19 (%12,1), travma (%12,1) ve pnömoni (%11,1) idi. Enfeksiyon tanıları arasında en sık kan dolaşım enfeksiyonu (%56,6), ventilatör ilişkili pnömoni (%29,3), batin içi enfeksiyon (%6,1), pnömoni (%4), cerrahi alan enfeksiyonu (%4) ve üriner sistem enfeksiyonu (%4) yer aldı.

Tanı anındaki C-reaktif protein (CRP) ortalaması 169,9±88 iken, tedavi sonrası CRP medyanı 85 olarak saptandı ve bu fark anlamlı bulundu ($p<0,001$). Prokalsitonin medyan değerleri de tanı anında 4,4 ve tedavi sonunda 1,3 olarak ölçüldü; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,006$). Kültürlerde en sık üreme kan (%50,6) ve bronkoalveoler lavaj (%30,3) örneklerinde gözlemlendi. Klinik bulgular olarak, 56 hastada (%56,6) ateş ve 37 hastada (%37,4) hipotansiyon saptandı. Ortalama tedavi süresi 13,2±6,3 gün, klinik iyileşme süresi 3,4±1,2 gün, mikrobiyolojik eradikasyon süresi 4,7±2,1 gün idi. Hastaların 49'u (%49,4) monoterapi, 50'si (%50,6) kombine tedavi aldı; 70 hastada (%70) ek antimikrobiyal tedavi kullanıldı. Toplamda 76 hastada (%76,8) başarılı tedavi yanıtı elde edilirken, 22 hastada (%17,1) enfeksiyona bağlı mortalite gelişti. 30 günlük mortalite oranı %48,4, 90 günlük mortalite oranı ise %72,8 olarak belirlendi.

Sonuç: CRK enfeksiyonları, artan direnç oranlarıyla birlikte halk sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Karbapenemaz üretiminin yaygınlaştığı günümüzde, CZA hem monoterapi hem de kombine tedavi seçeneği olarak etkili ve güvenilir bir alternatiftir.

Anahtar Kelimeler: Kan dolaşım enfeksiyonu, karbapenem dirençli *Klebsiella*, seftazidim-avibaktam

[PS-189]

Makine Öğrenimi Modelleri ile Febril Nötropeni Gelişen Hematolojik Maligniteli Hastalarda Mikrobiyolojik Özellikler ile Mortalite Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Şebnem Çalık¹, Oktay Bilgir², Deniz Topçu³, Selma Tosun¹, İsmail Demir³

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir

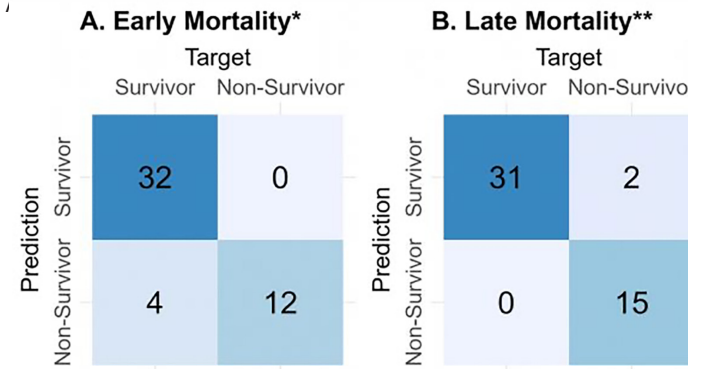
³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Biyokimya Laboratuvarı, İzmir

Giriş: Bu çalışma, hematolojik maligniteli hastalarda ateşli nötropeni gelişmesinde mikrobiyolojik özellikler ile mortalite arasındaki ilişkinin makine öğrenimi algoritmaları kullanılarak incelenmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: 2011-2015 yılları arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde ateşli nötropeni gelişen hematolojik maligniteli hastalar çalışmaya dahil edildi. Makine öğrenimi iş akışını kolaylaştırmak için PyCaret düşük kodlu Python kütüphanesi kullanılmıştır. Erken (7 gün) ve geç (21 gün) mortaliteyi tahmin etmek için iki ayrı model geliştirilmiştir. Modelleme süreci sırasında şu makine öğrenimi algoritmaları değerlendirildi: Ridge Sınıflandırıcısı, Rastgele Orman Sınıflandırıcısı, Doğrusal Ayırıcı Analizi, Hafif Gradyan Artırma Makinesi, Lojistik Regresyon, Gradyan Artırma Sınıflandırıcısı ve Ekstra Ağaçlar Sınıflandırıcısı. Doğruluk ve alıcı işletim karakteristik eğrisi altındaki alan (AUC) ölçümleri, modellerin hem erken hem de geç ölüm tahminleri için tahmin yeteneğini değerlendirmek üzere hesaplanmıştır. Tüm analizler Python 3.12 ve PyCaret 3.0 kütüphanesi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada kullanılan veri seti 159 hastadan oluşuyordu. Çalışma katılanların 94'ü (%57,3) erkek ve 70'i (%42,7) kadın hastadan oluşuyordu. Serimizde hastaların ortalama yaşı 54,2±15,7 (aralığı: 18-84) idi. Yirmi ki (%13,4) olguda septik şok ve 7 (%4,2) olguda polimikrobiyal bakteriyemi tespit edildi. Erken ve geç mortalite oranları sırasıyla 42 (%21,6) ve 58 (%35,4) idi. En sık maligniteler akut miyeloid lösemi, non-Hodgkin lenfoma ve akut lenfositik lösemidir. En sık enfeksiyon odakları primer bakteriyemi, pnömoni ve kutanöz enfeksiyonlardır. Kültür çalışmalarında izole edilen mikroorganizmalar ve antibiyogram profilleri Tablo 1'de verilmiştir. Erken ölüm tahmini için Ridge Sınıflandırıcısı 0,92'lik bir test seti doğruluğu, 0,94'lük AUC ile en iyi performans göstermiştir. Geç ölüm tahmini için Rastgele Orman Sınıflandırıcısı 0,94'lük en yüksek doğruluğa, 0,98'lik AUC'ye ulaşmıştır. Her iki model için de, erken ölüm tahmini için %23,6 ve geç ölüm tahmini için %25,3 oranında göreceli öneme sahip olan yoğun bakım ünitesine kabul en önemli özellik olarak belirlenmiştir. Diğer önemli değişkenler arasında zatürre, böbrek fonksiyonu ve nötropeni süresi yer almıştır.

Sonuç: Bu çalışmada erken mortalite tahmini için Ridge Sınıflandırıcısı, geç mortalite tahmini için Random Forest Sınıflandırıcısı, en yüksek doğruluğa ulaşmıştır. Her iki model için de yoğun bakım ünitesine yatış en önemli özellik olarak belirlenmiştir. Diğer önemli değişkenler pnömoni, böbrek fonksiyonu ve nötropeni süresidir. Makine öğrenimi modelleri daha fazla hasta verisine uygulanabilir ve iyileştirilebilir ve tıbbi araştırmalarda geleneksel istatistiksel yöntemlere yardımcı olabilir.



Şekil 1. Seçilen en iyi modele sahip test kümeleri için Confusion matris

Tablo 1. Kültür materyallerinde üreyen bakteriler ve çeşitli antibiyotiklere duyarlılık durumları

		n (%)
Bakteri	<i>E. coli</i>	52 (%30,6)
	<i>K. pneumoniae</i>	30 (%17,6)
	<i>P. aeruginosa</i>	26,8 (%15,3)
	<i>A. baumannii</i>	17 (%10)
	<i>S. aureus</i>	14 (%8,2)
	<i>Enterokok</i>	9 (%5,3)
	Koagülaz negatif stafilokok	8 (%4,7)
	<i>E. cloacae</i>	5 (%2,9)
	<i>S. maltophilia</i>	2 (%1,2)
	<i>Morganella morganii</i>	1 (%0,6)
	<i>P. mirabilis</i>	1 (%0,6)
	<i>Aeromonas caviae</i>	1 (%0,6)
	<i>S. bovis</i>	1 (%0,6)
	<i>Pnömonok</i>	1 (%0,6)
Antibiyotik	Duyarlılık	n (%)
	Piperasilin-tazobaktam duyarlılığı	80 (%59,7)
	Meropenem duyarlılığı	108 (%80,6)
	Siprofloksasin duyarlılığı	68 (%48,9)
	Vankomisin duyarlılığı	30 (%90,9)
	Teikoplanin duyarlılığı	29 (90,6)
	Amikasin duyarlılığı	114 (%85,7)
	Gentamisin duyarlılığı	85 (%61,6)
	Streptomisin duyarlılığı	5 (%55,6)
	Kolistin duyarlılığı	129 (%97,7)
	Penisilin duyarlılığı	11 (%35,5)
	Ampisilin duyarlılığı	17 (%23,6)
MRSA		1 (%0,6)
ESBL		35 (%20,6)

[PS-190]

Akut Lösemi için Kemoterapi Alan Hastalarda Gelişen Bakteriyel Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarının Geriye Yönelik Değerlendirilmesi

Şebnem Çalık¹, Oktay Bilgir², İsmail Demir², Atiye Petek Kapçak¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Bu çalışmada 2011-2022 yılları arasında üçüncü basamak bir hastanede akut lösemi tanısı ile kemoterapi alan hastalarda gelişen bakteriyel kan dolaşımı enfeksiyonlarının etkenleri, antibiyotikler direnç durumları ve mortalite oranı değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul onayı alındıktan sonra akut lösemi tanısı alan ve febril nötropeni gelişen hastaların verileri geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 26 ile yapılmıştır. Kategorik değişkenleri karşılaştırmak için Pearson veya Fisher'in kesin ki-kare testleri kullanılmıştır. Mortalite risk parametrelerini belirlemek için lojistik regresyon analizi ile geliştirilmiştir. $P < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Dokuz yüz on iki akut lösemi hastasında 1.417 febril nötropeni atağı gelişmiştir. Bunların 233'ünde kan dolaşımı enfeksiyonu (%16,4) tespit edilmiştir. Kan dolaşımı enfeksiyonu gelişen hastaların sayısı 189 olup yaş ortalaması $52,4 \pm 16$ 'dır (18-88 yaş aralığı). En sık enfeksiyon odakları sırasıyla primer bakteriyemi (%42,9), pnömoni (%19,3) ve santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı (%16,3) enfeksiyonudur. Kültürlerin 56'sında (%23,3) Gram-pozitif, 184'ünde (%76,7) Gram-negatif bakteri izole edilmiştir. Yedi (%2,9) enfeksiyon ise polimikrobiyaldir. Kan kültürlerinde üreyen bakteriler ve çeşitli antibiyotiklere duyarlılık durumları Tablo 1'de gösterilmiştir. Gram-pozitif bakterilerin 34'ü (%60,7) uygun ampirik tedavi alırken, Gram-negatif bakterilerin 117'si (%63,6) uygun tedavi almıştır. Erken dönem mortalite oranı %28,8, genel mortalite oranı %41,2'dir. Erken dönem mortalite için nötropeni süresi ($p=0,005$), pnömoni ($p=0,002$), ampirik tedavinin uygunluğu ($p=0,044$), Gram-pozitif bakteri ($p=0,031$), septik şok ($p<0,001$) anlamlıdır. Genel mortalite için pnömoni ($p=0,001$), santral venöz kateter varlığı ($p=0,002$), ampirik tedavinin uygunluğu ($p=0,014$) ve septik şok gelişmesi ($p<0,001$) anlamlıdır.

Sonuç: Akut lösemi tanısı almış hastalara hizmet veren sağlık kuruluşlarında düzenli olarak lokal surveyans verilerinin izlenmesi, antimikrobiyal yönetim rehberlerinin güncellenmesi hastaların izleminde yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut lösemi, kan dolaşımı enfeksiyonu, antimikrobiyal direnç

Tablo 1. Kan kültürlerinde üreyen bakteriler ve çeşitli antibiyotiklere duyarlılık durumları

Bakteri	2011-2013 (n)	2014-2016 (n)	2017-2019 (n)	2020-2022 (n)	Toplam n (%9)	p-değeri
<i>E. coli</i>	19	16	20	24	79 (%32,9)	0,580
<i>K. pneumoniae</i>	7	14	15	14	50 (%20,8)	0,385
Koagülaz negatif stafilokok	2	5	5	18	30 (%12,5)	0,0003
<i>P. aeruginosa</i>	7	10	5	3	25 (%10,4)	0,159
<i>A. baumannii</i>	1	9	2	3	15 (%6,3)	0,018
<i>S. aureus</i>	6	1	4	2	13 (%5,4)	0,105
Enterokok	5	2	2	0	9 (%3,8)	0,067
Diğer Gram-negatifler	2	2	2	1	7 (%2,9)	>0,05
<i>E. cloacae</i>	3	1	0	1	5 (%2,1)	0,204
<i>Streptokok</i>	1	1	2	0	5 (%1,7)	0,521
<i>S. maltophilia</i>	2	1	0	0	3 (1,2)	0,234
Antibiyotik direnci						
ESBL	11	14	15	28	68/181 (%37,6)	0,001
Piperasilin-tazobaktam direnci	11	26	19	20	76/181 (%42)	0,254
Sefepim direnci	6	24	17	28	75/181 (%41,4)	0,000
Karbapenem direnci	3	17	12	11	43/181 (%23,8)	0,077
Kolistin direnci	1	1	1	6	9/176 (%5,1)	0,038
Metisilin direnci	2	1	4	14	21/43 (%48,8)	0,047
Vankomisin direnci	2	1	0	0	3/54 (%5,6)	0,199

[PS-191]

Yoğun Bakım Ünitelerinde Gelişen Santral Venöz Kateter İlişkili Enfeksiyonlarda Etken Mikroorganizmaların Belirlenmesi

Mustafa Arslan, Ahmet Mert Cavnar

Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi; Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Amasya

Giriş: Santral venöz kateter (SVK) ilişkili kan dolaşım enfeksiyonlarına en sık sebep olan mikroorganizmaların genel olarak koagülaz negatif stafilokoklar olmasına vurgu yapılırken, farklı ülkelerden ve merkezlerden farklı sonuçlar bildirilmektedir. Çalışmamızın amacı bir üçüncü basamak hastanede, üçüncü düzey yoğun bakım ünitelerinde tespit edilen SVK ilişkili kan dolaşım enfeksiyon etkenlerinin dağılımını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, üçüncü basamak erişkin yoğun bakım ünitelerinde (anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesi ve genel yoğun bakım ünitesi) 1 Ocak 2022-1 Ocak 2025 arasında izlenen ve SVK ilişkili kan dolaşım enfeksiyonu tanısı almış olan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Verilere Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından oluşturulan kayıtlardan ulaşıldı. Son üç yıllık süreçte etken mikroorganizma dağılımı incelendi. SVK ilişkili kan dolaşım enfeksiyonu tanıları; Ulusal Sağlık Hizmetleri ile ilişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Tanı Rehberi önerileri doğrultusunda kondu. Kateterden alınan kan kültüründe ve/veya aynı anda ayrı venlerden alınan kan kültürlerinden birinde deri kaynaklı *Bacillus* türleri, *Corynebacterium* türleri, mikokoklar, *Propionibacterium acnes* veya KNS üremiş ve klinik bulgular kan dolaşım enfeksiyonu ile uyumlu değilse, bu bakteriler etken olarak kabul edilmedi ve çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Bu çalışma döneminde 13.245 hasta gününde 4.310 SVK kullanımı oldu. Belirtilen zaman aralığında 154 SVK ilişkili kan akım enfeksiyonu tespit edildi. Hastaların yaş ortalaması $56 \pm 13,67$ idi. Enfeksiyona neden olan Gram-pozitif ve Gram-negatif etkenlerin oranı birbirine eşitti (her biri için %44,2). Gram-pozitif etkenlerden en sık tespit edilenler *Staphylococcus aureus* ve koagülaz negatif stafilokoklar iken; Gram-negatif etkenlerden en sık izole edilenler ise *E. coli* ve *Klebsiella* spp. idi. SVK ilişkili kan dolaşım enfeksiyonu tanısı konan hastalarda fungal etiyoloji oranı %11,6 idi (Tablo).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre SVK ilişkili kan dolaşım enfeksiyonlarında Gram-negatif ve Gram-pozitif ajanlar eşit oranlarda etiyolojide rol almaktadır. Bu enfeksiyonların ampirik tedavisinde seçilecek antibakteriyel ajanın her iki gruptaki mikroorganizmalara etkili olmasına dikkat edilmelidir. Fungal etiyoloji için risk faktörleri barındıran hastalar dikkatle değerlendirilip olgu bazında ampirik anti-fungal tedavi başlanması gerekebilir. Her merkez kendi bünyesinde SVK ilişkili kan dolaşım enfeksiyonlarının etiyolojik dağılımını belirlemeli ve bu hastaların ampirik antibiyoterapisini planlarken bu verilerden faydalanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Etken mikroorganizmalar, kan dolaşım enfeksiyonu, santral venöz kateter

Tablo. Üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde SVK ilişkili kan dolaşım enfeksiyonlarındaki etkenlerin dağılımı

Etken mikroorganizma	SVKli sayısı n=154 (%)
Gram-pozitif	68 (44,2)
<i>Staphylococcus aureus</i>	32 (20,8)
Koagülaz negatif stafilokok	22 (14,3)
<i>Enterococcus faecalis</i>	10 (6,5)
<i>Enterococcus faecium</i>	4 (2,6)
Gram-negatif	68 (44,2)
<i>Escherichia coli</i>	26 (16,9)
<i>Klebsiella</i> spp.	18 (11,7)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	14 (9,1)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	6 (3,9)
<i>Proteus mirabilis</i>	4 (2,6)
Fungal	18 (11,6)
<i>Candida albicans</i>	8 (5,2)
<i>Candida parapsilosis</i>	4 (2,6)
<i>Candida glabrata</i>	4 (2,6)
<i>Candida guilliermondii</i>	2 (1,2)
SVK: Santral venöz kateter	

[PS-192]

Bağıışıklığı Baskılanmış Hastada Görülen Nadir Bir Bakteriyemi Etkeni: *Sphingobacterium thalophilum*

Zeliha Karazeybek, Faruk Yayan, Seçil Deniz

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli

Giriş: *Sphingobacterium thalophilum*, doğal ortamlarda yaygın bulunmakla birlikte klinik örneklerden nadiren izole edilen Gram-negatif, non-fermenter bir basildir. Yaygın olarak kullanılan birçok antibiyotiğe, bazı antiseptik ve dezenfektanlara doğal dirençlidir. Bağışıklığı baskılanmış bireylerde enfeksiyon etkeni olduğunu gösteren literatürde az sayıda olgu mevcuttur. Bu bildiride mortal seyreden *Sphingobacterium thalophilum* bakteriyemi olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: İki aydır devam etmekte olan karın ağrısı ve sarılık şikayetleriyle acil servise başvuran kolanjiyosellüler karsinom tanılı altmış iki yaşındaki kadın hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla onkoloji servisinde takibe alındı. Hasta yatışının ikinci gününde enflamatuvar parametrelerinde artış nedeniyle tarafımızca değerlendirildi. Ek klinik şikayeti olmayan hastanın fizik muayenesinde ateş: 36,3 °C, nabız: 68 TA: 127/72 mmHg, genel durumu orta-iyi, deri ikterik görünümde ve batında palpasyonla yaygın hassasiyet mevcuttu. Ek hastalığı olmayan hastanın soygeçmişinde kızında hepatit B ve hepatosellüler karsinom öyküsü mevcuttu. Hastanın yapılan tetkiklerinde beyaz küre: 9230 K/uL, C-reaktif protein (CRP): 143 mg/L, prokalsitonin: 16,9 ng/ml total bilirubin: 11,4 IU/L, direkt bilirubin: 10,5, HBsAg pozitif, anti-Hbc immünoglobulin G pozitif olarak bulundu

(Tablo 1). Hastaya profilaktik entekavir ve olası batın içi enfeksiyon şüphesiyle ampirik ertapenem tedavisi başlandı. Mevcut tedaviyle CRP değerinde yeterli düzelme sağlanamaması nedeniyle hastanın tedavisi meropenem olarak değiştirildi. Takiplerinde ateş yüksekliği saptanmayan hastanın alınan kan kültürlerinde *E. faecium* ve MRKNS üremeleri olması üzerine teikoplanin tedavisi eklendi. Teikoplanin tedavisinin 5. gününde *E. faecium* ve MRKNS üremelerinin devam etmesi ve çekilen kranial diffüzyon manyetik rezonans görüntülemeye subakut iskemik alanlar tespit edilmesi nedeniyle hasta endokardit açısından transtorasik ekokardiyografi ile değerlendirildi ve teikoplanin tedavisi vankomisin olarak değiştirildi, meropenem tedavisi 10. gününde sonlandırıldı. Vankomisin tedavisinin 4. gününde CRP düzeylerinde artış nedeniyle tedaviye imipenem eklendi. Bu tedavinin 2. gününde alınan kan kültürü *Sphingobacterium thalophilum* olarak sonuçlandı. Üreyen bu etkenin imipeneme dirençli olması nedeniyle mevcut tedavi sonlandırılarak, meropenem tedavisi başlandı. Alınan kontrol kan ve kateter kültüründe *Sphingobacterium thalophilum* üremeleri devam etti. Meropenem tedavisinin 2. gününde genel durumunun bozulması, solunum sıkıntısı ve hipotansiyon gelişmesi üzerine hasta yoğun bakıma nakledildi. Tedavinin 6. gününde hastanın eksitus olduğu öğrenildi.

Sonuç: *S. thalophilum* insan patojeni olarak son derece nadir olmakla beraber bu olguda kolanjiyosellüler karsinom olması ve klinik tabloyu açıklayacak başka bir etken saptanamaması nedeniyle *S. thalophilum* üremesi etken olarak değerlendirilmiştir. *S. thalophilum* etken olduğu enfeksiyonlarda ampirik tedavi uygulamasında çoklu antibiyotik dirençleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, *Sphingobacterium thalophilum*, immünkomprime

Tablo 1. Laboratuvar bulguları

Laboratuvar	Yatış günü	Yatışın 2. günü	Yatışın 7. günü	Yatışın 15. günü	Yatışın 20. günü	Yatışın 24. günü	Yatışın 30. günü
Beyaz küre (K/ul)	9980	9230	17560	10420	9270	10110	17090
Nötrofil (K/ul)	8750	8500	15540	9150	8200	9260	15910
Hemogloblin (g/dl)	10,3	9,2	10,3	10,5	10,2	9,3	9,9
Trombosit (K/ul)	162	77	148	144	12,1	67	67
CRP (mg/l)	80	143	150	141	118	174	114
Prokalsitonin (ng/ml)	0,44	16,9	3,1.....3,5	3,7	-	12	9,5
AST (IU/l)	151	126	76	118	80	86	49
ALT (IU/l)	135	84	57	62	36	45	14
ALP (IU/l)	366	141	110	180	165	157	236
GGT (IU/l)	379	107	81	97	77	49	78
LDH (IU/l)	278	327	257	352	257	492	287
Total bilirubin (IU/l)	17,9	11,4	8,8	19,3	19,1	18,2	16,7
Direkt bilirubin (IU/l)	16,9	10,5	8,3	15,7	16,6	13,9	14,9
Albümin (g/l)	29	28	31	23	23	23	22
Kreatin (mg/dl)	0,72	0,8	0,6	0,5	0,6	1,3	2,2
Sodyum (mmol/l)	130	130	131	131	136	131	135
Potasyum (mmol/l)	4,3	3,09	2,9	3,6	3,1	4,2	3,5
HBV-DNA (IU/ml)				Negatif			
Kan kültürü				<i>E. faecium</i>	<i>E. faecium</i> + MRKNS	<i>Sphingobacterium thalpophilum</i>	<i>Sphingobacterium thalpophilum</i>
Ateş varlığı	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Tedavi	Seftriakson başlandı	Ertapenem tedavisine geçildi	Meropenem tedavisine geçildi	Tedaviye teikoplanin eklendi	Mevcut tedaviler kesildi,vankomisin başlandı	Tedaviye imipenem eklendi	İmipenem kesilerek meropeneme geçildi

CRP: C-reaktif protein, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, ALP: Alkalın fosfataz, GGT: Gamma-glutamyl transferaz, LDH: Laktat dehidrogenaz

[PS-194]

HIV ile Yaşayan Kişilerde Depresyon Semptomları Üzerinde Biktgravir/Emtrisitabin/Tenofovir Alafenamid (BIC/TAF/FTC) ve Dolutegravir/Lamivudinin Etkisi: Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Retrospektif Analizi

Oğuz Karabay, Hande Morali, Ayşe Özdemir, Aslı Vatan, Aziz Öğütlü, Ertuğrul Güçlü

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

Giriş: Depresyon, insan immün yetmezlik virüsü ile yaşayan kişilerde (HYB) yaşam kalitesini ve tedaviye uyumu etkileyen önemli bir faktördür. Bu çalışma, BIC/TAF/FTC veya dolutegravir/lamivudin tedavi rejimlerini kullanan bireyler arasında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanlarındaki değişiklikler araştırıldı.

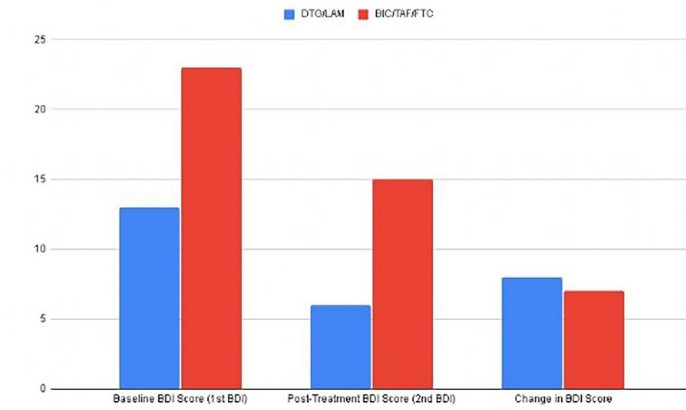
Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif gözlemsel çalışmada, Ocak 2020 ile Aralık 2024 arasında takip edilen HYB'lerin elektronik sağlık kayıtları analiz edildi. En az 24 hafta antiretroviral tedavi gören ≥ 18 yaşındakiler dahil edildi. BDÖ skorlarındaki başlangıç seviyesinden 24. haftaya kadar olan değişiklikler analiz edildi ve iki tedavi grubu arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Bu çalışmada DTG/LAM ve BIC/TAF/FTC rejimlerinin HYB'deki klinik ve laboratuvar parametreleri üzerindeki etkileri değerlendirildi. DTG/LAM grubunda toplam 39 HYB ve BIC/TAF/FTC grubunda 42 HYB dahil edildi. Ortalama yaş grupları arasında benzerdi (DTG/LAM: $38,5 \pm 12,5$ yıl; BIC/TAF/FTC: $38,8 \pm 11,8$ yıl, $p=0,15$). Başlangıç CD4 sayımları da benzerdi (DTG/LAM: 350 ± 100 hücre/ μ l; BIC/TAF/FTC: 360 ± 110 hücre/ μ l, $p=0,45$), ancak 24. haftadaki artış BIC/TAF/FTC grubunda önemli ölçüde daha yüksekti (DTG/LAM: 600 ± 150 hücre/ μ l; BIC/TAF/FTC: 650 ± 140 hücre/ μ l, $p=0,03$). Her iki grup da 24 hafta sonra BDÖ puanlarında önemli azalmalar gösterdi, ancak değişim grupları arasında önemli ölçüde farklı değildi (DTG/LAM: $8,28 \pm 2,6$; BIC/TAF/FTC: $7,4 \pm 2,4$, $p=0,70$). Bu bulgular her iki rejimin de depresyon semptomlarını etkili bir şekilde azalttığını, BIC/TAF/FTC grubunda daha belirgin bir CD4 artışı olduğunu göstermektedir.

Sonuç: Her iki tedavi rejimi de HYB de depresyon semptomlarını azaltmada etkililik gösterdi. Her iki grup da BDÖ puanlarında grup içi önemli iyileşmeler gösterirken (platelet: 0,05), BDÖ puanı azalması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu.

Anahtar Kelimeler: Dolutegravir, HIV, lamivudin

Tablo 1.			
Ölçüm	DTG/LAM grubu (ortalama $\pm$ STD)	BIC/TAF/FTC grubu (ortalama $\pm$ STD)	p-değeri
n	39	42	
Yaş (yıl)	38,5 $\pm$ 12,5	38,8 $\pm$ 11,8	0,15
Erkek/kadın	29/10	37/5	0,192
HIV-RNA (0. gün, kopya/ml)	620.000 $\pm$ 200.000	480.000 $\pm$ 190.000	0,32
HIV-RNA (24. hafta, kopya/ml)	45	37	0,47
CD4 sayısı (başlangıç, hücre/ μ l)	350 $\pm$ 100	360 $\pm$ 110	0,45
CD4 sayısı (hafta 24, hücre/ μ l)	600 $\pm$ 150	650 $\pm$ 140	0,03
Temel BDÖ puanı (1. BDÖ)	13,76 $\pm$ 4,3	23,25 $\pm$ 4,1	0,45
Tedavi sonrası BDÖ skoru (2. BDÖ)	5,8 $\pm$ 3,8	14,5 $\pm$ 3,6	0,30
BDÖ puanındaki değişim	8,28 $\pm$ 2,6	7,4 $\pm$ 2,4	0,70
STD: Standart deviasyon, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü			



Şekil 1. Mavi: DTG/LAM, kırmızı: BIC/TAF/FTC

[PS-195]

Lenfadenopati Etiyolojisinde Eksizyonel Biyopsinin Önemi

Süleyman Kılınç, Semra Tunçbilek, Gülşen İskender, Mustafa Ertek

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

Giriş: Malignite şüphesi olan lenfadenopatili hastada patolojik tanıda eksizyonel biyopsinin true-cut biyopsiye üstünlüğünü gösteren olgu sunulmuştur.

Olgu: Yirmi üç yaşında erkek hasta sağ kasık bölgesinde ele gelen sertlik şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Komorbiditesi olmayan hasta şikayetin 5 hafta önce başladığını, dış merkez acil serviste siprofloksasin ve metronidazol reçete edildiğini tedavi sonrası küçülme olmaması nedeniyle yaptığı ikinci başvurusunda ornidazol ve doksisisiklin verildiğini belirtti. Şişliğin başlangıcından itibaren ek şikayeti olmayan hasta kedi besliyor. Hastanın fizik muayenesinde vital bulguları stabildi. Sağ inguinal bölgede 3x4 cm boyutlarında sınırları düzenli, hassasiyeti olmayan, orta sertlikte lenfadenopatisi mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımı ve rutin biyokimya değerleri normal sınırlardaydı, C-reaktif protein: 4 mg/dl, sedimentasyon: 15 mm/saat olarak belirlendi. Hastanın anti-insan immün yetmezlik virüsü, anti-toksoplazma, VDRL, *Bartonella henselae*, *Francisella tularensis*, *Brucella* aglütinasyon testleri ve quantiferon testi negatif izlendi. Ultrasonografide; sağ inguinal bölgede büyüğü 44x22 mm boyutlarında birkaç adet reaktif lenf nodu izlendi. Lenfadenopati araştırmak amacıyla yapılan ultrasonografide servikal zincirde solda büyüğü 14 mm, sağda 13 mm reaktif lenf nodu izlenirken aksillada sağda 13 mm, solda 12 mm çapında reaktif lenf nodları belirlendi. Hastada etiyoloji belirlenmesi amacıyla sağ inguinal bölgedeki lenf nodundan biyopsi planlandı. Hastanın eksizyonel biyopsiyi kabul etmemesi nedeniyle yapılan true-cut biyopsisi “anjiyoimmünoblastik T hücreli lenfoma” olarak raporlandı. Hematologlar tarafından tanı için true-cut biyopsi güvenilir bulunmaması nedeni ile kemik iliği biyopsisi ve eksizyonel biyopsi planlandı. Yapılan kemik iliği biyopsisinde de T hücreli lenfomayla uyumlu sonucu izlendi. Eksizyonel biyopsisi dış merkezde yapılan ve 3. bir merkezde değerlendirilen hasta “Hodgkin lenfoma” tanısı aldı. Ocak-Nisan 2023 tarihleri arasında 4 kür kemoterapi alan hasta halen ilaçsız takip edilmektedir.

Sonuç: Özellikle enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere birçok hastalık lenfadenopati ile ortaya çıkmaktadır. Hastalarda anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile tanıya ulaşamadığı durumlarda bazen girişimsel işlemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Hastamızda geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen uzun süreli lenfadenopati nedeniyle biyopsi planlandı. Hastanın eksizyonel biyopsiyi kabul etmemesi üzerine yapılan true-cut biyopsi sonucu (anjiyoimmünoblastik T hücreli lenfoma) güvenilir bulunmamış eksizyonel biyopsi planlanmıştır. Lenf bezi eksizyonel biyopsi ile net patolojik tanıya (Hodgkin lenfoma) varılmıştır. True-cut biyopsi eksizyonel biyopsiye kıyasla daha pratik ve daha az invaziv olması nedeniyle bazen tercih edilse de eksizyonel biyopsi kadar güvenilir ve patolojik tanı konulmasında da başarılı olmaması nedeniyle öncelik verilmesi tanıyı geciktirebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etiyoloji, Hodgkin hastalığı, lenfadenopati

[PS-196]

Gastrointestinal Panel Testlerinin Tanı ve Klinik Yönetim Üzerindeki EtkisiEsra Kılıbaşı¹, Süleyman Kılınç¹, Zeliha Arslan¹, Ayşegül Polat², Gülşen İskender¹, Tuba Dal², Mustafa Ertek¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Enfeksiyöz gastroenteritler, morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Etkili tanı yöntemleri; olgu yönetimi, enfeksiyon kontrolü, optimum tedavi için kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada gastrointestinal panel (GIP) kullanımının gastroenterit etken patojenlerin tespitindeki duyarlılığı ve gaita mikroskopisiyle korelasyonu değerlendirilmiştir.

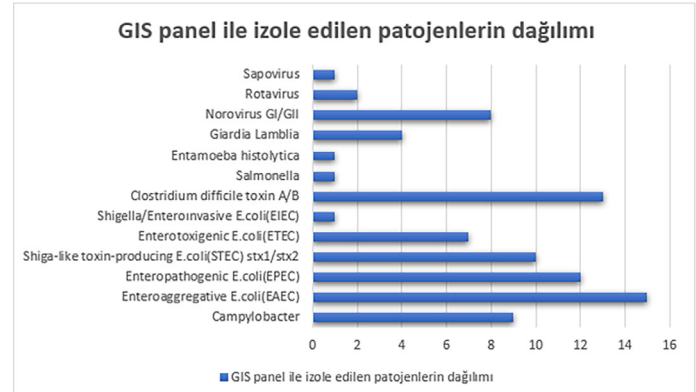
Gereç ve Yöntem: 2023-2024 yılında enfeksiyöz gastroenterit şüphesiyle merkezimizde takip edilen 18 yaş üstü 144 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Dışkı örnekleri FilmArray GIP ile test edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, kronik hastalıklar, hastaneye yatış nedeni, hastaneye yatıştan GIP testine kadar geçen süre, eş zamanlı gaita mikroskopisi sonucu, test sonucu öncesi ve sonrası tedavileri ile ilgili veriler toplandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 144 hastanın 121’inin (%84,02) hematolojik ya da solid organ malignitesi tanısı vardı. Bu hastaların 97’si hematolojik malignite, 24’ü ise solid tümör ile takip edilmekteydi. GIP test sonuçlarında 144 hastanın 59’unda (%40,97) etken saptandı. Hastaların 40’ında (%27) tek patojen saptanırken, 19’unda (%13) iki ve daha fazla patojen saptandı. Tespit edilen patojenlerin dağılımı Şekil 1’de belirtilmiştir. GIP ile test edilen hastaların 84’ünde eş zamanlı gaita mikroskopisi yapıldı; 27’sinde (%32,14) mikroskopi gastroenterit lehineydi (gaitada lökosit varlığı), bu hastaların 16’sında (%59,25) GIP testinde patojen saptandı. Gaita mikroskopisi 57 hastada doğal olarak raporlandı, bunların 23’ünde (%40,35) GIP testinde patojen saptandı. Test öncesi 80 hastanın geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedavi edildiği ve *C. difficile* tespit edilen 9’unun (%12) test öncesi bu tedavileri aldığı görüldü. GIP sonucu pozitif gelen 59 hastanın 19’unda (%32,2) antibiyotik rejiminde düzenleme yapıldığı, 40’ında ise immünoşüpresyon ve ek enfektif odaklar nedeniyle mevcut tedavilerine devam edildiği saptandı (Tablo 1).

Sonuç: FilmArray GI Panel ile sağlanan hızlı tanı; klinik yönetimi ve sonuçları iyileştirmektedir. Çalışmamızda, gastroenterit semptomlu hastaların %40,97’sinde GIP analizinde patojen saptandı. Uygulaması kolay ve daha az maliyetli olan gaita mikroskopisi ise hastalarımızın %32,14’ünde anlamlı bulundu ve bu hastaların %59,25’inde GIP’de etken saptandı. Bu da gaita mikroskopisinde anlamlı bulguları olan hastalardan GIP çalışılmasının etkeni saptamada faydalı olacağı yönünde değerlendirilebilir. Mikroskopi sonucu normal olan hastaların ise %40,35’inde GIP’de etken saptanması testin gaita mikroskopisi normal olan (non-enflamatuvar gastroenterit) hastalarda GIP kullanımının maliyet etkin olmayacağı şeklinde değerlendirilmiştir. Bu nedenle enflamatuvar gastroenteritlerde kullanımı önceliklenmelidir. GIP sonuçlarına göre hastaların %32,2’sinin tedavileri düzenlendi ve hızlı tanı sayesinde *C. difficile* saptanan hastalarda erken dönemde tedavi revizyonuna gidildi. Çalışmada hastaların %13’ünde GIP sonuçlarında

çoklu patojenler izole edilmesi hastalık tablosunun yorumlanmasında sadece laboratuvar sonuçlarına bağlı kalmadan klinik ile korele değerlendirmenin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Clostridium difficile*, gastrointestinal panel, ishal



Şekil 1. Gastrointestinal sistem panel ile izole edilen patojenlerin dağılımı

Tablo 1.	
	Sayılar
Yatış sonrası gastrointestinal panel örneği alınma günü	
Ortalama	±9,54
Gün aralığı	1-48. günler
Test örneği alınması sırasında semptom varlığı	
Ateş+ishal	34
Yalnızca ishal	110
Gastrointestinal paneli ile eşzamanlı yapılmış gaita mikroskopisi incelemesi	
Var	27
*Anlamlı sonuç (mikroskopide lökosit varlığı)	57
*Doğal (toplam)	(84)
Yok	60
Gastrointestinal panel örneği alınması öncesi antibiyotik kullanımı öyküsü	
Var	36
*Karbapenem	23
*Piperasilin tazobaktam	6
*Sefaperazon-sulbaktam	15
*Diğer (kinolonlar, 2-3.kuşak sefalosporinler, metronidazol)	
(toplam)	(80)
Yok	64
Pozitif gastrointestinal panel sonucu sonrası antibiyoterapi rejiminde değişiklik	
Var	9
*Tedaviye oral vankomisin/metronidazol eklenmesi	3
*Antibiyoterapisinin sonlandırılması	7
*Diğer (kinolonlar, 2-3.kuşak sefalosporinler, metronidazol)	
(toplam)	(19)
Yok	40

[PS-197]

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2013-2024 Yılları Arasında İstenen Anti-HIV Serolojisinin Değerlendirilmesi

Veysel Akça, Turhan Togan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla

Giriş: Özellikle ülkemizin de ortasında bulunduğu Avrupa ve Doğu Akdeniz bölgesinde insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte birey sayısı ve HIV ilişkili ölüm sayısında ciddi artış olduğu saptanmıştır. Muğla ilinde hastanemize başvurular sonrası olgu sayılarında da artışlar gözlenmektedir. Bakılan anti-HIV testlerinin yıllara göre istendiği birimin dağılımı, pozitiflik oranının değerlendirilmesi amaçlandı. Geniş bir zaman dilimini hedef alması nedeniyle literatüre katkı sunmak amaçlandı.

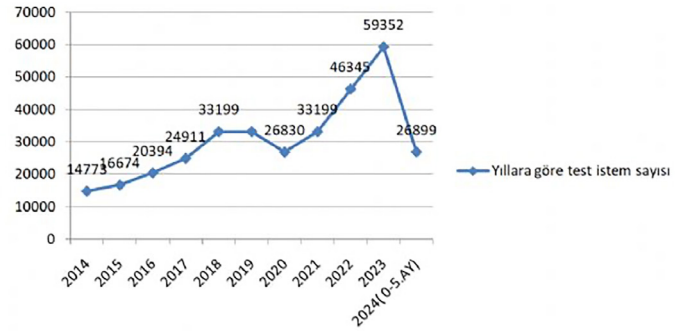
Gereç ve Yöntem: 01.01.2014 ve 31.04.2024 zaman aralığını içerecek şekilde retrospektif dosya taraması yapıldı. Anti-HIV testi istenen hastalar çalışmaya dahil edildi. Yıllara, kliniklere ve sonuçlara göre test sonuçları gruplandırıldı.

Bulgular: Pandeminin başladığı yıl haricinde hastanemizde istenen test sayısında her yıl artış saptandı. İki bin yirmi bir, sonrası bu artış devam ettiği görüldü. İstenen testlerde pozitif saptanma sayısı da benzer bulundu. İstenen testlere göre prevalans 0,0007 ve 0,0034 arasında saptandı. İki bin on yedide prevalans artışı gözlemlendi. İki bin on yedi, sonrası ise prevalansta ve pozitif saptanan kişi sayısında azalma olduğu saptandı. Test istem sayısında ve pozitif saptanan olgu sayısında pandemi sonrası dönemde artış gözlemlendi. En çok test istemi cerrahi branşlarca pre-operatif tarama olarak istendiği bulundu. Görece olarak ortalama prevalans 0,0003-0,0027 arasında saptandı. 2017 yılında özellikle pre-op taramalarda 24 kişide pozitif saptandı. Enfeksiyon hastalıklarında pozitif saptanan kişi sayısı da benzer şekilde 2017'de artış eğiliminde, pandemide azalmış ve pandemi sonrası yine artış eğiliminde olduğu bulundu. Hemodiyaliz hastalarında 2022'ye kadar pozitif olgu saptanmadı. 2022 sonrası yıllık 1 en çok 2 kişi olduğu saptandı. Acil servisten HIV istemi sayısı pandemi ile birlikte artış gösterdiği bulundu. Pozitif saptanana olgu sayısının da yine benzer eğilimde olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Yıllar içinde HIV test istem sayısında ve olgularda artış olduğu saptandı. Pandemiye bağlı test istemlerinin azalması ve buna bağlı tanıda azalma olduğu desteklendi. Pandemi sonrasında istenen test miktarında artış olmasına bağlı pozitif saptanan kişi sayısının artması beklenen bir sonuçtur, ancak prevalansın hala artıyor olması da HIV açısından ciddi artışı desteklemiştir. Pandemi sonrası tanıda gecikmeye bağlı, yayılımın ve prevalansın arttığı çalışmamızda da gösterildi. Bu nedenle dünyada çoğu yerde olgu sayısı ve prevalansı azalmasına rağmen ülkemizin içinde bulunduğu Avrupa ve Doğu Akdeniz bölgesinde artış olduğu desteklendi.

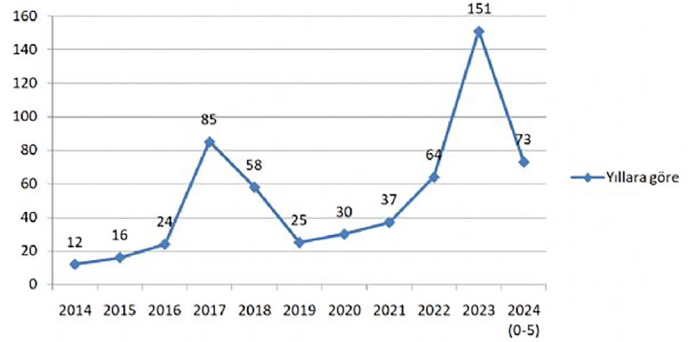
Anahtar Kelimeler: HIV, prevalans

Toplam istenen test sayısı



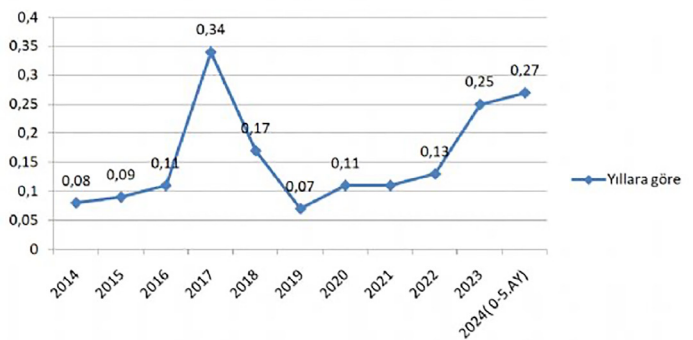
Şekil 1. Çalışma sonuçları

Pozitif saptanan test sayısı



Şekil 2. Çalışma sonuçları

Yıllara göre prevalans



Şekil 3. Çalışma sonuçları

[PS-198]

Zonaya Bağlı Periorbital Sellülit ve Zona Ensefaliti Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu

Mustafa Usanmaz¹, Bahar Büşra Sivrikaya², Özgür Günel¹, Mehmet Hakan Taşkın², Duygu Yener²

¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

Giriş: Herpes zoster, ileri yaş veya immün yetmezliği olan bireylerde sık görülmekte olup ensefalit gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu yazıda, herpes zoster oftalmikus sonrası gelişen zona ensefaliti olgusu sunulmuştur.

Olgu: Altmış dokuz yaşında kadın hasta, acil servise ateş, üşüme-titre, bilinç bulanıklığı, baş ağrısı ve göz çevresinde ağrı şikayetleriyle başvurmuştur. Hastanın 3 gün önce sol göz ve alın çevresinde başlayan ağrı ve kabark lezyonlar nedeniyle göz hastalıklarına başvurduğu ve gansiklovir, loteprednol, netilmisin damlaları reçete edildiği, bir gün sonra da göz çevresindeki şişlik, akıntı ve veziküler lezyonların artması üzerine göz hastalıkları kliniğine valgansiklovir reçete edildiği; aynı gün bilinç değişikliği nedeniyle acil servise getirildiği belirtilmiştir. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus ve esansiyel hipertansiyon mevcuttu. Acil serviste yapılan değerlendirmede, vital bulguları stabildi. Fizik muayenesinde sorulara mantıklı cevaplar verebilmesine rağmen yakınlarından bazılarını tanıyamadığı gözlemlendi. Ense sertliği yoktu, ancak sol gözde belirgin olmak üzere her iki gözde periorbital ödem, sol frontal bölgeden saçlı deriye uzanan yer yer kurutlanmış lezyonlar, sol gözde akıntı ve periorbital veziküler lezyonlar tespit edildi. Motor defisit saptanmadı. Hastanın tetkiklerinde; lökosit 7400/mm³, C-reaktif protein 29 mg/l, prokalsitonin 0,4 µg/l ve glukoz 660 mg/dl olarak bulundu. Ensefalit ön tanısı ile lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) 500 lökosit/mm³ ve 22 lenfosit/mm³, protein 592 mg/dl ve glukoz 156 mg/dl saptandı. BOS kültüründe üreme olmadı, ancak BOS polimeraz zincir reaksiyonu testinde varisella-zoster virüs pozitif bulundu. İntravenöz asiklovir tedavisi (3x750 mg) başlandı. Göz hastalıkları konsültasyonu sonrası periorbital sellülit, sol gözde zona keratiti ve üveit tanıları doğrulandı. Tedavi sürecinde bilinç durumu düzelen hastanın periorbital ödemi ve baş ağrısı azaldı, veziküler lezyonları kurutuldu. Yirmi bir gün intravenöz asiklovir tedavisi sonrası, göz hastalıkları ve nöroloji bölümlerinin önerileri alındı ve hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Herpes zoster oftalmikus sonrası gelişen ensefalit, nadir ancak ciddi sonuçlara yol açabilecek bir komplikasyondur. Erken anti-viral tedavi, bu hastalarda mortalite ve morbiditeyi azaltmada hayati öneme sahiptir. Ayrıca herpes zoster aşısı, özellikle 50 yaş üzerindeki bireylerde hastalık insidansını ve komplikasyonlarını azaltmada etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster, ensefalit, orbital sellülit

[PS-199]

Karbapenem Dirençli Enterobacterales ile Kolonize Hastalarda Enfeksiyon Gelişimindeki Risk Faktörleri

Sümeyye Aksu¹, Ali Kaya², Zülal Yavuz Akay², Simge Yaşar Ekinci², Mustafa Serhat Şahinoğlu², Tuğçe Şimşek Bozok²

¹Çankırı Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çankırı

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Çalışmamızda, hastanede yatan hastaların klinik örneklerinde üreyen *Enterobacterales* türlerinin klinik ve mikrobiyolojik özellikleri ve karbapenem dirençli *Enterobacterales* (CRE) ile kolonize olan hastalarda gelişen enfeksiyonlarda tanımlanmış risk faktörlerinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, Aralık 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında servis ve yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan CRE üremesi tespit edilen, 18 yaş üstü erişkin 88 hasta dahil edildi. Hastaların verileri çalışma için hazırlanan hasta takip formuna prospektif olarak kaydedildi. Hastalar klinik olarak değerlendirilerek kolonizasyon/enfeksiyon ayrımı yapıldı. Kolonizasyonu olan hastaların demografik özellikleri ve klinik sonuçları, CRE enfeksiyonu olanlar ile karşılaştırıldı ve enfeksiyon gelişimi açısından risk faktörleri araştırıldı.

Bulgular: Hastaların ilk üremeleri dikkate alındığında 38'i (%43) kolonize, 50 (%57) hasta enfekte idi. İlk üremesi kolonizasyon kabul edilen 38 kolonize hastanın takipleri sırasında 8'inde (%21) enfeksiyon gelişti. Enfeksiyon gelişiminde hastaların yaş, cinsiyet, komorbid durum, operasyon ve hospitalizasyon öyküsü, polimikrobiyal üreme arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). İnvasiv girişim, üriner sonda, nazogastrik sonda, arteriyel kateter uygulamalarının enfekte hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,004$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,044$; sırasıyla). Daha önce kullanılan antimikrobiyaller incelendiğinde; enfekte hastalarda linezolid kullanımının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p=0,030$). Enfekte olgularda yoğun bakımda yatış ve mortalite oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,015$, $p=0,003$; sırasıyla). Çalışmamızda enfekte olgularda posakonazol ve levofloksasin kullanım oranı daha düşüktü ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,047$, $p=0,007$; sırasıyla). Çalışmamızda diğer çalışmaların aksine enfekte olguların %36,2'sinde cerrahi alan enfeksiyonu, %31'inde pnömoni, %24,1'inde üriner sistem enfeksiyonu, %17,2'sinde deri yumuşak doku enfeksiyonu, %3,4'ünde kan dolaşım enfeksiyonu, %3,4'ünde kemik eklemler enfeksiyonu tespit edildi.

Sonuç: Cerrahi alan enfeksiyon oranının yüksekliğinin sebebinin çalışma yaptığımız dönemde ülkemizdeki deprem felaketi sonrası çevre illerden depremzede hastaların hastanemize sevk olması ve bu dönemde uygulanan cerrahi işlemlerin artması olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda kolonize hastaların çoğunluğu onkoloji/hematoloji servisinde yatmakta olup, bu hastaların primer hastalıkları için kullanılan kemoterapi süresince levofloksasin ve posakonazol yoğun şekilde kullanıldığı için kolonize hastalarda levofloksasin ve posakonazol kullanımının anlamlı şekilde yüksek çıktığı düşünüldü. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler neticesinde CRE ile kolonizasyon sonrası enfeksiyon gelişimini önlemek için düzenli olarak surveyans

sonuçları takip edilmeli, hastalarla temas öncesi ve sonrasında standart önlemlere ve kılavuz önerilerine uyulmalı, antibiyotiklerin gereksiz tüketimi önlenmeli, gereksiz invaziv araç kullanımı ve girişimlerinden kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: CRE, enfeksiyon, risk

[PS-200]

Enfektif Endokardit Şüphesi: Kimde? Ne Zaman? Nasıl?

Selin Özdemir, Arzu Varlı, Hülya Özkan Özdemir,
Emine İlay Duman, Alpay Arı

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

Giriş: Enfektif endokardit yüksek mortalite hızı ve yol açtığı morbiditeler sebebiyle hızla tanı konulması gereken bir hastalıktır. Bununla birlikte ülkemizde tanısı geciken hastalıklar arasında yer alır. Gecikme sebeplerinin başında yeterince klinik şüphe duyulmaması ve tanı yöntemlerinin zorluğu gelmektedir. Bu çalışmada merkezimizde enfektif endokardit tanısı alan olgular gözden geçirilerek tanı güçlüğüne dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan merkezimizde Ocak 2022 - Ocak 2025 tarihleri arasında tanı alan olguların retrospektif olarak; demografik, klinik, radyolojik, mikrobiyolojik ve laboratuvar bulguları MS Excel programına kaydedilerek istatistiksel hesaplamaları yapılmıştır.

Bulgular: İncelenen 32 olgunun yaş ortalaması 60,68±15 olup %59,3'ü erkek, %40,7'si kadındı. Tanı anında hastaların anamnezinde; dört hastada yapay kalp kapağı, bir hastada akut romatizmal ateş, bir hastada da konjenital kalp kapak hastalığı mevcuttu. Komorbiditeler arasında en sık kronik böbrek yetmezliği (%37,5) ve diyabet (%31,2) olduğu görüldü. Hastaneye başvuru şikayetleri arasında ateş (%56,2), halsizlik (%40,6) ve kilo kaybı (%15,6) sık olup, alınan kan kültürlerinde %90,3 oranında üreme saptandığı tespit edildi. Bakteriyel etkenler sıklık sırasına göre; *Staphylococcus aureus* [%42,8 (%91,6 metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus*, %8,4 metisilin dirençli *Staphylococcus aureus*)] *Enterococcus* spp. [%35,7 (%80 *Enterococcus faecalis*, %20 *E. faecium*)], *Streptococcus* spp. (%14,2), koagülaz negatif stafilokoklar (%7,1) ve *Candida albicans*'ı (%3,5). Olguların tamamına transtorasik ekokardiyografi (TTE) yapıldı ve 26 (%81,3) hastada vejetasyon saptandı. TTE'de vejetasyon saptanmayan altı hastada ise transözefageal ekokardiyografiyle (TEE) tanı konuldu. Tüm olgularda en sık tutulan kalp kapağı %56,2 oranıyla mitral kapak olup takiben %28 oranıyla aort kapağıydı. TEE ile tanı alan altı hastanın beşinde ise mitral kapak tutulumu vardı ve bu hastalarda herhangi bir kateter veya yapay kalp kapağı bulunmuyordu. Olgularımızın 13'ünde (%41) komplikasyon gelişti (%54'ünde kalp yetmezliği, %46'sında emboli) ve cerrahi müdahale için ilgili bransa nakil edildi.

Sonuç: Bu çalışma göstermiştir ki: ateş, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile başvuran hastaların araştırılmasında enfektif endokardit ilk akla gelen tanıların arasında olmalıdır. Ayrıca acil başvurular sırasında alınan kan kültürlerinde spesifik üremeler (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp., *Streptococcus* spp.) olduğunda öncelikli olarak enfektif endokardit şüphesi giderilmelidir. Çalışmamızın sonuçlarında da görüldüğü gibi hastalarda herhangi kolaylaştırıcı bir faktör (damar içi veya kalp içi araç, intravenöz uyuşturucu kullanımı, geçirilmiş kalp kapak hastalığı) bulunmasa da TTE ile tanı konulmadığı durumda TEE yapılması tanı alması için yararlı olacaktır.

Anahtar Kelime: Enfektif endokardit

Tablo 1. Olguların demografik verileri ve klinik/laboratuvar bulguları

Yaş Ortalama (SS)	Ort (SS) 60,68 (±15)
Cinsiyet	% (n)
Kadın % (n)	40,7 (13)
Erkek % (n)	59,3 (19)
Ek hastalık	% (n)
KBY	37,5 (12)
DM	31,2 (10)
KAH	21,8 (7)
Romatizmal hastalık	9,3 (3)
Malignite	9,3 (3)
Başvuru şikayetleri	% (n)
Ateş	56,2 (18)
Halsizlik	40,6 (13)
Kilo kaybı	15,6 (5)
Gece terlemesi	9,3 (3)
Nefes darlığı	5,6 (5)
Kapak özelliği	% (n)
Doğal	87,5 (28)
Yapay	12,5 (4)
Tutulan kapak/miyokardiyal doku	% (n)
Mitral kapak	56,2 (18)
Aort kapak	28,1 (9)
Triküspit kapak	12,5 (4)
Pulmoner kapak	3 (1)
Septum	9,3 (3)
Kan kateteri varlığı	% (n)
Var	37,5 (12)
Yok	62,5 (20)
Laboratuvar bulguları	Ort (SS)
Beyaz küre	13366 (±5971)
Nötrofil	11141 (±5579)
PLT	221781 (±117820)
Hemoglobin	10,27 (±1,98)
CRP	204,16 (±137)
Üreyen mikroorganizma	% (n)
<i>S. aureus</i>	42,8 (12)
- MSSA	-91,6 (11)
- MRSA	-8,4 (1)
<i>Enterococcus</i> spp.	35,7 (10)
<i>Streptococcus</i> spp.	14,2 (4)
KNS	7,1 (2)
<i>Candida albicans</i>	3,5 (1)
Görüntüleme bulguları TTE'de vejetasyon	% (n)
Var	81,2 (26)
Yok	18,7 (6)
Cerrahi müdahale ihtiyacı	% (n)
Var	40,6 (13)
Yok	59,4 (19)
Cerrahi nedenleri	% (n)
Kalp yetmezliği	53,8 (7)
Enfeksiyon kontrolü sağlanamaması	7,6 (1)
Embolizasyonun önlenmesi	46,1 (6)
Apse	7,6 (1)
Komplikasyonlar	% (n)
Kardiyak komplikasyonlar	21,8 (7)
Nörolojik komplikasyonlar	31,2 (10)
Septik emboli	18,7 (6)
Metastatik enfeksiyonlar	6,2 (2)
Prognoz	% (n)
Şifa	40,6 (13)
Ölüm	31,2 (10)
Sevki	28,2 (9)

KBY: Kronik böbrek yetmezliği, DM: Diabetes mellitus, KAH: Koroner arter hastalığı, PLT: Platelet, CRP: C-reaktif protein, MSSA: Metisiline duyarlı *Staphylococcus aureus*, MRSA: Metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*, KNS: Koagülaz negatif *Staphylococcus*, TTE: Transtorasik ekokardiyografi

[PS-201]

Visseral Leishmaniasis: Geciken Bir Tanı

Esra Erdem Kıvrak¹, Müge Güner¹, Deniz Özer¹,
Şebnem Şenol Akar¹, Çiğdem Banu Çetin¹, Ahmet Özbilgin²,
İbrahim Çavuş²

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Parazitoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Leishmania protozoonunun neden olduğu Phlebotomus cinsi tatarcık sineği ısırığıyla bulaşan hastalıktır. Kutanöz, mukokutanöz, visseral formları vardır. Ülkemizde kutanöz leishmaniasis endemik; visseral leishmaniasis sporadik olarak görülür. Bu bildiride ateş, halsizlik, kilo kaybı, pansitopeni saptanan, tetkiklerinde visseral leishmaniasis tanısı konulan; tedavi sırasında lipozomal amfoterisin-B(L-AMB) anafilaksisi gelişen hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk sekiz yaş kadın hasta 4 ay önce başlayan halsizlik, öksürük, ateş, kilo kaybı şikayetleriyle dış merkezde 2 hafta yatırılmış olup piperasilin-tazobaktam ve moksifloksasin tedavisine rağmen yanıt alınamamış. Hepatosplenomegali, ateş etiyojisi araştırılması için Manisa Celal Bayar Üniversitesi'ne yönlendirilen hasta tetkik-tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Fizik muayenede genel durumu orta, E4V5M6, ateş: 36,8 °C, tansiyon: 140/80 mmHg, nabız: 120/dk, SO₂: 98'dir. Palpasyonla batında kot altı dalak ele gelmekte olup diğer sistemik muayeneleri olağan saptandı. Hastada hipertansiyon, diabetes mellitus, hipofiz makroadenom komorbiditeleri mevcut. Laboratuvar değerleri hemoglobin: 8,3 g/dl, hematokrit: %26,3, lökosit: 1810/µl, trombosit: 45.000/µl, sedimentasyon: 20 mm/h, C-reaktif protein: 148 mg/l, protrombin zamanı: 12,8 sn, uluslararası normalleştirilmiş oran: 1,08,

aspartat aminotransferaz: 22 u/l, alanin aminotransferaz: 19 u/l, gamma-glutamil transferaz: 118 u/l, laktat dehidrojenaz: 592 u/l, alkalın fosfataz: 66 u/l, albümin: 3,1 g/dl olarak saptandı.

Epstein-Barr virüsü, sitomegalovirüs, toksoplazma, VDRL-TPHA, *Brucella*, varicella, kızamık, kızamıkçık, hepatit, anti-HIV serolojilerinde patoloji saptanmadı. Parazitolojiden sözel öğrenilen leishmania, Zika virüs antikorlu IgG (IFA) pozitif sonuçlanması nedeniyle L-AMB 1x3 mg/kg/gün başlandı. Ko-enfeksiyonlar açısından piperasilin - tazobaktam 3x4,5 gr/gün, siprofloksasin) 2x400 mg/gün, oseltamivir 1x75 mg/gün eklendi. Kan ürünü replasmanları yapıldı. Kemik iliği aspirasyon biyopsisi materyalinde amastigot görülmedi, hızlı test (+) ve polimeraz zincir reaksiyonu (+); leishmania IFA IGG 1/1024 olarak sonuçlandı. İdrar, kan, balgam kültürlerinde üreme olmadı. Ekokardiyografi olağan izlendi. Yatışının 5. gününde L-AMB tedavisiyle yanıt alınan hastada, 14. günündeki tedavi dozu verilirken anafilaksi gelişmesi nedeniyle alerjiye danışılarak yoğun bakım şartlarında desensitize edilerek verilebileceği önerildi. Parazitolojiyle görüşüldü. Beş günlük L-AMB tedavisi yeterli olup 3 ay sonra kontrol leishmania serolojisi bakılması; artış görülürse tedavinin yeniden planlanmasına karar verilerek hasta taburcu edildi. Takiplerinde aktif şikayetin olmadığı ve kan tablosunun tamamen düzeldiği görüldü.

Sonuç: Visseral leishmaniasis Akdeniz, Ege, İç Anadolu bölgelerinde sporadik görülür. Somali, Doğu Afrika gibi endemik görüldüğü bölgelerde sodyum stiboglukonat ve paramomisinle tedavi edilmektedir. Ateş, iştahsızlık, kilo kaybı; pansitopeni tablosuyla başvuran retikuloendotelial sistemi etkileyen hastalarda leishmaniasis akıldan çıkarılmamalıdır.

L-AMB anafilaksisi sonrası ikincil tedavi olarak beş değerli antimon bileşikler hastada kreatinin yüksekliği olması ve klinik-laboratuvar yanıt alınması nedeniyle başlanmadı. Kontrollerinde relaps görülürse alternatif tedavilerin denenmesi planlandı.

Anahtar Kelimeler: Visseral leishmania, anafilaksi, geç başvuru

Tablo. Laboratuvar

	1.GÜN	3.GÜN	5.GÜN	10.GÜN	14.GÜN	17.GÜN (TABURCU)	1.AY (POLİKLİNİK)	2.AY (POLİKLİNİK)
LÖKOSİT ($10^3/\mu\text{l}$)	1040	830	1610	3430	5330	3290	6690	8690
NÖTROFİL ($10^3/\mu\text{l}$)	560	390	860	2180	4010	1950	4200	4950
TROMBOSİT ($10^3/\mu\text{l}$)	40.000	46.000	75.000	159.000	178.000	177.000	206.000	287.000
HEMOGLOBİN (g/dL)	7,1	6,6	8,1	9,3	9,9	9,7	11,7	13,3
C-REAKTİF PROTEİN (mg/L)	165	138	26	3	8	<0,14	3	4
PROKALSİTONİN (ng/mL)	3,2	1,8	-	0,105	-	0,5	-	-
ASPARTAT AMİNOTRANSFERAZ (U/L)	37	21	28	12	6	9	16	16
ALANİN AMİNOTRANSFERAZ (U/L)	22	18	25	21	14	14	17	14
TOTAL BİLİRUBİN (mg/dL)	1,01	1,25	0,78	0,79	-	0,59	0,43	0,45
DİREKT BİLİRUBİN (mg/dL)	0,3	0,42	0,24	0,1	-	0,04	0,08	0,06
GAMA GLUTAMİL TRANSFERAZ (U/L)	-	-	137	114	78	79	-	30
PROTROMBİN ZAMAN (INR)	-	1,11	-	0,98	-	-	0,85	0,86

* Manisa Celal Bayar Üniversitesi, ** Kemik iliği aspirasyon biyopsisi

[PS-202]

Prokalsitonin Yalancı Pozitifliği: Tiroid Nodülü Olan Bir Olgu Sunumu

Taylan Önder¹, Beytullah Aktaş²

¹Osmaniye Kadirli Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Osmaniye

²Osmaniye Kadirli Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Osmaniye

Amaç: Prokalsitonin (PCT) 116 aminoasitten oluşan bir peptit olup esas olarak tiroid C hücrelerinden üretilmektedir. Tiroid dışında özellikle bakteriyel enfeksiyonlar sırasında karaciğer, pankreas, böbrek, akciğer, barsak ve lökositlerden de sentezlenmekte olup bakteriyel enfeksiyon yokluğunda sentezi baskılanmaktadır. Bu özelliği sayesinde C-reaktif protein (CRP) gibi diğer enflamatuvar biyomarkerlara kıyasla %79 spesifiteyle bakteriyel enfeksiyonları daha iyi ayırt etmektedir. Güncel klinik pratikte enfeksiyonların tanısında ve daha sıklıkla tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde PCT kullanılmaktadır. Bu yazıda tedavi sonrası klinik ve CRP yanıtı alınmasına rağmen PCT'si yüksek seyreden bir pnömoni olgusu sunulmuştur.

Olgu: Seksen beş yaşında erkek hastanın iskemik serebrovasküler hastalık nedeniyle nöroloji servisine yatışı yapıldı. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı, hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes mellitus, osteoporoz ve benign prostat hiperplazisi tanıları mevcuttu. Nörolojik takibi sırasında akut böbrek hasarı (ABH) gelişmesi üzerine dahiliye servisine devri gerçekleşti. Takipte ABH'nin yanı sıra pürülan balgamlı öksürük ve 39 °C ateş yüksekliği gelişti. Ateş yüksekliği dışındaki vital değerleri olağan saptandı. Çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda pnömonik infiltrasyon saptandı. Hastadan 2 set kan kültürü ve balgam kültürü yollandı. İntravenöz piperasilin -t azobaktam + levofloksasin tedavisi başlandı. Pnömoni tanısını aldığı gün bakılan hemogram ve biyokimya tetkiklerinde lökosit: 13270 hücre/mm³, CRP: 83,40 mg/l, PCT: 15,08 ng/ml saptandı. Antibiyoterapi başlandıktan sonra ateş yüksekliği görülmedi. Alınan kültürlerinde mikroorganizma üremesi saptanmadı. Yedi günlük antibiyoterapi sonrasında hastanın genel durumu düzeldi ve şikayetleri geriledi. Hastanın kontrol akciğer grafisinde pnömonik infiltrasyonunun gerilediği, kontrol lökosit ve CRP'nin de normal değerlere geldiği görüldü. Buna rağmen kontrol PCT: 16,71 ng/ml saptandı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik iyileşmeye rağmen belirgin PCT yüksekliği devam etmesi nedeniyle hastaya tiroid ultrasonografi (USG) planlandı. Tiroid USG'nin: "Gland içerisinde büyüğü sağ lobda kistik dejenerasyon alanları içeren 17x17 mm boyutunda ölçülen izoekoik solid natürde olmak üzere her iki lobda solid ve semisolid birkaç adet nodül izlendi" şeklinde raporlanması üzerine kreatinini de gerileyen hastaya tiroid biyopsisi ve endokrinolojik takip önerilerek antibiyoterapisiz taburcu edildi.

Sonuç: PCT'nin bakteriyel enfeksiyonları ayırt etmede yüksek spesifiteyle başarılı olmasına rağmen tiroid neoplazisi, ABH, sıtma, kardiyojenik şok, travma, yanık, paraneoplastik sendromlar, vaskülit gibi yalancı pozitifliklerinin olduğu unutulmamalıdır. Tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde tek başına PCT yüksekliği anlamlı kabul edilmemeli, klinik durum ve CRP gibi diğer enflamatuvar biyomarkerlarla birlikte değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, prokalsitonin, yalancı pozitiflik

[PS-204]

Tekrarlayan Kulak Aspirasyonları Sonrası İmmünoşüprese Hastada Gelişen Temporal Apse

Narmin Safarova, Ayşegül Ulu Kılıç, Elmas Bereketli

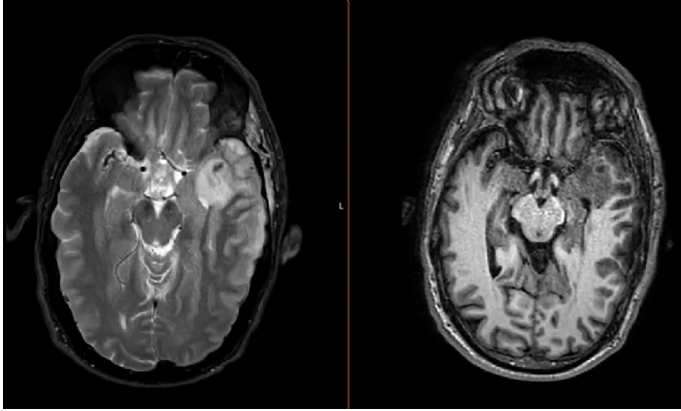
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Beyin apsesi, genellikle enfeksiyöz bir etiyolojiye bağlı olarak gelişen, beyin dokusunda sınırlı, pürülan bir odaktır. Genellikle hematolojik yayılım, doğrudan yayılım (örneğin; otitis media veya sinüzit kaynaklı), travma veya cerrahi sonrası gelişebilir. En sık izole edilen patojenler arasında *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., anaerob bakteriler ve immün yetmezlik durumlarında *Nocardia* ve *Toxoplasma gondii* yer alır. Tedavi genellikle geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve cerrahi drenajı içerir. Bu olguda, tekrarlayan kulak aspirasyonları sonrası immünoşüpresif hastada gelişen temporal apsedan bahsedilecektir.

Olgu: Bilinen nazofarenks kanseri olan 48 yaşındaki erkek hasta, aynı gün başlayan bilinç bulanıklığı ve anlamsız konuşma şikayetleri ile acil servise başvurmıştır. Hastanın sol kulakta işitme kaybı ve akıntı olması nedeniyle 3 ay önce sol kulağına ventilasyon tüpü takılmış; aralıklı aspirasyon yapılmış, 1 hafta boyunca kulak burun boğaz servisinde yatırılarak aspirasyon işlemleri uygulanmıştır. Yatışı sırasında çekilen kranial manyetik rezonansta (MR) nüks şüphesi olması nedeniyle pozitron emisyon tomografisi - bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmesi planlanmıştır. Taburculuktan bir hafta sonra ateş, anlamsız konuşma ve bilinç değişikliği şikayetleriyle yeniden acil servise başvurmıştır. Akut faz reaktanlarında artış saptanmıştır. Hastaya beyin BT çekilmiş ancak akut patoloji izlenmemiştir. Difüzyon MR'de sol temporalde minimal difüzyon kısıtlılığı saptanması ve muayenesinde ense sertliği bulunması üzerine lomber ponksiyon yapılmıştır. Sonuçları menenjit ile uyumlu gelen hasta, servisimize yatırılmıştır (Tablo 1). Yakın zamanda hastane yatışı olan, sık kulak aspirasyon işlemi yapılan ve ventilasyon tüpü bulunan immünoşüpresif hastaya; vankomisin, meropenem ve asiklovir tedavileri başlanmıştır. Kranial MR çekilmiştir. Santral fasiyal paralizisi, ventilasyon tüpü ve nüks tümör şüphesi olan hasta; görüntüleme tetkikleri ve mevcut klinik durumu ile cerrahi bölümlerle birlikte konseyde değerlendirilmiştir. Sol sfenoid sinüsten sol temporale yayılım gösteren meningoensefalit ve temporal apse olarak değerlendirilmiştir (Resim 1). Menenjit etken paneli negatif gelmiştir. Beyin omurilik sıvısı kültüründe metisilin dirençli *Staphylococcus cohnii* üremiştir. Herpes polimeraz zincir reaksiyonu sonucunun negatif gelmesi üzerine asiklovir 7. günde kesilmiştir. Mevcut tedavi ile hastada klinik ve laboratuvar yanıt alınmış ancak tedavinin 14. gününde sağ kolda güç kaybı gelişen hastanın tekrarlanan görüntüleme tetkiklerinde 12 mm kranial shift, temporal bölgede yaygın ödem ve apse boyutunda artış saptanması üzerine beyin cerrahisine danışılmış; deksametazon tedavisine başlanmış, apse drenajı ve dekompresif kraniyektomi planlanmıştır. Hastanın takibi devam etmektedir.

Sonuç: Tekrarlayan invazif girişimler, özellikle immünoşüpresif hastalarda merkezi sinir sistemi enfeksiyonları açısından risk oluşturmaktadır. Bu hastalarda erken tanı ve uygun tedavi, mortalite riskini azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Temporal apse, *Staphylococcus cohnii*



Resim 1. Sol temporal apse

Tablo 1. BOS hücre sayımı ve biyokimya tetkikleri	
RBC-BF	0
Beyaz küre-BF	70/μl
MN	25/μl
PMN	45/μl
MN %	%35,8
PMN %	%64,2
Glükoz	83 mg/dl
Klorür	111 mmol/l
Protein	54,8 mg/dl
LDH	22
RBC-BF: Eritrosit sayısı, MN: Mononükleer hücre sayısı, PMN: Polimorfonükleer hücre sayısı, LDH: Laktat dehidrogenaz	

[PS-205]

Tekrarlayan Pneumocystis Jiroveci Pnömonisi Geçiren Mortal Seyreden HIV ile Enfekte Olgu

Elmas Bereketli, Ayşegül Ulu Kılıç, Gamze Kalın Ünüvar, Narmin Safarova

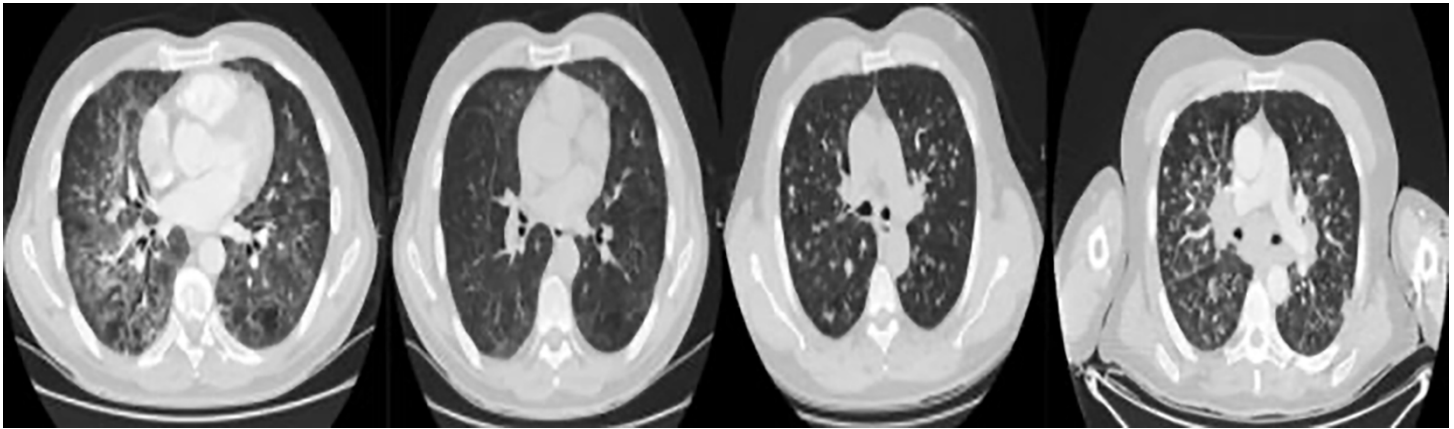
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Pneumocystis jiroveci pnömonisi (PCP) insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte kişilerde sık görülen fırsatçı enfeksiyondur, mortalitenin önemli sebebidir. Nefes darlığı, ateş, non-produktif öksürükle karakterize interstisyel pnömoni yapar. PCP gelişmesinde en temel risk faktörü immünosüpresyon düzeyidir; CD4 T lenfosit sayısı <200 hücre/mm³ olanlarda daha fazla görülür. Olgumuzda tedaviye uyumsuz HIV ile enfekte bireyde mortal seyreden tekrarlayan PCP bahsedilmiştir.

Olgu: Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan 51 yaş erkek hasta Mart 2023'te pnömoni nedeniyle 2 hafta dış merkez yoğun bakımda takip edilmiş. Şikayetleri devam eden hasta pnömoni nedeniyle Nisan 2023'te yeniden yatırıldı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral yaygın buzlu cam alanları olan hastaya piperasilin tazobaktam, klaritromisin tedavisi başlandı, anti-HIV pozitif saptandı. Bronkoskopi yapılan hastanın bronkoaleveolar lavaj (BAL) örneğinde Giemsa ve floresan boyama incelemesinde PCP görülmesi üzerine trimetoprim-sulfametaksazol (TMP-SMX) ve metilprednizolon 2x40 mg intravenöz (IV) başlandı. Kan sitomegalovirüs (CMV) PCR 5,16x10³ sonuçlanan hastaya gansiklovir başlandı. CD4 sayısı 19 hücre/mm³, HIV-RNA 6,69x10⁵ kopya/ml gelen hastaya PCP tedavisinin 2. haftasında tenofovir/afafenamid/emtricitabin/bictegravir (TAF/FTC/BIC) tedavisi başlandı. Latent tüberküloz taraması için yapılan tüberkülin deri testi sonucu 5 mm gelen hastaya izoniasid profilaksisi başlandı. BAL aside rezistan basil (ARB) görülmemesi, *M. tuberculosis* PCR negatif, kültürde üreme olmaması nedeniyle aktif tüberküloz dışlandı. Piperasilin tazobaktam 13 gün, TMP/SMX 21 gün, gansiklovir 35 gün IV verildi. CMV PCR negatifleşen, BT'sinde buzlu cam dansitelerinde gerileme görülen hasta TMP-SMX + valgansiklovir + azitromisin + izoniasid + TAF/FTC/BIC tabletle taburcu edildi. Ocak 2024'te 10 gündür olan ateş nefes darlığı öksürük nedeniyle yatırıldı. BT'de yaygın nodüler infiltratlar ve konsolide alanlar izlendi. İlaçlarını kullanmadığı öğrenildi. Piperasilin tazobaktam + moksifloksasin başlandı. CD4 sayısı 194 hücre/mm³, HIV-RNA 3800 kopya/ml olarak sonuçlandı, TAF/FTC/BIC tedavisine yeniden başlandı, direnç kanı gönderildi. Bronkoskopi tekrarlandı, BAL örneğinde giemza ve floresan boyamada PCP görülüp TMP-SMX IV tedaviye eklendi. Kan ve BAL CMV PCR negatif geldi, BAL ARB, *M. tuberculosis* PCR negatif saptandı. Ateşi devam etmesi üzerine meropeneme geçildi. Hasta tedaviyi reddedip hastaneden ayrıldı. Üç gün sonra solunum sıkıntısıyla yeniden yatırıldı. BT'sinde progresyon görülen hasta takibinin 3. gününde invaziv solunum desteği ihtiyacıyla yoğun bakıma devredildi.

Sonuç: CD4 sayısının <200 hücre/mm³ olması, daha önce PCP, ağızda mantar öyküsü ve HIV-RNA yüksek olması, PCP için risk faktörü kabul edilmektedir. Hastamızda birden fazla risk faktörü olması ve TMP-SMX profilaksisini düzenli kullanmaması nedeniyle PCP tekrarlamıştır. Risk faktörleri olan, PCP öyküsü olan hastalar dikkatli izlenmeli ve tedavi uyumu artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, PCP



Resim 1. Sırasıyla ilk yatış-tedavi sonrası tekrarlayan PCP yatış-yoğun bakım

PCP: *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi

Tablo 1. Laboratuvar parametreleri

Tarih	Beyaz küre Hücre/mm ³	Lenfosit Hücre/mm ³	CD4 Hücre/mm ³	HIV-RNA Kopya/ml
06.04.2023	4060	500	19	6,69x10 ⁸
06.05.2023	3150	820	56	3,20x10 ⁶
25.09.2023	7400	2960	210	1,29x10 ³
13.12.2023	8930	3050	225	3,28x10 ³
09.01.2024	8790	2850	194	3,80x10 ³

[PS-206]

Investigation of Cases Followed with Filariasis in a Tertiary Care Hospital in Somalia

Ahmed Mohamed Ali¹, Ahmet Doğan², Fardowsa Ali Mohamud³, Tigad Abdisad Ali⁴, Suad Abdikarim Isse⁴, Liban Ade Hussein¹

¹Mogadişu Somali-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Mogadishu, Somalia

²Bolu Abant İzzet Baysal University Faculty of Medicine, İzzet Baysal Training and Research Hospital, Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Bolu

³Zamzam University of Science and Technology, Mogadishu, Somalia

⁴Mogadişu Somali-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infection Prevention Control, Mogadishu, Somalia

Introduction: Filariasis is a disease caused by a chronic mosquito-borne parasitic infection. Chronic infection can lead to swelling of the extremities, hydroceles, and testicular masses. The study aimed to evaluate the frequency and distribution of filariasis from Somalia.

Materials and Methods: Cases who were followed up and treated with

the diagnosis of Filariz between March 2018 and December 2023 in our centre were prospectively and retrospectively included in the study by point-prevalence method. Patients were diagnosed with various tools such as clinical, cytology, peripheral blood smear and Doppler ultrasonography. Demographic characteristics such as age, gender, region of residence, occupation, physical examination findings, radiological, microbiological and histopathological results were recorded.

Results: A 22 lymphatic filariasis cases were assessed in our hospital's infectious disease department's follow-up patients. When the regions of residence of the cases were questioned, it was found that a high proportion of the cases presented from the same region (Mog-86%). To a lesser extent, there were applicants from different regions. When the occupations of the cases were questioned, the majority were retired or house wife. When the presenting complaints and physical examination findings were analyzed, it was observed that the right or left extremity or both were usually affected. Swelling was the most common complaint. Genital involvement was detected in about 41% of cases. More than half of them had a history of mosquito bites.

Conclusion: Considering the effects of Lymphatic Filariasis on public health, it is still considered to be an important health problem for people from Somalia.

Keywords: Filariasis, frequency, Somalia

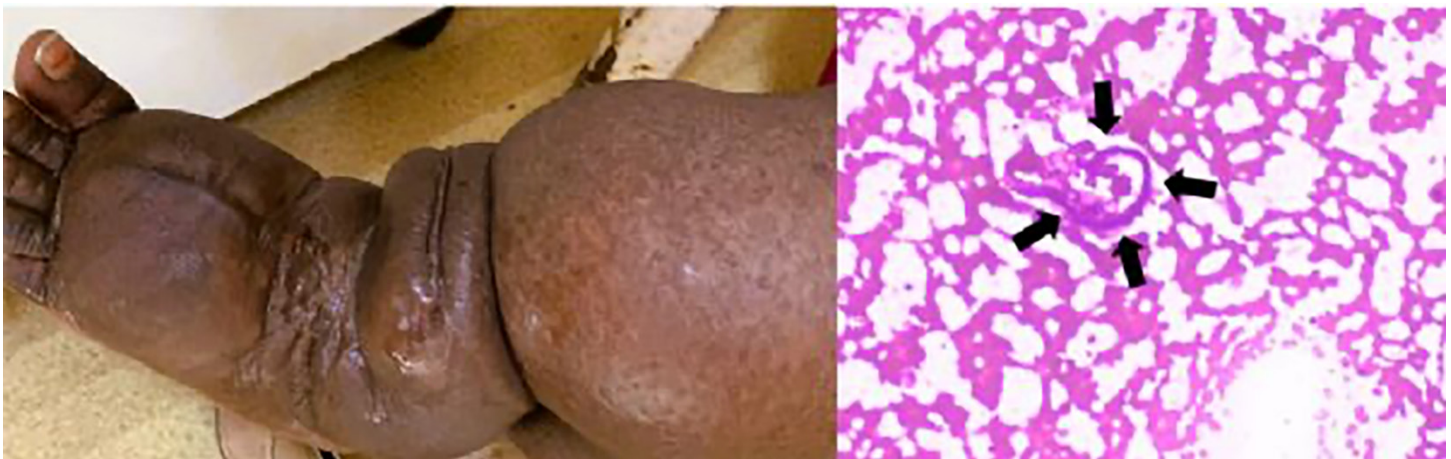


Figure 1. a) Appearance of filariasis with left extremity involvement, (b) microbiologic smear of microfilariae of *Wuchereria Bancrofti*

Table 1. Some parameters of the cases

Parameters		n	%
Gender	Male	12	54.5
	Female	10	45.5
Age (M + SD)	50.50±20.8 (16-74)		
Follow-up	Outpatient	21	95.5
	Hospitalized	1	4.5
Comorbidity	DM	1	4.5
	HT	2	9.1
	HT and DM	1	4.5
	No	18	81.8
Diagnostic method	Clinically	2	9.1
	Clinically and DUSG	4	18.2
	Cytology and Clinically	2	9.1
	Cytology and DUSG	1	4.5
	DUSG	7	31.8
	Microbiology and cytology	1	4.5
	Microbiology Smear and clinically	1	4.5
	Microbiology Smear and cytology	3	13.6
	Microbiology Smear and DUSG	1	4.5
Duration of treatment	1 month	3	13.6
	1 week	1	4.5
	2 months	3	13.6
	2 weeks	6	27.3
	3 months	1	4.5
	3 weeks	2	9.1
	6 months	2	9.1
	No treatment	4	18.2
Surgery	No	21	95.5
	Yes	1	4.5

DUSG: Doppler ultrasonography, DM: Diabetes mellitus, HT: Hypertension, M: Median, SD: Standard deviation

[PS-207]

Validity and Reliability Study of the Hand Hygiene Belief Scale and Hand Hygiene Practices Inventory for Somali Healthcare Workers

Tigad Abdisad Ali¹, Ahmet Doğan², Suad Abdikarim Isse¹, Figen Balcioğlu¹

¹Mogadishu Somali-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Department of Infectious Control Nurse, Mogadishu, Somalia
²Bolu Abant İzzet Baysal University Faculty of Medicine, İzzet Baysal Training and Research Hospital, Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Bolu

Introduction: This study was conducted methodologically to examine the validity and reliability of the Hand Hygiene Belief Scale and hand Hygiene Practice Inventory, developed to evaluate hand hygiene, in Somali Society.

Materials and Methods: An institutional based cross-sectional study assessed hand hygiene compliance and associated factors among healthcare providers in, Mogadishu, Somalia from April 2024 to May 2024.

Results: A total of 304 volunteers were included in the study. The age group was between 25-30 years for most participants (37.5%). 53.6% of the participants were male and 54.3% were single. Inpatient and intensive care unit staff were the most frequently (18%) participating team. There was a significant difference between male and female gender, age group ($p=0.006$), and education ($p=0.023$), and profession ($p<0.001$), and departments ($p=0.003$), and duration of professional experience ($p<0.001$) in terms of hand hygiene compliance ($p=0.029$). No significant correlation was found between hand hygiene belief scale scores and hand hygiene practice scores ($p>0.05$). There was no significant relationship found between belief scale scores and age groups, gender, or marital status ($p>0.05$). However, a significant correlation was observed among those with a high school education level compared to other groups ($p=0.003$), and midwives ($p=0.017$), and experience levels ($p=0.040$).

Conclusion: The interaction of hand hygiene compliance with factors such as gender, department and occupational diversity among Mogadishu health workers is shown. However, no associations of age group, gender or marital status with the belief scale were found. Again, a significant effect of education level and experience was found.

Keywords: Hand hygiene, belief scale, healthcare professionals

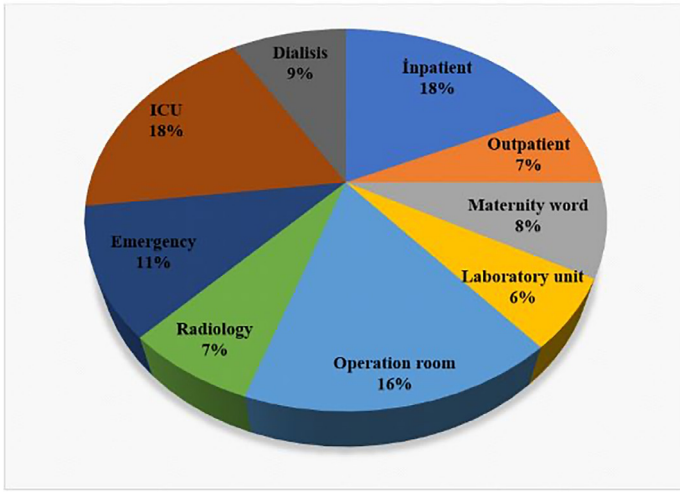


Figure 1. Participants' areas of work

Parameters		n	%
Age	<25 years	72	23.7
	25-30 years	114	37.5
	31-35 years	72	23.7
	36-40 years	32	10.5
	41-50 years	13	4.3
	50-60 years	1	0.3
Gender	Male	163	53.6
	Female	141	46.4
Marital status	Married	139	45.7
	Unmarried	165	54.3
Education	High school	27	8.9
	Bachelors degree	232	76.3
	Master degree	45	14.8
Profession	Doctor	62	20.4
	Nurse	138	45.4
	Midwife	36	11.8
	Pharmacist	17	5.6
	Therapist/radiographers	22	7.2
	Others	29	9.5
Experience	<1 year	53	17.4
	1-5 years	65	21.4
	6-10 years	134	44.1
	11-15 years	32	10.5
	>15 years	20	6.6
Shift	Day	105	34.5
	Night	79	26
	Both	120	39.5
Total		304	100

[PS-208]

Kanser Hastalarındaki Gizli Tehlike: Barsak Parazitleri

Aslı Geçgel¹, Ayşe Merve Parmaksızoğlu Aydın², Ahmet Türk³,
Esra Erdem Kıvrak⁴, Nevin Turgay⁵, Meltem Işıkgöz Taşbakan²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

⁴Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Parazitoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Barsak parazitleri, immünoşüpresif hastalarda önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır. Bu çalışmada, solid organ maligniteli hastalarda barsak parazitlerinin prevalansını, dağılımını, risk faktörlerini ve sağkalım ile ilişkisini irdelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Ekim 2024 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Tıbbi Onkoloji Bölümü'ne başvuran 18 yaş ve üzeri ishal ön tanısı ile tıbbi parazitoloji laboratuvarına dışkı örneği gönderilen hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Dışkı örnekleri üzerinde direkt mikroskopik inceleme, formol-eter konsantrasyon yöntemi ve trikrom boyama yöntemi uygulanmıştır. Veriler, EÜTF Hastanesi'nin elektronik hasta dosyası sisteminde elde edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Dışkı örneği gönderilen 154 hasta (88 kadın; yaş ortalaması 57,2±16,3) çalışmaya dahil edildi. Otuz dört hastada (%22,1) barsak paraziti saptanmıştır. En sık gastrointestinal sistem (GIS) ürogenital sistem malignitesi olan hastalarda parazit saptanmıştır. Parazitolojik değerlendirilme yapıldığı 137 (%88,9) hasta son bir ay içinde onkolojik tedavi almaktaydı. Hastaların %74'ü kemoterapi, %16,8'i hedefe yönelik tedavi, %11'i immünoterapi ve 9 (%5,8) hasta eş zamanlı radyoterapi almaktaydı. Son bir ayda, 101 (%65,6) hastada hastaneye yatış öyküsü ve 89 (%57,9) hastada antibiyotik kullanım öyküsü mevcuttu. Hastaneye yatışı olan hastalarda parazit varlığı anlamlı olarak yüksekti (p=0,027). Antibiyotik kullanımı ve steroid kullanımı ile parazit sıklığı arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı (p>0,05). En yaygın görülen parazit *Cryptosporidium* spp. olup 26 hastada (%17) tespit edilmiştir. Diğer parazitler sırasıyla 4 hastada (%2,6) *Entamoeba histolytica*, 3 hastada (%1,9) *Cyclospora* spp., 2 hastada (%1,3) *Blastocystis* spp. ve 1 hastada (%0,6) *Enterobius vermicularis*'dir. İki hastada ise birden fazla parazit saptanmıştır. *Cryptosporidium* spp. GIS kanseri olan hastalarda daha sık saptanmıştır (p=0,003). Kemoterapi alan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte parazit daha fazla saptanmıştır (p=0,054). Parazit tipi ile onkolojik tedavi için alınan hedefe yönelik tedavi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,031). Diğer tedavi türleriyle parazit varlığı arasında ilişki saptanmadı (p>0,05). Barsak paraziti saptanan hastaların tedavileri incelendiğinde, *Cryptosporidium* tespit edilen 22 hastanın 17'sine azitromisin (%77,3), 2 hastaya metronidazol (%9,1) verilmiş, 7 hastaya tedavi uygulanmamıştır. *Entamoeba histolytica* saptanan hastaların %75'i metronidazol ile tedavi edilmiş, 1 hastaya antibiyoterapi verilmemiştir.

Sonuç: Çalışmamız solid organ malignitesi olan hastalarda barsak parazitleri ile ilişkili, klinik ve epidemiyolojik açıdan ulaşılabildiği kadarıyla en geniş seridir. Solid organ malignitesi olan hastalarda ishal geliştiğinde parazit bakışının yapılması unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: ishal, kanser, parazit

Tablo 1.

Bulgular

Özellik	Değer
Toplam Hasta Sayısı	154
Yaş Ortalaması	57.2 ± 16.3
Cinsiyet Dağılımı	Kadın: 88 (%57.1), Erkek: 66 (%42.9)
Parazit Bulguları (Toplam Sayı)	34 hasta (%22.1)
En Yaygın Parazitler	Cryptosporidium (26 vaka), Entamoeba histolytica (4 vaka), Cyclospora (3 vaka), Blastocystis (2 vaka), Enterobius vermicularis (1 vaka)
Birden Fazla Parazit Tespit Edilen Hasta Sayısı	2 hasta (Birden fazla etken)

Kanser Türlerine Göre Hasta Dağılımı

Kanser Türü	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Gastrointestinal Sistem Kanseri	53	%34.4
Ürogenital Sistem Kanseri	30	%19.5
Meme Kanseri	25	%16.2
Baş ve Boyun Kanseri	10	%6.5
Akciğer Kanseri	8	%5.2

[PS-209]

Bir Önceki Yıla Göre Artan İnfluenza Olgularının Karşılaştırmalı Klinik AnaliziAysegül Okur¹, Mediha Uğur², Ahmet Melih Şahin¹, Sinan Çetin¹, Meltem Arzu Yetkin¹¹Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun

Giriş: İnfluenza, her yıl dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen, ciddi sağlık sorunlarına yol açabilen bir viral solunum yolu enfeksiyonudur. Gerek 2009'daki influenza pandemisi gerekse 2021'de gelişen COVID-19 pandemisi enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji hekimlerini olası salgınlara karşı daha tecrübeli ve temkinli hale getirmiştir. Çalışmamız geçen yıl aynı dönemde hastanemizdeki bakılan %9,94 olan influenza pozitiflik oranlarının bu yıl %25,48'e yükselmesi üzerine planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Giresun Üniversitesi, Eğitim Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na Eylül 2023 - Şubat 2024 ve Eylül 2024 - Şubat 2025 arası solunum yolu paneli istemi olan 1.322 örnek çalışmaya dahil edildi. Hastaların epidemiyolojik özellikleri, ek hastalıkları, akciğer tutulumu ve mortalite durumları her iki benzer dönem için retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edilerek değerlendirildi. Ayrıca bu parametreler mortaliteyle seyreden grup ile sağ kalan grup arasında da mukayese edildi. Otuz günlük mortalite için bağımsız risk faktörleri lojistik regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel analiz SPSS programının 22 versiyonunda yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 1.322 örnekten 251'i pozitif olarak sonuçlandı. Bunların 553'ü 2023-2024 yılına aitti ve 55'i (%9,94) pozitif sonuçlandı. Yedi yüz altmış dokuzu 2024-2025 yılına aitti ve 196'sı (%25,48) pozitif sonuçlandı. Her iki grubu değerlendirdiğimizde yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark görülmedi. Kliniği ağırlaştıran ve olası mortaliteyi etkilen faktörler incelendi. Ek olarak akciğer tutulumu, 30 günlük mortalite ve mortaliteye etki eden faktörler değerlendirildi (Tablo 1). Ardışık iki yılın benzer dönemlerini karşılaştırdığımız çalışmamızda 2024-2025 yılında artan pozitiflik oranı ve daha çok mortal seyrettiği (%9,7) görülse de istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu yılki mortalite oranlarının 2009 pandemisindeki oranlara benzer olması dikkat çekicidir. Aynı şekilde 2009 pandemisinde akciğer tutulumu %46 oranında seyrederken çalışmamızda %38 olarak saptandı.

Sonuç: Akciğer tutulumunun, malignitenin ve astımın mortaliteyi artırması istatistiksel olarak da anlamlıydı. Bu durum geçmişte yapılan çalışmalarla uyumludur. Yapılan lojistik regresyon analizinde akciğer tutulumu, malignite ve astım varlığının mortalite riskini sırasıyla 33,22 [olasılık oranı (OR): 4,14-255,83], 4,95 (OR: 1,605-15,293) ve 3,02 (OR: 1,016-8,97) kat artırdığı saptandı. Çalışmamız Giresun Eğitim Araştırma Hastanesi verileri ile sınırlı olmakla birlikte artan influenza olgularına dikkat çekmek amacıyla yapılmış olup daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza, pnömoni, salgın

Tablo 1. 2023-2024 ve 2024-2025 influenza pozitif hasta verileri

	2023-2024 yılı n=55	2024-2025 yılı n=196	p-değeri
Yaş	61,2±19,2 (27-94)	60,3±20,6 (20-95)	0,632
Erkek cinsiyet	30 (%54,5)	93 (%47,4)	0,352
KBY	5 (%9,1)	24 (%12,2)	0,518
DM	18 (%32,7)	54 (%27,6)	0,453
HT	32 (%58,2)	121 (%61,7)	0,633
KOAH	8 (%14,5)	30 (%15,3)	0,889
Astım	2 (%3,6)	44 (%22,4)	0,001
Hematolojik malignite	2 (%3,6)	18 (%9,2)	0,179
Malignite	4 (%7,3)	29 (%14,8)	0,145
Akciğer tutulumu	24 (%43,6)	75 (%38,3)	0,471
Mortalite	2 (%3,6)	19 (%9,7)	0,152

KBY: Kronik böbrek yetmezliği, DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Tablo 2. Her iki senenin mortal ve mortal olmayan verilerinin karşılaştırılması

	Yaşayanlar n=230	Mortal seyredenler n=21	p-değeri
Yaş	59,4±20,5 (20-95)	73,5±12,9 (56-95)	0,004
Erkek cinsiyet	112 (%48,7)	11 (%52,4)	0,746
KBY	24 (%10,4)	5 (%23,8)	0,066
DM	65 (%28,3)	7 (%33,3)	0,623
HT	139 (%60,4)	14 (%66,7)	0,575
KOAH	35 (%15,2)	3 (%14,3)	0,909
Astım	38 (%16,5)	8 (%38,1)	0,014
Malignite	25 (%10,9)	8 (%38,1)	<0,001
Akciğer tutulumu	79 (%34,3)	20 (%95,2)	<0,001

KBY: Kronik böbrek yetmezliği, DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Tablo 3. Maligniteyi etkileyen faktörlerin ileri regresyon analizi

	OR (%95 GA)	p-değeri
Akciğer tutulumu	33,220 (4,314-255,830)	0,001
Malignite	4,954 (1,605-15,293)	0,005
Astım	3,020 (1,016-8,976)	0,047

OR: Olasılık oranı, GA: Güven aralığı

[PS-210]

Periton Diyalizi Hastasında Nadir Bir Peritonit Etkeni: *Delftia acidovarans*

Hilal Karadağ¹, Ali Rıza Gürbüz¹, Şermin Baykoca², Dilek Akıncı¹, Bekir Tunca¹, Nevin İnce¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Düzce

Giriş: *Delftia acidovarans*, aerobik, non-fermantatif Gram-negatif bir basildir. Toprak ve suda yaygın olarak bulunan çevresel bir mikroorganizmadır. Genellikle patojenik değildir ancak nadiren etken olabilir. Sürekli ayaktan peritoneal diyalize giren bir hastada *Delftia acidovarans*'a bağlı peritonit olgusunu sunuyoruz.

Olgu: Bilinen akut romatizmal ateş sonrası mitral kapak replasmanı ve hipertansiyona bağlı kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanılı 32 yaşında kadın hasta, yaygın karın ağrısı ve şişliği olması üzerine acil servise başvurdu. Hasta KBY nedeniyle 2014'ten beri periton diyalizine giriyordu. Hastanın daha önce peritonit ön tanısı ile iki kez dış merkezde takip edildiği ancak periton kültüründe etken üretilmediği öğrenildi. İlk fizik muayenesinde kalıcı periton kateter çevresi temiz olan aktif akıntısı olmayan, batında yaygın distansiyon ve palpasyonla ağrısı bulunan hastanın çekilen batın ultrasonografisinde yaygın batın içi mayı saptandı. Parasentez ile alınan periton sıvısı örneğinin hücre sayımında lökosit sayısı 690/mm³, hemogram parametrelerinde lökosit beyaz küre 5700/ul, trombosit 319.000/ul, nötrofil sayısı 4260/ul, C-reaktif protein (CRP) 14,52 mg/dl (0-0,5 mg/dl) olarak sonuçlandı. Hastanemize peritonit ön tanısı ile ileri inceleme amaçlı yatışı yapıldı. Hastaya tekrar parasentez yapıldı. Parasentez sıvısından kan kültür şişesine ekim yapılarak kültür gönderildi. Ampirik olarak seftriakson tedavisi başlandı. Alınan periton kültüründe *Delftia acidovarans* üremesi olan hastanın mevcut tedavisi stoplanarak duyarlı olan sefepim diyaliz dozu hesaplanarak tedavisi başlandı. Tekrarlayan peritonit öyküsü ve periton kateterinde üremesi olması üzerine kalıcı periton kateteri çekilerek hastaya kalıcı santral venöz kateter takıldı ve hemodiyaliz programına alındı. Hastanın takiplerinde karın ağrısı ve batında distansiyonu geriledi. Mevcut sefepim tedavisinin 4. gününde tekrar parasentez yapıldı. Hücre sayımında beyaz küre 90/mm³ saptandı. Alınan kontrol periton kültüründe üreme saptanmadı. CRP 5,7 mg/dl'ye kadar düşen şikayetleri gerileyen, batında hassasiyeti azalan hastanın sefepim tedavisi 14 güne tamamlanarak taburcu edildi.

Sonuç: *Delftia acidovarans* sık karşılaşılan bir patojen olmasa da uzun süredir periton diyalizi alan ve tekrarlayan peritonit geçirme öyküsü olan hastalarda etken olabilir. Hafif bir klinik seyri olan bu etken antibiyotik tedavisine iyi yanıt verse de tekrarlayan peritonit ataklarıyla karşımıza çıkabilir. Bu yüzden kateter değişimi veya diyaliz yöntemi değişimi hasta takibinde mutlaka aklımızda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Delftia acidovarans*, peritonit, periton diyalizi

[PS-211]

Nadir Bir Olgu: Tekrarlayan Fronkül Benzeri Lezyonlarla Başvuran Primer Kutanöz Aktinomikoz

Sare Merve Başağa¹, Ayşegül Ulu Kılıç²¹Eyüpsultan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

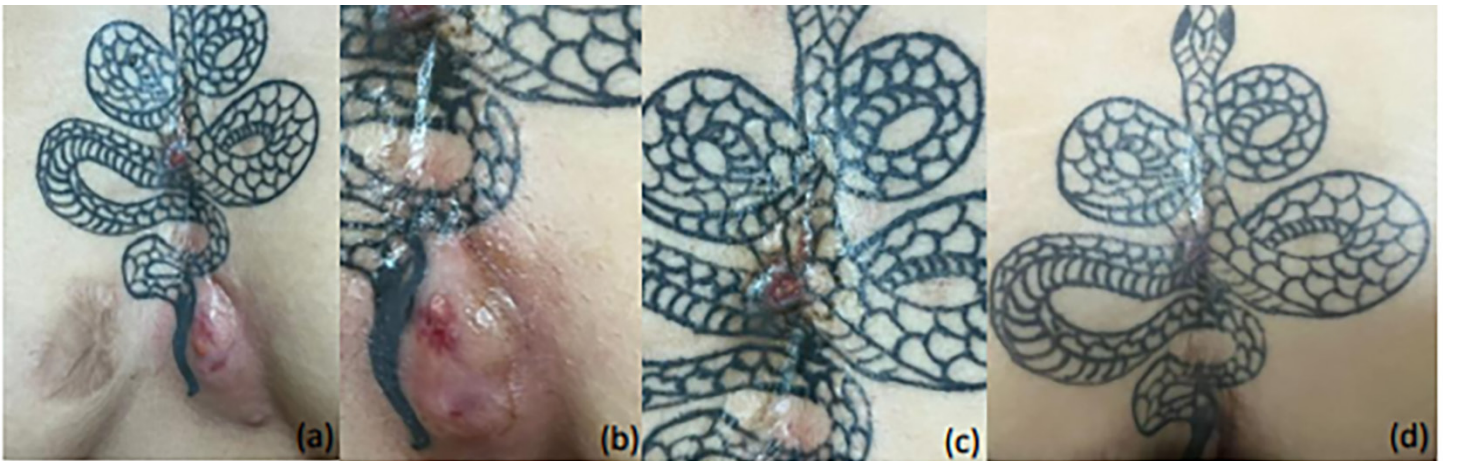
Giriş: Aktinomikoz, oral, gastrointestinal ve genitoüriner mukozalarda flora üyesi olarak bulunan anaerop Gram-pozitif bakterilerin etken olduğu bir hastalıktır. Oral-serviko-fasiyal (en sık), pulmoner, abdominal ve pelvik olmak üzere başlıca dört klinik şekli vardır. Nadiren travma, lokal iskemi ve böcek ısırığı gibi sebepler sonrası izole deri tutulumunun görüldüğü ekzojen kaynaklı primer kutanöz aktinomikoz (PKA) olguları da bildirilmiştir. Etkenin kültürde üretilmesi veya histopatolojik incelemede gösterilmesi tanıda altın standarttır. Standart tedavide penisilin G 18-24 MU 2-6 hafta süresince önerilmektedir. Parenteral tedaviden sonra 6-12 ay oral tedavi önerilmektedir. Cerrahi tek başına küratif değildir fakat tedavi süresini kısaltır ve nüks oranını azaltır. Bu makalede vücudun farklı bölgelerinde sürekli tekrarlayan akıntılı lezyonlarla başvuran, immünkompetan genç yaşta bir PKA olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 22 yaşında kadın hasta iki yıldır vücudunun çeşitli bölgelerinde tekrarlayan, son olarak intermamaryan alanda olan akıntılı yara şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın tüm vücut dermatolojik muayenesinde vücutta ilki 8 yıl önce yapılan 15 adet dövme, gövdede-

uylukta-kolda post-enflamatuvar hiperpigmentasyonlar, intermamaryan bölgede dövme alanında pürülan hemorajik akıntılı, pü y direnaji olan 3 adet sinüs ağzı mevcuttu. Rahim içi araç kullanımı yoktu ve dişlerinde çürük gözlenmedi. Sistemik semptomu yoktu. Toraks bilgisayarlı tomografisi ve batin ultrasonografik incelemelerinde iç organ tutulumuna ait bulgu yoktu. Laboratuvar incelemeleri sonucunda lökosit sayımının 7300/mm³, hemoglobin düzeyinin 12,6 g/dl, trombosit sayısının 238.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızının 22 mm/saat, C-reaktif protein değerinin 3 olduğu ve kan biyokimyasının normal olduğu görüldü. Serolojik tetkiklerinde anti-HCV pozitif, HCV-RNA negatif tespit edildi. Akıntıdan yapılan Gram-boyamada Gram-pozitif dallanmış çomaklar görüldü. Anaerob kültürde *Actinomyces meyeri* üredi. Etken VITEK 2 otomatize mikrobiyoloji sistemiyle tanımlandı. Hasta parenteral tedaviyi kabul etmediği için amoksisilin 3 gr/gün ile oral tedavi düzenlendi. Birinci ay kontrolünde akıntının durduğu, fistül ağzlarının küçüldüğü görüldü. Tedavisinin 6 aya tamamlanması planlanarak hasta takibe alındı.

Sonuç: Aktinomikoz enfeksiyonları bağışıklığı baskılanmış bireylerde daha sık görülsede fırsatçı bir enfeksiyon etkeni olmaması nedeniyle immünokompromize ve immünokompetan hastalarda enfeksiyon sıklığı benzerdir. Sunulan olgu immünokompetan bir hastadır. Yapılan tetkiklerinde endojen bir odak bulunamaması, lezyonların bazılarının dövme komşuluğunda olması, etkenin travma yoluyla eksternal odaktan bulaştığını düşündürmektedir. Yüzde veya ekstremitelerde iyileşmeyen kronik lezyonları olan hastalarda, hekimlerin ayırıcı tanı listesinde aktinomikozda olmalı ve tanı için akıntıdan mutlaka kültür alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, fistül, dövme



Şekil 1. a) İntermamaryan bölgede pürülan sarı materyal direnaji olan dövme komşuluğundaki apse, 3 adet fistül ağzı ve eski apseye ait skatris, (b) apsenin yakından görünümü, (c) dövme üzerinde pürülan akıntı gelen fistül ağzı, (d) antibiyotik tedavisi sonrası apse ve fistül ağzında gerileme

[PS-212]

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Son Bir Yılda Tespit Edilen Enterokok Türleri ve Antibiyotik Dirençleri

Gülşen Güzel, Beyza Cebeci, Muhammet Gökçehan Ateş, Ayşegül Tuna

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

Giriş: Enterokoklar, insan gastrointestinal ve genitoüriner sistemlerinin normal florasının bir parçası olup hem toplum kaynaklı hem de nozokomiyal enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Bu patojenler, üriner sistem enfeksiyonları, sepsis, menenjit ve endokardit gibi ciddi enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Enterokoklar, doğal (intrinsik) antibiyotik direnç mekanizmalarına sahip olmanın yanı sıra, antibiyotik maruziyeti sonrası yeni direnç genleri edinme veya mutasyon geliştirme yeteneği ile de tedavi seçeneklerini kısıtlamaktadır. Bu çalışmada, 2024 yılında hastanemizde yatarak veya ayaktan tedavi gören hastalardan izole edilen ve klinik olarak enfeksiyon etkeni olarak kabul edilen enterokok türlerinin antibiyotik direnç oranlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2024-31 Aralık 2024 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na gönderilen hasta örnekleri konvansiyonel yöntemlerle

kültüre edilmiştir. Klinik olarak enfeksiyon etkeni olarak kabul edilen izolatlar BD Phoenix 100 (Becton Dickinson Diagnostic System, ABD) otomatize sisteminde tiplendirilmiş ve antibiyotik duyarlılık testleri uygulanmıştır.

Bulgular: Bu çalışma kapsamında toplam 301 enterokok izolatı incelenmiştir. Bu izolatların %58'i idrar, %24'ü kan, %14'ü yara, %2'si periton sıvısı, %1'i plevra sıvısı ve %1'i diğer klinik örneklerden elde edilmiştir. Enterokok türleri arasında en yüksek ampisilin direnci %70 oranıyla *E. faecium* izolatlarında saptanmıştır. Vankomisin direnci *E. faecium* izolatlarında %3,9, *E. faecalis* izolatlarında ise %2,4 olarak belirlenmiştir. Diğer enterokok türlerinde vankomisin direnci tespit edilmemiştir. Ayrıca, incelenen enterokok izolatlarının hiçbirinde linezolid direnci saptanmamıştır. Enterokok türlerinin dağılımı ve antibiyotik direnç oranları Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Enterokok kaynaklı enfeksiyonlarda etkenin izolasyonu, doğru tanımlanması ve antibiyotik duyarlılık profillerinin uygun yöntemlerle belirlenmesi, tedavi planlaması açısından kritik öneme sahiptir. Lokal sürveyans verileri ile antibiyotik direnç paternlerinin takibi, ampirik tedavi yaklaşımlarının etkinliğini artırmak ve direnç gelişimini önlemek için temel bir strateji olarak değerlendirilmelidir. Klinik pratikte, antibiyotik seçiminde lokal direnç verilerinin hastane kaynaklı enfeksiyonlarla mücadelede önemli bir rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Enterokok, antibiyotik direnci

Tablo 1. Enterokok türlerinin dağılımı ve bazı antibiyotiklere karşı direnç oranları

	Toplam n (%)	Ampisilin n (%)	Vankomisin n (%)	Teikoplain n (%)	Linezolid n (%)
<i>E. faecalis</i>	166 (56)	14 (8,4)	4 (2,4)	4 (2,4)	-
<i>E. faecium</i>	126 (41)	89 (70)	5 (3,9)	5 (3,9)	-
<i>E. casseliflavus</i>	6 (2)	-	-	-	-
<i>Enterococcus raffinosus</i>	2 (%0,7)	2(100)	-	-	-
<i>E. avium</i>	1 (0,3)	-	-	-	-

[PS-213]

Hemodiyaliz Kateter Enfeksiyonunun Komplikasyonu Olarak Gelişen Bir Enfektif Endokardit Olgusu

Beyza Cebeci, Gülşen Güzel, Serdar Gül, Sedat Kaygusuz

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

Giriş: Enfektif endokardit (EE) tanı ve tedavi alanındaki gelişmelere rağmen prognozu kötü ve mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır. EE klinik belirti ve bulguları oldukça değişkendir. Kateter enfeksiyonu ön tanısıyla takip edilen *Staphylococcus aureus*'un etken olduğu bir EE olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi sekiz yaşında kadın hasta acil servise yaklaşık 1 haftadır diyaliz sonrası gelişen ateş, üşüme, titreme ve ishal şikayetleriyle başvurdu. Kronik böbrek yetmezliği tanısı olan ve haftada üç kez hemodiyaliz programında olan hastanın sağda subklavian kalıcı kateteri mevcuttu. Kateter çevresinde minimal akıntısı, kızarıklık ve hassasiyet vardı. Bilinç konfü, oryantasyon ve ko-operasyonu kısıtlıydı; meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Ateş: 38,4 °C, TA: 110/80 mmHg, nabız: 120/dk. Batın muayenesinde barsak sesleri hiperaktif, hafif hassasiyeti vardı. Diğer sistemlerde ve ekstremitelerde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Beyaz küre 9,320/mm³ (%90 nötrofil), trombosit 240,000/mm³, C-reaktif protein 500 mg/dl, kreatinin 7,3 mg/dl'dir. Hastadan 2 periferik kan, kateter, idrar, gaita kültürleri alınarak hastaya kateter enfeksiyonu ön tanısıyla yoğun bakım ünitesinde meropenem ve teikoplanin başlandı. Kateter ve kan kültürlerinde metisilin duyarlı *S. aureus* üredi. Kateter çevresindeki kızarıklık ve hassasiyet kaynaklı kalp damar cerrahi kliniğince kalıcı kateteri çıkarılarak, sağ femoralden geçici santral kateter açıldı. Takiplerinde ateşi devam eden hastadan kontrol kan kültürleri ve kolonizasyon açısından burun, boğaz, aksilla kültürleri alındı. Kan ve kateter kültürleri dışında üremesi olmadı. Transtorasik ekokardiyografide patoloji saptanmadı. Hastanın takiplerinde ateşinin devam etmesi, kliniğinde düzelme olmaması üzerine EE açısından tekrar kardiyoloji kliniğine danışılarak trans özofageal ekokardiyografi yapıldı. Triküspit kapakta hareketli 1,8x2 cm çapı olan vejetasyon, 1,1x3 cm trombus görünümü izlendi. Ampisilin-sulbaktam, gentamisin (8 gün) olarak tedavisi düzenlendi. Kontrol kan kültürlerinde üremesi devam etti. Uygun antimikrobiyal tedaviye rağmen devam eden bakteriyemi, 2 cm büyük vejetasyon olması sağ doğal kapak endokarditinde cerrahi endikasyondur. Hastanın kalp damar cerrahi kliniğince cerrahi gereksinimi ve kardiyak manyetik rezonans açısından ileri merkeze sevk edildi. Dış merkez kalp damar kliniğinde hasta triküspit kapak replasmanı sonrası genel durumunda düzelme oldu, takiplerinde ateşi olmadı. Hastanın takip ve tedavisi dış merkezde stabil olarak 2 haftadır devam ediyor.

Sonuç: EE günümüzde giderek daha sık görülmeye başlayan mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tanı ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Kateter enfeksiyonu tanısıyla takip edilen hastaların fokal enfeksiyon odakları ve EE açısından değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, *Staphylococcus aureus*, kateter enfeksiyonu

[PS-214]

HIV Enfeksiyonunun Tanısında HIV Testi Endikasyonlarının, Epidemiyolojik, Laboratuvar ve Klinik Bulguların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Melda Türken¹, Merve Ceren Turan², Melisa Uyan Torun², Bengü Gireniz Tatar¹, Süheyla Serin Senger¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

²İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu tanısı alan kişilerin yarısı geç evrede başvurmaktadır. Erken tanı için riskli grupların taranması, HIV gösterge hastalıkların bilinmesi önemlidir. Çalışmamızda enfeksiyon hastalıkları kliniğine HIV enfeksiyonu tanısıyla başvuran hastaların, HIV testi istenme nedenleri, yönlendiren branşların belirlenmesi, epidemiyolojik, laboratuvar ve klinik bulguların değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ekim 2023-Aralık 2024 tarihleri arasında Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne ayaktan başvuran veya diğer kliniklerden yönlendirilen yeni HIV enfeksiyonu tanısı alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Eksik verileri olan ve 18 yaş altı hastalar çalışma dışı bırakıldı. Dosya kayıtlarından hastaların demografik verileri, HIV testi istenme nedenleri, hangi branşlar tarafından yönlendirildikleri, başvuru anında HIV durumu, bulaşma yolu, fırsatçı enfeksiyonlar, HIV ilişkili gösterge hastalıklar ve eşlik eden enfeksiyonların varlığı kaydedildi. Etik kurul onayı alındı.

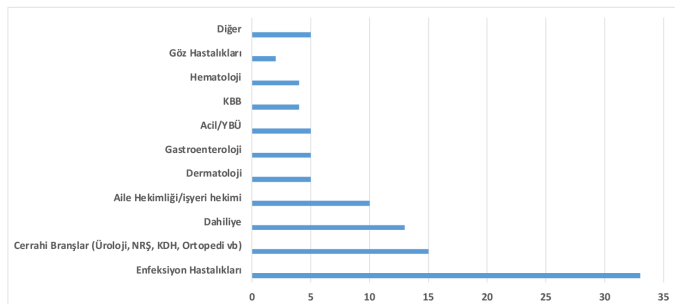
Bulgular: Çalışmamıza 100 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 37,6 yıldır; %89'u erkekti. Olası bulaşma yolları heteroseksüel cinsel temas %51, bilinmeyen %27, homoseksüel cinsel temas %22 saptandı. CD4 hücre sayısı ortalaması 445,68 hücre/mm³; HIV-RNA ortalaması 600642,83 kopya/ml; Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri evrelemesine göre kategori A, B, ve C sırasıyla %45; %33; %22 saptandı. En sık HIV testi istenme sebepleri ayırıcı tanı/tetkik (%27); cerrahi öncesi tarama (%13); şüpheli cinsel temas/partner pozitifliği (%11). Hastaların %57'sinde HIV gösterge hastalık veya AIDS tanımlayıcı durum; %38'inde eşlik eden cinsel yolla bulaşan enfeksiyon, %13'ünde fırsatçı enfeksiyon olduğu görüldü (Tablo 1). HIV testini ilk isteyen branşlar sıklıkla enfeksiyon hastalıkları (%33), cerrahi branşlar (genel cerrahi, üroloji, beyin cerrahi, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum vb.) (%15), dahiliye (%13), aile hekimi/iş yeri hekimi (%10) (Şekil 1).

Sonuç: Dünya Sağlık Örgütü'nün HIV enfeksiyonu tanı-tedavi-viral süpresyon için hedeflerine (95-95-95) ulaşılması ilk basamak erken tanı sayesinde mümkündür. Çalışmamızda hastaların %57'sinde HIV gösterge hastalık ya da AIDS tanımlayıcı hastalık olduğu ve %55'inin geç tanı aldığı görülmüştür. Bölgemizde her branştan geniş ölçüde hastaya hizmet veren hastanemizde erken tanı için hastaları yönlendirmede çalışmamızın hedeflenen kriterlere ışık tutacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Erken tanı, HIV enfeksiyonu, ko-enfeksiyon

Tablo 1. HIV tanısı alan hastaların test istenme sebepleri ve başvuru sırasındaki hastalıkları

Test isteme nedenleri	n (%): 100
Ayrırcı tanı/tetkik	27
Cerrahi öncesi tarama	13
Şüpheli cinsel temas/partner pozitifliği	11
Kan veya cinsel yolla bulaşan hastalık	10
Kendi isteği ile	8
Evlilik taraması	5
Kilit popülasyon (mahkum, seks işçisi, göçmen, IVDU vb.)	4
Kan bankası tarama	3
İş başvuru/kurum taraması	3
Gebelik taraması	2
Organ nakli/immunosüpresif tedavi öncesi tarama	1
HIV gösterge hastalık/AIDS tanımlayıcı hastalık	n (%): 57
CYBH/HBV	38
HIV ilişkili fırsatçı enfeksiyonlar	13
Malignite	8
Lenfadenopati	6
Kronik ishal	6
Seboroik dermatit/ekzanem	2
Kilo kaybı	2
Trombositopeni	1
Fırsatçı enfeksiyonlar	n (%): 13
Pneumocystis pnömonisi	4
Toksoplazmoz	4
Tüberküloz	3
Herpes zoster	3
Kandidiyaz (oral/özofageal)	3
Sitomegalovirüs enfeksiyonu	1
Eşlik eden CYBH	n (%): 38
Sifiliz	35
HBV	3
Üretrit	1
Komorbidite	n (%): 38
HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü, CYBH: Cinsel yolla bulaşan hastalık, HBV: Hepatit B virüs	

**Şekil 1. İnsan immün yetmezlik virüsü testini ilk isteyen branşlar****[PS-215]**

Çoklu İlaça Dirençli *Pseudomonas aeruginosa*'nın Neden Olduğu Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlarda Risk Faktörleri ve Mortalite

Hana Mohamed İbrahim Sheikh Hassan¹, Hasan Tahsin Gözdaş², Tuğçe Damarsoy²

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hastane Enfeksiyonları Yüksek Lisans Programı, Bolu

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: *Pseudomonas aeruginosa*'nın neden olduğu sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar (SHİE), önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada, çoklu ilaca dirençli (ÇİD) *P. aeruginosa* suşlarının neden olduğu SHİE'lerin risk faktörleri ve mortalite oranlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 1 Ocak 2019 ile 1 Ocak 2024 tarihleri arasında hastanemizde yatan, 18 yaş ve üzeri çeşitli klinik örneklerde *P. aeruginosa* üreyen ve enfeksiyon tanı kriterlerini karşılayan 66 hasta üzerinden retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Sadece SHİE değerlendirilmiş, kolonizasyon ve toplum kökenli olgular dışlanmıştır. Eksik veri içeren hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Klinik örneklerden izole edilen *P. aeruginosa* suşlarının antimikrobiyal duyarlılık testinde, üç veya daha fazla antibiyotik kategorisinden her bir kategoriden en az bir antibiyotiğe duyarlı olmayanlar ÇİD olarak kabul edilmiştir. Avrupa Antibiyotik Duyarlılık Testi Komitesi kılavuzu tarafından önerilen antibiyotikler ve minimum inhibitör konsantrasyon düzeyleri dikkate alınmıştır. Hastalar ÇİD ve ÇİD olmayan *P. aeruginosa* ile enfekte olanlar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Tüm hastaların demografik verileri, komorbiditeleri ve laboratuvar verileri kaydedilmiş olup, her iki grup risk faktörleri açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 66 hastanın 16'sı (%24,2) yaşamını yitirmiştir. Mortalitenin grup dağılımı incelendiğinde, ÇİD grubunda 11 (%16,6), ÇİD olmayan grupta ise 5 (%7,6) ölüm olgusu tespit edilmiştir (p=0,1509). Hastaların büyük çoğunluğu yoğun bakım ve dahili servislerde yatmakta olup, enfeksiyon tipleri arasında pnömoni, üriner sistem enfeksiyonları, yara yeri enfeksiyonları ve sepsis yer almaktadır. Değerlendirilen 66 *Pseudomonas aeruginosa* izolatının en sık balgam (%45,5) ve idrar (%31,8) örneklerinden elde edildiği; bunu yara (%13,6), kan, derin trakeal aspirat ve bronkoalveolar lavaj (%3,0) örneklerinin izlediği saptanmıştır. Çalışmamız, diabetes mellitus (DM) gibi bağışıklık sistemini zayıflatan durumların ÇİD *P. aeruginosa* enfeksiyonu riskini önemli ölçüde artırdığını ortaya koymuştur. Buna ek olarak, hemoglobin, albümin, kreatinin, uluslararası normalleştirilmiş oran (INR), fibrinojen, üre ve laktat seviyelerindeki değişimler de enfeksiyon riskini artıran kritik faktörler olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre; DM, anemi, hipoalbuminemi, düşük fibrinojen, yüksek kreatinin ve INR, ÇİD *P. aeruginosa* enfeksiyonu gelişimi ile ilişkili olabilir. ÇİD *P. aeruginosa* ile enfekte hastaların yönetiminde bu risk faktörlerinin dikkate alınması, yüksek riskli hastaların erken tanımlanmasına katkı sağlayabilir. Ancak tek merkezli ve sınırlı sayıda olguya dayanan bulgular ileri çalışmalarla desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çoklu ilaca dirençli *Pseudomonas aeruginosa*, hastane enfeksiyonu, mortalite

Tablo 1. Hastanede yatan ÇİD enfeksiyonu olan ve olmayan hastaların risk faktörlerinin karşılaştırılması			
Değişken	ÇİD olmayan (n=31)	ÇİD olan (n=35)	p-değeri
Yaş	70 (51-80)	66,0 (60,0-72,7)	0,5543
Yatış süresi	13 (8,7-42,5)	36 (15,7-62,7)	0,0721
Mortalite			
Var	5	11	0,1509
Yok	26	24	
Cinsiyet			
Kadın	12	17	0,3040
Erkek	19	28	
DM			
Var	10	21	0,0253*
Yok	21	14	
HT			
Var	12	20	0,1378
Yok	19	15	
KOAH			
Var	4	4	0,8557
Yok	27	31	
KVH			
Var	10	15	0,3793
Yok	21	20	
KBY			
Var	3	8	0,1547
Yok	28	27	
Nörolojik			
Var	8	16	0,0957
Yok	23	19	
Malignite			
Var	4	4	0,8557
Yok	27	31	
Nötropeni			
Var	0	0	0,6225
Yok	31	35	
HIV			
Var	0	0	0,6225
Yok	31	35	
Osteomiyelit			
Var	0	4	0,0539
Yok	31	31	
Siroz			
Var	0	1	0,3466
Yok	31	34	
Yanık			
Var	0	0	0,6225
Yok	31	35	
İVM ihtiyacı			
Var	10	18	0,1186
Yok	21	17	
Trakeostomi			
Var	4	11	0,0753
Yok	27	24	
Kolostomi			
Var	0	1	0,3466
Yok	31	34	

Tablo 1. Devamı			
Değişken	ÇİD olmayan (n=31)	ÇİD olan (n=35)	p-değeri
F/S			
Var	16	24	0,1626
Yok	15	11	
Sistostomi			
Var	1	0	0,2880
Yok	30	35	
Nefrostomi			
Var	2	1	0,4875
Yok	29	34	
N/G			
Var	9	17	0,1076
Yok	22	18	
PEG			
Var	7	11	0,4241
Yok	24	24	
CVP			
Var	9	18	0,0668
Yok	22	17	
Hemodiyaliz			
Var	3	5	0,5699
Yok	28	30	
Göğüs tüpü			
Var	1	1	0,9330
Yok	30	34	
Dren			
Var	2	2	0,9010
Yok	29	33	
Bronkoskopi			
Var	3	1	0,2501
Yok	28	34	
Kolonoskopi			
Var	3	5	0,5699
Yok	28	30	
EVD			
Var	1	0	0,2880
Yok	30	35	
ERCP			
Var	0	0	0,6225
Yok	31	35	
Operasyon			
Var	14	9	0,1005
Geçmiş yok	17	26	
Acil operasyon			
Var	5	2	0,1735
Geçmiş yok	26	33	

ÇİD: Çoklu ilaca dirençli, DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KVH: Kardiyovasküler hastalık, KBY: Kronik böbrek yetmezliği, HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü, İVM: İnvaziv mekanik ventilasyon, F/S: Foley sonda, N/G: Nazogastrik tüp, PEG: Perkütan endoskopik gastrotomi, CVP: Santral venöz kateter, EVD: eksternal ventriküler drenaj, ERCP: Endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi

Tablo 2. Hastanede yatan ÇİD Enfeksiyonu olan ve olmayan hastaların laboratuvar bulgularının karşılaştırılması

Değişken	ÇİD olmayan (n=31)	ÇİD olan (n=35)	p-değeri
Beyaz küre	8,87±3,78	9,76±4,81	0,4117
Nötrofil	5,6 (4,3-8,7)	7,9 (3,9-9,7)	0,8623
Lenfosit	1,27±0,80	1,46±0,72	0,3058
Monosit	0,60±0,33	0,62±0,27	0,7926
Hemoglobin	11,3±2,4	10,1±2,3	0,0475*
Platelet	207,0 (152,5-271,2)	218,5 (126,0-291,0)	0,9331
MPV	11,2 (10,5-11,6)	10,9 (10,4-11,6)	0,3916
PDW	13,70 (12,07-16,40)	13,00 (11,60-14,80)	0,4551
LDH	371,0 (294,5-512,0)	462,0 (317,0-663,0)	0,0470
CRP	158,05±96,84	136,74±93,18	0,2316
Prokalsitonin	1,70 (0,26-26,64)	1,67 (0,61-5,75)	0,8142
Albümin	3,18±0,57	2,74±0,57	0,0001*
INR	1,3 (1,1-1,5)	1,5 (1,2-2,1)	0,0026*
Fibrinojen	569,9±182,6	444,2±219,2	0,0011*
D-dimer	4,12 (1,73-7,88)	5,14 (2,37-13,95)	0,0512
Ferritin	422,5 (143,4-1065,0)	450,9 (153,5-1038,9)	0,8336
Troponin	100,9 (37,7-353,0)	106,6 (33,5-300,5)	0,8404
Glukoz	143,0 (107,2-214,0)	130,0 (89,0-195)	0,2942
Üre	91,0 (54,5-133,7)	117,5 (71,0-176,0)	0,0096*
Kreatinin	1,48 (0,88-2,03)	2,25 (1,49-3,76)	0,0009*
ALT	21,0 (12,7-44,7)	21,0 (14,0-38,0)	0,7077
AST	36,0 (21,7-60,2)	40,5 (29,0-85,0)	0,1153
Laktat	1,74 (1,12-2,84)	2,4 (1,48-4,59)	0,0310*

ÇİD: Çoklu ilaca dirençli, MPV: Ortalama trombosit hacmi, PDW: Trombosit dağılım genişliği, LDH: Laktat dehidrogenaz, CRP: C-reaktif protein, INR: Uluslararası normalize oran, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz

[PS-216]

Catheter-Related Blood Stream Infections in Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units at Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital

Ali Kutta Çelik¹, Ahmet Doğan², Tigad Abdisad Ali³, Suad Abdikarim Isse³, Faduma Nur Adan¹, Fardowsa Hassan Ahmed⁴

¹Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Mogadishu, Somalia

²Bolu Abant İzzet Baysal University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Bolu

³Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Infection Prevention and Control, Mogadishu, Somalia

⁴Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital, Clinic of Pediatrics, Mogadishu, Somalia

Introduction: In newborns, catheter-related bloodstream infections are the most common type of nosocomial infection. This study aimed to identify risk factors, prognosis and characteristics associated with catheter-related bloodstream infections based on catheter type and birth weight classification.

Materials and Methods: This study utilized a retrospective design, where data from medical records of infants admitted to the neonatal intensive care unit at the Mogadishu Somalia-Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital from January 2022 to December 2024 were reviewed and analyzed. A total of 1.781 patients were admitted during the study period, and 300 cases meeting the inclusion criteria were included in the final analysis.

Results: Sixty-percent of the cases were male, and 40% were female. The major (53%) were in the 36-42 weeks gestational age range. 29.3% of the cases weighed more than 2500g. With the prognosis of the cases, when the relationship between weight, gestational age, catheter type, C-reactive protein (CRP) and sample types was examined, a significant difference was detected between the parameters. When the culture results of the cases were analyzed, it was found that *Klebsiella* spp. was the most common, *E. coli* was the second frequency and *Candida* spp. was the third frequency. There was a significant correlation between catheter types and isolate types ($p=0.008$). Again, the highest number of Gram-negative isolates was found according to gestational age groups ($p=0.002$). Ceftriaxone, ceftazidime, ampicillin sulbactam, ampicillin sulbactam, amoxicillin clavulonate resistance and trimethoprim-sulfamethoxazole resistance were significant in Gram-negatives. Gram-positives had high resistance to clindamycin, erythromycin and trimethoprim-sulfamethoxazole.

Conclusion: In Mogadishu neonates, factors such as weight, gestational age, catheter type, CRP level were found to be associated with prognosis. Antibiotic resistance was found to be considerably high in the paediatric age group.

Keywords: Catheter-related infection, neonatal intensive care, preterm infants

[PS-217]

HIV ile Yaşayan Bireylerde Trigliserid-glukoz İndeksinin Değerlendirilmesi

Bülent Kaya¹, Suzan Şahin¹, Serap Genç²

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Diabetes mellitus (DM) ve kardiyovasküler hastalık (KVH) belirteçlerinden trigliserid-glukoz indeksi (TyGI) ile insan immün yetmezlik virüsü (HIV) tedavi cevabını gösteren CD4, CD8 sayı/yüzde ve oranları arasındaki korelasyonu ortaya koyan çalışmalar sınırlıdır.

Gereç ve Yöntem: 2011-2024 yılları arasında en az bir yıl takip edilen erişkin HIV pozitif hastaların demografik verileri, vücut kitle indeksleri (VKİ), trigliserid, glukoz, HIV-RNA, CD4 ve CD8 sayıları/yüzde/oranları, HbA1c düzeyleri retrospektif olarak kaydedildi. SPSS 29.0 istatistik programı, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis ve Friedman's two-way testleri, χ^2 testi ile Pearson ve Spearman's korelasyon katsayıları kullanıldı.

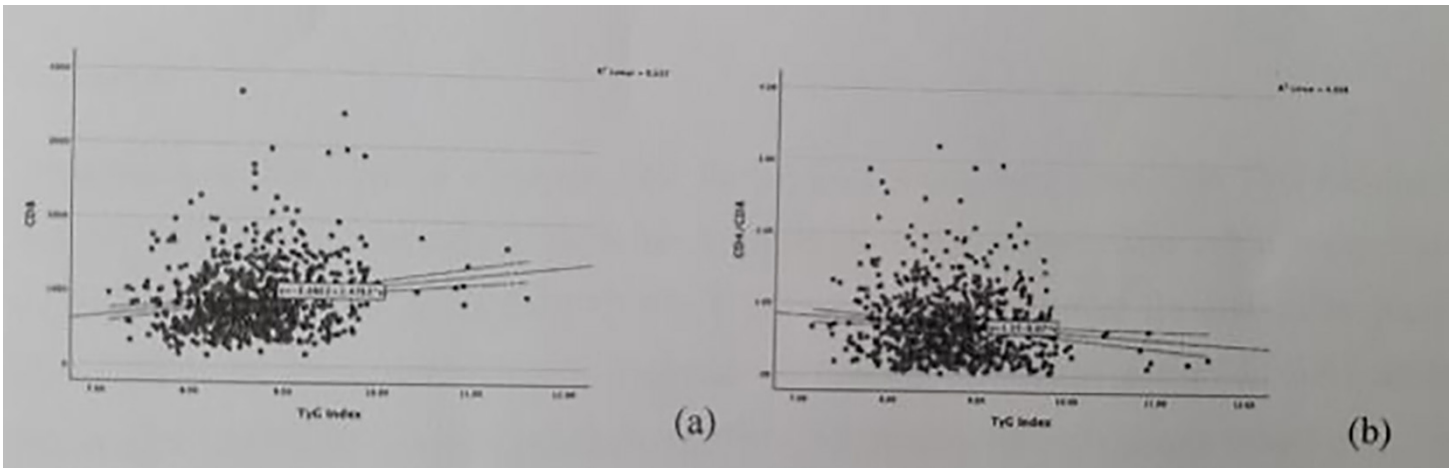
Bulgular: Normoglisemik 348 hastanın medyan yaşı 36 olup, %88,8'i erkekti. Hastalar iki gruba ayrıldı. %42'si hipertrigliseridik (HTG) grupta iken diğerleri normotrigliseridemik (NHTG) grubu temsil etti

(cut-off: 150 mg/dl). HTG grupta medyan yaş daha yüksekti (33'e karşılık 40, $p \leq 0,001$). Cinsiyet dağılımında farklılık yoktu ($p > 0,005$) (Tablo 1). HIV-RNA, CD4 sayı ve yüzdesi, CD4 sayı, CD4/CD8 oranları arasında anlamlı farklılık yoktu ($p > 0,005$). HTG grupta CD8 yüzdesi anlamlı yüksekti (51'e karşılık 55, $p = 0,007$). Tüm olguların medyan açlık glukozu 91 mg/dl, medyan açlık TG'si 127 mg/dl, medyan TyGI 8,68 idi. Her üç değer HTG grupta daha yüksekti (sırasıyla; 90'a karşılık 94, 92'ye karşılık 202, 8,31'e karşılık 9,16).

TyGI ile lenfosit alt grupları arasında korelasyon yoktu ($p > 0,005$). Antiretroviral tedavi (ART) başlandıktan sonraki 12 ay boyunca TyGI ile CD8 sayısı ve yüzdesi arasında pozitif, CD4/CD8 oranı arasında negatif lineer korelasyon tespit edildi (Şekil 1). Tanı anında yaş, VKİ, TyGI, TG, glukoz ve HbA1c değerlerinin birbiri arasında pozitif anlamlı korelasyon vardı (her biri için $p < 0,05$). HbA1c dışında diğerleri ile lenfosit alt grupları arasında anlamlı korelasyon yoktu ($p > 0,05$). HbA1c ile CD4 sayısı ($r = -0,130$, $p = 0,033$), CD4 yüzdesi ($r = -0,157$, $p = 0,010$), CD8 yüzdesi ($r = -0,135$, $p = 0,027$) ve CD4/CD8 oranı ($r = -0,159$, $p = 0,009$) arasında çok zayıf korelasyon tespit edildi. ART sonrası 12 aylık süreçte CD4 seviyeleri ve CD4/CD8 oranı anlamlı seviyede yükseldi ($p < 0,001$). TyGI, tüm hastalarda ve NHTG grupta anlamlı değişiklik göstermezken, HTG grupta anlamlı düşüş gösterdi ($p < 0,001$).

Sonuç: HIV'li bireylerde ART altında TyGI ile CD8 sayısı ve CD4/CD8 oranı arasında anlamlı bir ilişki vardır. HIV ile yaşayan bireylerde daha erken yaşta ortaya çıkan DM, KVH, osteoporoz gibi hastalıkların takibinde TyGI ve CD4/CD8 oranı birbirlerinin yerine kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, trigliserid-glukoz indeksi, anti-retroviral tedavi



Şekil 1. Antiretroviral tedavinin ilk yılında trigliserid-glukoz indeksi ile (a) CD8 T lenfositler, (b) CD4/CD8 oranı arasındaki korelasyon

Tablo 1. Demografik ve bazı karakteristik laboratuvar değerleri				
	Toplam	HTG grubu	NHTG grubu	p-değeri
N (% toplam hasta)	348 (100)	146 (42)	202 (58)	-
Yaş (yıl), medyan (IQR)	36 (29-45)	40 (32-47)	33 (27-42)	<0,001
Cinsiyet, n (%)	-	-	-	0,826
Kadın	39 (11,2)	17 (12)	22 (11)	-
Erkek	309 (88,8)	129 (88)	180 (89)	-
Vücut kitle indeksi	23,8 (21,3-26,1)	24,6 (21,7-27,0)	22,9 (21,1-25,3)	<0,001
HIV-RNA (copy/ml), medyan (IQR)	101,737 (29,677-465,181)	127,469 (29,860-634,396)	95,197 (29,664-320,440)	0,459
CD4/mm ³ , medyan (IQR)	343 (180-485)	356 (170-494)	316 (188-476)	0,443
CD4%, medyan (IQR)	17 (11-24)	18 (10-25)	17 (12-24)	0,669
CD8/mm ³ , medyan (IQR)	876 (595-1326)	902 (603-1416)	840 (593-1288)	0,253
CD8%, medyan (IQR)	52 (42-63)	55 (47-64)	51 (40-62)	0,007
CD4/CD8, medyan (IQR)	0,33 (0,19-0,56)	0,32 (0,15-0,55)	0,32 (0,20-0,56)	0,562
TG (mg/dl), medyan (IQR)	127 (86-195)	202 (174-266)	92 (72-117)	<0,001
Glu (mg/dl), medyan (IQR)	91 (85-99)	94 (88-100)	90 (83-97)	0,001
HbA1c %, medyan (IQR)	5,4 (5,2-5,7)	5,4 (5,2-5,7)	5,4 (5,1-5,6)	0,599
TyGl, medyan (IQR)	8,68 (8,24-9,11)	9,16 (8,99-9,45)	8,31 (8,09-8,59)	<0,001
IQR: Çeyrekler arası aralık, TyGl: Trigliserid-glukoz indeksi				

[PS-218]

Trakeal Aspiratta Üreyen *Pseudomonas aeruginosa* Türlerinde Antibiyotik Direnç Profili ve Mikrobiyolojik Eradikasyonun Değerlendirilmesi

Müslüme Sevinç Kaya Andıç, Nesibe Korkmaz, Feray Aycan Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: *Pseudomonas aeruginosa* özellikle yoğun bakım hastalarında önemli bir nozokomiyal patojendir. Karbapenem, kolistin, amikasin, seftazidim/avibaktam gibi antibiyotiklere direnç gelişimi tedavi seçeneklerini kısıtlamaktadır. Bu çalışmada, 77 hastadan alınan trakeal aspirat kültüründe üreyen *P. aeruginosa* suşlarına ait antibiyotik direnç profilleri ve 14 günlük mikrobiyolojik eradikasyon oranları değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesinde, 01.01.2023-01.10.2024 tarihleri arasında yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalardan gönderilen trakeal aspirat sonuçlarında *P. aeruginosa* üreyen etkenlere ait direnç profilleri değerlendirildi. Gram sonucu anlamlı gelmeyen örnekler değerlendirmeye alınmadı. Kolistin ve seftazidim/avibaktam direnci disk difüzyon yöntemiyle değerlendirildi. Tedavi başlanmadan eksitus olan ya da tedavi tamamlanmadan eksitus olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Kalan hastalara ait 14 günlük mikrobiyolojik eradikasyon oranları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda, kültür üremesi olan 77 hastaya ait direnç verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 50'si (%64) erkek cinsiyettedir. 77 hastanın 61'i (%79) tedavi almıştır. Bu tedavilerin 18'i (%29) kombine tedavi, 43'ü (%71) monoterapidir. Tedavi alan ve tedavi süresince eksitus olmayan 56 hastada, 14. gündeki mikrobiyolojik eradikasyon

oranları değerlendirilmiştir. Mikrobiyolojik eradikasyon değerlendirilen hastaların 36'sında (%64), 14 gün içinde (herhangi bir zamanda) kültür üremesinin devam ettiği gözlenmiştir.

Sonuç: Karbapenem direnci %51 ile yüksek oranda saptanmıştır. Karbapenemlerin ampirik tedavide monoterapi olarak kullanılması, bölgesel verilerimiz ışığında tekrar gözden geçirilmelidir. Seftazidim/avibaktam direnci %60 olarak bulundu. Bu oran, karbapenem dirençli *P. aeruginosa* suşlarında beta-laktam/beta-laktamaz inhibitörlü kombinasyonların her zaman etkili olmadığını göstermektedir. Hastaların %64'ünde mikrobiyolojik eradikasyon sağlanamamıştır. Mikrobiyolojik eradikasyona etki edebilecek faktörleri belirlemek için geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: *Pseudomonas aeruginosa*, ventilatör ilişkili pnömoni, *in vitro* direnç

Tablo 1. İzole edilen 77 *Pseudomonas aeruginosa* suşunun direnç durumları

Antimikrobiyaller	Dirençli izolat sayısı	Direnç (%)
Karbapenem	40	51
Amikasin	15	19
Kolistin	1	2
Seftazidim-avibaktam	30	60
Yetmiş yedi izolatın 50'sinde kolistin ve seftazidim/avibaktam sonucu disk difüzyon ile çalışılmıştır		

[PS-219]

Kateter ile Hemodiyalize Giren Hastalarda En Önemli Sorun: Kan-dolaşım Yolu Enfeksiyonu ve Komplikasyonları

Esra Fersan, Eda Alp, Berna Demirok, Ersin Sezer, Melike Kaya Kaptan, Meliha Meriç Koç, Özlem Altuntaş Aydın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Kateter ile hemodiyalize giren hastalarda kan dolaşım yolu enfeksiyonları (KDYE) gelişme riski artmaktadır. KDYE, hospitalizasyona, komplikasyonlara ve mortaliteye yol açması nedeniyle önemli bir sorundur. Çalışmamızda, kliniğimizde takip edilen kateter ile hemodiyalize giren hastalarda gelişen KDYE etkenlerini, gelişen komplikasyonları ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2022-Aralık 2024 tarihleri arasında kateter ile ilişkili KDYE tanısıyla kliniğimizde yatarak takip edilen 18 yaş ve üstü hastaların epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özellikleri hastane bilgi yönetim sisteminden retrospektif olarak incelendi. Kateter ile ilişkili KDYE tanısı, antimikrobiyal tedavi uygulanmadan önce ve alternatif enfeksiyon odakları dışlandıktan sonra, hemodiyaliz kateteri, hemodiyaliz devresi veya periferik damardan alınan iki kan kültüründe üreme olması ile konuldu.

Bulgular: Çalışmamıza dahil olan 107 hastanın medyan yaşı 63 yıl (22-93), 60'ı (%56) kadındı. Hastaların %50'sinde diyabet, %71'inde hipertansiyon, %40'ında diyabet ve hipertansiyonun kronik böbrek hastalığına eşlik ettiği görüldü. Hastaların %47'sinde hastaneye kabul sırasında yüksek ateş mevcuttu. Kateter ile ilişkili KDYE etkeni olarak kan kültürlerinde üreyen patojenler Tablo-1'de sunulmuştur. Hastaların ilk klinik değerlendirmesi sonrasında, 13'üne kan kültürü sonucuna göre hedefe yönelik tedavi başlanmıştır. Ampirik antibiyoterapi başlanan 94 olgunun 44'ünde vankomisin-seftazidim, 15'inde teikoplanin ve Gram-negatif etkinliği olan bir antibiyotik, 13'ünde vankomisin-meropenem, 12'sinde vankomisin-piperasilin/tazobactam 8'inde vankomisin ve Gram-negatif etkinliği olan bir antibiyotik, ikisinde daptomisin ve Gram-negatif etkinliği olan bir antibiyotik kombinasyonunun tercih edildiği tespit edildi. Kateter ile ilişkili KDYE komplikasyonu olarak, hastaların 10'unda (%9,3) endokardit, 8'inde (%7,5) trombüs, ikisinde spondilodiskit, birinde psoas apsesi geliştiği görüldü. Hastaların kliniğimizde ortalama yatış süresi 18.7 gündür. Altı hasta (%5,6) eksitus olmuş, 4 hastanın (%3,7) yoğun bakım ünitesinde takip edilme ihtiyacı gelişmiştir.

Sonuç: Hastalarımızın büyük çoğunluğunda diyabet ve hipertansiyon olmasının KDYE'ne zemin hazırladığı, etken olan mikroorganizmaların spektrumu ve gelişen enfeksiyonun progresyonunu olumsuz etkilediğini düşündürmüştür. Literatürde Gram-pozitif mikroorganizmalar sıklıkla etken olarak saptanırken çalışmamızda Gram-negatif bakteriler

çoğunluktadır. Bu nedenle hastanemizde ampirik tedavide anti-pseudomonal etkinliği de olan kombinasyon tedavisinin seçilmesi önemlidir. Kateter ilişkili KDYE'lerinin önlenabilir durumlar olmasına rağmen, uygun antibiyoterapi verilse bile, ciddi metastatik komplikasyonlara ve mortaliteye neden olması dikkat çekicidir. Uzun süreli hastane yatışlarına neden olması da sağlık sistemi üzerine ek yük oluşturmaktadır. KDYE önleme programları ile bu sorunların düzeltilmesi hedeflenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kateter enfeksiyonu, hemodiyaliz

Tablo 1. Kan kültüründe üreyen patojenler			
	Üreyen mikroorganizma	Sıklık	Yüzde
Gram-pozitif		48	%45
	<i>S. aureus</i>	30	%28
	Koagülaz negatif stafilokok	16	%15
	<i>Enterococcus</i> spp.	2	%2
Gram-negatif		47	%44
	<i>Pseudomonas</i> spp.	10	%9
	<i>Escherichia coli</i>	8	%7
	<i>Enterobacter</i> spp.	7	%7
	<i>Serratia marcescens</i>	6	%6
	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	5	%5
	<i>Klebsiella</i> spp.	4	%4
	<i>Acinetobacter</i> spp.	3	%3
	Diğer Gram-negatif bakteriler	4	%4
		9	%8
Çoklu Gram-negatif	<i>Pseudomonas</i> spp. + <i>S. maltophilia</i>	2	%2
	<i>Pseudomonas</i> spp. + <i>Klebsiella</i> spp.	2	%2
	<i>Escherichia coli</i> + <i>S. maltophilia</i>	2	%2
	Diğer Gram-negatif bakteriler	3	%3
		2	%2
Gram-negatif+mantar	<i>Pseudomonas</i> spp.+ <i>Candida</i> parapsilosis	1	%1
	<i>Escherichia coli</i> + <i>Candida albicans</i>	1	%1
Mantar		1	%1
	<i>Candida</i> parapsilosis	1	%1
Toplam		107	100

[PS-220]

Tüberküloz ve Karaciğer Nakli: Latent Tüberküloz Enfeksiyonunun Taramasının Önemi ve Klinik Yansımaları

Ezgi Erdal Karakaş, Gökçe Nur İnandı, Sibel Altunışık Toplu, Adem Köse, Funda Memişoğlu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Tüberküloz (TB), 18. yüzyıldan bu yana dünyada önemli bir bulaşıcı hastalık ve ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. *Mycobacterium tuberculosis*, solid organ nakli (SOT) sonrası önemli bir fırsatçı enfeksiyon etkenidir. SOT alıcılarında TB ile ilişkili morbidite ve mortalite oranları yüksek olduğu için, TB enfeksiyonunun önlenmesi ve erken tanınması büyük bir önem taşımaktadır. Bu olguda, karaciğer nakli sonrası akciğer TB tanısı almış bir hastayı sunuyoruz.

Olgu: Elli yedi yaşında erkek hasta, bir yıl önce kriptojenik etioloji ile canlı alıcılı karaciğer nakli geçirmişti. Ateş, üşüme-titre, balgamlı öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile dış merkezde pnömoni ön tanısıyla piperasilin-tazobaktam 4x4.5 gr IV başlanmış, ancak klinikte kötüleşme olması üzerinde nakil merkezine sevk edilmişti. Yapılan değerlendirmede; ateş 37,8 °C, nabız 89/dakika, saturasyonu %76, SS: 28/dakika olarak saptanmış, akciğer sesleri kabalaşmıştı. Toraks bilgisayarlı tomografide apekslerde mikronodüler lezyonlar, konsolidasyonlar ve buzlu cam dansiteleri izlendi. Ön tanılarda viral pnömoni, fırsatçı enfeksiyon, miliyer TB ve interstisyel akciğer hastalığı düşünülen hastada kültürler alındıktan sonra meropenem 3x1 gr IV başlandı. TB-IGST, balgam TB polimeraz zincir reaksiyonu (PCR)-ARB ve Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) PCR testleri pozitif sonuçlandı. Primer akciğer TB tanısıyla verem savaş dispanserine yönlendirilen hastaya, hepatotoksiste ve ilaç etkileşimi riski gözetilerek moksifloksasin 1x400 mg, izoniazid 1x600 mg, etambutol 1x1500 mg ve pirazinamid 1x2000 mg başlandı, ayrıca COVID-19 tedavisi için molnupiravir eklendi. Hastaya solunum izolasyon önlemleri uygulandı, negatif basınçlı odada izole edildi. Meropenem tedavisi 10 güne tamamlandı ve toplam tedavi süresi 6 ay olarak planlandı.

Sonuç: SOT alıcıları arasında aktif TB gelişme riski, genel popülasyona kıyasla 20 ila 74 kat daha yüksek olarak olup SOT alıcılarında aktif TB olgularının çoğu, latent TB enfeksiyonunun (LTBE) reaktivasyonu sonucunda ortaya çıkmaktadır. Genellikle, immünoşüpresyonun en yoğun olduğu ilk yıl içinde bu enfeksiyonlar daha sık görülür. Yapılan bir çalışmada, karaciğer nakli hastalarının %2,1'inde nakil sonrası TB geliştiği bildirilmiştir. Bu olguda, özellikle karaciğer nakli öncesi LTBE taramasının önemi vurgulanmaktadır. Çünkü hastanın karaciğer nakli öncesinde TB-IGST testinin yapılmaması, latent TB'nin tanınması gözden kaçmasına ve erken dönemde reaktivasyona yol açabilmektedir. LTBE taramasının yüksek insidansı ve TB'nin bu popülasyonda morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir risk faktörü olması nedeniyle, organ nakli öncesinde bu testlerin yapılması kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer transplantasyonu, latent tüberküloz

[PS-222]

Intrakraniyal Kitle ile Başvuran *Listeria monocytogenes* Beyin Apsesi Olgusu

Aslı Haykır Solay¹, Pelin Beyza Ünal¹, Başak Erarslan¹, Gülnur Kul¹, İnan Uzunoğlu², Atakan Besnek²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

Amaç: *Listeria monocytogenes*, insanları enfekte eden tek *Listeria* türüdür. *Listeria*; gastrointestinal sistem tutulumu, bakteriyemi, beyin apsesi, endokardit, osteomyelit veya pnömoni gibi farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilir. Santral sinir sistemi tutulumu; menenjit, meningoensefalit, serebrit, rombenesfalit ve beyin apsesi şeklinde görülebilir. Bu sunumda, intrakraniyal kitle ile prezente olan bir *Listeria monocytogenes* beyin apsesi olgusu irdelenmiştir.

Olgu: Bilinen diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları olan 59 yaşındaki erkek hasta, iki aydır süren baş dönmesi, yürüme güçlüğü ve baş ağrısı şikayetleriyle nöroloji kliniğine başvurmıştır. İlk değerlendirmede multipl skleroz ön tanısıyla prednizolon 1x250 mg/gün intravenöz (iv) olarak üç gün verilmiştir. Sonrasında gelişen bilinç değişikliği, fasiyal paralizi ve sol hemipleji nedeniyle acil servise başvuran hastada, kraniyal BT'de frontoparietal bölgede serebrovasküler olayla ayırıcı tanıya giren kitlesel lezyon saptanması üzerine yoğun bakıma yatırılı yapılmıştır. Yatışta hemoglobin: 12,8 g/dl, beyaz küre: 12600/µl, platelet: 516000/µl, alanin aminotransferaz: 20 U/l, kreatinin: 0,67 mg/dl, C-reaktif protein: 7,34 mg/l, sedimentasyon: 10 mm/sa, glükolize hemoglobin: %8,1 olarak saptanmıştır. Lomber ponksiyonla alınan beyin omurilik sıvısında (BOS) örneğinde lökosit görülmemesi, glukoz ve proteinin normal sınırlarda olması nedeniyle kültürde üreyen *Corynebacterium afermentans* etken olarak değerlendirilmemiştir. Kan kültüründe *Listeria monocytogenes* üremesi saptanan hastaya ampisilin 6x2 g/gün iv olarak başlanmış ve BOS kültüründe üreyen mikroorganizmanın yeniden tiplendirilmesi istenmiştir. Kontrastlı kraniyal manyetik rezonansda sağ frontoparietal bölgede 24x15 mm boyutlarında lobüle konturlu lezyon görülmesi üzerine hasta opere edilmiş ve lezyonun apse olduğu anlaşılmıştır. BOS kültürü tekrarı ve apsenin drenajından elde edilen kültürlerde de *Listeria monocytogenes* üremesi üzerine trimetoprim-sülfametaksazol 10/50 mg/kg/gün (TMP/SMX) dozunda, 6 saat arayla dört eşit dozda olacak şekilde başlanmıştır. Antibiyotik tedavisi 6 hafta boyunca iv olarak sürdürülmüş ve hasta sol hemipleji sekeli ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: *Listeriyoz*; bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda, uç yaş grubundaki bireylerde ve diyabetiklerde invazif formda görülebilir. Olgumuzda önemli risk faktörleri olan glukokortikoid kullanımı ve diyabet mevcuttur. BOS kültüründe üreyen Gram-pozitif basil, otomatize sistem tarafından *Corynebacterium afermentans* olarak raporlanmış; laboratuvara bilgi verilmesi sonrası manuel değerlendirmeye doğru tanımlama yapılabilmektedir. Açıklanamayan santral sinir sistemi bulguları olan ve risk faktörleri taşıyan hastalarda kültür sonuçları dikkatle değerlendirilmeli, gerekli durumlarda ileri mikrobiyolojik incelemeler mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Listeria monocytogenes*, beyin apsesi, invazif form

[PS-223]

Çok İlaça Dirençli Gram-negatif Bakteri Enfeksiyonlarında Çift Karbapenem Tedavisi

Oğuz Karabay, Aziz Öğütlü, Ertuğrul Güçlü

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilimdalı, Sakarya

Giriş: Karbapenemler, geniş spektrumlu antibakteriyel aktiviteye sahip olmaları nedeniyle ciddi Gram-negatif bakteri enfeksiyonlarının tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Bu antibiyotikler, Gram-negatif bakterilerde bulunan geniş spektrumlu beta-laktamaz ve sefalosporinaz enzimlerine karşı etkili olsalarda, karbapenemlerin yaygın kullanımı, özellikle yoğun bakım ünitelerinde sık görülen *Pseudomonas aeruginosa* ve *Acinetobacter baumannii* gibi bakterilerde karbapenemazların (karbapenem hidrolize edici beta-laktamazlar) ekspresyonunu artırmıştır. Bu durum, karbapenemlerin etkinliğini sınırlamakta ve tedavi seçeneklerini azaltmaktadır. Karbapenem dirençli Gram-negatif bakteriler için mevcut tedavi seçenekleri sınırlıdır. Yeni beta-laktam/beta-laktamaz inhibitörleri bir alternatif olarak sunulsa da, bu ajanlara karşı direnç hızla artmaktadır. Bu nedenle, çok ilaç dirençli (MDR) Gram-negatif bakteriyemilerde tedavi başarısızlıkları sıkça yaşanmaktadır. Bu çalışmada, çift karbapenem tedavisinin (meropenem ve ertapenem kombinasyonu) etkinliği ve güvenliği değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Aralık 2016-Temmuz 2019 tarihleri arasında çift karbapenem tedavisi alan hastaları kapsamaktadır. Kontrol grubu olarak, aynı dönemde piperasilin-tazobaktam tedavisi alan hastalardan çalışma grubu hasta sayısı kadar olgu rastgele yöntemle seçilmiştir. Her ki grupta da kan dolaşım enfeksiyonu tanısı mevcuttu. Hasta verileri elektronik hasta kayıtları ve hastane kontrol komitesi sürveyans verilerinden retrospektif olarak alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 9'u çift karbapenem, 9'u piperasilin-tazobaktam tedavisi alan toplam 18 hasta dahil edildi. Demografik ve laboratuvar parametrelerine göre iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Benzer şekilde 28 ve 90 günlük sağkalım oranları, kan kültürü pozitiflikleri ve laboratuvar parametreleri (beyaz küre, C-reaktif protein, prokalsitonin, alanin aminotransferaz, GFR, sodyum ve potasyum seviyeleri) iki grupta benzerdi (Tablo 1).

Sonuç: Çalışma sonuçları, çift karbapenem tedavisinin MDR Gram-negatif bakteriyemilerde mortaliteyi azaltmada veya laboratuvar parametrelerini iyileştirmede belirgin bir avantaj sağlamadığını göstermektedir. Çift karbapenem tedavisi, mevcut tedavi seçenekleri arasında bir alternatif olarak değerlendirilse de, etkinliği sınırlıdır ve daha etkili tedavi stratejilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çift karbapenem tedavisi, çok ilaca dirençli bakteri, hastane enfeksiyonları

Tablo 1. Çift karbapenem tedavisi verilen hastalarla kontrol grubunun demografik ve laboratuvar bulguları

Bulgular	Çift karbapenem (n=9)	Kontrol (n=9)	p-değeri
Yaş (ortalama $\pm$ SS)	71,4 $\pm$ 9,8	69,2 $\pm$ 12,1	0,647
Cinsiyet [erkek, n (%)]	6 (%66,7)	5 (%55,6)	0,650
Başlangıç WBC ($\times 10^3/\mu$ l)	13,1 $\pm$ 6,9	15,8 $\pm$ 10,4	0,318
28. gün WBC	12,8 $\pm$ 3,2	14,1 $\pm$ 4,5	0,421
Başlangıç CRP (mg/l)	155,6 $\pm$ 47,3	168,2 $\pm$ 59,1	0,529
48. saat CRP	67,0 $\pm$ 39,1	81,3 $\pm$ 45,6	0,244
Başlangıç PCT (μ g/l)	8,62 $\pm$ 10,1	9,31 $\pm$ 11,4	0,887
28. gün PCT	4,33 $\pm$ 4,1	5,03 $\pm$ 5,2	0,712
Başlangıç ALT (U/l)	36,6 $\pm$ 20,1	30,6 $\pm$ 18,9	0,325
48. saat ALT	29,0 $\pm$ 12,4	27,9 $\pm$ 15,2	0,841
Başlangıç GFR (ml/min)	54,1 $\pm$ 29,3	63,7 $\pm$ 32,6	0,412
48. saat GFR	63,7 $\pm$ 28,4	68,4 $\pm$ 30,1	0,673
Başlangıç sodyum (mmol/l)	137,7 $\pm$ 4,1	140,1 $\pm$ 3,8	0,156
48. saat sodyum	134,9 $\pm$ 5,2	138,6 $\pm$ 4,9	0,098
Başlangıç potasyum (mmol/l)	3,99 $\pm$ 0,41	3,68 $\pm$ 0,39	0,072
28. gün sağkalım [n (%)]	5 (%55,6)	3 (%33,3)	0,372
90. gün sağkalım [n (%)]	1 (%11,1)	0 (%0)	1,000
Kan kültürü pozitifliği [n (%)]	6 (%66,7)	7 (%77,8)	0,630

WBC: Beyaz küre, CRP: C-reaktif protein, PCT: Prokalsitonin, ALT: Alanin aminotransferaz, GFR: Glomerüler filtrasyon hızı, SS: Standart sapma

[PS-224]

Karaciğer Nakli Yapılan Hastalarda Gelişen Enfeksiyonların Değerlendirilmesi; Tek Merkezin On Üç Yıllık Deneyimi

Esma Kepenek Kurt¹, Rukiye Bulut¹, Bahar Kandemir¹,
Pınar Belviranlı Keskin¹, Mustafa Şentürk², Murat Bıyık³,
İbrahim Erayman¹, Tevfik Küçükkartallar²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Gastroenteroloji Bilim Dalı, Konya

Giriş: Karaciğer nakli yapılan hastalarda gelişen enfeksiyonlar morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Bu çalışmada karaciğer nakli yapılan hastaların nakil öncesi özellikleri, nakil sonrası saptanan enfeksiyonlar, etken mikroorganizmaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma için etik kurul onayı alındıktan sonra 2010-2024 tarihleri arasında hastanemizde karaciğer nakli yapılan hastaların takip dosyaları ve hastane bilgisayar kayıtları geriye dönük incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, nakil sebebi, nakil tipi (canlı, kadavra nakli), preoperatif bakılan Epstein-Barr virüsü VCA Ig G (EBV VCA Ig G), sitomegalovirüs (CMV) Ig G tetkikleri, nakil sonrası ilk bir yılda oluşan enfeksiyonlar, kültür üremeleri ve cerrahi sırasında verilen antibiyotik profilaksisi kaydedildi. Veriler sayı ve yüzde (%) olarak belirtildi.

Bulgular: Toplam 106 hastanın yaş ortalaması 47,61±12,17 (20-67) idi. Elli altısı (%52,8) erkek, 50'si (%47,2) kadındı. Kırk yedi (%44,3) canlı vericiden, 59'u (%55,7) kadavradan nakil yapılmış olup 33 (%31,1) hastada acil olarak karaciğer nakli yapıldı. Nakil endikasyonları en sık 28 (%26,4) ile kriptojenik karaciğer sirozu olup diğer endikasyonlar hepatit B enfeksiyonu (%19,8), otoimmün hepatit (%11,3), toksik hepatit (%8,5), hepatit C enfeksiyonu (%7,5), primer sklerozan kolanjit (%6,6), alkolik hepatit (%5,7), primer bilier siroz (%3,8), Wilson hastalığı (%3,8), etiyoloji belli olmayan fulminan hepatit (%2,8), diğer nedenler (%3,6) idi. Preoperatif 73 hastaya CMV Ig G bakılmış olup hepsi pozitif. EBV VCA Ig G 63 hastada bakılmış olup 61'inde (%96,8) pozitif. Preoperatif dönemde 17 (%16) hastada enfeksiyon mevcuttu. Cerrahi profilakside antibiyotik olarak en sık piperasilin tazobaktam (%86,8) kullanılmıştı. Üç (%2,8) hastaya retransplantasyon yapıldı. Hastaların 19'u (%17,9) ilk 48 saatte kaybedildiğinden çalışmadan çıkarıldı. Nakil sonrası ilk ay kalan 87 (%82,1) hastanın 34'ü bir 7'si iki enfeksiyon epizotu geçirdi. Nakil

sonrası 1-6 ay arasında 13 hasta bir, 2 hasta 2, 1 hasta üç enfeksiyon epizodu, 6-12. aylarda 13 hasta bir, 9 hasta iki enfeksiyon epizotu geçirdi. Nakil sonrası ilk ay en sık (%38,9) odağı belli olmayan enfeksiyon, diğer dönemlerde ise en sık batın içi enfeksiyon (sırasıyla %45,5, %38,6) saptandı. Nakil sonrası enfeksiyon tanıları Tablo 1'de, etken mikroorganizmalar Tablo 2'de gösterilmiştir. Beş (%8,9) hasta enfeksiyon nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: Karaciğer nakli yapılan hastalarda en sık bakteriyel enfeksiyonlar olmak üzere, fırsatçı viral, mantar, paraziter enfeksiyonlarda görülebilir. Bu enfeksiyonlar hasta kaybına neden olabildiğinden tanının hızlı konularak tedavinin erken başlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer nakli, enfeksiyon, etken mikroorganizmalar

Tablo 1.

Enfeksiyon tipi	İlk ay n (%)	1-6 ay n (%)	6-12 ay n (%)
Odağı belli olmayan	28 (38,9)	4 (12,1)	1 (3,2)
Batın içi enfeksiyon	11 (15,3)	15 (45,5)	12 (38,6)
Pnömoni	9 (12,5)	1 (3)	2 (6,5)
İdrar Yolu Enfeksiyonu	5 (6,9)	1 (3)	3 (9,7)
Kan dolaşım yolu enfeksiyonu	5 (6,9)	1 (3)	0
Cerrahi Alan Enfeksiyonu	3 (4,2)	0	0
Pnömoni ve kan dolaşım yolu enfeksiyonu	2 (2,8)	0	0
Pnömoni ve batın içi enfeksiyon	4 (5,6)	2 (6,1)	0
Batın içi enfeksiyon ve kan dolaşım yolu enfeksiyon	1 (1,4)	0	4 (12,9)
Üst solunum yolu enfeksiyonu	2 (2,7)	3 (9,1)	2 (6,5)
Gastroenterit	1 (1,4)	2 (6,1)	4 (12,9)
Hidrosel	1 (1,4)		
Diğer		4 (12,1)	3 (9,7)
Toplam	72 (100)	33 (100)	31 (100)

Tablo 2.

Enfeksiyon tipi	İlk ay (n)	1-6 ay (n)	6-12 ay (n)
Bakteriyel	60	20	19
Gram-negatif mikroorganizmalar	39	12	12
<i>Klebsiella</i> spp.	24	6	2
<i>Acinetobacter</i> spp.	8	0	1
<i>Pseudomonas</i> spp.	5	1	2
<i>E. coli</i>	1	0	2
Miks üreme	1	2	2
<i>Citrobacter sedlakii</i>	0	2	3
<i>Providencia stuartii</i>	0	1	0
Gram-pozitif mikroorganizmalar	8	3	3
Enterokok spp.	7	3	2
Stafilokok spp.	1	0	1
<i>M. tuberculosis</i>	0	0	1
Mantarlar	13	5	0
Candidemi	5	1	0
Candidüri	3	0	0
Ampirik antifungal tedavi	5	1	0
İnvaziv pulmoner aspergillozis*	0	3	0
Viral	3	4	0
Herpes labialis	2	0	0
CMV	1	1	0
İnfluenza	0	2	0
Diğer**	0	1	0
Parazit	0	3	3
Scabies	0	0	1
Amibiasis	0	2	2
Toksoplazma retinitis**	0	1	0

*İnvaziv pulmoner aspergillozis tanısı görüntüleme yöntemleri ile konulmuştur. **1-6 ay arasında bir hasta etken belli olmadan viral bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiştir. ***Toksoplazma retinitis tanısı göz bulguları ile konulmuştur. CMV: Sitomegalovirüs

[PS-225]

Baş Ağrısı ile Tanı Alan Bir Nörobruselloz Olgusu

Burak Turaç, Tuba Damar Çakırca

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

Giriş: Bruselloz dünya genelinde sık görülen bir zoonotik enfeksiyondur. Pek çok klinik belirti ve bulguyla seyredabilen multisistemik bir hastalık olup, santral sinir sistemi tutulumu da görülebilmektedir. Nörobrusellozun klinik formları arasında menenjit, meningoensefalit, meningovasküler tutulum, parankimatöz fonksiyon bozukluğu, periferik nöropati/radikülopati ve çeşitli derecelerde davranışsal anormallikler yer alır. Menenjit ise en sık görülen formudur. Bu yazıda baş ağrısı ile başvuran bir nörobruselloz olgusu sunuldu.

Olgu: Kırk iki yaşında erkek hasta polikliniğimize son 1-2 aydır olan ateş, kas eklem ağrısı, artralji, bulantı, kusma, kilo kaybı, halsizlik ve baş ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Anamnezinde taze peynir tüketimi öyküsü olan hastanın yapılan tetkiklerinde; alanin aminotransferaz (ALT) 24 IU/l, aspartat aminotransferaz (AST) 32 IU/l, lökosit sayısı $8,5 \times 10^3/\mu\text{l}$ kreatinin 0,63 mg/dl, sedimentasyon: 51 mm/saat C-reaktif protein (CRP) 4,7 mg/l brusella coombslu Wright testi 1/1280 titrede pozitif saptandı. Hastaya bruselloz tanısıyla doksisisiklin 2x100 mg ve rifampisin 1x600 mg tedavisi başlandı. Tedavi altında şikayetleri gerilemesine rağmen baş ağrısı devam eden hastaya nörobruselloz ön tanısı ile lomber ponksiyon yapıldı. Hastanın beyin omurilik sıvısında (BOS) brusella coombslu Wright testi 1/1280 titrede pozitif saptandı. BOS glikozu 19,4 mg/dl (eş zamanlı kan glikozu 106 mg/dl) BOS proteini 361 mg/dl olarak sonuçlandı. BOS mikroskopisinde 410 lökosit (%80 lenfosit) görüldü. Hastanın tedavisi brusella menenjit tanısı ile seftriakson 2x2 gr, doksisisiklin 2x100 mg, rifampisin 1x600 mg olarak yeniden düzenlendi. Tedavi altında hastanın baş ağrısı şikayetleri geriledi. Genel durumu iyi olan, klinik yanıt alınan hastanın seftriakson tedavisi beş hafta, doksisisiklin ve rifampisin tedavileri ise 4 aya tamamlandı.

Sonuç: Bruselloz, kemik eklem, santral sinir sistemi, kardiyovasküler, genitoüriner ürener gibi birçok sistemi tutabilmekle birlikte; akut kolesistit, akut pankreatit ve akut hepatit tablolarına da neden olabilmektedir. Bununla birlikte komplikasyonlar ilk muayenede saptanamayabilir. Tedaviye yeterli yanıt alınamayan hastalarda komplikasyonlu bruselloz akla gelmelidir. Olgumuzda olduğu gibi, tedaviye rağmen baş ağrısı devam eden hastalarda nörobruselloz ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, nörobruselloz, menenjit

[PS-226]

***Eikenella corrodens*'in Etken Olduğu Subdural Ampiyem Olgusu**

Fulya Şen¹, Büşra Buket Sağlamer², Mehmet Selim Ay³, Gülçin Baş²

¹Şırnak Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şırnak

²Şırnak Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Şırnak

³Şırnak Devlet Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Şırnak

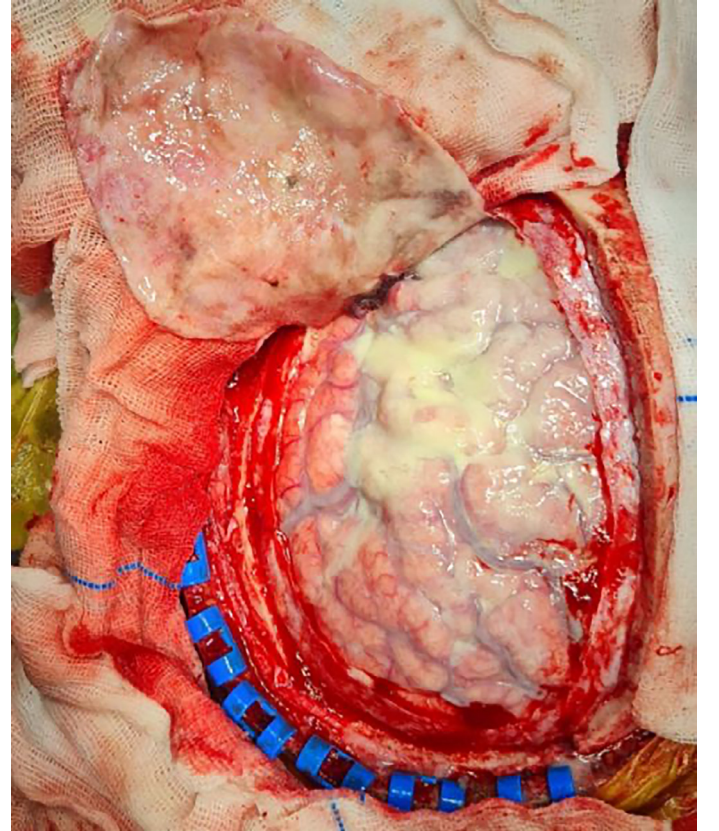
Giriş: *Eikenella corrodens*, daha çok insan ısırganı ile ilişkilendirilen, Gram-negatif, anaerobik bir basildir. Diğer anaeroblar gibi orofarenks, gastrointestinal ve genitoüriner sistem floralarında yer alır. Etken olduğu enfeksiyonlar genellikle bu bölgelerden kaynaklanır ve komşuluk yoluyla yayılır. Basit deri ve oral enfeksiyonlara neden olabilirken; derin boyun enfeksiyonu, pnömoni, endokardit, beyin apsesi gibi yaşamı tehdit eden invaziv enfeksiyonlara da yol açabilir.

Olgu: Yirmi altı yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, yaklaşık 10 gündür olan baş ağrısı ve 3 gündür olan ateş, kusma, bilinç durumunda bozulma yakınmaları ile acil servise getirildi. Hastanın fizik muayenesinde; ateşi 39 °C, Glasgow Koma Skalası: 8/15 ve ense sertliği mevcuttu. Laboratuvar bulgularında; lökosit sayısı: 30000 ul, C-reaktif protein: 280 mg/l, prokalsitonin: 83 ng/ml idi. Hastanın kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG); “sol maksiller, frontal ve ethmoid sinüslerde sinüzit bulguları, solda dural ve meningeal yüzlerde diffüz kontrastlanma, orta hat şifti ve sol subdural ampiyem” saptandı. Hasta beyin cerrahisi tarafından acil operasyona alındı. Operasyonda, subdural mesafede kötü kokulu, krem renkli püymateryali boşaltılıp dura mater ve beyin parankimi üzerindeki pürülan dokular temizlendi (Şekil 1). Hastanın yakın dönemde antibiyotik kullanım durumu öğrenilemediğinden ampirik olarak meropenem 3x2 gr ve vankomisin 3x1gr başlandı. Meropenem ve vankomisin 5. gününde apse kültüründe *Eikenella corrodens* üremesi olması üzerine vankomisin tedavisi kesilip meropenem devam edildi. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Meropenem 10. gününde *E. corrodens* penisilin duyarlı saptanması üzerine tedavisi ampisilin sülbaktam 4x3 gr olarak düzenlendi. Hasta 11 gün yoğun bakım ünitesinde takip edildikten sonra beyin cerrahisi servisine alındı. Servis takibinde ateşi veya klinik bozulması olmadı. Enflamatuvar parametreleri normal sınırlara geriledi. Klinik iyileşmeye rağmen 3. haftada kontrol amaçlı çekilen kraniyal MRG'sinde sol oksipitotemporalde yeni gelişen apse

odakları saptandı. Uygun antibiyoterapi altında yeni apse odakları gelişen hastada subdural ampiyemin ilk drenajı sırasında kaynak kontrolünün tam olarak sağlanamadığı ve püyün başka bölgelere ekilmiş olabileceği düşünüldü. Hasta toplam antibiyoterapisinin 27. gününde immünoşüpresyon durumunun araştırılması, ileri tetkik ve tedavi için üst merkeze sevk edildi. Üst merkezde apse odakları için cerrahi planlanmadığı ve antibiyoterapi ile takibinin yapıldığı öğrenildi.

Sonuç: Travma, nöroşirürjik girişimler ve sinüzit gibi lokal enfeksiyonlardan komşuluk yoluyla yayılım sonucu beyin apsesi veya subdural ampiyem gelişebilmektedir. Bu apselerinin çoğunluğu polimikrobiyaldir ve bir apsenin varlığında *E. corrodens* gibi anaerobik mikroorganizmalar mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Subdural ampiyem, *Eikenella corrodens*



Şekil 1. Subdural mesafede krem renkli püymateryali

[PS-228]

Pansitopeni ile Seyreden Erişkin Parvovirüs B19 OlgusuDilek Bulut¹, Ongay Külirkin Kara¹, Eren Erkılıç¹, Nazlı Türk², Derya Şahin³, Nesibe Korkmaz¹, Gönül Çiçek Şentürk¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Ankara

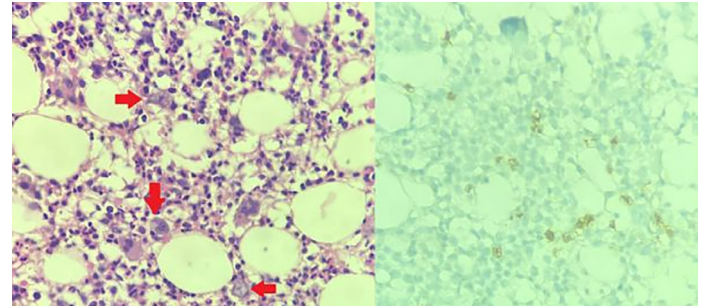
Giriş: Parvovirüs B19 öncelikle okul çağında yaygın görülse de her yaşta karşılaşılabilecek bir enfeksiyondur. Virüsün özellikle kemik iliğindeki eritroid öncüllere tropizmi olup belirgin retiklositopeni yapar. Hafif lökopeni ve trombositopeni görülür ve genellikle ciddi boyutlarda olmaz. Parvovirüs B19 enfeksiyonlarında parvovirüs ailesinden olan bokavirüs, çapraz reaksiyona bağlı solunum yolu örneklerinde pozitif saptanabilir. Olgumuzda derin pansitopeni ile izlenen, solunum yolu polimeraz zincir reaksiyonu paneli sifilizde (SYP) bokavirüs pozitif gelen ve Parvovirüs B19 enfeksiyonu tanısı alan bir hasta rapor edilmiştir.

Olgu: Kırk altı yaşında erkek hasta, acil servise öksürük, boğaz ağrısı, üşüme ve baş dönmesi şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde iki kez geçirilmiş pulmoner tromboemboli öyküsü olduğu öğrenildi. Fizik muayenesi olağandı. Vitallerinde ateşi 38,5 °C, kan basıncı 82/45 mmHg, nabız 116/dk ve oksijen saturasyonu %95 ölçüldü. Tetkiklerde beyaz küre: 6590/µl, hemoglobin: 9,1 g/dl, PLT: 62.000/µl, C-reaktif protein:92 mg/l idi. SYP ve kan kültürü alındıktan sonra ampirik olarak seftriakson ve klaritromisin başlandı. Yatışının ilk gününde beyaz küresi 1350/µl'ye düşen hasta pansitopeniye girdi (Tablo 1) SYP'de bokavirüs+ olarak sonuçlandı. Anemi parametreleri normal, laktat dehidrojenaz: 751 U/l, ferritin: 1980 U/l, periferik yaymasında eritroid seride megaloblastik, disblastik değişiklikler izlendi. Lenfoid hücre ve blast hücresi görülmedi. Kırım-Kongo kanamalı ateşi polimeraz zincir reaksiyonu, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, Parvovirüs B19, Epstein-Barr virüsü viral kapsid antijeni IgM ve Brucella tüp aglütinasyon tetkikleri negatif saptanan ve pansitopeni tablosu derinleşen hastaya hematoloji tarafından kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapıldı. Bu süreçte ateşi düşen hasta, yatışının 7. gününde biyopsi sonucu ile

poliklinikte değerlendirilmek üzere taburcu edildi. On gün sonra patoloji raporu: "İncelenen örneklerde iri boyutta, intranükleer inklüzyon içeren atipik hücreler dikkat çekmiş olup viral sitopatik etkiyi yansıtmaktadır, Parvovirüs B19 enfeksiyonu akla gelmiştir." olarak raporlandı (Şekil 1). Hastanın poliklinik takiplerinde Parvovirüs B19 serolojisinde IgM'den IgG'ye serokonversiyon görüldü. Takiplerinde kan tablosu normale döndü. Kalıtsal immün yetmezlik araştırılmak üzere immünoloji takibine alındı.

Sonuç: Parvovirüs B19 nadir de olsa derin pansitopeni tablosu ile karşımıza çıkabilir. Ateş ve pansitopeniyle gelen hastalarda iyi bir anamnez ve fizik muayeneye ek olarak multidisipliner yaklaşım, doğru tanı ve tedavi için önem arz etmektedir. Ateş ile başvuran ve pansitopeni nedeni ilk basamak tetkiklerle aydınlatılamayan hastalarda kemik iliği aspirasyon biyopsisi erken teşhis ve tedavinin yönlendirilmesi açısından hayati öneme sahiptir

Anahtar Kelimeler: Kemik iliği biyopsisi, Parvovirüs B19



Şekil 1. Sırasıyla hematoksilen eozin boyası ve immünohistokimyasal boyama ile (x400) görülen kemik iliği biyopsi örneğinde Parvovirüs B19 ile enfekte eritroid öncüller

Tablo 1. Hematolojik parametreler

Takip günü	Beyaz küre (10 ³ /µl)	Hemoglobin (X10 ⁹ /µl)	Trombosit (10 ³ /µl)
Başvuru anı	6.590	9,1	62.000
Takibin 2. günü	1.730	7,7	29.000
Takibin 7. günü	2.580	6,6	44.000
Takibin 10. günü	12.380	9,4	159.000

[PS-230]

Yara Yanık Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Çocuklara Verilen Kan Bileşenleri

Bülent Kaya¹, Sibel Doğan Kaya²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Yanıklar, çocukluk yaş grubunda kazalara bağlı ölümlerin en önemli nedenlerindendir. Yanmış çocuklar daha küçük yapıda olmalarına rağmen yetişkinlere göre kütle başına daha fazla vücut yüzey alanına sahiptirler. Çocuklarda kardiyak fonksiyon, ortalama kan hacmi ve normal hemoglobin düzeyleri yaşa bağlıdır; bu nedenle çocuklarda kan transfüzyonu/ünite hacim oranı daha yüksektir.

Gereç ve Yöntem: Altı karma yoğun bakım yatağı olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Yara Yanık Yoğun Bakım Ünitesi'nde çocuk hasta takip edilmektedir. Bu çalışma, 2020-2024 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 29 çocuk hastanın (3 ay-17 yaş arası) dahil edildiği bir çalışmadır. Hasta bilgileri dosya ve bilgisayar kayıtlarından geriye dönük olarak incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastaların; yaş, cinsiyet, yatış süresi, yanık şiddeti, yanık çeşidi, yanık yüzdesi, Glaskow Koma Skoru, uygulanan cerrahi girişimler, kan

dolaşımı enfeksiyon etkenleri, yanık yüzeyi yüzdesi, verilen kan ürünleri, mortaliteye ait veriler kaydedildi. Yanık çeşitleri; alev yanığı, sıcak sıvı yanığı, elektrik yanığı, sıcak obje yanığı olarak sınıflandırıldı. Yanık yüzdesi hasta bilgi notlarından kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 29 çocuk hasta dahil edildi. Hastaların 21'i (%72,4) erkek, 8'i (%27,6) kız idi. Hastaların yaş ortalaması 7,6±8,3 yıl idi. Hastaların 15'inde (%51,7) alev yanığı, 11'inde (%37,9) sıcak su yanığı, 3'ünde (%10,3) elektrik yanığı vardı. Yanık yüzde ortancası 26,5 (minimum: 5,5, maksimum: 100) idi. Yanık dereceleri açısından 1 (%3,4) birinci derece, 21 (%72,4) ikinci derece ve 7 (%24,2) üçüncü derece yanıklardan oluşuyordu. Cerrahi girişim olarak 24 (%82,8) hastada greftleme, 14 (%48,3) hastada debridman, 2 (%6,9) hastada fasyotomi, 14 (%48,3) hastada eskarektomi uygulandı. Glaskow Koma skoru ortalama 11 (minimum 3-maksimum 15), hastanede yatış süresi ortalama 13 (minimum 2-maksimum 46) gündü. En sık izole edilen kan dolaşımı enfeksiyonları 5 (%17) *Acinetobacter baumannii*, 1 (%3,4) *Pseudomonas aeruginosa* idi. Kan transfüzyonlar ise eritrosit süspansiyon; 160 ünite, taze donmuş plazma; 94 ünite, aferez trombosit süspansiyonu; 10 ünite, kriopresipitat; 12 ünite verilmiştir. Takip edilen 7 (%24,1) hasta kaybedildi.

Sonuç: Yanık yaralanması olan çocukların tedavisini optimize etmek, bu konuların bilinmesini ve transfüzyonun hasta sonuçları üzerindeki etkisinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk yanık yoğun bakım, kan transfüzyonu, kan dolaşımı enfeksiyonu

[PS-231]

Nokardiyozun Klinik Sunumları: Dört Farklı Olgunun Değerlendirilmesi

Fatma Betül Altın Keskin, Hamid Habibi, Özge Özgen Top,
Yeşim Yıldız, Murat Dizbay

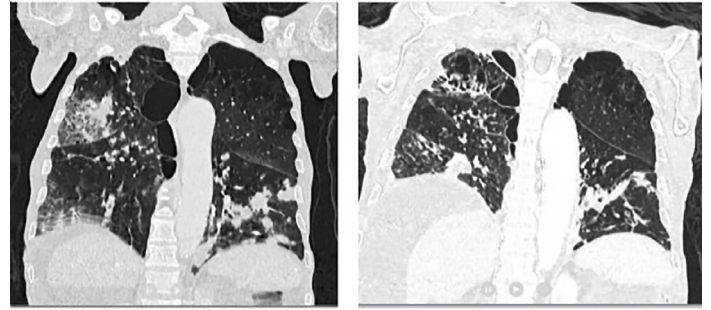
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Nokardiyoz nadir görülür ancak insidansı her yıl artmaktadır. Hastaları değerlendirirken nokardiyoz ön tanısının akla getirilmesinin önemini vurgulamak için dört olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: Bilinen koroner arter hastalığı, hipertansiyon, mide adenokanseri tanısı ve kemoterapi öyküsü olan 74 yaşındaki erkek olgumuzun; iki aydır öksürük, balgam yakınması şikayetleriyle başvurmuştur. Malignite geçmişi nedeniyle nüks ve akciğer metastazı araştırılmıştır. Yapılan görüntülemeleri bakteriyel pnömoni lehine değerlendirilmiştir. Febril değerlerde ateşi olduğundan antibiyoterapi başlanmıştır. Balgam kültüründe *Nocardia species* üremesi üzerine tedavisi antibiyogram sonucuna göre düzenlenmiştir. Tedaviyle akciğer lezyonları gerileyen hastanın, tedavisinin 48. gününde şok kliniği ve ölüm gerçekleşmiştir. Bilinen hipertansiyon, immün trombositopenik purpura ve bu nedenle immünoşüpresif kullanım öyküsü olan 55 yaşındaki erkek olgumuz; hemoptizi yakınmasıyla başvurmuş. Yapılan toraks görüntülemesinde akciğerde kaviter lezyon saptanmış ve hastaya 4'lü tüberküloz tedavisi başlanmıştır. İkinci başvurusunda beyin tomografisinde kanama alanları saptanması üzerine hospitalize edilmiş. Takibinde ateş ve bilinç durumunda kötüleşme görülmüş. Entübe takibe başlanan hastaya; enfektif endokardit, mikotik anevrizma, ventilatör ilişkili pnömونيye yönelik tedavi başlanmıştır. Tüberküloz tedavisi ve antibiyoterapiye rağmen klinik iyileşme gözlenmeyen hastanın, kontrol amacıyla çekilen görüntülemelerinde nokardiyoz açısından kuşku lezyonlar saptanmış. Beyin apsesinden örneklem yapılmış. Apse kültüründe *Nocardia otitis caviarum* üremiş ve tedavisi antibiyogram sonucuna göre düzenlenmiştir. Tedaviyle bilinç durumunda iyileşme gözlenmiş, 1 yıllık tedavi sürecinin sonunda kür sağlanmıştır. Bilinen lenfoma, amiloidoz, immün yetmezlik tanısı ve immünoşüpresif tedavi öyküsü olan 42 yaşındaki erkek olgumuz; senkop ile hastanemize getirilmiş. Hastanın beyin tomografisinde apse odakları saptanmış, örneklem yapılmış. Apse kültüründe *Nocardia farcinica* üremiş ve antibiyograma sonucuna göre tedavisi düzenlenmiş. Kontrol görüntülemelerinde lezyonları gerileyen hastaya, bir yıllık tedavi planlanmıştır. Bilinen diabetes mellitus, nöro-Behçet ve immünoşüpresif kullanım öyküsü olan 51 yaşındaki erkek olgumuz; ateş ve dispne şikayetiyle başvurmuştur. Toraks görüntülemesi sonucuyla bakteriyel pnömoni tedavisi başlanmıştır. Tedavi yanıtı alınamaması üzerine malignite düşünüldükçe bronkoalveolar lavaj yapılmış. Alınan kültürde *Nocardia kroydenstedtii* üremesi saptanmış ve antibiyogram sonucuna göre tedavisi düzenlenmiştir. Kontrol görüntülemelerinde lezyonları gerileyen hastaya, altı aylık tedavi planlanmıştır.

Sonuç: Nokardiyoz seyrinin değişkenliği, klinik bulguların özgül olmaması, etken bakterinin izolasyonunda yaşanan güçlükler; tanıda gecikmeye neden olmaktadır. Tedavi seçimi kümülatif retrospektif verilere, enfeksiyonun şiddetine, etkenin in vitro duyarlılık profiline dayanmaktadır. Özellikle risk faktörü olan hastalar değerlendirilirken, ayırıcı tanılar arasında akla gelmeli ve gerekli laboratuvar tetkikleri planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nokardiyoz, immünoşüpresyon, tür tayini



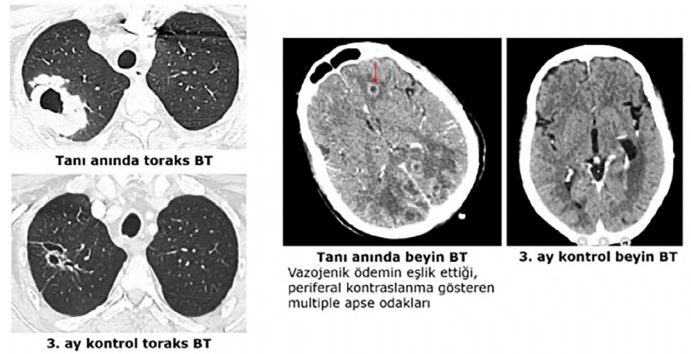
Tanı anında toraks BT

Sağ akciğer üst lobda buzlu cam alanları ve eşlik eden nodüler konsolidasyonlar
Her iki alt lobda nodüler konsolidasyon ve infiltrasyon

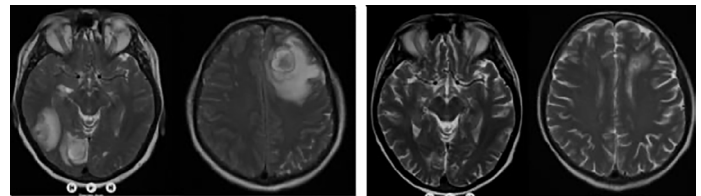
1. ay kontrol toraks BT

Sağ akciğer üst lobda fibroatektatik çekintiler, buzlu cam ve konsolidasyon alanlarında gerileme
Her iki alt lobda nodüler konsolidasyon ve infiltrasyonlarda bir miktar gerileme

Şekil 1. Görüntüleme takibi



Şekil 2. Görüntüleme takibi



Tanı anında beyin MR

Sol frontal ve sağ parietookspital loblarda vazojenik ödemin eşlik ettiği, periferik kontrastlanan apse odakları

3. ay kontrol beyin MR

Abse odaklarında belirgin gerileme

Şekil 3. Hastanın tanı anında ve 3. ayda manyetik rezonans görüntülemeleri

İLK DEĞERLENDİRME > İmmünoşüpresif kullanım öyküsü > Spesifik olmayan yakınmalarla başvuru	ÖN TANI > Nokardiyoz dışı nedenlerin (malignite, pnömoni, TB...) araştırılmasına öncelik verilmesi > Nokardiyoz dışı nedenlere yönelik ampirik tedavi
OLGULARIN ORTAK YÖNLERİ	
KESİN TANI VE TEDAVİ > Etken izolasyonu > Antibiyograma uygun tedavi başlanması (Türe özgü duyarlılık profili değişmektedir.)	TAKİP > Görüntülemeyle tedavi yanıtının değerlendirilmesi > İlaç ilişkili yan etki izlemi yapılması (Kİ baskılanması, nefrotoksisite, laktik asidoz... gelişimi açısından)

Şekil 4. Olguların takibindeki benzerlikler

Table 1. Olgularımız								
	Yaş Cinsiyet	Ek hastalık	İmmünite	Yakınma	Görüntüleme	Kültür	Tedavi planı	Sonuç
Olgu 1	74 yaş Erkek	-HT -KAH -Mide kanseri	KT: 1 sene	Öksürük Balgam Ateş	Toraks BT: Akciğerlerde büyüğü 3 cm çaplı olmak üzere multipl kitle lezyonları (PET SUV _{maks.} : 6,0) *Karşılaştırmalı incelendiğinde pnömoni lehine	Balgam: <i>Nocardia</i> spp. <i>Duyarlılık: SXT, MEM, CAZ</i>	Süre: 3-6 ay İMP+LNZ İMP+SXT	Lezyonlar geriledi Kİ baskılanması 48 gün tedavi Şok kliniği ve derin metabolik asidoz>>Ölüm
Olgu 2	55 yaş Erkek	-HT -ITP	Steroid Azatiyopürin	Hemoptizi (2 hafta) GKS: 3	Toraks BT: Sağ AC'de 7x5 cm boyutlarında multipl kaviteasyon gösteren infiltrasyon alanı, sağ AC'de nodüler infiltrasyon alanları Beyin BT: Serebral-serebellar multipl apse	<i>Apse (beyin): Nocardia otitidiscaviarum</i> <i>Duyarlılık: İMP, MXF, SXT, LNZ, TGC, DOX</i>	Süre: 1 yıl İMP+LNZ MXF+SXT MXF+LNZ MXF+TGC MXF+DOX	Lezyonlar geriledi GKS:15 5 ay parenteral+7 ay oral tedavi>>Kür
Olgu 3	42 yaş Erkek	-Lenfoma -Amiloidoz -İmmün yetmezlik	Splenektomi Anakinra Tosilizumab IVIG	Senkop	Beyin BT: Sol frontal ve sağ oksipitotemporal kitle açısından şüphe uyandıran, sınırları net olarak seçilemeyen hafif hiperdens nodüler görünüm MR: Multipl intrakraniyal apse odakları	<i>Apse (beyin): Nocardia farcinica</i> <i>Duyarlılık: AK, LNZ, MEM, CIP, MXF</i>	Süre: 1 yıl MEM+LNZ MEM MEM+SXT SXT MXF+SXT	MR ile takip Lezyonlar gerilemekte Tedavi almakta (4. ay)
Olgu 4	51 yaş Erkek	-Nörobehçet -DM	Steroid Azatiyopürin Siklofosfamid	Ateş Dispne	Toraks BT: Sol AC'de yaklaşık 5,5 cm çapında ölçülen, hava bronkogramları içeren, periferik yerleşimli yoğun konsolidasyon alanı	<i>BAL: Nocardia kroppenstedtii</i> <i>Duyarlılık: SXT, İMP, LNZ</i>	Süre: 3-6 ay İMP+SXT LNZ+SXT	Lezyon gerilemekte Tedavi almakta (3. ay)

HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner arter hastalığı, KT: Kemoterapi, BT: Bilgisayarlı tomografi, PET SUVMAKS: Pozitron emisyon tomografisi standardize edilmiş maksimum değer, SXT: Sulfametoksazol/trimetoprim, MEM: Meropenem, CAZ: Ceftazidim, AK: Amikasin, IVIG: İntravenöz immünoglobulin, MR: Manyetik rezonans, DM: Diyabet Mellitus, Sol AC: Sol Akciğer, BAL: Bronkoalveoler lavaj, İMP: İmpresyon, LNZ: Linezolid

[PS-234]

İmmünokompetan Bir Hastada *Salmonella enteritidis* Spondilodiskiti: Türkiye'den Bildirilen İlk Olgu

Rıdvan Dumlu

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

Giriş: *Salmonella enteritidis*, genellikle gıda kaynaklı enfeksiyonlara neden olan bir patojen olup, vertebral spondilodiskit gibi invaziv enfeksiyonlara nadiren yol açar. Literatürdeki olgular; immünoşüpre hastalardan oluşmakta olup, immünokompetan bireylerde ayırıcı tanıda gözden kaçabilir. Türkiye'den; daha önce romatoid artrit nedeni ile immünoşüpresif tedavi alan bir olguda geliştiği bildirilmiştir. Olgu takdimimizde; immünokompetan hastada gelişen ilk *Salmonella enteritidis* olgusunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz iki yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, üç aydır devam eden sırt ağrısı nedeniyle başvurdu. Nörolojik muayenesi ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar parametreleri; beyaz küre: 8300/µmeritosit sedimentasyon hızı: 17/saat C-reaktif protein: 8,7 mg/l olarak saptandı. Manyetik rezonans görüntülemeye T7-T8 düzeyinde spondilodiskit ve paraspinal apse tespit edildi. Ayırıcı tanıda tüberküloz ve *Brucella* spondilodiskiti düşünüldü ancak *Brucella* serolojisi ve Quantiferon-TB Gold testi negatif bulundu. Kan kültüründe üreme saptanmazken, cerrahi olarak drenajı yapılan apse materyalinden üreyen koloniler MALDI-TOF MS (Bruker Daltonics, Billerica, MA, USA) ile *Salmonella species* ve Kauffman-White-Le Minor serotiplendirme

testi (SSI Diagnostica, Danimarka) ile *Salmonella enteritidis* olarak tanımlandı. *Salmonella* enfeksiyonuna yatkınlık oluşturabilecek hematolojik ek komorbidite veya enfekte aort anevrizması saptanmadı. Transtorasik ekokardiyografide vejetasyon saptanmadı. Tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu negatif saptandı. Antibiyogramda ampicilin, trimetoprim-sülfametoksazol, kloramfenikol, seftriakson ve siprofloksasine duyarlı bulundu. Tedavisi literatürdeki diğer olgular dikkate alınarak; iki hafta seftriakson, ardından oral siprofloksasin ile toplam sekiz hafta olacak şekilde düzenlendi. Tüberküloz kültürde de üreme olmadı. Tedavi sonu klinik ve radyolojik tam iyileşme sağlanmış olup bir yıllık takibinde nüks saptanmadı.

Sonuç: Olgumuz, Türkiye'den bildirilen immünokompetan bir bireyde gelişen ilk *Salmonella enteritidis* spondilodiskit olgusudur. Literatürde ülkemiz dışında; ABD, Fransa, Hindistan ve Çin'den bildirilen dört olgu bulunmakta olup, tümü immünoşüpre hastalarda ve torakal vertebra tutulumu ile izlenmiştir. Çoğu olguda enfekte aort anevrizmasına sekonder spondilodiskit gelişirken, olgumuzda böyle bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca, hematolojik veya immünoşüpresif bir hastalık öyküsü bulunmayan hastamız, non-tifoidal *Salmonella*'nın vertebral enfeksiyon yapabileceğini gösteren nadir olgulardan biridir. Bu olgu, nadiren spondilodiskit tablosuna neden olabilen *Salmonella enteritidis*'in; Türkiye'de endemik olan *Brucella* türlerini klinik ve radyolojik olarak taklit edebileceğini ve immünokompetan bireylerde de ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken etkenlerden biri olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İmmünokompetan konak, *Salmonella enteritidis* spondilodiskiti, Türkiye

[PS-235]

Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesine Yönelik Uygulamalar Bir Hastane Örneği

Leman Budak¹, Zuhale Kökçü², Meltem Hüner³, Volkan Ertuğrul⁴

¹Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Eskişehir

²Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Kliniği, Eskişehir

³Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

⁴Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Kliniği, Eskişehir

Giriş: Hastane enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorundur. Hastane kaynaklı enfeksiyonlar hastalarda fonksiyonel bozukluklara, duygusal strese, yaşam kalitesinin düşmesine veya ölüme neden olur. Ayrıca hastanede yatış süresinin uzaması, iş kaybının ortaya çıkması, ilaç kullanımının artması, izolasyon gereksinimi olması, ekstra laboratuvar ya da diğer tanı yöntemlerinin kullanımı gibi nedenlerle ekonomik yükü de artırır.

Bulgular: Bu çalışmada bir hastanesinin enfeksiyon kontrol programı ve 2016 - 2023 yılları arasındaki enfeksiyon göstergeleri incelenip karşılaştırmalar yapılmıştır. Sonuçlar yıllar arasındaki değerlerle kıyaslanmıştır. Hastanemiz 133 yatak kapasiteli olup üçüncü basamak sağlık hizmeti vermektedir. Bu çerçevede toplamda 72.296 hasta verisi incelenmiştir. Hastane enfeksiyonu tanısı konulmasında, "Centers for Disease Control and Prevention" tarafından belirlenen tanımlamalar esas alındı. Hasta verileri, surveyans verilerinin prospektif olarak taranmasıyla elde edildi.

Sonuç: Bu çalışmada yedi yıllık sürede hastane enfeksiyonlarının %61 oranında azaldığı gösterilmiştir. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonları (SHİE) önleyebilmek için; SHİE kontrol komiteleri etkin bir şekilde çalışmalı, gerektiğinde alt komiteler oluşturulmalı, uygun surveyans programı kullanılarak veriler toplanıp analiz edilmeli, uygun ajanlarla hastane temizliği yapılmalı, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kurallara eksiksiz uyularak kayıtlar tutulmalıdır. SHİE'lerin erken düşünülüp tanı konması hayati öneme sahiptir. Enfeksiyon Kontrol politikaları dışında;

• Ventilator ilişkili pnömoni önlemede çok kullanımlı, kapalı sistem aspirasyon kateter kullanımı, solunum devrelerinin mekanik fonksiyon bozukluğu ya da kan vb. materyal ile kirlenmedikçe değiştirilmemesi sağlanmakta ve sürekli olarak izlenmektedir.

• Santral venöz katetere ilişkin enfeksiyonlarda ise hastadan doktor istemine göre (klinik ve laboratuvar tablosu dikkate alınarak) santral venöz katetere (kateter ucu da gönderilerek) periferden ve arterden kan kültürü alınmaktadır.

• Kültür sonuçlarına göre doktor istemine göre kateter değiştirilmekte ve uygun antibiyotik tedavisi uygulanmaktadır. Hasta izlenmekte ve sonuçlarla yine değerlendirilmektedir.

• Üriner kateter enfeksiyonu uygulamalarında ise; hastanın klinik ve laboratuvar sonuçları enfeksiyon bulgusunu destekliyse doktor istemine göre kan, idrar, balgam vb. kültürleri alınarak antibiyogram sonucuna göre hastaya doktor tarafından uygun tedavi düzenlenerek uygulanmakta, kateter değiştirilmekte ve hasta değerlendirilmektedir.

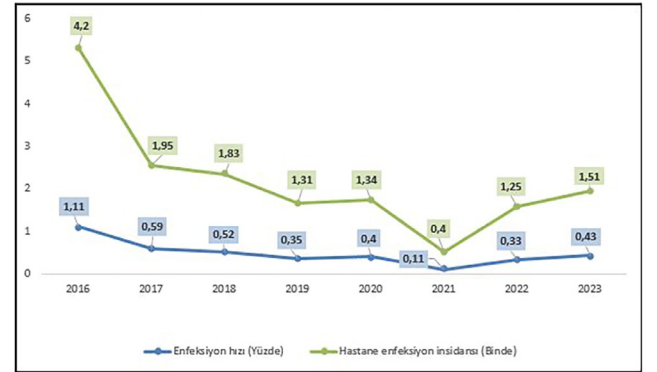
• Hasta ve hasta yakınları hastane enfeksiyonlarından korunmaya yönelik genel önlemler konusunda bilgilendirilmektedir.

• Hekim, hemşire ve diğer personellerin işe başlamasıyla birlikte uygulanan "Oryantasyon Eğitimi" programı ile enfeksiyon önlemleri aktarılmaktadır.

• İnvaziv girişimlerin bakımında bakım paketlerinin kullanımı, takibi ve sonuçların analizi yapılmaktadır.

Taburculuk sonrası alan temizliğinde temizlik etkinliğinin değerlendirilmesi yapılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hastane enfeksiyonları, insidans



Şekil 1. 2016-2023 yılları arasındaki hastane enfeksiyon hızı ve hastane enfeksiyon insidans dağılımı karşılaştırması

[PS-236]

Yetişkin Yoğun Bakım Ünitesinde Santral Kateter İlişkili Enfeksiyon Hızının İyileştirilmesi

Leman Budak¹, Zuhale Kökçü², Meltem Hüner³, Volkan Ertuğrul⁴

¹Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Eskişehir

²Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Kliniği, Eskişehir

³Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

⁴Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Kliniği, Eskişehir

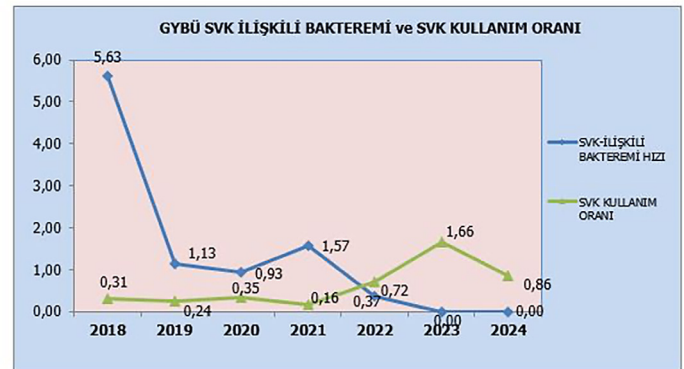
Giriş: Santral venöz kateterizasyon (SVK); genellikle yoğun bakım ünitelerindeki (YBÜ) hastaların tedavi ve bakımlarında yaygın olarak kullanılan invaziv işlemlerden biridir. Çalışmamızda yetişkin YBÜ'de gelişen santral venöz kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SVKİ-KDİ) hızının düşürülmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Hastanemiz 133 yatak kapasiteli olup üçüncü basamak sağlık hizmeti vermektedir. Hastanede 15 yataklı anestezi ve reanimasyon YBÜ bulunmaktadır. Çalışmamıza Ocak 2018 Aralık 2023 tarihleri arasında YBÜ'de takip edilen 2.395 hasta dahil edildi. Yetişkin YBÜ'de 24 saat ve üzerinde yatarak tedavi gören tüm hastalar çalışmanın kapsamında edilmiştir. Hastane enfeksiyonu tanısı konulmasında, "Centers for Disease Control and Prevention" tarafından belirlenen tanımlamalar esas alındı. Hasta verileri, surveyans verilerinin prospektif olarak taranmasıyla elde edildi. Surveyans çalışmaları enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı ve enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından günlük servis ziyaretleriyle yapıldı. SVKİ-KDİ geliştiği düşünülen hastalardan kan kültürüyle birlikte enfeksiyon olduğu düşünülen kateterden (kateter ucu) kültürler alındı. Hastalardan izole edilen enfeksiyon etkenleri konvansiyonel yöntemler ve VITEK® 2 Compact (bioMérieux, Marcy l'Etoile, Fransa) otomatize sistemiyle tanımlandı. Antibiyotik duyarlılık sonuçları duyarlı ve dirençli olarak değerlendirildi. Karbapenem dirençli suşların duyarlılıkları Etest® (bioMérieux, Marcy l'Etoile, Fransa) yöntemiyle doğrulandı.

Sonuç: SVK ilişkili enfeksiyon hızında, 2021-2023 yılları arasında artış

gözlenmiştir. Bu artışta, pandemi döneminde koronavirüs hastalığı-2019 olgularındaki artışa bağlı olarak hastanede yatış gün sayısının uzaması ve SVK kullanım sıklığındaki artışın etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak pandemi sonrası dönemde enfeksiyon hızında belirgin bir azalma eğilimi dikkat çekmektedir. Pandemi sürecinde, santral kateter enfeksiyonlarından korunmaya yönelik kontrol formunun kullanılmaması, kateter yerleştirilmesi sırasında steril önlük, steril eldiven, bone, maske ve tüm vücudu örten steril örtü gibi kişisel koruyucu ekipmanların yeterince kullanılmaması enfeksiyon riskini artıran başlıca faktörler arasında yer almıştır. Ayrıca SVK takılmadan önce ve pansuman değişimleri sırasında deri antiseptisinin %0,5'ten fazla klorheksidin glukonat içeren solüsyonlarla yapılmaması ve hasta bakımında şeffaf örtü kullanımının ihmal edilmesi de enfeksiyon gelişimine katkıda bulunmuştur. Pandeminin sona ermesiyle birlikte bu nedenlere yönelik önlemler alınmış, kontrol uygulamaları yeniden yapılandırılmış ve standartlaştırma politikaları hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda, YBÜ'de SVK ilişkili enfeksiyon hızı anlamlı şekilde azalmış, son altı yıl içinde %5,62'den **0'a kadar düşürülmüştür**.

Anahtar Kelimeler: Santral kateter, yoğun bakım enfeksiyonları, hastane enfeksiyonları



Şekil 1. Genel Yoğun Bakım Ünitesi SVK-KDE Hızı ve SVK Kullanım Oranı
SVK: Santral venöz kateterizasyon, KDİ: Kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu

[PS-237]

Gluteal Apse-NK Hücre Düşüklüğü

Deniz Özer, İsmail Işıktaş, Esra Erdem Kıvrak, Şebnem Şenol Akar, Çiğdem Banu Çetin

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Derin yerleşimli, masif, multipl apseler sıklıkla diabetes mellitus, böbrek yetmezliği, immünoşüpresif hastalıklar, intravenöz madde kullanımı, intramüsküler enjeksiyon, post-travmatik nedenler veya daha nadir olmakla beraber spontan olarak görülmektedir. Bu olguda spontan gelişen; komorbiditesi olmayan, genç olmasına rağmen gürültülü tablo ile başvuran, tek intramüsküler enjeksiyon sonrasında şikayetleri artan gluteal apseyle takipli hasta ele alınmıştır.

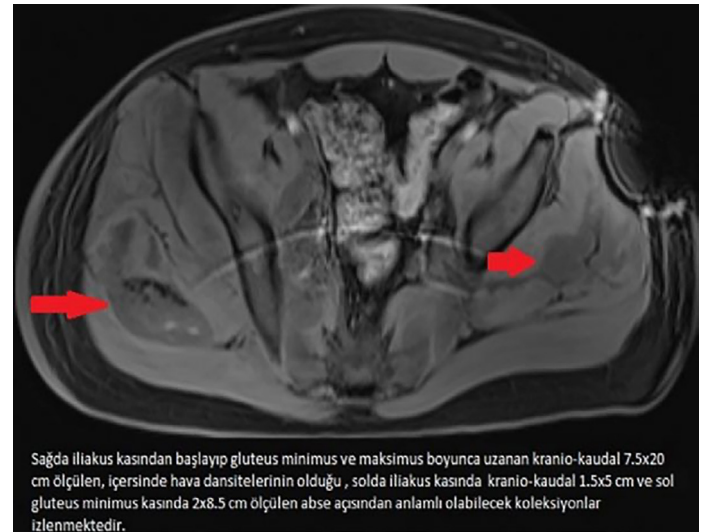
Olgu: On sekiz yaş erkek hasta, 10 gün önce ağırlık kaldırma sonrasında birkaç gün içinde gelişen kalça ağrısıyla ortopedi polikliniğine başvurmuştur. İntramüsküler steroid enjeksiyonu yapıldıktan birkaç gün sonra progrese olan ağrı ve şişlikle Manisa Celal Bayar Üniversitesi'ne başvuran hasta gluteal apse ön tanısıyla tetkik-tedavi için yatırıldı. Fizik muayenesinde genel durum orta, ateş: 36,8 °C, tansiyon: 140/80 mmHg, nabız: 120 vuru/dk, SO₂:%98'dir. Batında palpasyonla alt kadranda hassasiyet, bilateral inguinal hassasiyet; saçlı deride ve yüzde multipl, periferi hafif eritemli, santralinde nekrotik-yapışık krutlu papül ve plaklar, sağ preaurikulara sarımsı vezikül; bilateral gluteal bölgede hiperemi, ısı artışı ve sağ kalça eklemine hareket kısıtlılığı gözlemlendi.

Bilinen komorbiditesi olmayıp sık bronşit atakları nedeniyle immün yetmezlikler açısından çocukken tetkik edilmiştir. Bir ay önce uyuz geçirmiştir. Laboratuvar değerleri lökosit: 11320/µl, hemoglobin: 11,1 g/dl, trombosit: 146.000/µl, C-reaktif protein: 404 mg/l, protrombin zamanı: 15,4 sn, uluslararası normleştirilmiş oran: 1,2, aspartat aminotransferaz: 52 U/l, ALT:24 U/l, albümin: 3,2, kreatinin: 2,16 mg/dl saptanmıştır. Epstein-Barr virüsü, sitomegalovirüs, toksoplazma, venereal disease research laboratory- treponema pallidum hemagglutination assay, brucella, hepatit, anti-insan bağışıklık yetmezliği virüsü, HIV-RNA serolojilerinde patoloji saptanmadı. Piperasilin-tazobaktam 4x4,5 g ve klindamisin 3x600 mg intravenöz başladı. Kan kültüründe ve apse kültüründe MSSA üremesi görüldü. Yeterli yanıt alınamaması nedeniyle ve kültür antibiyogramı sonucuyla tedavi meropenem ve teikoplanin şeklinde düzenlendi. Yatışının 8. gününde cerrahi işlem uygulandı;

nekrotik dokular debride edildi ve operasyonda alınan kültürlerde MSSA üremesi devam ettiği görüldü, mikolojik kültürde üreme saptanmadı. Kontrol idrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Mikobakteri kültürlerinde antitüberküloz reseptör blokajı izlenmedi, mikobakteri polimeraz zincir reaksiyonu negatif saptandı. Ekokardiyogram olağan izlendi. Yatışında görülen kreatinin yüksekliği hidrasyonla regrese izlendi. Ağrı şikayetinde regresyon gözlemlendi. İmmünoloji önerisiyle lenfosit subgrup analizi yapıldı. Referans değerleri %4,5-30 olan Natural killer hücreleri (NK) hücre sayısı %4,13 olarak normal değerlerden hafif düzeyde düşük olarak saptandı; betaglukan 3x50 mg Per Os başlandı.

Sonuç: Spontan geliştiği düşünülen multipl apseyle başvuran hasta primer-sekonder immün yetmezlikler ve sakroileit nedeniyle romatolojik hastalıklar açısından değerlendirildi. Herhangi bir komorbiditesi olmayan ve immünoşüpresif tedavi almayan genç hastada NK hücrelerinin düşük seviyelerde gözlenmesinin bu apseler için kolaylaştırıcı faktör olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Gluteal apse, NK hücre düşüklüğü, spontan



Şekil 1. Gluteal apse görüntülemesi

Tablo 1. Laboratuvar

	1. gün	3. gün	5. gün	12. gün	17. gün	21. gün
WBC	14010	16500	17320	9100	6630	7710
NEU	12470	14540	14790	6880	4820	5550
PLT	171000	230000	318000	609000	393000	393000
HGB	10	9,4	8,9	9,6	9,4	8,9
CRP (mg/l)	328	201	239	166	69	69
PROC (ng/ml)	3,29	-	-	0,07	-	-
AST	52	42	45	95	41	32
ALT	21	24	28	53	54	36
INR	1,23	1,31	1,31	-	-	-

WBC: Beyaz küre, NEU: Nötrofil, PLT: Trombosit, HGB: Hemoglobin, CRP: C-reaktif protein, PROC: Prokalsitonin, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, INR: Uluslararası normleştirilmiş oran

[PS-238]

Kür sağlanan Pandrug *Klebsiella pneumoniae*'ye Bağlı Cerrahi Alan Enfeksiyonu Olgusu

Kemal Can Asar, Şerife Altun Demircan, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Günay Ertem

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

Giriş: Dirençli Gram-negatiflere bağlı enfeksiyonlar artan sıklıkta görülmektedir. Sınırlı tedavi seçenekleri nedeniyle antibiyotiklerin sıklıkla artmış dozda ve kombinasyon tedavisi şeklinde kullanma stratejileri ortaya çıkmıştır. Kombinasyon tedavisi ile kür sağlanabilen bir cerrahi alan enfeksiyonu olgusu sunuldu.

Olgu: Kardiyovasküler cerrahi tarafından iki ay önce safen ven grefti ile koroner bypass operasyonu yapılan hipertansiyon, diabetes mellitus tanılı olan 77 yaşında kadın hasta operasyon sonrası greft alınan yerde enfeksiyon gelişmesi nedeni ile etkene yönelik 27 gün piperasilin-tazobaktam ve *C. albicans* üremesi nedeni 13 gün flukonazol tedavisi almış ve negatif basınçlı yara uygulaması yapılmış. Plastik cerrahi bölümü (PRC) tarafından debridman yapıp sol uyluktan alınan greft ile onarım yapıp sonrasında flukonazol tb ile taburcu edilmiştir. Taburculuğundan beş gün sonra aynı bölgede nekroz gelişmesi ve akıntı olması nedeni ile polikliniğimize başvurusu üzerine servise yatırıldı. Vitalleri normal olan bulantı ve kusmaya bağlı oral alımı azalan hastanın greft konulan yerde nekrozu olup akıntısı yoktu. PRC tarafından

debridman yapıp doku kültürü alınan hastaya eski kültüründe üreyen ESBL (+) *Klebsiella pneumoniae* ardından *C. albicans* üremesi göz önüne alınarak ampirik meropenem ve flukonazol tedavisi başlandı. Pandrug *K. pneumoniae* üremesi olan hastanın tedavisi meropenem yüksek doz, uzun infüzyon ve fosfomisin olarak revize edildi. Kan kültürlerinde üremesi olmadı. Günlük mupirosin ve rifampisin ile pansuman yapıp gerektiğinde debridman yapılmaya devam edildi. Meropenem 25 gün ve fosfomisin 20 gün alan hastanın yarısında akıntı olmaması ve epitelizeasyon başlaması üzerine antibiyotik tedavisi kesildi. Sağ uyluk greft donör sahada enfeksiyon bulgusu yoktu ve PRC önerisi ile sekonder iyileşmeye bırakıldı. Hastanın gelişinde olan bulantı, kusma ve oral alım azlığı şikayetleri geriledi, elektrolit bozukluğu düzeldi ve mobilizasyonu arttı. Hyaluronik asit içeren krem ve gümüşlü yama ile günlük pansuman yapılarak bir hafta antibiyotiksiz takip edildi, yarada iyileşmenin devam ettiği görüldü ve bir hafta sonra poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Kontrollerde dokunun tamamen iyileştiği görüldü.

Sonuç: Cerrahi alan enfeksiyonları, cerrahi sonrası en sık görülen enfeksiyonlardır ve uzun süreli hospitalizasyon, artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Meropenemin fosfomisin ile kombinasyonunun sinerjik olduğu ve fosfomisine karşı gelişebilecek direnci önlediği gösterilmiştir. Çok sayıda çalışmada, fosfomisinin dirençli *Enterobacteriaceae*'ya karşı iyi *in vitro* aktivitesi gösterilmiş olup tedavide düşünülmesi gereken bir seçenek olarak konumlandırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Klebsiella pneumoniae*, cerrahi alan enfeksiyonu, fosfomisin



Şekil 1. Tedavi öncesi, sırasında ve sonrası görünüm

Tablo 1. Hastanın takiplerinde laboratuvar değerleri				
	04/07/2024	18/07/2024	25/07/2024	05/08/2024
Hb (g/dl)	9,7	9,7	9,7	11,8
WBC (10 ⁹ /l)	8830	6770	6130	6420
Sedim (mm/h)	43	-	12	19
CRP (mg/l)	10,1	3,9	1,3	4,8
Üre (mg/dl)	34	20	22	28
Kreatinin (mg/dl)	1,32	0,87	0,75	0,92
ALT (U/l)	16	18	18	20
AST (U/l)	44	53	40	50
T.protein (g/l)	6,1	5,1	5,0	6,4
Albümin (g/l)	3,4	2,9	2,7	3,6
Mg (mmol/l)	0,41	0,55	0,54	0,46
Na (mmol/l)	144	142	143	138
K (mmol/l)	3,91	3,48	3,54	3,83
Ca (mg/dl)	8,7	6,7	6,7	9,2
P (mg/dl)	2,48	1,41	1,88	3,62

WBC: Beyaz kan hücresi, CRP: C-reaktif protein, PROC: Prokalsitonin, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, Hb: Hemoglobin, Sedim: Sedimentasyon hızı, T. protein: Toplam protein, Mg: Magnezyum, Na: Sodyum, K: Potasyum, Ca: Kalsiyum, P: Fosfor

[PS-239]

Nörobruselloz Olgularımızın Değerlendirilmesi

Bahar Büşra Sivrikaya¹, Mustafa Usanmaz¹, Özgür Günel¹, Duygu Yener¹, Süleyman Sırrı Kılıç²

¹Samsun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

Giriş: Bruselloz, *Brucella* spp. tarafından oluşturulan, multisistemik tutulum gösterebilen kronik bir zoonotik enfeksiyon hastalığıdır. Merkezi sinir sistemi tutulumu nörobruselloz olarak adlandırılmakta olup menenjit, ensefalit, miyelit gibi farklı nörolojik tablolarla ve vasküler komplikasyonlarla seyredebilir. Hastalık, klinik çeşitliliği ve diğer nörolojik hastalıklarla benzer bulgular göstermesi nedeniyle tanıda zorluklara neden olabilmektedir. Bu çalışmada, nörobruselloz tanısı alan üç olgunun klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguları değerlendirilmiştir. Tüm hastalara tedavide seftriakson 2x2 gr/iv + rifampisin 1x600 mg/po + doksisisiklin 2x100 mg/po kombinasyonu verilmiştir.

Olgu: Altmış iki yaşında erkek hasta ateş, bilinç bulanıklığı, inkontinans, yürüme güçlüğü ve kişilik değişikliği şikayetleri ile başvurdu. Daha önce farklı nörolojik hastalıklar düşünülen hastanın tedavilere yanıt vermemesi üzerine yapılan değerlendirmede serum ve beyin omurilik sıvısı (BOS) *Brucella* Rose-Bengal pozitif ve standart tüp aglütinasyon (STA) sırasıyla 1/640, 1/128 olarak saptandı. Direkt mikroskopide 30 lökosit/mm³, BOS biyokimyasında BOS proteini 377 mg/dl, glukozu 18,12 mg/dl olarak saptandı. Tedavi sonrası bilinç durumu düzeldi, ancak yürüme güçlüğü tamamen gerilemedi. Hasta üç ay süren tedavi sonrası semptomsuz hale geldi. Kırk dört yaşında kadın hasta baş ağrısı, bulanık görme ve konuşma güçlüğü nedeniyle başvurdu. Benzer şikayetlerle başka merkezde menenjit tanısı sonrası antibiyotik tedavisine rağmen semptomları devam etmekteydi. Yapılan testlerde serum ve BOS *Brucella* serolojisi pozitif (STA 1/640, 1/32 sırasıyla) bulundu. Direkt mikroskopide 70 lökosit/mm³, BOS biyokimyasında proteini 188 mg/dl, glukozu 31 mg/dl olarak saptandı. Klinik düzelme gözlemlendi, ancak hastanın görme bulanıklığı yavaş geriledi. Üç haftalık hastane yatışı sonrasında kalan tedavisini kendi yaşadığı şehirde devam etmek üzere hastanemizden ayrıldı. Elli beş yaşında kadın hasta yürüme zorluğu ve konuşmada yavaşlama şikayetleri ile değerlendirildi. Büyükbaş hayvancılık öyküsü bulunan hastanın serum ve BOS *Brucella* serolojisi (STA 1/320, 1/32 sırasıyla) pozitif bulundu. Direkt mikroskopide 70 lökosit/mm³, BOS biyokimyasında BOS proteini 180,9 mg/dl, glukozu 53,1 mg/dl olarak saptandı. Tedavi sürecinde konuşma bozukluğu düzelirken, yürüme güçlüğü ancak üçüncü ayın sonunda tam olarak geriledi. Hastanın üç ay süren tedavisi sonrasında şikayeti kalmamıştı.

Sonuç: Nörobruselloz, tanı konulması zor ve farklı nörolojik hastalıkları taklit edebilen bir enfeksiyondur. BOS glukoz düşüklüğü, protein yüksekliği ve *Brucella* serolojisi tanıda önemli ipuçları sağlamaktadır. Uygun antibiyotik tedavisi ile hastalarda başarılı klinik sonuçlar elde edilebilir. Özellikle endemik bölgelerde hekimlerin bu hastalığı akılda tutması büyük önem taşımaktadır. Erken tanı ve doğru tedavi ile hastaların tamamen iyileşmesi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: *Brucella*, nörobruselloz, zoonoz

Tablo 1. Nörobruselloz olgularının ilk LP bulguları					
Olgu	Görünüm	Hücre (lökosit/mm ³)	Protein (mg/dl)	Glukoz (mg/dl)	Kültür
1	Bulanık	30	377	18,12	Üreme olmadı
2	Berrak	70	188	31	Üreme olmadı
3	Bulanık	70	180,9	53,1	Üreme olmadı

[PS-241]

Büyük Granüler Lenfositik Lösemi ve Çoklu Fırsatçı Enfeksiyonlar: Mortal Seyirli Bir Olgu Sunumu

Dilek Bulut¹, Fatma Zehra Şahin¹, Rabia Başbozkurt¹, Begüm Rüveyda Aksu¹, Yasemin Özdamar Erol², Ebru Oruç¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş: Büyük granüler lenfositik lösemi (LGL), bağışıklık sistemini etkileyen nadir bir hematolojik hastalıktır. Bu hastalık, sitotoksik T hücreleri veya NK hücrelerin anormal klonal proliferasyonu ile karakterizedir. Olgumuzda, birden fazla fırsatçı enfeksiyonun eş zamanlı olarak görüldüğü ve ölümlü sonuçlanan bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Altmış iki yaşında erkek hastanın bilinen LGL tanısı mevcuttu. Sol gözde görmede azalma ve ateş şikayeti ile başvurdu. Hastanın LGL nedeniyle dört aydır haftalık metotreksat ve prednol kullanmakta olduğu öğrenildi. Göz muayenesinde sito-megalovirüs (CMV) retinitisi ile uyumlu bulgular saptanması üzerine ön kamara lavajı alınarak hastaya gansiklovir 2x5 mg/kg intravenöz (iv) tedavisi başlandı. Hastada gelişen şiddetli baş ağrısı, ateşin devam etmesi ve fizik muayenesinde yüzün sağ yarısını tutan dermatom üzerinde krutlanmış zona döküntüleri olması üzerine lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvı incelemesinde pleositoz saptanmadı. Menenjit panelinde suçlu zoster virüsü-polimeraz zincir reaksiyonu (VZV-PCR) pozitif geldi ve VZV ensefaliti tanısıyla hastaya asiklovir 3x750 mg iv başlandı. Ön kamaradan alınan örnekten CMV-PCR ve VZV-PCR pozitif saptandı. Gansiklovir ve asiklovir tedavilerine devam edildi. Hastanın takiplerinde oksijen saturasyonunun düşmesi üzerine toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de her iki akciğerde yaygın çok sayıda pulmoner nodül izlenen hastaya ileri tetkik planlanarak tedaviye ampirik amfoterisin, meropenem, teikoplanin eklendi. Hastanın balgamda ARB ve tüberküloz PCR pozitifliği görülmesi üzerine miliyer tüberküloz düşünülerek anti-bakteriyel ve anti-fungal tedavileri kesilerek dördü anti-tüberküloz tedavisi başlandı ve tedavinin 3. gününde ateş yanıtı alındı.

Haftada 2 gün retina konusunda uzman göz hekimi tarafından görme muayenesiyle takip edildi ve düzenli intravitreal gansiklovir enjeksiyonu yapıldı. Sol gözde kalıcı görme hasarı oluşan hastada aktif lezyonların progresyonu durdu. Ancak sağ gözde de retinal hasarın başlaması üzerine intravitreal enjeksiyon tedavisine sağ göz için devam edildi. Anti-tüberküloz tedavisinin 8. gününde tekrar ateşi olan hastaya ampirik meropenem, teikoplanin tedavisi başlandı. Antibiyotiklerinin 7. gününde ateş yanıtı alınamayan ve kontrastlı abdomen BT'sinde batin içinde kirlenme izlenen hastaya anti-fungal tedavi eklendi. Hastanın servis takiplerinde genel durumu bozuldu. Bilinç bulanıklığı ve aspirasyona bağlı solunum sıkıntısı gelişen hasta entübe edilerek yoğun bakıma (YB) nakledildi. YB yatışının 62. gününde, hastane kaynaklı enfeksiyon ve sepsis nedeniyle hasta eksitus oldu.

Sonuç: Hem LGL'nin kendisi hem de tedavide kullanılan immünosüpresif ajanlar, bağışıklık sisteminin işlevini baskılayarak fırsatçı enfeksiyonlara yatkınlığı artırır. Bu hastaların bağışıklık durumları yakından izlenmeli ve enfeksiyon riskini azaltmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Büyük granüler lenfositik lösemi (LGL), fırsatçı enfeksiyonlar, immünosüpresyon



Şekil 1. Akciğer BT'de miliyer tüberkülozu düşündüren multipl nodüler düzensiz infiltrasyonlar

[PS-244]

Koronavirüs-19 Tanısı Almış Hastalarda VEGF-A ve sVEGF-1 Düzeyleri ile Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sevgi Baltacı¹, Mehmet Bakır²¹Sivas Numune Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Sivas²Sivas Medicana Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Sivas

Giriş: Koronavirüs-19 (COVID-19)'un patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, mortalitenin önemli bir nedeni olan sitokin fırtınası sonucu gelişen pulmoner enflamasyon ve akciğer hasarı önemli rol oynamaktadır. Akut solunum sıkıntısı sendromu gelişiminde vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF), özellikle VEGF-A, önemli bir rol oynamaktadır. Hipoksi ve şiddetli enflamasyonun VEGF düzeylerini artırdığı bilinmektedir. VEGF-A ve sVEGF-1 biyobelirteçlerinin, hastalık şiddetiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, VEGF-A ve sVEGF-1 biyobelirteçlerinin COVID-19 hastalarında prognostik değerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tek merkezli prospektif çalışmaya, Kasım 2020 ile Kasım 2021 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi'nde takip edilen, polimeraz zincir reaksiyonu testi pozitif 18 yaş ve üzeri toplam 92 COVID-19 hastası dahil edilmiştir. Hastalar klinik hastalık şiddetine göre gruplandırılmış ve serum VEGF-A ve sVEGF-1 düzeyleri ELISA yöntemi ölçülmüştür. Katılımcıların demografik verileri, eşlik eden hastalıkları,

başvuru şikayetleri, laboratuvar değerleri ve akciğer görüntüleme bulguları kaydedilmiştir. Veriler SPSS 23.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %43'ü erkek olup yaş ortalaması 53,4±19,1 (18-89) idi. Kontrol ve hasta gruplarının VEGF-A ve sVEGF-1 düzeyleri karşılaştırıldığında, hafif hasta grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), orta ve ağır hasta gruplarında bu düzeyler anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$). İlginç şekilde, hafif hastalık grubunda VEGF-A ve sVEGF-1 düzeyleri, orta ve ağır gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Hipoksi ve şiddetli enflamasyonun VEGF düzeylerini artırması beklenmesine rağmen, bu çelişkili durumun ileri evrelerde gelişen vasküler disfonksiyon ya da kan ve doku düzeyleri arasındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu da göstermektedir ki, sistemik VEGF düzeylerinin, lokal doku düzeylerini her zaman yansıtmayabileceği bilinmektedir. Ayrıca, mortalite yalnızca ağır hasta grubunda gözlenmiş, ancak ölen ve hayatta kalan bireyler arasında VEGF-A ve sVEGF-1 düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Çalışmamız, COVID-19 hastalarında VEGF-A ve sVEGF-1 düzeylerinin hastalık şiddetiyle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Hafif hastalarda daha yüksek düzeyler, erken immün yanıtla ilişkili olabilirken; orta ve ağır hastalarda gözlenen düşüklük, ilerleyen enflamasyon süreci, endotel hasarı ve vasküler disregülasyonla ilişkili olabilir. Bu biyobelirteçlerin, hastalık seyri hakkında bilgi verebilecek potansiyel prognostik göstergeler olduğu düşünülmektedir. Ancak bu ilişkinin daha net anlaşılabilmesi için daha geniş hasta gruplarında, farklı hastalık evrelerinde ve hem serum hem de doku düzeylerinde yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, SARS-CoV2, VEGF-A ve sVEGF-1

Tablo 1. Kontrol grubu ile hafif, orta ve ağır hasta gruplarındaki VEGF-A ve sVEGF1 düzeylerinin karşılaştırılması

			Kontrol Grubu					Hafif Şiddetli Hasta Grubu					
	Ort.	SS	Med.	Min.	Maks.	Ort.	SS	Med.	Min.	Maks.	p-değeri	Ort.	SS
VEGF-A	329,2	232,7	278,0	70,0	610,0	282,9	206,8	191,0	48,0	610,0	0,259	124,5	131,6
sVEGF1	19,0	9,9	20,0	3,3	30,3	15,6	8,9	13,4	4,8	31,0	0,186	8,4	6,3
N			29					32					

	Orta Şiddetli Hasta Grubu						Ağır Hasta Grubu				
	Med.	Min.	Maks.	p-değeri	Ort.	SS	Med.	Min.	Maks.	p-değeri	
VEGF-A	78,5	21,0	610,0	0,000*	158,7	120,2	109,0	20,0	521,0	0,022*	
sVEGF1	5,9	1,5	31,0	0,000*	12,9	6,9	12,7	2,6	30,1	0,029*	
N	30						30				

Hasta grupları ile kontrol grubu VEGF-A ve s VEGF-1 düzeyleri açısından karşılaştırıldığında, hafif hasta grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yok iken ($p>0,05$), orta ve ağır hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). VEGF: Vasküler endotelial büyüme faktörü, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Med.: Medyan, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Tablo 1. Hafif, orta ve ağır hastalarda komorbid hastalığa göre VEGF-A ve sVEGF-1 düzeylerinin karşılaştırılması

Hasta Grupları	Komorbid Hastalık		Frekans	Yüzde	VEGF-A		sVEGF1	
					Sıra ort.	P	Sıra Ort.	P
Hafif Hasta Grubu	HT	Var	3	%9,4	10,33	0,232	9,33	0,164
		Hayır	29	%90,6	17,14		17,24	
	DM	Var	4	%12,5	13,25	0,459	13,63	0,512
		Hayır	28	%87,5	19,96		16,91	
	KOAİ	Var	0	0	-		-	
		Hayır	32	100	-		-	
	HT	Var	18	%60	15,19	0,816	13,86	0,211
		Hayır	12	%40	15,96		17,96	
Orta Hasta Grubu	DM	Var	6	%20	11,17	0,178	12,42	0,337
		Hayır	24	%80	16,58		16,27	
	KOAİ	Var	5	%16,7	7,60	0,028*	8,80	0,062
		Hayır	25	%83,3	17,08		16,84	
	HT	Var	19	%63,3	14,50	0,413	14,50	0,413
		Hayır	11	%36,7	17,23		17,23	
	DM	Var	11	%36,7	18,09	0,220	16,27	0,714
		Hayır	19	%63,3	14,00		15,05	
Ağır Hasta Grubu	KOAİ	Var	3	%10	9,00	0,178	11,00	0,351
		Hayır	27	%90	16,22		16,00	
	Evet	Var	6	%20	17,5	0,534	15,33	0,959
		Hayır	24	%80	15,00		15,54	
	Kaybedilen Hasta	Var	6	%20	17,5	0,534	15,33	0,959
		Hayır	24	%80	15,00		15,54	
	HT	Var	19	%63,3	14,50	0,413	14,50	0,413
		Hayır	11	%36,7	17,23		17,23	

Tabloya göre, KOAH durumu ile VEGF-A değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,028^*$; $p<0,05$) farklılık tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre, KOAH tanısı olan hastalarda VEGF-A değerinin düşük olduğu görülmüştür. KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, VEGF: Vasküler endotelial büyüme faktörü

[PS-245]

Geriatrik Kanser Hastalarında Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarının Epidemiyolojisi ve Mortalite için Risk Faktörleri

Sabahat Çeken¹, Nurhayat Yılmaz¹, Can Hüseyin Hekimoğlu², Gökür Yapar Toros¹, Ayşegül İlhan Güleşen³, Emine Merve Savaş⁴, Burcu Altunay¹, Ebru Taşpınar Şen¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ankara

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Yaşlanma ve malignite, kan dolaşımı enfeksiyonları (KDE) da dahil olmak üzere enfeksiyon riskini artıran faktörlerdir. Bu çalışmanın amacı geriatrik kanser hastalarında KDE'lerin epidemiyolojisi ve mortaliteye etkileyen faktörlerin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Ocak-Aralık 2023 tarihleri arasında hastanemizde KDE tanısı ile takip edilen ve 48 saat anti-mikrobiyal tedavi almış olan 65 yaş ve üzeri kanser hastaları çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgiler, klinik özellikler, mikrobiyolojik bulgular, anti-mikrobiyal tedavi ve sonucu ile ilgili veriler retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 160 KDE dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 72,44 (standart sapma=6,53) olup 107'si (%66,9) erkekti. Altta yatan hastalıklar açısından, 110 (%68,8) hastada solid tümör, 50 (%33,1) hastada hematolojik malignite mevcuttu. Yüz yirmi altı (%78,8). Olguların çoğunluğunu ($n=126$, %78,8) hastane kaynaklı enfeksiyonlar oluşturdu. En sık görülen enfeksiyon türü 115 (%71,9) hastada bildirilen primer bakteremi olup, bunu kateterle ilişkili enfeksiyonlar (32 hasta, %20) ve sekonder bakteremi (13 hasta, %8,1) izledi. Hastaların 138'inin (%86,2) en az bir komorbiditesi mevcuttu. En sık görülen komorbiditeler hipertansiyon (%34,4), diabetes mellitus (%28,1), kronik böbrek hastalığı (%20) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%15) idi. Kan kültürlerinde üreyen etkenler incelendiğinde; %55'i Gram-negatif, %25'i Gram-pozitif, %10'u polimikrobiyal, %9,3'ü *Candida* spp. ve %0,7'si *anaerob* olarak raporlandı. Başlangıç tedavisi olarak en sık kullanılan antibiyotikler piperasilin/tazobaktam (%56,3), karbapenemler (%20,0) ve seftriakson (%10,6) olarak belirlendi. Bu tedavilerin 79'unun (%49,4) uygun olduğu görüldü. Hastaların 91'i (%56,8) kaybedildi. Mortalite ile ilişkili faktörler incelendiğinde; altta malignitenin solid tümör olması, son bir ayda kemoterapi almış olmak, başlangıç antibiyotik tedavisinin uygun olmaması, sepsis, septik şok, mekanik ventilasyon ihtiyacı, santral ve üriner kateter kullanımı, üreyen etkenin karbapenem direnci veya çoklu ilaç direncine sahip olması ve mantar enfeksiyonu kaybedilen grupta sağ kalanlardan anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). Mortaliteyi öngören risk faktörleri Tablo 1'de belirtilmiştir. Laboratuvar bulgularına bakıldığında prokalsitonin değerleri kaybedilen grupta daha yüksek, albümin değerleri, daha düşük olarak bulundu ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı idi. C-reaktif protein ve kreatinin değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Lojistik regresyon analizinde malignite türü, sepsis ve septik şok tanısı ve başlangıç antibiyotik tedavisinin uygun olmaması mortalite için bağımsız risk faktörleri olarak tespit edildi.

Sonuç: Bu bulgular, yaşlı kanser hastalarının takibinde, etkili enfeksiyon kontrol önlemlerinin ve erken, uygun anti-mikrobiyal tedavinin kritik önemini vurgulamaktadır. Çoklu ilaç direnci ve hastane kökenli enfeksiyonlar, mortaliteyi artıran önemli faktörlerdir. Bu hastaların sağkalımını artırmak için enfeksiyon yönetimine yönelik özel stratejiler ve güçlü bir anti-mikrobiyal yönetim programı gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kan dolaşımı enfeksiyonu, geriatrik kanser hastaları

Tablo 1. Mortaliteyi öngören risk faktörleri

	Hayatta olmayanlar (N=91)	Hayatta olanlar (N=69)	Test istatistiği (U/Z veya χ^2)	p-değeri
Yaş, ortalama (SD)	73,16 (6,80)	71,49 (6,07)	2702,5/-1,510 ¹	0,131
Cinsiyet, n (%)			0,084 ²	0,772
Kadın	31 (%34,1)	22 (%31,9)		
Erkek	60 (%65,9)	47 (%68,1)		
Altta yatan hastalık, n (%)			4,915 ²	0,027
Hematolojik malignite	22 (%24,2)	28 (%40,6)		
Solid tümör	69 (%75,8)	41 (%59,4)		
Hastane kaynaklı enfeksiyon, n (%)	80 (%87,9)	46 (%66,7)	10,585 ²	0,001
Enfeksiyonun türü, n (%)			5,584 ²	0,061
Primer bakteremi	61 (%67,0)	54 (%78,3)		
Kateter-ilişkili enfeksiyon	24 (%26,4)	8 (%11,6)		
Sekonder bakteremi	6 (%6,6)	7 (%10,1)		
Dirençli patojen, n (%)				
MRSA	2 (%2,2)	-	-	0,506
Çoklu ilaca dirençli KNS	9 (%9,9)	5 (%7,2)	0,344 ²	0,558
VRE	-	-	-	-
ESBL	23 (%25,3)	22 (%31,9)	0,848 ²	0,357
Karbapenem direnci	30 (%33,0)	7 (%10,1)	11,498 ²	0,001
Çoklu ilaç direnci	40 (%44,0)	11 (%16,0)	14,183 ²	<0,001
Fungal enfeksiyon, n (%)	17 (%18,7)	4 (%5,8)	5,713 ²	0,017
Başlangıçta uygun antibiyotik uygulanması, n (%)	28 (%30,8)	51 (%73,9)	29,224 ²	<0,001
Sepsis, n (%)	81 (%89,0)	24 (%34,8)	51,158 ²	<0,001
Septik şok, n (%)	58 (%63,7)	7 (%10,1)	46,726 ²	<0,001
Santral kateter, n (%)	63 (%69,2)	33 (%47,8)	7,492 ²	0,006
Üriner kateter, n (%)	67 (%73,6)	29 (%42,0)	16,325 ²	<0,001
Febril nötropeni, n (%)	22 (%24,2)	21 (%30,4)	0,782 ²	0,376
Son bir ayda kemoterapi uygulanması, n (%)	29 (%31,9)	34 (%49,3)	4,981 ²	0,026
Son bir ayda steroid kullanımı, n (%)	27 (%29,7)	13 (%18,8)	2,455 ²	0,117
Total parenteral nutrisyon, n (%)	7 (%7,7)	1 (%1,4)	-	0,139
Kronik böbrek hastalığı, n (%)	19 (%20,9)	13 (%18,8)	0,102 ²	0,750
Diabetes mellitus, n (%)	25 (%27,5)	20 (%29,0)	0,044 ²	0,833
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, n (%)	15 (%16,5)	9 (%13,0)	0,364 ²	0,546
Hipertansiyon, n (%)	37 (%40,7)	18 (%26,1)	3,694 ²	0,055
Koroner arter hastalığı, n (%)	8 (%8,8)	7 (%10,1)	0,852 ²	0,771
Diğer komorbiditeler, n (%)	42 (%46,2)	26 (%37,7)	1,153 ²	0,283
Enfeksiyon esnasında mekanik ventilasyon, n (%)	38 (%41,8)	7 (%10,1)	19,402 ²	<0,001
Kaynak kontrolü ihtiyacı, n (%)	26 (%28,6)	8 (%11,6)	6,759 ²	0,009
Gerçekleştirilen kaynak kontrolü, n (%)	26 (%63,4) (N=41)	10 (%50,0) (N=20)	1,000 ²	0,317

1¹: Mann-Whitney U testi, 2²: Pearson ki-kare testi, 3³: Fisher exact testi

[PS-246]

Homoseksüel Temas Sonrası Gelişen Akut Hepatit A Enfeksiyonunda Relaps: Olgu Sunumu

Hindirin Kara, Esra Zerdali, Filiz Pehlivanoglu, Gönül Şengöz, Mustafa Yıldırım

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

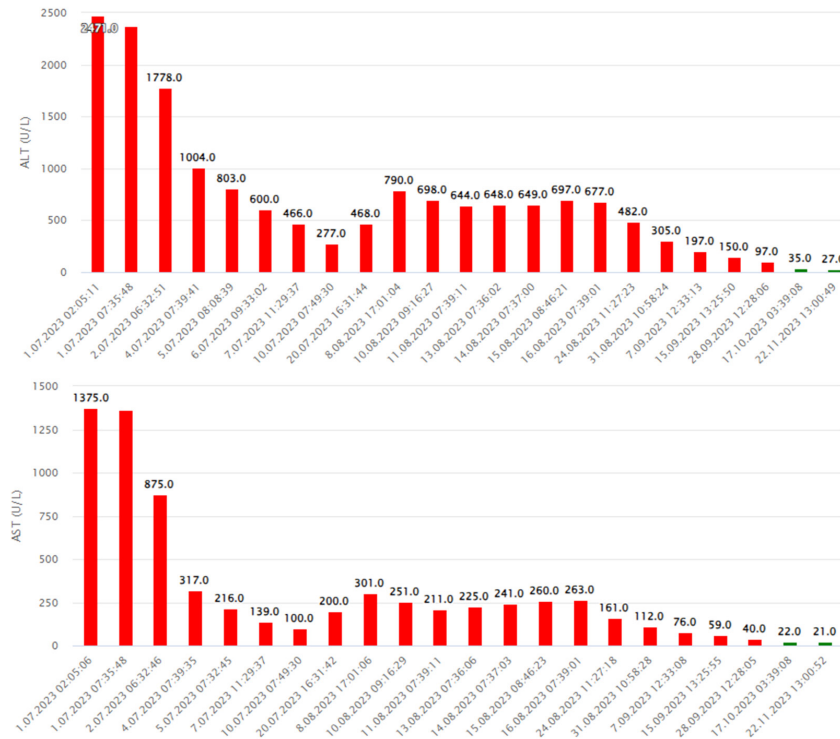
Giriş: Hepatit A virüsü (HAV) enfeksiyonu erişkinler için önemli bir morbidite sebebidir. Erkeklerle seks yapan erkekler (ESE), uyuşturucu madde kullananlar, evsizler ve mahkumlar HAV enfeksiyonu için risk altındadırlar. Hastaların %3-20'sinde relaps meydana gelebilir. Relaps gelişen olgularda HAV enfeksiyonunun ilk aşamasından sonra, klinik ve biyokimyasal belirtilerin kısmen veya tamamen ortadan kalktığı 4 ila 5 hafta süren remisyon aşaması gelir. Relaps genellikle 3 haftada ortaya çıkar. Klinik olarak ilk aşamaya göre daha hafif seyir gösterir. Bu yazıda erişkin yaşta akut HAV nedeniyle relaps görülen olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Astım tanısı olan 26 yaşında erkek hasta acil servise gözlerde sarılık, idrarda koyulaşma, karın ağrısı ve halsizlik nedeniyle başvurdu. Karaciğer fonksiyon testi (KCFT) yüksekliği (alanin aminotransferaz (ALT): 2471 U/l aspartat aminotransferaz (AST): 1375 U/l) olması nedeniyle dahiliye servisine yatırıldı. Fizik muayenesinde sağ üst kadranda minimal hassasiyet dışında patolojik bulgu yoktu. Vücut sıcaklığı 36 °C, nabız 88/dakika, kan basıncı 145/90 mmHg, solunum sayısı 22/dakika olarak saptandı. Anamnezinde; 2 gün önce 2 kadeh alkol aldığını ve şüpheli

homoseksüel cinsel teması olduğunu belirtti. İlaç ve madde kullanımı, mantar yeme öyküsü yoktu. Hepatobilier ultrasonografisinde; safra kesesi kontrakte görünümde ve duvar kalınlığı artmış olup perikolesistik alanda enfeksiyöz değişiklikler olarak raporlandı. ALT baskın KCFT yüksekliği, direkt hakimiyetinde hiperbilirubinemisi (total bilirubin: 8,63 mg/dl, direkt bilirubin: 7,13 mg/dl) olan hastanın HBsAg, anti-insan immün yetmezlik virüsü, anti-hepatit C virüsü negatifti. Etiyoloji tetkik amacıyla viral hepatit serolojisi, TORCH paneli, otoimmün hepatit tetkikleri istendi. HAV, IgG ve IgM pozitif. Hasta akut HAV enfeksiyonu olarak kabul edildi. KCFT gerilemeye başlayınca istirahat verilerek taburcu edildi. Kırk beş gün sonra kontrol amaçlı başvuran hastanın, enzimlerinde tekrar yükselme görülmesi (AST: 300 U/l, ALT:790 U/l) nedeniyle servismize yatırıldı. Tetkiklerinde anti-HAV IgM, IgG pozitifliği dışında KCFT yüksekliğini açıklayıcı bir bulguya rastlanmadı. Resim-1'de hastanın KCFT değerlerindeki dalgalanma görülmektedir. KCFT'si gerilemeye başlayan hasta istirahat önerilerek yeniden taburcu edildi. On ikinci haftadaki başvurusunda anti-HAV IgM serokonversiyonu ve AST-ALT normalizasyonu görüldü. Bir yıl sonraki kontrolünde sağlıklı, patolojik klinik ve laboratuvar bulgusu yoktu.

Sonuç: HAV enfeksiyonu kronikleşmemekle birlikte, kolestatik hepatit, uzamış sarılık ve fulminan karaciğer yetersizliği gibi atipik klinik seyirler gösterebilmektedir. Sanitasyonda iyileşmenin sağlanması ve çocukluk aşılması HAV seropozitifliğinde azalma sağlasa da küçük salgınlara önlenmesi ve ileride gelişebilecek komplikasyonları önlemek amacıyla risk altındaki ESE bireyler gibi kilit popülasyonların aşı hakkında bilgilendirilmesi ve aşı ile bağışıklılığın sağlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit A, ESE, aşılama



Resim 1. Hastanın ALT-AST enzim seyri (01.07.23-22.11.23)

[PS-247]

Sinsi Enfeksiyon: Kronik Spondilodiskit ve Nadir Bir PatojenHicret Ertekin¹, Gülnur Kul¹, Nesibe Korkmaz¹, Dilek Bulut¹, Tülay Ünver Ulusoy¹, Zübeyde Lale², İrfan Şencan¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Spondilodiskitler, sinsi başlangıcı ve sessiz seyri nedeniyle erken tanısı güç olan enfeksiyonlardır. Tanı gecikmesi genellikle birkaç ay sürebilir. Ağrı ve enfektif parametrelerde yükselme, tanıda yol gösterici olabilir. Tanıda biyopsi önemlidir, ancak her zaman kesin etiyolojik tanı koyulamayabilir. Non-tüberküloz mikobakteriler nadir görüldüğünden, tanı ve tedavide gecikmelere yol açabilir. Bizim olgumuzda da benzer bir durum gözlenmiştir.

Olgu: Diabetes mellitus tanılı 60 yaşındaki kadın hasta, lomber disk hernisi nedeniyle opere olduktan sonra operasyon bölgesinde ağrı ve akıntı şikayetiyle başvurmuştur. Kontrastlı MR görüntülemelerinde spondilodiskit ve apse tespit edilmiştir. Cerrahi drenaj sonrası 55 gün meropenem + vankomisin tedavisi uygulanmış, ancak intraoperatif kültürde üreme olmamıştır. Birçok cerrahi girişim geçiren hastada, patoloji sonucu granülatöz enflamasyon göstermiş ve anti-tüberküloz tedavi başlanmıştır. Ancak tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu ve kültür negatif gelince tedavi kesilmiştir. Hastanemizde yapılan değerlendirmede, manyetik rezonans spondilodiskit ve apse formasyonu saptanmış, hasta tekrar opere edilerek enstrümantasyon çıkarılmış ve drenaj sağlanmıştır. Postoperatif süreçte meropenem ve teikoplanin başlanmış, ancak kültür sonucunda non-tüberküloz mikobakteri (*Mycobacterium abscessus*) üremesi nedeniyle tedavi yeniden düzenlenmiştir. Hastaya başlangıçta anti-tüberküloz tedavi uygulanmış, ancak ikinci kez aside dirençli basil üremesi üzerine amikasin, klaritromisin, linezolid ve tigesiklin başlanmıştır. Yirmi sekiz günlük tedavi sonrası kontrol görüntülemelerde paravertebral ve psoas kasına uzanan multiloküle apseler saptanmıştır. Drenaj uygun bulunmadığı için yeni operasyon planlanmamış, hasta dış merkezde müdahale edilmek üzere taburcu edilmiştir.

Sonuç: Non-tüberküloz mikobakteriler spondilodiskit etkeni olarak göz ardı edilmemeli, kesin tanı için biyopsi ve kültür gibi mikrobiyolojik incelemeler büyük önem taşımaktadır. Uygun antibiyotik kombinasyonları ve uzun süreli izlem, başarılı tedavi için hayati önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, non-tüberküloz mikobakteri, *Mycobacterium abscessus*

[PS-248]

Adenovirüs Pnömonilerinin Değerlendirilmesi

Refika Nur Kahraman, Cemal Bulut, Gülden Yılmaz Tehli, Hakan Erdem, Deniz Doğan

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

Giriş: Adenovirüsler tipik olarak hafif enfeksiyonlara neden olan DNA virüsleridir. Hastalıklar soğuk algınlığından pnömoniye, akut respiratuvar distres sendromuna kadar değişebilir. Adenovirüslerin sağlıklı bireylerde nadiren de olsa ciddi komplikasyonlara, özellikle akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) gibi hayatı tehdit eden durumlara yol açabileceği bilinmektedir. Tedavi edilmemiş olgularda ölüm oranları %50'yi aşabilir. Adenovirüs enfeksiyonlarının tedavisinde sidofovir, tercih edilen ilaçtır. Bu çalışmada merkezimizde adenovirüs pnömonisi ile takipli immünokompetan hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca hastaların akciğer bulguları ve tek tedavi seçeneği olan sidofovirin kullanımı tartışılmıştır.

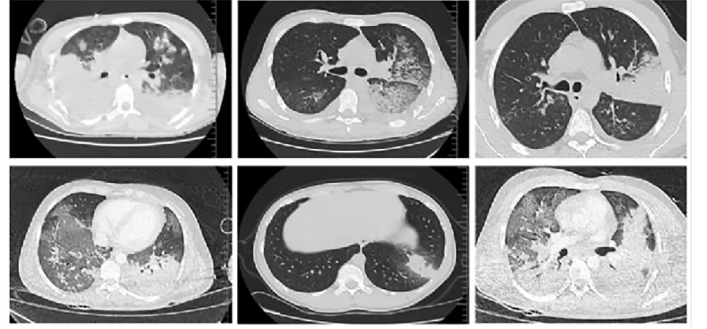
Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Ocak-Nisan 2024 tarihleri arasında pnömoni tanısı ile yatışı yapılarak takip edilen ve alt solunum yolu örneklerinde adenovirüs polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) pozitifliği saptanan hastaların klinik, laboratuvar, radyolojik bulguları ve tedavileri incelenmiştir. Adenovirüs tespitinde alt solunum yolu multiplex PCR paneli kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada adenovirüs pnömonisi ile takipli 20 asker hasta değerlendirilmiştir. 19-28 yaş aralığında olan erkek hastaların bilinen hastalığı yoktu. Hastalarda en sık saptanan yakınmalar öksürük, ateş ve balgam idi. İki hastada öksürük süresi 3 haftadan uzun idi. Hastaların %25'inde hemoptizi saptandı (Tablo 1). Laboratuvar bulguları değerlendirildiğinde, hastaların %80'inde normositoz gözlenirken 3 hastada lökositöz bir hastada ise lökopeni görüldü. Trombosit sayısı 3 hastada 100.000/mm³ altında idi. CRP ortalama değeri 89±46,6 mg/dl bulundu. Beş hastada AST ve 4 hastada ALT yüksekliği görüldü. Hepatobiliyer ultrasonda patoloji saptanmadı. Bu hastaların hepatit serolojisi negatif idi. Hastaların radyolojik görüntülemelerinde sıklıkla konsolide alanlar görüldü (Tablo 1). Ayrıca buzlu cam opasitesi, efüzyon, infiltrasyon,atektazi, hava bronkogramları da görüldü (Şekil 1). Oksijen ihtiyacı artan, ateş yanıtı alınamayan 8 hastada Sidofovir kullanıldı. Sidofovir tedavisi başlandıktan sonra hastalarda ateş yanıtı ve klinik düzelme hızla sağlandı. Entübe takip edilen 3 hastadan 2'si eks, 1'i taburcu edildi. Eks olan iki hastada da ARDS, ve birinde ekstrakorporal membran oksijenizasyonu ihtiyacı gelişti. Bu hastalara Sidofovir verilmişti. ARDS gelişen bir hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Adenovirüs enfeksiyonlarının yaygın olarak görülmesine rağmen özellikle risk gruplarında ciddi sonuçlanan enfeksiyonlara neden olabildiği ve özellikle askeri birliklerde, yaşlı bakımevlerinde salgınlara neden olabileceği akılda tutulmalıdır. Yüksek ateş öksürük ve hemoptizi semptomları olan immünokompetan hastalarda viral etkenler de dikkate alınmalı ve destek tedavisi ile klinik iyileşme sağlanamayan hastalarda sidofovir tedavisi erken dönemde başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adenovirüs, pnömoni, sidofovir

Tablo 1. Hastaların klinik laboratuvar ve radyolojik bulguları	
Başvuru semptomları	Hasta sayısı, n (%)
Öksürük	15 (75)
Ateş	12 (60)
Balgam	11 (55)
Nefes darlığı	5 (25)
Hemoptizi	5 (25)
Göğüs ağrısı	4 (20)
Bulanlık kusma	3 (15)
İshal	3 (15)
Halsizlik	3 (15)
Miyalji	3 (15)
Konjunktivit	2 (10)
Laboratuvar bulguları	
Lökositoz	3 (15)
Lökopeni	1 (5)
Trombositopeni	3 (15)
AST yüksekliği	5 (25)
ALT yüksekliği	4 (20)
Akciğer tomografi bulguları	
Konsolidasyon	15 (75)
Plevral efüzyon	3 (15)
Buzlu cam opasitesi	9 (45)
Enfiltrasyon	8 (40)
Atektazi	2 (10)
Hava bronkogramı	3 (15)
Adenovirüs pnömonisi ile takipli 20 hastanın başvuru semptomları, laboratuvar ve radyolojik bulgularının dağılımı görülmektedir	



Şekil 1. Hastaların akciğer tomografi görüntüleri. Adenovirüs pnömonisi ile takipli hastaların akciğer tomografi resimleri görülmektedir

[PS-249]

Memede Kitle Nedeniyle Araştırılan Kedi Tırmığı Hastalığı Olgusu

Mehmet Ali Aşan, Ayşe Sağmak Tartar, Kutbeddin Dermirdağ

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş: Kedi tırmığı hastalığı, etkeni *Bartonella henselae* olarak bilinen hücre içi Gram-negatif basilin neden olduğu bir hastalıktır. Genellikle hassas lenfadenopatiyle ortaya çıkan yaygın bir enfeksiyondur. Enfeksiyonun klinik yelpazesi asemptomatik olgulardan kutanöz enflamasyona, göz tutulumuna, ensefalite ve endokardite kadar uzanmaktadır. Memede kitle ve aksiller lenfadenopatisi nedeniyle araştırılan, aksiller lenf nodu patolojik inceleme sonucu granülomatöz iltihap olarak raporlanan ve kedi tırmığı hastalığı tanısı alan olgu ile hastalıkla ilgili farkındalığı artırmak amaçlandı.

Olgu: Otuz dört yaşında bilinen kronik hastalığı bulunmayan kadın hasta sağ aksiller bölgede apse ve memede kitleyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Memeden ve aksiller lenf nodundan biyopsi yapıldı. Meme biyopsisi benign sitoloji, aksiller LAP biyopsisi granülomatöz iltihapla uyumlu olunca polikliniğimize yönlendirildi. Anamnezinde 3 ay önce sokakta kedi yavrusu tarafından ısırıldığını, 1 hafta sonrasında ısırılma yerinde kızarıklık, ağrı, ateş halsizlik yaygın kas eklem ağrıları geliştiğini ifade etti. Başvuru anında bakılan tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve akut faz reaktanları düzeylerinde anlamlı bulguya rastlanmadı. Ayırıcı tanıda tüberküloz, tularemi, brücelloz, HIV, CMV, EBV, sifiliz dışlandı. *Bartonella henselae* IFA titresi 1/256 olarak sonuçlandı. İki hafta azitromisin tedavisi alan hasta tedavi sonunda iyileşti.

Sonuç: Kedi tırmığı hastalığı insana çoğunlukla enfekte kedinin tırmalaması, ısırması, yalamasıyla bulaşmaktadır. Basilin giriş yerinde eritem, vezikül ve püstül aşamalarından geçen kutanöz bulgulara neden olur. Isırılma ile aynı tarafta ve genellikle ağrılı olan lenfadenopati birkaç ay sürebilir, bazen süpürasyona uğrayabilir.

Atipik tutulumlar arasında karın ağrısı iştahsızlık bulgularıyla beraber hepatosplenomegalinin eşlik ettiği visseral organ tutulumu, Parinaud oküloglandüler sendrom, nöroretinit, papillit, optik nörit ve fokal retinokoroiditin olduğu oküler bulgular, serebeller ataksi radikülopati transvers miyelit, ensefalit ve demansın olduğu nörolojik tutulumlar, miyalji artralji artritis osteomiyelitin olduğu kas-iskelet tutulumu, kalp yetmezliği ve endokardit yer almaktadır. Çeşitli maligniteleri taklit edebilen bartonelloz; özellikle aksiller lenfadenopatiden yayılım yolu ile memede kitle oluşturarak meme kanseri taklitçisi olabilmektedir. Klinik olarak bartonelloz şüphesinin oluşabilmesi için dikkatli bir epidemiyolojik anamnez alınması şarttır. Tanı için detaylı bir öykü ile beraber serolojik olarak IFA ile antikor araştırılması, histopatolojik olarak granülomun gösterilmesi veya PCR metoduyla etkenin genomunun gösterilmesi kullanılmaktadır. Etkenin kültürde üretilmesi zor olup uzun inkübasyon gerektirmektedir. Tedavide makrolidler, tetrasiklinler, rifampisin trimetoprim-sülfometoksazol, siprofloksasin kullanılabilecek ajanlardır.

Anahtar Kelimeler: *Bartonella henselae*, lenfadenopati



Şekil 1. Bartonelloz olgusu ısırılma sonrası parmak lezyonu ve başvuru anındaki aksiller lenfadenopatinin görüntüsü

[PS-250]

Patoloji ile Tanısı Konulan Tüberküloz Peritonitli Olgu Sunumu

Müzeyyen Ay, Gülay Dede

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Diyarbakır

Giriş: Tüberküloz morbilite ve mortaliteye neden olan farklı sistemleri tutan bir enfeksiyon hastalığıdır. Periton tüberkülozu özellikle gelişmekte olan ülkelerde önde gelen asit nedenlerinden biridir. Kalabalık yaşam, hijyen eksikliği, alkolik karaciğer hastalığı, siroz, peritoneal diyaliz uygulayanlar da ve insan immün yetmezlik virüsü enfeksiyonuna sahip hastalarda tüberküloz peritonit insidansı daha yüksektir. Burada periton tüberkülozu tanısı koyup takip ettiğimiz bir olguyu sunduk.

Olgu: Elli dört yaşında erkek hasta, 15 gün önce başlayan ateş, üşüme, titreme, karın ağrısı şikayetiyle üriner sistem enfeksiyonu tanısı alarak oral antibiyotik tedavisi almış. Hastanın şikayetlerinin devam etmesi ve terleme, karın ağrısı, karında şişlik eklenmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Ateş ve asit etiyolojisi araştırmak için yatırıldı. Yatışında ateş 39 °C, nabız 89/dk, tansiyon 117/72 mmHg idi, batin muayenesinde alt kadranda perküsyonla açıklığı yukarı bakan matite saptandı. Özgeçmişinde ankilozan spondilit mevcuttu ve phumra pen kullanmaktaydı. Hastanın yapılan periton aspirasyonun da hücre sayımı,

bakteriyel ve tbc kültürü, arb boyama, PCR gönderilerek piperasilin/tazobaktam başlandı. Takiplerde ateşin düşmemesi ve asit mayisinde hücre sayısı artması sebebiyle tedavisi meropenem ve vankomisin olarak değiştirildi. Batin bilgisayarlı tomografi sonucunda batin anterior duvarında peritonda hafif kalınlaşma, omental kirlenme olarak yorumlanması ön tanılarda peritonit, peritonitis karsinomatoza olması sebebiyle laparoskopik biyopsi alındı. Tedavi ile ateşi düşmedi, periton sıvısındaki hücre sayısında artış görüldü. Yapılan tetkiklerinde kültürde üreme olmadı, ARB negatifti. Mikobakteri kültür, PCR ve ADA (8,6-7,2) sonucu negatif saptandı. Hastaya yapılan tüberkülin deri testi (PPD) 5 mm çıktı. Parasentez mayisi eksüda vasıflı, sitoloji sonucu lenfosit hakimiyeti olarak sonuçlandı. Biyopsi patoloji sonucu kazeifiye granülatöz enflamasyon olarak değerlendirilmesi sebebiyle mevcut tedavileri kesilerek yatışının 10. gününde INAH 1x300 mg tüberküloz, rifcap 1x600 mg tüberküloz, etambutol 1x1500 mg tüberküloz ve pirazinamid 1x2 gr tüberküloz tedavisi başlandı. Hastanın tüberküloz tedavisiyle ateşi düştü batındaki asit mayisi ve asit mayideki hücresi azaldı. Hastanın genel durumunun düzelmesi asit mayisinin saptanmaması üzerine tedavi süresi 6 ay planlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Ateş etiyolojisi araştırılırken tüberkülozun pulmoner tutulumunun yanında ekstrapulmoner tüberküloz da düşünülmelidir. Endemik ülkelerde ateş, karın ağrısı ve asit varlığında periton tüberkülozu da ayırıcı tanıda düşünülmeliyiz. Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile nedeni açıklanamayan asit varlığında laparoskopik inceleme yapılmalıdır. Negatif PPD ve ADA, PCR sonucuna rağmen tüberküloz düşünülmeli ve komplikasyonların önlenmesi için erken dönemde tedavi başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, asit, laparoskopi

Tablo 1. Laboratuvar sonuçları

Gün Sayısı	WBC	Nötrofil %	HTC	PLT	AST	ALT	Üre	CRP	Prokalsitonin	Mayi hücre sayısı	Mayi hücre tipi	Albümin	LDH	Protein
1. gün	5,4	67	43	275	26	31	44	237	0,68	14000	PMNL hakimiyeti	28	625	53
3. gün	5,6	60	38	326	39	41	34	144	0,5	13999	PMNL hakimiyeti			
5. gün	5,6	71	41	412	19	35	21	208		7378	PMNL hakimiyeti	22	435	52
8. gün	7,1	72	36	361	29	24	16	197	0,08	16000	PMNL hakimiyeti			
10. gün	6,8	70	43	545	21	24	54	151	0,068	73691	%80 lenfosit hakimiyeti	22	1175	50
13. gün	7,8	68	45	601	16	19	69	64	0,07	21354	%85 lenfosit hakimiyeti			
16. gün	4,7	60	42	448	18	21	41	13	0,05	6234	%85 lenfosit hakimiyeti	22	700	52

Yatışının 10. günü tüberküloz tedavisi başlandı

[PS-251]

İkinci Basamak Devlet Hastanesinde KKKA Takibi; Bir Mecburi Hizmet Deneyimi

Zeynep Oktay

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

Giriş: İkinci basamak devlet hastanesinde Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) tanısı ile yatırılarak izlenen hastaların demografik, epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntem: 8 Ağustos 2022 ve 31 Kasım 2023 tarihleri arasında Gümüşhane Kelkit Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde KKKA tanısı ile yatırılarak izlenen hastalar retrospektif olarak incelendi, 18 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar T.C. Sağlık Bakanlığı KKKA rehberine göre yönetildi. Sevk edilen ve sevk edilmeyen hastaların özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların %72'si erkek, yaş ortalaması 44±18 idi. Tüm hastalar kırsal kesimde yaşamakta olup, %66'sı çiftçilik veya hayvancılıkla uğraşmaktaydı. %61'inde kene teması öyküsü vardı. Hastaların biri hemşire olarak çalışmaktaydı ve delici kesici alet yaralanması öyküsü mevcuttu. Ortanca semptom süresi 4 gündü. Tüm hastalarda üşüme-titretilme mevcuttu; en sık diğer şikayetler ateş (%88), gözlerde kızarıklık (%77) ve kas ağrısıydı (%77). Hastaların %66'sı (12) sevk endikasyonlarını

karşılması nedeniyle üçüncü basamağa sevk edildi. Bu hastaların tamamında trombosit değeri <50.000/mm³, %33'ünde minör/orta şiddetli kanama bulguları vardı. Sevk edilmeyen hastalarda başvuru trombosit değerleri daha yüksek, başvuru şekli daha sık poliklinik kaynaklıydı. KKKA PCR negatifliği sevk edilmeyenlerde anlamlı olarak yüksekti; bu hastalara tanı IgM pozitifliğiyle konuldu. İkinci basamaktaki yatış süresi sevk edilmeyenlerde, toplam hastane yatış süresi ise sevk edilenlerde daha yüksekti. Sevk edilen ve sevk edilmeyen hastaların özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Sevk edilen ve edilmeyen hastaların hiçbirinde mortalite gözlenmedi, tamamı taburcu edildi.

Sonuç: KKKA, kene temasıyla bulaşan, ciddi trombositopeni ve kanama ile seyredebilen viral bir enfeksiyondur. Ülkemizde özellikle İç Anadolu'nun kuzeyi, Orta Karadeniz ve Doğu Anadolu'nun kuzeyinde endemik olup, bahar ve yaz aylarında görülme sıklığı artmaktadır. Kırsal bölgelerde yaşayan ve hayvancılıkla uğraşan bireyler risk grubunu oluşturmaktadır. Erken tanı ve uygun tedavi sayesinde mortalite oranları düşürülmüş olmakla birlikte, hastalığın yönetiminde ikinci basamak sağlık kuruluşlarının rolü büyüktür. Çalışmamızda, üçüncü basamağa sevk edilen hastaların önemli bir bölümünde ciddi trombositopeni ve/veya kanama bulguları saptanmıştır. Bu bulgular, sevk kararlarının tıbbi gerekliliğini ortaya koymakta ve ikinci basamak merkezlerde yapılan erken müdahalenin, komplikasyonların önlenmesinde kritik önem taşıdığını göstermektedir. Bununla birlikte, komplikasyon gelişme riski taşımayan, birkaç günlük izlem sonrası güvenle taburcu edilebilecek olgularda gereksiz sevklerin önlenmesi de kaynakların etkin kullanımı açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Epidemiyoloji, Kırım-Kongo Kanamalı Ateş, KKKA

Tablo 1. Sevk edilen ve sevk edilmeyen hastaların özellikleri

	Sevk edilmeyen hastalar, (n=6)	Sevk edilen hastalar, (n=12)	p-değeri
Yaş ortalaması (±SD)	38,8 (10,7)	47,6 (20,5)	0,57
Cinsiyet, n (%)	1 K (20) 5 E (38,4)	4 K (80) 8 E (61,5)	0,26
Başvuru, n (%) Poliklinik Acil	3 (100) 3 (20)	0 (0) 12 (80)	0,012
Meslek Çiftçi-hayvancı Diğer	5 (41,6) 1 (16,6)	7 (58,3) 5 (83,3)	0,17
Komorbidite Var Yok	2 (50) 4 (28,5)	2 (50) 10 (71,4)	0,24
Kene teması Var Yok	3 (33,3) 3 (33,3)	6 (66,6) 6 (66,6)	0,99
Kene teması ile yatış arası geçen süre, ortalanca	6,5 gün	6,5 gün	0,29
Şikayet süresi, ortalanca	4,5 gün	4 gün	0,09
Kanama, n (%) Var Yok	1 (2) 5 (50)	4 (80) 5 (50)	0,26
Başvuru anında laboratuvar bulguları, ortalama			
Beyaz küre sayısı (10 ⁹ /l)	3516	2931	0,77
Nötrofil (10 ⁹ /l)	2083	2100	0,96
Lenfosit (10 ⁹ /l)	1100	545	0,88
Hemoglobin (g/dl)	15,2	14,1	0,33

Tablo 1. Devamı			
	Sevk edilmeyen hastalar, (n=6)	Sevk edilen hastalar, (n=12)	p-değeri
Trombosit (10 ⁶ /l)	116000	77000	0,004
PT (sn)	13,3	13,8	0,65
INR (INR)	1,09	1,13	0,66
aPTT (sn)	30,1	29,7	0,84
Glukoz (mg/dl)	106	122	0,23
GFR (ml/dk/1,73 m ²)	104	96	0,57
ALT (U/l)	110	71	0,81
AST (U/l)	111	145	0,96
CK (U/l)	842	833	0,51
CRP (mg/l)	10	11	0,84
KKKA PCR, n (%)			
Negatif	2 (100)	0 (0)	0,049
Pozitif	4 (25)	12 (75)	
İkinci basamak hastane yatış süresi, ortalanca	6 gün	2 gün	0,003
Toplam hastane yatış süresi, ortalanca	6 gün	8 gün	0,01

[PS-252]

Perikardit, Myokardit ve Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Koronavirüs hastalığı-2019 ve Diğer Aşılarla Aşılama Durumlarının Değerlendirilmesi

Abdullah Emre Güvence¹, Fırat Eskici², Kutluhan Eren Hazır²,
Öner Özdoğan², Selma Tosun¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Myokardit, perikardit veya akut koroner sendrom tanılı hastaların Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) ve diğer aşılarla aşılama durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde 15 Ekim 2023-15 Şubat 2025 tarihleri arasında myokardit, perikardit, akut koroner sendrom tanılı hastaları ayaktan veya yatırılarak izlenen 50 yaş altı hastaların COVID-19 ve diğer aşılarının yapılma durumları, hastalık tanıları ve tanı tarihleri retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmanın evrenini son 5 yıldır Kardiyoloji kliniğinde izlenmekte olan hastalar oluşturmuştur ve 50 yaş altı, her iki cinsten verilerine ulaşılan tüm hastalar dahil edilmiştir. Bu hastaların aşılama durumları, hangi tip aşıların yapılmış olduğu, aşı uygulanma tarihleri; hastalık tanılarının başlangıç tarihleri hasta dosyalarından ve Aşı Takip Sisteminden (ATS) çıkartılmıştır. Ayrıca ek hastalıkları da kaydedilmiştir.

Bulgular: Yaşları 18-50 arası, 354'ü (%70) erkek 70'i kadın (%30) toplam 424 hastanın verileri değerlendirilmiştir. Hastaların kardiyak sorunları dışında 88 hastada diabetes mellitus, 8 hastada astım-KOAH, 8 hastada da değişik maligniteler olduğu saptanmıştır. Hiçbir hastaya enfluenza ve 23 valanlı pnömokok aşısı yapılmamıştır, 13 valanlı pnömokok aşısı yapılan ise sadece 9 kişidir. Hastaların 190'ına (%44,8) hiç COVID-19 aşısı yapılmamıştır. Aşılanmış olan 234 kişinin 51'ine (%21,8) inaktif COVID-19 aşısı (CoronaVac), 183'üne (%78,2) ise mRNA aşısı (Comirnaty-Biontech) yapıldığı öğrenilmiştir. İnaktif aşı yapılmış olan hastalardan 29'una daha sonra bir veya daha fazla dozda mRNA aşısı yapılmıştır. Bazı yayınlarda gerek hastalığı geçirdikten sonra gerekse özellikle mRNA COVID-19 aşıları sonrası myokardit, perikardit, akut koroner sendrom gibi kardiyak sorunların arttığı bildirilmiş olsa da çalışma grubumuzdaki hastaların 350'si (%82,5) son 1,5 yıl içinde tanı almış olduğu; aşı tarihleri 2020-2021 yılları arasında olduğu için ve zaten hastaların yarısı COVID-19 için aşılanmamış olduğundan COVID-19 aşılarıyla kardiyak sorunlar arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışma grubunda en fazla yapılmış olan aşılar COVID-19 ve tetanoz aşısıdır.

Sonuç: Kardiyak sorunları olan hastalara özellikle mevsimsel enfluenza, pnömokok ve COVID-19 aşılarının yapılması gereklidir. Viral hepatitler için gerekli serolojik taramaların yapıp seronegatif hastaların aşılanması da ihmal edilmemelidir. Ayrıca zona ve RSV aşısı gibi yeni kullanıma giren aşıların da risk grubundaki hastalara yapılması öneriler arasındadır. Buna rağmen çalışma grubunda erişkin aşılarını yaptırma oranları oldukça düşüktür. Bundan sonraki aşamada hastalara yönelik bilgilendirici broşürler hazırlanması ve halka yönelik eğitimlerle hastaların farkındalığının artırılması planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Myokardit, perikardit, erişkin aşılama

Tablo 1. Perikardit-myokardit ve akut koroner sendrom tanılı hastaların koronavirüs hastalığı-2019 ve diğer aşıları yaptırmama durumları (n=424)

Aşı tipi	Aşı yapılmış	Aşı yapılmamış
Sadece inaktif Koronavirüs hastalığı-2019 aşısı (CoronaVac-Sinovac)	51	
Sadece mRNA Koronavirüs hastalığı-2019 aşısı (Comirnaty-Biontech-Pfizer)	183	
Önce inaktif sonra mRNA koronavirüs hastalığı-2019 aşısı	29	
Koronavirüs hastalığı-2019 aşısı yapılan toplam hasta sayısı	234 (%55,2)	190 (%44,8)
Enfluenza aşısı	0 (%0)	424
13 valanlı pnömokok aşısı	9 (%2)	415 (%98)
23 valanlı pnömokok aşısı	0 (%0)	424
HBV aşısı	22 (%5) 15 kişiye tek doz- beş kişiye 2 doz- iki kişiye 3 doz	22 (%5) 15 kişiye tek doz- beş kişiye 2 doz- iki kişiye 3 doz
Tetanoz aşısı	105 (%25) 27 kişiye tek doz-78 kişiye iki doz	319 (%75)

[PS-253]

Sağlık Bakımı ile İlişkili Menenjit Yönetiminde Kurtarma Tedavisi Olarak Daptomisin: Altı Olgunun Değerlendirilmesi

Gamze Şanlıdağ İşbilen¹, Deniz Akyol Seyhan², Selin Bardak Özcem³, Taşkın Yurtseven⁴, Erkin Özgiray⁴, Şöhret Aydemir⁵, Oğuz Reşat Sipahi⁶

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

³Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Lefkoşa

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Bu çalışmada, kurtarma tedavisi olarak daptomisin içeren antibiyotik rejimleri (DİAR) ile tedavi edilen sağlık bakımı ile ilişkili menenjit (SBİM) olgularının retrospektif olarak incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 2006 ile Eylül 2024 arasında kurtarma tedavisi olarak DİAR ile tedavi edilen, kültürle kanıtlanmış SBİM olan tüm erişkin (18 yaş ve üstü) hastaların verileri ve sonuçları değerlendirildi. Demografik, klinik ve laboratuvar bulguları, predispozan faktörler, tedaviye yanıt hakkında bilgiler ve sonuç retrospektif olarak elde edildi. Kesin menenjit tanısı, en az bir beyin omurilik sıvısı (BOS) kültüründe

bakteri soyutlanması olarak değerlendirildi. CDC kriterlerine uyan hastalar (tipik BOS bulguları, polimorfonükleer hücrelerin baskın olduğu bir pleositozu (≥ 250 lökosit/ml) ve menenjitin klasik klinik belirtilerini içerdi) sağlık bakımı ile ilişkili menenjit olarak kabul edildi. Bakteriler rutin mikrobiyolojik yöntemler kullanılarak tanımlandı. Anti-bakteriyel duyarlılık testleri Kirby-Bauer disk difüzyon yöntemi kullanılarak yapıldı ve EUCAST kriterlerine göre değerlendirildi.

Bulgular: Yukarıda belirtilen kriterlere uyan altı hasta (iki kadın, ortalama yaş $57,7 \pm 14,7$) çalışmaya dahil edildi. Tanı anında altı olgunun beşinde ateş vardı. Klinik ve laboratuvar (BOS dahil) bulguları Tablo 1'de detaylandırıldı. Tüm olgularda BOS pleositozu vardı (aralık 200-1000/mm³). Enfekte eden suşlar *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Enterococcus faecium* idi (hepsi birer olgu). İki olguda etiyolojik ajanı yoktu ancak çoklu ajanlarla tedavi başarısızlığından sonra ampirik olarak daptomisin başlandı (Tablo 1). Tanımlanan dört bakteri de vankomisine duyarlı bulundu. Daptomisin duyarlılığı ise sadece bir hastada belirlenebildi, diğerlerinde duyarlılık bilinmiyordu. Tüm olgular öncesinde en az bir genişlemiş spektrumlu antibiyotik almıştı (Tablo 1). Daptomisin dozu 2 hastada 6 mg/kg ve 4 hastada 10 mg/kg idi. İki olgu kombinasyon tedavisi (bir seftazidim ve bir linezolid tablosu) alırken diğerleri daptomisin monoterapisi aldı. Etiyolojisi bilinen dört olgunun ikisinde mikrobiyolojik başarı elde edildi. DİAR tedavi sonu başarısı ve DİAR 30. gününde mortalite sırasıyla 3/6 ve 3/6 idi. Daptomisin BOS düzeyi hiçbir olguda bakılmadı.

Sonuç: Daptomisin ile olan deneyimimiz, çoklu ilaca dirençli Gram-pozitif bakteri SBİM olgularında kurtarma tedavisi olarak bir alternatif olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Daptomisin, menenjit, nozokomiyal

Tablo 1. Daptomisin tedavisi alan olguların değerlendirilmesi

Hasta no.	Yaş	Cinsiyet	Ateş/konvülsiyon	Bilinç değişikliği/Glasgow Koma Skalası	Bulantı, kusma/ense sertliği	BOS lökosit/kan PNL%/etiyolojik ajan	Başarısız olan önceki tedavi	Altta yatan durum	Tedavi ve süresi	Morbidite	Mikrobiyolojik başarı
1	38	E	+/-	-/10	-/-	400, 72,6%, 0	Meropenem linezolid sefepim vankomisin	İntrakraniyal tümör	Daptomisin (1x6 mg/kg) 6 gün Seftazidim (3x2 gr) 3 gün	Lomber drenaj	Mikrobiyolojik başarı değerlendirilmedi
2	70	E	+/-	+/-14	-/+	1000, 76,9%, MRKNS	Meropenem linezolid tigesiklin	Hidrosefali	Daptomisin (1x10 mg/kg) 22 gün	Lomber drenaj	Mikrobiyolojik başarı mevcut
3	62	E	+/-	+/-9	-/+	850, 89,9%, 0	Meropenem linezolid	İntrakraniyal hemoraji ve hidrosefali	Daptomisin (1x6 mg/kg) 15 gün	Lomber drenaj	Mikrobiyolojik başarı değerlendirilmedi
4	67	K	-/-	-/15	+/-	200, 66%, <i>E. faecium</i>	Linezolid TMP-SMX siprofloksasin	Travma ve fraktür	Daptomisin (1x10 mg/kg) 2 gün	-	Mikrobiyolojik başarı mevcut
5	69	E	+/-	+/-7	-/+	1000, 92%, MRSA	Meropenem vankomisin linezolid	İntrakraniyal hemoraji	Daptomisin (6 mg/kg)+ linezolid (2*600 mg)	Şant revizyonu ve EVD	Mikrobiyolojik başarı sağlanamadı
6	40	K	+/-	-/15	-/+	500, 56,7%, MRKNS	Meropenem vankomisin	İntrakraniyal hemoraji	Daptomisin (1x10 mg/kg) 15 gün	Şant revizyonu ve EVD	Mikrobiyolojik başarı sağlanamadı

nu.: Numara, K: Kadın, E: Erkek, BOS: Beyin omurilik sıvısı, PNL: Polimorfonükleer lökosit, MRKNS: Metisiline dirençli koagülaz negatif stafillokok, MRSA: Metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*, EVD: Eksternal ventriküler drenaj

[PS-254]

Nadir Görülen Bir Renal Apse Olgusu: Kriptokokkozis

Fatma Zühre Alparslan Tanyeri¹, Kenan Beşbaş¹,
Merve Öztürk Beşbaş², İlknur Esen Yıldız¹, Uğur Kostakoğlu¹,
Tuba İlgar¹, İlkey Bahçeci²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

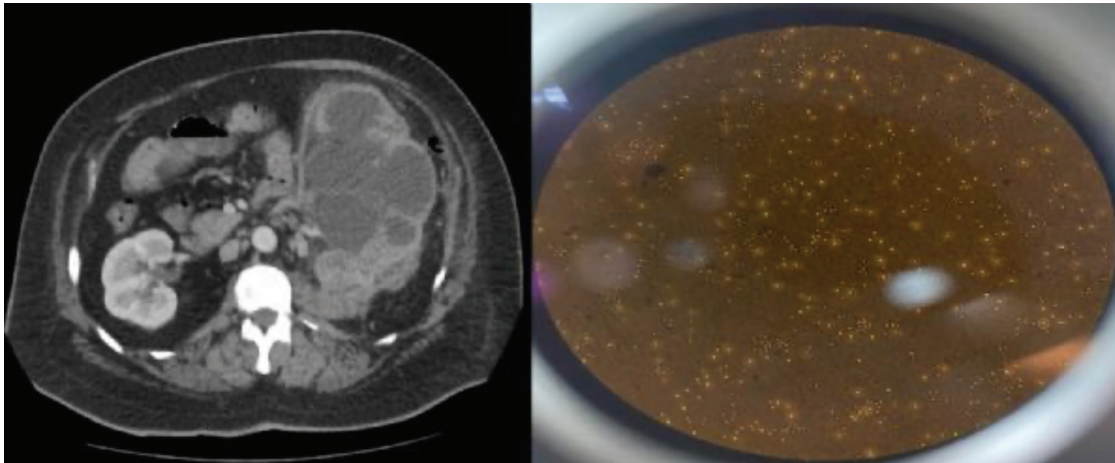
Giriş: *Cryptococcus neoformans* normal insan florasında bulunmayan doğa kaynaklı bir mantardır. Mikroorganizma solunum yoluyla alınır ve ilk enfeksiyon akciğerlerde görülür. Daha sonra hematogen yolla başta meninksler olmak üzere diğer organlara yayılır. Enfeksiyonların büyük çoğunluğu immün yetmezliği, malignitesi olan ve antibiyotik tedavisi alanlarda gelişmektedir. Ekstrapulmoner kriptokokkozisin en yaygın görülen klinik şekli ve en sık ölüm sebebi meninks enfeksiyonudur, renal apse de karşılaşılan nadir klinik tutulumlardandır. Renal apse ile seyreden kriptokok enfeksiyonu olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği tanıları bulunan 48 yaş erkek hasta, sol yan ağrısı, ateş, bulantı-kusma, dizüri şikayetleriyle acil servise başvurdu. Benzer şikayetlerle bir hafta önceki başvurusunda üriner sistem enfeksiyonuna yönelik reçete edilen antibiyotikleri kullandığını fakat şikayetlerinde gerileme olmadığını tarifledi. Ek olarak uzun süredir ara ara olan karın ağrısı tarifleyen hastanın fiziki muayenesinde sol kostovertebral acı hassasiyeti ve

akciğer oskültasyonunda solunum seslerinde kabalaşma dışında bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 11.300/mm³ (%73 nötrofil), CRP 220 mg/l, prokalsitonin 1,2 ng/ml idi. Tam idrar tetkikinde; lökosit esterase +1, nitrit negatif, 16 lökosit, 63 eritrosit görüldü. Batın bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde; sol böbrek posteriora iliopsoas kasına uzanım gösteren, 110x46 mm boyutlarında ölçülen apse tespit edildi (Resim 1). Toraks BT görüntülemesinde sağ ana bronş seviyesinde endobronşiyal kitle ile mediastinal lenf nodu saptandı. Hastaya nefrostomi kateteri takılıp apse ve kan kültürleri gönderildikten sonra piperasilin/tazobaktam ve teikoplanin tedavilerine başlandı. Nefrostomiden alınan apse kültüründe *Cryptococcus neoformans* üredi, mikroskopik incelemede kapsüllü mayalar görüldü (Resim 1). Akciğer dışı kriptokokkozis kabul edilerek hastanın antibiyoterapisi kesildi. Flusitozin temin edilememesi nedeniyle lipozomal amfoterisin b ve flukonazol tedavilerine başlandı. Toraks BT görüntülemesinde tespit edilen kitle ön planda malignite ilişkili düşünülerek hasta immüno-suprese kabul edildi. Anti-fungal tedavi altında alınan kontrol kan ve apse kültürlerinde üreme olmadı. Anti-fungal tedavisinin ikinci haftasında yapılan kontrol batın görüntülemesinde apse boyutlarının küçüldüğü görüldü. Lipozomal amfoterisin b tedavisini 14 gün alan hastanın indüksiyon tedavisi tamamlanarak konsolidasyon tedavisine geçildi. Flukonazol tedavisi toplamda 6-12 ay devam edilecek şekilde planlanarak hasta taburcu edildi.

Sonuç: Renal apse etiolojisinde bakteriyel etkenlerin yanı sıra başta kriptokok olmak üzere fungal etkenler de karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle immüno-suprese veya uzun süreli antibiyotik kullanımı olan hastalarda ön tanıya yönelik gerekli tetkikler planlanmalıdır. Böylece uygun tedavilere erkenden başlanarak morbidite ve mortalitelerin önüne geçilmiş olunur.

Anahtar Kelimeler: İmmüno-supresif hasta, kriptokokkozis, renal apse



Resim 1.

[PS-255]

Demir Eksikliğinin Tüberküloz Tedavi Başarısında Rolü

Nazlıhan Yalçın¹, Oğuzhan Acet¹, Ahmet Türk², Kübra Bağır¹, Cengiz Çavuşoğlu³, Hüsnü Pullukçu¹, Meltem Işıkgöz Taşbakan¹

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Tüberküloz (TB), dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Enfekte bireylerin %10'unda bağışıklık baskılanması olmaksızın hastalık gelişebilir. Bağışıklık sistemi, mikronutrientler tarafından desteklenir ve demir metabolizması enfeksiyon sürecinde kritik rol oynar. Demir, bakteriyel büyüme için gereklidir ancak konakta bağlayıcı proteinlerce tutulur. Son çalışmalar, demir metabolizmasının TB patogenezi ve ferroptozis süreciyle ilişkisini göstermektedir. Bu çalışma, TB hastalarında serum demir ve anemi parametrelerini değerlendirerek, hastalığın seyrine etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif olarak tasarlanan bu çalışmaya, 2017-2024 yılları arasında Ege Üniversitesi Hastanesi'nde takip edilen, ilaca duyarlı TB tanısı almış hastalar dahil edilmiştir. Hastaların tedavi öncesi, tedavinin ikinci ayı ve tedavi sonrası serum demir, ferritin ve diğer

hematolojik parametreler incelenmiştir. Verilerin analizinde bağımsız gruplar için Mann-Whitney U testi ve kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 108 hasta (kadın: 45 (%41,6), yaş ortalaması: 58,62±18,73) dahil edilmiştir. TB tedavisinin ikinci ayında serum demir düzeyinin başlangıça göre anlamlı şekilde arttığı (49,64±34,18; 79,97±46,47; p=0,0010), ancak tedavi sonunda ferritin seviyesinin anlamlı olarak azaldığı tespit edilmiştir (464,07±733,89; 182,26±390,26; p=0,0302). Kadın hastalarda toplam demir bağlama kapasitesinin daha yüksek, ferritin ve hemoglobin düzeylerinin ise erkeklere kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla p=0,0297; p=0,0491; p=0,0184). Ayrıca, sağ kalan (%77,7) hastalarda serum demir düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir (p=0,0347). Mikroorganizmanın tespit edildiği farklı anatomik bölgelere ve cinsiyete göre serum demir ile anemi parametrelerinin dağılımı Şekil 1'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Sonuç: Çalışma, tüberküloz tedavisinin demir metabolizması üzerindeki etkilerini ve hastalığın seyrinde serum demir parametrelerinin önemini vurgulamaktadır. Özellikle, serum demir düzeyinin hastalık prognozu ile ilişkisi dikkat çekmektedir. Kadın hastaların daha düşük ferritin ve hemoglobin düzeylerine sahip olması, bu grupta anemi yönetimine daha fazla önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu bulgular, TB hastalarında demir parametrelerinin tedavi sürecinde dikkatle izlenmesi gerektiğini ve demir metabolizmasının hastalık progresyonu üzerindeki potansiyel etkilerini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Demir eksikliği, ferroptozis, *Mycobacterium tuberculosis*

	KADIN (n:45) Demir tedavisi alan (n:5)	ERKEK (n:63) Demir tedavisi alan (n:6)	AKCİĞER (n:64) Demir tedavisi alan (n:6)	ABSE,DOKU (n:15) Demir tedavisi alan (n:0)	LENFADENİT (n:15) Demir tedavisi alan (n:1)	BOS (n:5) Demir tedavisi alan (n:1)	PLEVRA (n:7) Demir tedavisi alan (n:2)	BATIN (n:2) Demir tedavisi alan (n:1)
DEMİR								
Kadın (37 – 145 µg/dL)	49,92 (±38,21)	49,42 (±30,63)	51,48 (±35,94)	61,9 (±36,22)	47,12 (±29,55)	33,4 (±19,7)	31,6 (±21,26)	37 (±25)
Erkek (59 – 158 µg/dL)								
TDBK (228 – 428 µg/dL)	284,80 (±73,88)	245 (±80,8)	257,76 (±69,65)	265,43 (±98,70)	280,64 (±87,33)	250,8 (±77,56)	254,8 (±99,08)	294 (±19)
FERRİTİN								
Kadın (13 – 150 µg/L)	282,07 (±556,73)	593,58 (±812,98)			496,31 (±551,90)	277,6 (±212,64)	1223,83 (±1333,43)	60,35 (±0,95)
Erkek (30 – 400 µg/L)			469,99 (±750,04)	243,61 (±247,46)				
HB								
Kadın (11.7 – 15.5 g/dL)		12,9 (±2,49)	12,24 (±2,13)	11,9 (±2,68)		11,68 (±0,87)	12,16 (±2,25)	
Erkek (12.6 – 17.4 g/dL)	11,2 (±1,46)				10,30 (±1,35)			10,25 (±0,25)
MCV								
Kadın (81 – 100 fL)					84,89 (±11,27)			83,5 (±9,7)
Erkek (81 – 103 fL)	82,33 (±7,56)	85,24 (±8,83)	85,32 (±7,47)	81,77 (±7,77)		78,52 (±4,90)	80,76 (±7,9)	
MCH (27 – 34 pg)	26,26 (±3,13)	27,6 (±3,48)	27,53 (±3,03)	26,55 (±3,73)	26,81 (±3,94)	25,52 (±2,10)	26,06 (±4)	26,05 (±3,65)
MCHC (31 – 36 g/dL)	31,84 (±1,34)	32,35 (±1,55)	32,23 (±1,25)	2,32 (±2,32)	31,6 (±0,9)	34,46 (±1,04)	32,13 (±1,88)	31,05 (±0,75)
RDW (% 11.5 – 14.5)	16,1 (±2,38)	16,06 (±4,71)	16,16 (±4,49)	14,75 (±2,22)	16,74 (±7,71)	16,06 (±2,29)	17,1 (±4,66)	17,7 (±1,1)

Şekil 1. Mikroorganizmanın tespit edildiği farklı anatomik bölgelere ve cinsiyete göre serum demir ile anemi parametrelerinin dağılımı

[PS-257]

Enfeksiyon Hastalıkları Kliniklerinden Yapılan Hastaneler Arası Nakillerin Analizi: Ankara Örneği

Ayşe Gülden Bekgöz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Hastaneler arası hasta nakilleri, ileri sağlık hizmetine erişimi ve sağlık hizmeti sunumunda verimliliği artırmayı amaçlayan sağlık sistemlerinin temel bileşenlerindendir. Hastaların hastaneler arası sevkleri; hastanın klinik durumunun kötüleşmesi, uzmanlık gerektiren bir tedaviye ihtiyaç duyulması, tanınal ya da girişimsel işlemlerin gereksinimi, hastanelerin yatak kapasitelerinin aşılması gibi çeşitli nedenlerle gerçekleştirilmektedir.

Bu çalışmanın amacı enfeksiyon kliniklerinden herhangi bir nedenle hastaneler arası nakledilen hastaların demografik özellikleri, nakil nedenleri ve hangi hastanelerin naklettiklerini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Ankara İl Ambulans Servisinin 2022-2024 yılları arasında enfeksiyon kliniklerinden hastaneler arası sevk ettiği hastalar üzerinde retrospektif olarak yapıldı. Veriler Acil Sağlık Otomasyon Sisteminden alındı. Hastaların tanıları, hangi hastaneden, hangi hastaneye ve kliniğe sevk edildiği incelendi.

Bulgular: Çalışmada 2022-2024 yılları arasında enfeksiyon kliniklerinden sevk edilen 407 hasta alındı. Hastaların 225'i (%55,3) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 69,8±16,4'tü.

En sık nakil talebi 3. basamak hastanelerden (%49,1) ardından 2. basamak hastanelerden (%46,2) yapıldığı saptandı. Hastaların en sık sevk edildiği hastaneler 3. basamak hastaneler (%68,5) ardından özel hastanelerdi (%18,9). En az nakledildiği hastaneler ise üniversite hastaneleriydi (%3,9). Hastaların en sık sevk nedenleri yoğun bakım (%46,4) ve özelleşmiş hekim (%31,0) ihtiyacının olmasıydı. Hastaların en sık yoğun bakım üniteleri (%38,6) ve enfeksiyon dışındaki servislere (%23,1) sevk edildikleri saptandı (Tablo 1).

Sevke esas en sık tanı %33,6 ile koronavirus (COVID) arından %11,8 ile pnömoni ve %11,3 ile akut koroner sendromdu. 2022'de en sık tanının

%54,1 ile COVID olduğu görülürken pandemi sonrası 2023'te %21,1 ile pnömoni ve 2024'te ise %17,2 ile akut koroner sendrom olduğu saptandı.

Sonuç: COVID pandemisi ciddi bir hasta yüküne ve hasta nakline sebep olduğu görülmektedir. Pandemi sonrası dönemde hasta sevklerinin azalmasının bu tezimizi desteklemektedir. Hastalar en sık yoğun bakım ihtiyacı ve özelleşmiş hekim ihtiyacı olması nedeniyle sevk edilmiştir. 3. basamak hastanelerin yoğun bakım yatak sayısının artırılması ve 2. basamak hastanelerin ise yoğun bakım yatak sayısının ve seviyesinin artırılması bunun yanında 2. basamak hastanelere özelleşmiş hekimlerin görevlendirilmesinin nakil sayılarını azaltacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Hastaneler arası hasta nakli, enfeksiyon hastalıkları

Tablo 1. Enfeksiyon hastalıkları kliniklerinden hasta sevk ve kabul eden hastaneler, sevk nedenleri, tanıları ve sevk edilen birimler

Nakleden hastane	n	%	Kabul Eden Hastane	n	%
3. Basamak hastaneler	200	49,1	3. Basamak hastaneler	279	68,5
2. Basamak hastaneler	188	46,2	2. Basamak hastaneler	35	8,6
Üniversite hastaneleri	10	2,5	Üniversite hastaneleri	16	3,9
Özel hastaneler	9	2,2	Özel hastaneler	77	18,9
Sevk Nedeni	n	%	Sevk Tanısı	n	%
Yoğun bakım ihtiyacı	189	46,4	COVID	133	32,7
Özelleşmiş hekim ihtiyacı	126	31,0	Pnömoni	48	11,8
Yer yokluğu	38	9,3	Akut koroner sendrom	46	11,3
İleri tetkik ihtiyacı	20	4,9	Sepsis	35	8,6
Replasman	10	2,5	Malignite	27	6,6
Diğer	24	5,9	Diğer	118	31,0
Sevk Edilen Birim	n	%			
Yoğun bakım ünitesi	159	38,8			
Diğer servisler	94	23,1			
Acil servis	56	13,8			
Enfeksiyon servisi	51	12,5			
Koroner yoğun bakım	34	8,4			
Diğer	13	3,4			

[PS-258]

HIV Enfeksiyonlu Kriptokok Meningoensefalit OlgusuDuygu Aran, Mustafa Kemal Çelen, Saim Dayan, Çiğdem Mermutluoğlu*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır*

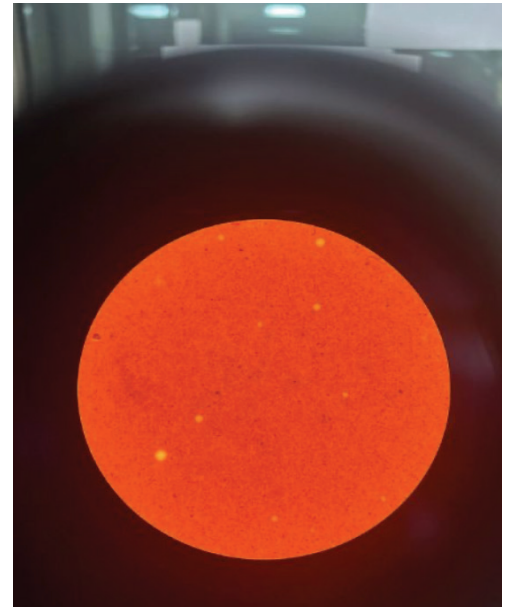
Giriş: Kriptokok meningoensefaliti, genellikle CD4 <200 hücre/mm³ olan HIV enfeksiyonlu hastalarda görülen fırsatçı bir enfeksiyondur. Etken, çoğunlukla *Cryptococcus Neoformans*'tır. Klinik olarak ateş, baş ağrısı, bilinç değişiklikleri ve kraniyal sinir felçleriyle kendini gösterebilir. Tanıda altın standart kültür olmakla birlikte; beyin omurilik sıvısının (BOS) Çin mürekkebi ile boyanması ve BOS PCR ile kriptokok antijeninin saptanması da kullanılmaktadır.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında 1 yıldır HIV enfeksiyonu tanılı, bilinen başka bir kronik hastalığı bulunmayan erkek hasta yaklaşık 9 aydır anti-HIV ilaçlarını kullanmama, 10 gündür devam eden, analjeziklere yanıtızsız şiddetli baş ağrısı nedeniyle başvurdu. Şikayetlerine fısıkkır tarzda kusma eşlik etmekteydi. Ateş ve bilinç bulanıklığı mevcut değildi. Fizik muayenede ense sertliği pozitif, Kernig ve Brudzinski bulguları negatiftir. Babinski refleksi muayenesinde bilateral ekstansör yanıt mevcuttu. Göz dibi muayenesinde bilateral Grade 2-3 papil ödemi izlendi. Meningoensefalit tedavisi dozunda seftriakson, asiklovir, vankomisin ve anti-ödem tedavisi başlandı. Laboratuvar sonuçlarında CD4 sayısı 377, CD8 sayısı 211, HIV-RNA düzeyi 21.000 kopya olarak saptandı. TORCH testleri, sifiliz testleri (VDRL, RPR) ve quantiferon testi negatif sonuçlandı. Kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntülemesinde; sol frontal, bilateral parietal ve bilateral temporo-okspital beyaz cevherde FLAIR sekanslarda hiperintens ve difüzyon kısıtlılığı gösteren, kontrastlanmayan milimetrik boyutlu tübüler odaklar izlendi. Bulgular, enfeksiyona sekonder vaskülitik enfarkt olarak yorumlandı. Nöroloji konsültasyonu sonucu enoxaparin başlandı. Enfektif endokardit açısından elektrokardiyografi planlandı, kan kültürleri alındı. Kan kültüründe maya sinyali (kriptokok?) saptanması üzerine tedaviye amfoterisin B ve flukonazol eklendi. Lomber ponksiyon yapıldı. BOS görünümü bulanık, açılış basıncı 45 mmH₂O idi. Mikroskopide 2×10⁶/mm³ lökosit görüldü, eritrosit izlenmedi. Küçük, yuvarlak ve düzgün şekilli, eritrosit büyüklüğünde, orta yoğunlukta mikroorganizmalar gözlemlendi. BOS kültüründe *Cryptococcus Neoformans* üremesi oldu. Menenjit PCR panelinde *Cryptococcus Neoformans* antijeni saptandı. BOS, Çin mürekkebi ile boyandı. BOS glukoza 39 mg/dl, eş zamanlı

kan şekeri 95 mg/dl, protein 57 mg/dl ve BOS laktat 4,4 mmol/l olarak saptandı. Takiplerde hastanın şiddetli baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri devam etti. Gün aşırı boşaltıcı LP uygulandı. Boşaltıcı LP'ye rağmen baş ağrısı gerilemeyen hastaya beyin cerrahisi tarafından lomber drenaj kateteri yerleştirildi. Amfoterisin B tedavisi 14 gün süreyle uygulanarak sonlandırıldı. BOS kültür sonucuna göre seftriakson ve asiklovir tedavileri kesildi. Anti-fungal tedavinin 1. ayında biktegravir, emtrisitabin, tenofovir alafenamid tedavisi başlandı. Flukonazol intravenöz tedavisi 8 haftaya tamamlandı. Bu sürenin sonunda alınan BOS kültüründe üreme saptanmadı. Lomber drenaj kateteri, nöroşiruji tarafından lumboperitoneal şant şeklinde revize edildi. Hasta, flukonazol 200 mg tablet tedavisi ile taburcu edildi.

Sonuç: Her ne kadar CD4<200 hücre/mm³ düzeyinde daha sık gözlenirse de, 200-500 aralığındaki HIV pozitif hastalarda da kriptokok enfeksiyonu gelişebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV enfeksiyonu, kriptokok meningoensefaliti, CD4 sayısı



Şekil 1. BOS çini mürekkebi ile boyama

[PS-259]

DMARD, bDMARD veya tsDMARD Kullanan Romatoloji Hastalarının Viral Hepatitlerle Karşılaşma, Profilaksi ve Reaktivasyon Durumlarının Değerlendirilmesi

Mete Kara¹, Selma Tosun², Mete Adivar²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Romatolojik tanılar nedeniyle DMARD-biyolojik DMARD veya hedefe yönelik sentetik DMARD kullanmakta olan hastaların viral hepatitlerle karşılaşma, profilaksi ve reaktivasyon durumlarının değerlendirilmesi

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi Romatoloji bölümünde izlenen hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç kullanan hastaların yaşları, tanıları, ilaçları; ELISA yöntemiyle değerlendirilmiş olan hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV), hepatit A virüsü (HAV) ile karşılaşma durumlarının yanı sıra HBV açısından profilaksi alma-alevenme durumları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaşları 18-92 arası 240'ı erkek (%37,8) toplam 634 hastanın verileri dahil edilmiştir. Hastalık tanıları romatoid artrit (309 hasta %49), ankilozan spondilit (196 hasta %31), psöriatik artrit (69 hasta %11), FMF (25 hasta %4), Behçet (8 hasta %1,3) ve diğer tanılar (27 hasta %3,8) şeklindedir. Kullanılan bDMARD'ların başlıcaları; antiTNF inhibitörleri (adalimumab, etanercept, infliksimab, golimumab ve sertolizumab), IL-1β inhibitörleri (anakinra ve kanakinumab), IL-6R inhibitörü tosilizumab, IL-17 inhibitörü (sekukinumab ve ixekizumab), B hücre delesyonu yapan rituksimab, T hücre ko-stimülasyon inhibitörü olan abatacept olup tsDMARD'lar tofasitinib, barisitinib ve upadasitinib'tir. Hastalardan 110'unun HBV göstergelerine ulaşamadığı için değerlendirme dışı bırakılmış, 524 hastanın verisi değerlendirilmiş ve HBsAg pozitifliği %1,3 olarak saptanmıştır. Bir HBsAg pozitif hasta başka bir nedenle yoğun

bakım biriminde yatarken HBV alevlenmesi gözlenmiştir, halen oral anti-viral profilaksi ile normal yaşamını sürdürmektedir. Bu hasta dışında 16 hasta daha HBsAg pozitifliği nedeniyle oral anti-viral profilaksi kullanmaktadır ve düzenli takipleri sürmektedir. Bir hastada anti-HCV pozitifliği saptanmıştır ancak HCV-RNA negatiftir, diğer hastaların tümünde anti-HCV negatiftir. HAV tetkiki sadece 35 hastada yapılmıştır ve 21 kişi seronegatiftir, bu kişilerin çoğunluğu 40 yaş altındadır. HBV ile karşılaşmış hasta sayısı 40 yaş ve altında sadece 5 kişi iken 41 yaş ve üzerinde 109 kişidir; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,00001$).

Sonuç: HBV ile karşılaşma oranı yaşla birlikte belirgin şekilde artmaktadır, özellikle 40 yaşından sonra HBV ile enfekte olma yani anti-HBc IgG göstergesinin pozitif olma riski belirgin şekilde arttığı için bu tür hastalara immünoşüpresif tedavi başlanması planlanırken mutlaka HBV göstergeleri değerlendirilmeli ve gerekirse profilaksi başlanmalıdır. Ulusal aşı programının başlamasından sonra doğmuş kişilerde HBsAg pozitif olma veya virüsle enfekte olma oranları oldukça düşüktür. Ancak halen hastaların yarısının (%49,3) HBV göstergeleri açısından negatif ve virüse duyarlı olması dikkat çekicidir. Yine HAV için tetkik yapılma oranları da düşüktür. Hastalara ve izleyen hekimlere zaman zaman bu konuda bilgilendirmelerin tekrarlanması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Romatolojik hastalıklar, HBV, immünoşüpresif tedavi

Tablo 1. Modifiye edici antiromatizmal ilaç kullanan hastaların HBV ile karşılaşma durumları (n=524)

HBV durumu	Sayı	Yüzde
HBsAg pozitif	7	%1,3
HBV bağışık (anti-HBc IgG + anti-HBs pozitif)	81	%15,4
Aşılı (anti-HBs)	157	%30
İzole anti-HBc IgG pozitif (n=25)	21	%4
HBV göstergeleri (HBsAg - anti-HBcIgG- anti-HBs) negatif	258	%49,3
HBsAg: Hepatit B yüzey antijeni, HBV: Hepatitis B virüsü, IgG: Immunoglobulin G		

Tablo 2. Modifiye edici anti-romatizmal ilaç kullanan hastaların HBV ile karşılaşma durumlarının doğum yıllarına göre dağılımı

Doğum yılları	Yaş	HBsAg pozitif	HBV bağışık	Aşılı	İzole anti-HBc IgG pozitif	HBV göstergeleri negatif	Toplam
2000-2007	18-25	0	0	16	0	6	22
1999-1998	26-27	0	0	12	0	3	15
1997-1991	28-34	1	2	33	0	10	46
1990-1985	35-40	0	3	18	1	27	49
1984-1974	41-50	1	15	25	8	73	122
1973-1963	51-60	1	21	26	8	59	115
1962-1952	61-70	1	23	21	4	57	108
1951-1941	71-80	3	15	4	3	16	39
1940+	81+	1	4	0	1	3	8
Toplam		7 (%1,3)	83 (%15,8)	155 (%29,6)	25 (%4,8)	254 (%48,5)	524

[PS-260]

Sağlık Çalışanlarında Hepatit A, B ve C Virüs Seroprevalansıİrem Aşkın Yılmaz¹, İrem Çiftçi¹, Selma Tosun¹, Sevde Öz²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sağlık çalışanları, viral hepatitler açısından yüksek risk taşıyan bir meslek grubudur. Bu çalışmada, yeni açılan üçüncü basamak bir hastanede görev yapan sağlık çalışanlarında hepatit A virüsüne karşı immünoglobulin G antikor (anti-HAV IgG), hepatit B yüzey antijeni (HBsAg), hepatit B çekirdek antijenine karşı immünoglobulin G antikor (anti-HBc IgG), hepatit B yüzey antikor (anti-HBs) ve hepatit C virüsüne karşı antikor (anti-HCV) pozitiflik oranları ile bu oranların yaş gruplarına ve cinsiyetlere göre dağılımları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, 2023 yılında hizmete açılmıştır. Hastaneye yeni başlayan sağlık çalışanlarına ait tarama verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Serolojik test sonuçları hastanenin kayıt sisteminden elde edilerek analiz edilmiştir.

Bulgular: Anti-HAV IgG testi yapılan 1164 sağlık çalışanının %64,5'inde (n=751) pozitif bulunmuş, %35,5'inde (n=413) negatif saptanmıştır. Doğum yılına göre pozitiflik oranları şu şekildedir: 2005-2010'da %33,3, 2000-2004'de %59,7, 1994-1999'da %57,6, 1990-1993'de %81,3, 1985-

1989'da %69,7, 1980-1984'de %81,3, 1970-1979'da %88,3, 1960-1969'da %87,5 olarak belirlenmiştir. HBsAg, 3311 kişide incelenmiş ve doğum yılına göre pozitiflik oranları %0,14-1,82 arasında değişmiştir (Tablo 1). Anti-HBs sonuçları incelenen 3164 kişinin %94,9'unda (n=3003) pozitiflik saptanmıştır. Anti-HBs pozitif bireyler arasında 4 kadın ve 1 erkekte anti-HBc IgG de pozitif bulunmuştur. Anti-HCV testi yapılan 3379 çalışandan 6'sında pozitiflik görülmüş, tümü hepatit C virüsü ribonükleik asit (HCV-RNA) negatif olarak saptanmıştır.

Sonuç: Viral hepatitler dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Özellikle perkütan temas, kan ve vücut sıvıları ile bulaşma riski yüksek olan HBV ve HCV'de sağlık çalışanları ciddi risk altındadır. Bu çalışmada, hastanemizdeki sağlık çalışanlarının yaklaşık üçte ikisinde anti-HAV IgG pozitifliği tespit edilmekle birlikte, ileri yaş gruplarında oran %80'in üzerine çıkmıştır. HBsAg pozitifliğinin düşük olması (%0,1-1,8), uygulanan aşılama programlarının başarısını göstermektedir. Rutin aşı ve kontrol programları sayesinde çoğu katılımcıda anti-HBs düzeyi yüksek bulunmuştur. Düşük (<9 mIU/ml) anti-HBs düzeyine sahip riskli çalışanlarda revaksinasyon önerilmektedir. Anti-HCV pozitifliği az sayıda kişide saptanmış olup, bu bireylerin hepsi HCV-RNA negatif olarak sonuçlanmıştır. Elde edilen veriler, sağlık çalışanlarında HAV ve HBV'ye karşı genel olarak yüksek düzeyde bağışıklık bulunduğunu, HCV enfeksiyonunun ise nadir görüldüğünü göstermektedir. Bu verilerin, aşı politikalarının düzenlenmesi ve eksik aşılamaların tamamlanmasında yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, viral hepatit seroprevalansı, aşılama programları

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının HBV göstergelerinin ve anti-HAV IgG sonuçlarının doğum yıllarına göre dağılımı

Yaş Grupları	AntiHB C IgG Pozitif	AntiHB C IgG Negatif	Anti HBcIgG Toplam	HBsAg pozitif	HBsAg negatif	HBsAg Toplam	Anti HBs negatif (<9 IU/mL)	Anti HBs pozitif (>10 IU/mL)	Anti HBs toplam
2000-2010	2 (%1.4)	135 (%98.6)	137	1 (%0.1)	692 (%99.9)	693	50 (%7.6)	606 (%92.4)	656
1999-1998	0	150 (%100)	150	1(%0.1)	881(%99.9)	882	23 (%2.7)	817 (%97.3)	840
1997-1991	8 (%4)	189 (%96)	197	5 (%0.4)	1126 (%99.6)	1131	26 (%2.4)	1064 (%97.6)	1090
1990-1985	1 (%2)	47 (%98)	48	2 (%0.8)	255 (%99.2)	257	24 (%9.6)	225 (%90.4)	249
1984-1974	1 (%2.8)	34 (%97.2)	35	3 (%1)	287 (%99)	290	30 (%10.9)	246 (%89.1)	276
1973-1963	0	4 (%100)	4	1 (%1.8)	54 (%98.2)	55	7 (%12.7)	43 (%87.3)	55
1962-1952	0	0	0	0	3	3	1	2	3

Yaş Grupları	Anti HAV IgG pozitif	Anti HAV IgG negatif	Toplam
2005-2010	1 (%33.3)	2 (%66.7)	3
2000-2004	114 (%59.7)	77 (%40.3)	191
1994-1999	360 (%57.6)	265 (%42.4)	625
1990-1993	100 (%8.1)	23 (%91.9)	123
1985-1989	62 (%69.7)	27 (%30.3)	89
1980-1984	39 (%81.2)	9 (%18.8)	48
1970-1979	68 (%88.3)	9 (%11.7)	77
1960-1969	7 (%87.5)	1 (%2.5)	8
Toplam	751 (%64.5)	413 (%35.5)	1164

Resim 1. Sağlık çalışanlarının anti-HAV IgG sonuçlarının doğum yıllarına göre dağılımı

[PS-262]

Hematoloji Servisinde Etken Olarak Değerlendirilen Mikroorganizmaların Anti-mikrobiyal Direnç Profilinin İncelenmesi

Ismail Necati Hakyemez, Ali Asan, Murat Çam, Eren İzzet Aykut, Bedrettin Orhan, Berna Bozca, Merve Sefa Sayar

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

Giriş: Hematoloji servislerinde takip edilen hastalar altta yatan hastalıklar ve santral kateter uygulamaları gibi invaziv işlemler nedeni ile bakteriyemi gelişimi açısından yüksek risklidir. Çalışmamızda hematoloji servisinde takip ettiğimiz hastaların kan kültür üremeleri incelendi.

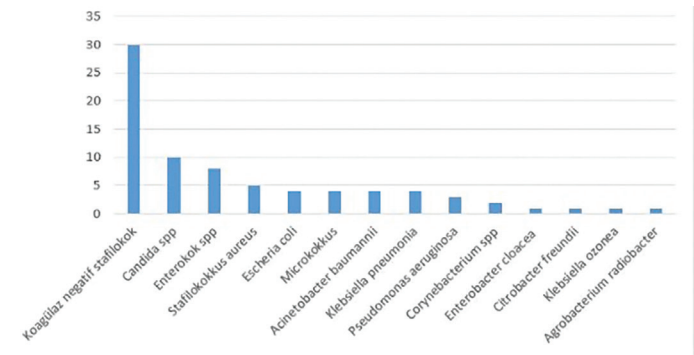
Gereç ve Yöntem: 01.01.2024-15.01.2025 tarihleri arasında hastanemizin hematoloji servisinde kan kültür üremeleri retrospektif olarak analiz edildi. Aynı hastanın 15 gün içerisinde olan bir adet kan kültür üreme sonucu çalışmaya dahil edildi. Mükerrer üremeleri inceleme dışı bırakıldı. Kan kültürleri mikrobiyoloji laboratuvarında otomatize sistemlerle inkübe edildi. Kan kültüründe üreme sonrası elde edilen mikroorganizmanın tiplendirilmesi ve anti-mikrobiyal duyarlılık testleri için otomatize sistemler kullanıldı.

Bulgular: Çalışmada 01.01.2024-15.01.2025 tarihleri arasında hematoloji servisindeki hastalardan elde edilen 78 kan kültür üremesi değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması $53,47 \pm 13,49$ saptandı ve %38,4 (n=30)'ü kadındı. Kan kültür üremelerinin %62,8 (n=49)'inde Gram-pozitif bakteri, %23,4 (n=19)'ünde Gram-negatif ve %12,8 (n=10)'inde maya üremesi vardı (Grafik 1). Koagülaz negatif stafilokok, mikrokok ve corynebacterium üremeleri etken olarak değerlendirilmedikleri için anti-mikrobiyal duyarlılık incelenmesi dışında bırakıldı. İncelenen Gram-pozitif üremelerin (n=13) yaş ortalaması 53,8 (minimum: 23, maksimum: 80) ve %76,9 (n=10)'u erkekti. Etken olarak değerlendirilen Gram-pozitif bakteri üremelerinin %61,5 (n=8)'inde *Enterococcus* spp. ve %38,4 (n=5)'inde *Staphylococcus aureus* üremesi olduğu görüldü. Enterokok suşlarının %25 (n=2) vankomisin dirençliydi. Vankomisin duyarlı saptanan hastalar incelendiğinde; vankomisin MIC=2 saptanan bir hasta dışındakilerin vankomisin MIC≤1 saptandı. Vankomisin duyarlı enterokok suşlarında ampisilin direnci %50 (n=3)'ydi. Enterokok suşlarının tamamı (n=8) teikoplanin ve linezolid duyarlıydı. Kan kültürlerindeki

S. aureus suşlarının (n=5) %20 (n=1)'sinde metisilin direnci bulunuyordu. Tüm *S. aureus* suşları trimetoprim sulfometaksazol, vankomisin, teikoplanin, rifampisin duyarlıydı ve vankomisin MIC değerleri ≤1 idi. Kan kültürlerindeki Gram-negatif bakteri üremesi olan hastaların yaş ortalaması $57,9 \pm 13,62$ ve %52,6 (n=10)'sı erkekti. *Klebsiella pneumoniae* (n=4) suşlarının tamamı geniş spektrumlu beta-laktamaz pozitif. Yine bu suşlarda Meropenem direnci %25 (n=1), ertapenem direnci %50 (n=2), amikasin direnci %50 (n=2), suşların tamamında kinolon direnci saptandı. *K. pneumoniae* suşlarının tamamı kolistin duyarlı olup; iki hastada seftazidim avibaktam duyarlılığı test edilmişti ve bu iki suşta da seftazidim avibaktam duyarlı olduğu görüldü. *Acinetobacter baumannii* (n=4) suşlarında ise, meropenem direnci %75 (n=3) ve kolistin direnci %25 (n=1) bulunmaktaydı. *E.coli* (n=4) suşlarının tamamı aminoglikozid ve meropenem duyarlıydı; ertapenem direnci %25 (n=1), siprofloksasin direnci %25 (n=1), piperasilin tazobaktam direnci %25 (n=1) oranlarında bulunuyordu. *Pseudomonas aeruginosa* (n=3) suşlarındaki durum ise meropenem direnci %33,3 (n=1) oranında olup; suşların tümünde kolistin duyarlıydı. Kan kültür üremelerinde maya üremesi olan 10 hastanın yaş ortalaması $59,6 \pm 13,58$ ve %80 (n=8) erkekti. Hastaların %40'ında (n=4) *candida albicans* üremesi olduğu görüldü. *Candida albicans* üremesi olan hastaların %25 (n=1)'inde flukonazol direnci mevcut olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda kontaminasyon riski taşıyan mikroorganizmalar dışlandıktan sonra Gram-negatif bakterilere bağlı gelişen bakteriyemilerin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İlaç direnci, çoklu, bakteriyel



Grafik 1. Kan kültür üremelerindeki etken dağılımı

[PS-263]

Merkezimizde Takipli Kistik Ekinokokkoz Olgularının Değerlendirilmesi: 10 Yıllık Analiz

Fatma İlgi Tolu, Damla Ertürk, Süheyla Kömür, Ferit Kuşcu, Ayşe Seza İnal, Aslıhan Candevir, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Ekinokokkoz, *Echinococcus* cinsine ait parazitlerin neden olduğu, Türkiye’de yaygın görülen bir hastalıktır. En sık görülen formu kistik ekinokokkoz (KE), *Echinococcus granulos* tarafından, daha nadir olan alveolar ekinokokkoz ise *Echinococcus multilocularis* tarafından meydana gelir. KE, genellikle uzun süre belirti vermez ve asemptomatik seyreder, bu yüzden olgular geç fark edilir. Türkiye’de KE’nin gerçek prevalansı üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. 2015 yılında yapılan düzenlemelerle, hastalıkların bildirilmesi zorunlu hale getirilmiş ve 2019-2023 KE Eylem Planı devreye girmiştir. Ancak, hastalığa dair halkta yeterli farkındalık bulunmamaktadır. Çalışmamızda takip ettiğimiz KE tanılı hastaların özellikleri irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 2015-2025 tarihleri arasında takip edilen, KE tanısı konulan 18 yaş üstü hastalar hastane bilgi sistemi üzerinden laboratuvar testleri, uygulanan tedavi, nüks varlığı ve komplikasyonlar açısından olarak tarandı. Tanımlayıcı istatistikler yapıldı.

Bulgular: Yüz elli hastanın yaş ortalaması 44,36±17,2 yıl, hastaların %44’ü erkekti. Tanının konulduğu bölümler incelendiğinde; genel cerrahi (%25,3) ve göğüs cerrahi (%21,3) bölümleri ilk iki sırada yer alıyordu. Yaşadıkları coğrafi bölgeler içerisinde birinci sıklıkta Akdeniz (%78) yer alırken, sonrasında Doğu Anadolu (%10,7), Güneydoğu Anadolu (%8,7) takip ediyordu. Hastalardan biri yurtdışındandı (Suriye uyruklu). Hastaların tanı anında %42’sinde herhangi bir semptom yokken, semptomu olan hastalarda en sık görülense %14,7 ile karın ağrısıydı. Kistin yerleştiği lokasyonlara bakıldığında 62 hastanın yalnızca karaciğerde, 27 hastanın yalnızca akciğerdeyken, 32 hastada multipl yerleşimli olduğu gözlemlendi. Kist boyutları ölçülen 122 hastanın 80’inde kist boyutu 5 cm üzerindeyken, 42 hastanın kist boyutu 5 cm altındaydı. Hastalardan KE tanısı olup da IHA sonucu negatif olan 10 (%6,7) kişi vardı. Kist evrelendirmesi yapılan 62 hastanın 56’sı (%90,3) aktif kisti. Hastaların %96,7’si anti-paraziter tedavi almışken, %16’sına PAIR, %63,3’ü cerrahi operasyon geçirmiş, %30,7’de kombine tedavi almıştı. Tedavi sonuçları değerlendirildiğinde hastaların %21,3’ü kür, %23,3’ü nüks, %0,7 eksitus olarak sonuçlandı, %53,3 hasta ise takipten çıkmıştı. Laboratuvar sonuçlarında ortalama beyaz küre 8674±6211/μl, lenfosit 1977±802/μl, trombosit 284.000±95.000/μl, AST 41±30 U/l, ALT 46±30 U/l, CRP 18,9 mg/l idi. Tedavi süresi ortalama 8,2 aydı.

Sonuç: Kist hidatik dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada merkezimizde KE ile takip ettiğimiz hastaların demografik ve klinik özelliklerinin, tanı ve tedavi yaklaşımlarının, komplikasyonları incelenmiş, hem insan sağlığı hem de sağlık sistemi üzerinde önemli morbidite ile mortalite oluşturduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ekinokokkoz, parazitler enfeksiyon, zoonotik enfeksiyonlar

[PS-265]

Nadir Görülen Bir Olgu; Sitomegalovirüs Meningoensefaliti

Umut Özgür, Özlem Gül, Nazife Duygu Demirbaş, Ahsen Öncül, Ceren Atasoy Tahtasakal, Dilek Yıldız Sevgi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Meningoensefalit etiyolojisinde sitomegalovirüs (CMV) nadiren yer almakta mortalite ve morbiditesi yüksek enfeksiyonlara yol açmaktadır. CMV meningoensefaliti sıklıkla immünoşüpresif hastalarda görülmekte, immünokompetanlarda CMV meningoensefalitiyle ilgili literatürde az sayıda olgu bulunmaktadır. Menenjit multiplks polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) paneli etkenin tanısında, hızlı tespit edilmesinde değerlidir. Bu raporda kronik böbrek hastalığı (KBH) ve diabetes mellitus (DM) tanılı hastada CMV meningoensefaliti olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Bilinen KBH, DM, hipertansiyon tanılı 66 yaşındaki erkek hasta on gündür olan ateş, üşüme, titreme, baş ağrısı, uykuya meyil şikayetleriyle acil servise başvurdu. Üç haftadır yürümekte zorluk, dengesizlik eşlik etmekteydi. Baş ağrısı 7 aydır olup kronik otitis media ve komplikasyonları açısından kulak burun boğaz kliniğinde 1 ay önce takip edildiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde ense sertliği, Kernig bulgusu pozitif, Brudzinski negatifti. Diğer sistem muayenesinde patoloji saptanmadı. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemesi mastoiditle uyumlu değerlendirildi. Mastoidit zemininde gelişebilecek santral sinir sistemi komplikasyonları açısından beyin cerrahisi kliniğine değerlendirildi; apse, serebrit düşünülmeydi. Hasta semptomları ve öyküsü doğrultusunda, meningoensefalit ön tanısıyla interne edildi. Lomber ponksiyon (LP) yapılan hastanın beyin omurilik sıvısı (BOS) hücre sayımında lökosit: 193/mm³ (%90 PNL, %10 MNL), eritrosit: 31/mm³, BOS biyokimyasında glukoz: 91 mg/dl (ezkş: 186 mg/dl), protein: 913 mg/dl sonuçlandı. Menenjit multipleks PCR panelinde CMV pozitif saptandı. Kanda CMV PCR negatif, BOS CMV-DNA: 1157 IU/ml olarak sonuçlandı. KBH tanılı hastaya renal doz ayarı yapılarak seftriakson 2x2 gram, ampisilin 2x2 gram ve gansiklovir 2x5 mg/kg/gün başlandı. Ayırıcı tanıları açısından istenen brusella aglütinasyon testi negatif, Batı Nil Ateşi virüsü immüno globülin M (IgM) ve IgG negatif, mikobakteri asido rezistan basil ve mikobakteri PCR negatif sonuçlandı. İki günlük izlemde klinik yanıt alınamaması nedeniyle tekrar LP yapıldı. Hücre sayımında lökosit: 360/mm³ (%80 MNL, %20 PNL), eritrosit: 200/mm³, BOS biyokimyasında glukoz: 43 mg/dl (ezkş: 96 mg/dl), protein: 989 mg/dl sonuçlandı. Menenjit multipleks PCR panelinde yeniden CMV pozitif saptandı. BOS CMV-DNA: 879 IU/ml kopya olarak sonuçlandı. Takiplerinde genel durumu kötüleşen, Glaskow Koma skorunda gerileme izlenen hasta yoğun bakıma devir edildi. Yoğun bakımdaki ikinci gününde hasta kaybedildi. Postmortem sonuçlanan tetkiklerinde BOS mikobakteri kültüründe üreme olmadı.

Sonuç: Meningoensefalit kliniğiyle başvuran hastalarda CMV, nadir ancak yüksek morbidite ve mortaliteye yol açabilen etken olarak ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. CMV menenjit ve ensefalit tanısında BOS CMV-DNA yükünün belirlenmesi standart hale gelmiştir. Dokuya invaziv CMV hastalığında kandaki kantitatif viral yük ölçümü tedavi takibinde önerilse de bu olgudaki gibi viremi saptanmaksızın CMV yalnızca BOS’tan izole edilebilir. Menenjit etkenlerinin hızlı ve doğru belirlenmesi amacıyla multipleks PCR panelinin kullanımı erken tanı ve tedavi sürecinde önemli bir avantaj sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, sitomegalovirüs

[PS-266]

Görme Kaybı ile Tanı Alan HIV ve Nörosifiliz Olgusuİsmail Necati Hakyemez, Ali Asan, Beyzanur Güngör, Çınar Öztürk, Sibel Yorulmaz Göktaş, Merve Sefa Sayar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bursa

Giriş: *Treponema pallidum* ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV), benzer bulaşma yollarına sahip olup; sifilizin primer ve sekonder evrelerinde başvuran hastalarda HIV pozitifliği de eşlik edebilmektedir. Görme kaybıyla göz polikliniğinde tetkik edilirken sifiliz-*T. pallidum* ve HIV tetkiklerinde pozitiflik saptanması üzerine tarafımıza değerlendirilmek üzere yönlendirilen olgu eşliğinde konuya dikkat çekmek amaçlanmaktadır.

Olgu: Kırk beş yaş erkek hasta yaklaşık 1,5 aydır her iki gözde de ağrı şikayeti vardı. Görme kaybında eşlik etmesi üzerine göz polikliniğine başvurdu. Göz hekimi tarafından bilateral panüveit tanısı ile; HIV ve sifiliz açısından tetkik edildi. Bekar, düzenli işi yok, madde kullanımı yoktu. Bilinen bir hastalık bulunmamaktaydı. Anamnezinde şüpheli cinsel temas öyküsü olduğu öğrenildi; ancak zamanı hakkında bilgi vermedi. Yaklaşık 1,5 ay önce peniste travma sonrası krutlu lezyon olduğu ve kendiliğinden iyileştiği öğrenildi. Hastanın son 1,5 ayda yaklaşık 4 kilo kaybı vardı; gece terlemesi, halsizlik gibi ek semptomları yoktu. Fizik muayenede; ateş 36,4 °C, tansiyon arteriyale 120/60 mmHg, nabız 72/dk, saturasyon %100 saptandı. Genel durumu iyi, oryante kopere, ense sertliği ve meninks irritasyon bulguları yoktu. Bilateral avuç içlerinde maküler lezyonları mevcuttu (Şekil 1). Sağ servikalde yaklaşık 1 cm ağrısız hareketli lenfadenopati eşlik ediyordu. Akciğer, kardiyovasküler, abdomen ve genitoüriner muayenesi olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde HIV ve sifiliz testlerinin pozitif olduğu görüldü. Serum HIV-RNA 496.936 kopya/ml CD4 hücre sayısı 391/ul ve CD4/CD8 oranı 0,35 saptandı. Sifiliz-*T. pallidum* pozitif olan hastanın serumda VDRL titrelisi sonucu 1/16 saptandı. Diğer laboratuvar parametreleri Tablo 1’de yer almaktadır. Hasta enfeksiyon servisine ileri tetkik ve değerlendirilme amacıyla yatırıldı. Lomber ponksiyon ile alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) örneğinde 120 lökosit/mm³, BOS glukoz 42 mg/dl, eş zamanlı parmak ucu kan şekeri: 81 mg/dl ve BOS protein 97 mg/dl ölçüldü. BOS VDRL sonucu negatif saptandı. Hastanın nörogörüntüleme sonuçları olağandı. Hastanın tedavisi kristalize penisilin G temin edilemediği için seftriakson 2x2 gr intravenöz (IV) ve panüveit için 1x40 mg IV prednizolon olarak düzenlendi. Hastanın antiretroviral tedavisi biktgravir/emtristabin/tenofavir alafenamide (50/200/25 mg) oral tablet olarak başlandı. Hasta bilateral panüveit tablosu için göz hastalıkları tarafından günlük takip edildi. Hastaya 21 gün seftriakson tedavisi verildi. Taburculukta hastanın döküntüleri geriledi. Hasta yatışında ışığı farkedebilirken taburculukta 1 metreden parmak sayabiliyordu. Taburculuktan 1 ay sonra poliklinik kontrolünde değerlendirilen hastanın HIV-RNA 69 kopya/ml CD4 hücre sayımı 532 ul, CD4/CD8 oranı 0,55 olarak sonuçlandı. Hastaya 3., 6. ve 12. aylarda klinik ve laboratuvar kontrolü planlandı.

Sonuç: Sifiliz tedavisi HIV ile enfekte kişilerde değişiklik göstermemektedir ancak sifiliz ve HIV birlikteliğinin olduğu durumlarda sifilitik evrelerin

arasındaki ayrımların belirsizliği, tedavi yanıtının azalması, nörosifilizin ilerlemesini kolaylaştırabilmesi gibi sonuçlar olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Santral sinir sistemi sifilizi, AIDS’le ilişkili fırsatçı enfeksiyonlar, sekonder nörosifiliz



Şekil 1. El avuç içi maküller döküntü

Tablo 1. Yatışında alınan laboratuvar sonuçları

Parametre (birim)	Değer
C-reaktif protein (mg/l)	49,2
Prokalsitonin (mg/ml)	0,18
Hemoglobin (g/dl)	11,3
Trombosit sayısı (10 ³ /ml)	485
Lökosit sayısı (10 ³ /ml)	8,6
Nötrofil sayısı (10 ³ /ml)	5,03
Kreatinin (mg/dl)	0,7
GFR (ml/dk)	113
Aspartat aminotransferaz (U/l)	21
Alanin aminotransferaz (U/l)	12
Alkalen fosfataz (U/l)	398
HBsAg	Negatif
Anti-HBc IgG	Negatif
Anti-HBs	Negatif
Syphilis	Pozitif
VDRL-RPR	1/16
Anti-HIV	Pozitif
Anti-HCV	Negatif

GFR: Glomerüler filtrasyon hızı, HBsAg: Hepatit B yüzey antijeni, HBc: Hepatit B core, IgG: İmmünglobulin G, HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü, HCV: Hepatit C virüsü

[PS-267]

Ventriküloperitoneal Şant İlişkili Enfeksiyonlar ve Klinik Seyiri: 10 Yıllık Deneyim

Firdevs Aksoy, Hanife Nur Karakoç Parlayan, Talha Elmas, Gürdal Yılmaz

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Ventriküler sistemden beyin omurilik sıvısının drenajını sağlayan ventriküloperitoneal (VP) şantlar, hidrosefali başta olmak üzere çeşitli nörolojik hastalıkların yönetiminde yaygın olarak kullanılmaktadır. İnvaziv bir girişim olan VP şant yerleştirilmesi, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları açısından önemli bir risk faktörüdür. Şant enfeksiyonları, hastalarda yüksek morbidite ve mortaliteye, uzun süreli tıbbi tedavi gereksinimine, sağlık bakım maliyetlerinde artışa ve ciddi nörolojik sekillere yol açabilir. Bu nedenle, VP şant ilişkili enfeksiyonların erken tanı ve yönetimi, klinik sonuçları iyileştirmek adına kritik öneme sahiptir. Çalışmamızda kliniğimizde takip ettiğimiz VP şant enfeksiyonu gelişen olguların retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Aralık 2024 tarihleri arasında VP şant ilişkili enfeksiyonu tanısı alan ve hastaneye yatırılarak takip edilen 18 yaş üstü olgular çalışmaya dahil edildi. Olguların başvuru şikayetleri, klinik ve laboratuvar bulguları kaydedildi. Enfeksiyon etkeni mikroorganizmalar, uygulanan tedavi protokolleri ve mortalite oranları değerlendirildi.

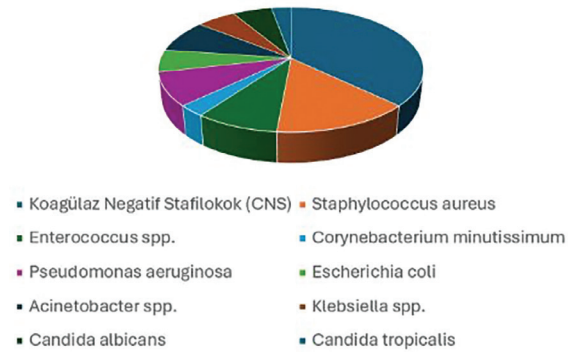
Bulgular: Çalışmada 26 olgunun 29 enfeksiyon atağı değerlendirildi. Olguların 18'i (%64,3) kadın olup, yaş ortalaması 46,4±18,6 yıldı. Hastaların 16'sında (%55,2) ek hastalık mevcutken, en sık eşlik eden komorbidite hipertansiyon (%35) idi. Baş ağrısı ve kusma en sık görülen başvuru şikayetleri olup, olguların %52'sinde menenjit kliniği tespit edildi. Mikrobiyolojik inceleme sonucunda %86 olguda etken mikroorganizma izole edildi ve en sık etken koagülaz negatif stafilokok

(CNS) olarak saptandı (Şekil 1). VP şant ilişkili enfeksiyonların gelişme süresi ortalama 248,7±500,9 gün (minimum: 3-maksimum: 1950 gün) olarak hesaplandı. Olgulara etkin antibiyotik tedavisinin başlanma süresi ortalama 2,9±3,9 gün idi. Tedavi süresi 29,6±25,8 gündü (5-125). Olguların %69'unda VP şant revizyonu gerçekleştirildi. Olguların mortalite oranı %14 olarak belirlendi. Menenjit birlikteliği olan ve olmayan olgular arasında laboratuvar bulguları, tedavi yanıtı ve mortalite açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: VP şant ilişkili enfeksiyonlarda en sık etkeninin CNS olduğu görülmüştür. Olguların yarısından fazlasına menenjit kliniğinin eşlik ettiği ve bu birlikteliğin klinik, laboratuvar ve mortalite açısından anlamlı bir farklılığa yol açmadığı görüldü. VP şant enfeksiyonlarının geniş bir zaman aralığında (erken veya geç dönemde) ortaya çıkabilmesi nedeniyle hastaların uzun süreli izlemi gerekmektedir. Hasta yönetiminde antibiyotik tedavisinin yanı sıra, şant revizyonu da gerekebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: VP şant ilişkili enfeksiyon, hidrosefali, menenjit

Etken Dağılımı



Şekil 1. İzole edilen mikroorganizmaların dağılımı

Tablo 1. Hastaların ilk başvurularındaki demografik, klinik bilgileri ve hastaların ilk başvurularındaki laboratuvar bulguları				
	V-P şant enfeksiyonu tanılı olgular, (n=29) (%)	Menenjit birlikteliği olan olgular, (n=15) (%)	Menenjit birlikteliği olmayan olgular, (n=14) (%)	p-değeri
Yaş	46,4±18,6	48,5±19,8	44,1±17,7	0,535
Cinsiyet (kadın)	18 (62,1)	9 (60)	9 (64,3)	>0,99
Ek hastalık varlığı	16 (55,2)	9 (60)	7 (50)	0,715
HT	10 (34,5)	6 (40)	4 (28,6)	0,7
DM	3 (10,3)	3 (20)	0 (0)	0,224
Beyinde kitle	4 (13,8)	4 (26,7)	0 (0)	0,1
Semptomlar				
Ateş	20 (69)	12 (80)	8 (57,1)	0,245
Halsizlik	20 (69)	12 (80)	8 (57,1)	0,254
Üşüme-titreme	15 (51,7)	9 (60)	6 (42,9)	0,466
Bulantı	23 (79,3)	10 (66,7)	13 (92,9)	0,169
Kusma	11 (37,9)	4 (26,7)	7 (50)	0,264
Karın ağrısı	12 (41,4)	3 (20)	9 (64,3)	0,025
Kas-eklem ağrısı	12 (41,4)	8 (53,3)	4 (28,6)	0,264

Tablo 1. Devamı				
	V-P şant enfeksiyonu tanılı olgular, (n=29) (%)	Menenjit birlikteliği olan olgular, (n=15) (%)	Menenjit birlikteliği olmayan olgular, (n=14) (%)	p-değeri
Fizik muayene bulguları				
Ateş	19 (65,5)	12 (80)	7 (50)	0,128
Hipotansiyon	3 (10,3)	2 (13,3)	1 (7,1)	0,577
Şant etrafında kızarıklık	11 (37,9)	3 (20)	8 (57,1)	0,06
Batında hassasiyet	13 (44,8)	4 (26,7)	9 (64,3)	0,066
Baş ağrısı	23 (79,3)	15 (100)	8 (57,1)	0,006
Ense sertliği	3 (10,3)	2 (13,3)	1 (7,1)	>0,99
Konvülsiyon	17 (58,6)	12 (80)	5 (35,7)	0,025
Bilinç bulanıklığı	10 (34,5)	8 (53,3)	2 (14,3)	0,05
Laboratuvar				
Etken tespiti	25 (86,2)	14 (93,3)	11 (78,6)	0,33
Gram-pozitif etkenler	21 (72,4)	13 (86,7)	8 (57,1)	0,109
Gram-negatif etkenler	6 (20,7)	4 (26,7)	2 (14,3)	0,651
Mantar varlığı	3 (10,3)	2 (13,3)	1 (7,1)	>0,99
LP yapılan hasta	24 (85,7)	15 (100)	9 (69,2)	0,035
Kan kültüründe üreme	14 (48,3)	9 (60)	5 (35,7)	0,272
YBÜ ihtiyacı	11 (37,9)	6 (40)	5 (35,7)	>0,99
Batında apse	16 (59,3)	4 (30,8)	12 (85,7)	0,006
V-P şant revizyonu	18 (69,2)	8 (61,5)	10 (76,9)	0,673
Ampirik tedavi	22 (75,9)	11 (73,3)	11 (78,6)	>0,99
Karbapenem	14 (48,3)	7 (46,7)	7 (50)	>0,99
GPE antibiyotik	21 (72,4)	10 (66,7)	11 (78,6)	0,682
Tedavi revizyonu	16 (59,3)	11 (78,6)	5 (38,5)	0,054
Mortalite	4 (13,8)	2 (13,3)	2 (14,3)	>0,99
Hastaların başvuru anındaki laboratuvar bulguları				
Laboratuvar değerleri	V-P şant enfeksiyonu tanılı olgular	Menenjit birlikteliği olan olgular	Menenjit birlikteliği olmayan olgular	p
Hemoglobin (g/dl, normal range: 11-17)	11,6±1,7	11,4±1,8	11,8±1,6	0,479
White blood cell counts (×10 ⁹ /l, normal range: 4-10)		11,3±4,9	14,7±7	0,217
C-reactive protein (mg/l, normal range: 0-5)	152,5±129,1	144,8±129,5	160,7±133,1	0,841
Sedim (mm/saat)	67,6±30,1	69,1±31,5	65,9±29,5	0,78
Procalcitonin (ng/ml)	4,9±13,1	2±5,2	8,2±18,2	0,525
Kreatinine (mg/dl, normal range: 0,8-1,5)	0,8±0,5	0,8±0,5	0,7±0,5	0,764
Aspartate aminotransferase (U/l, normal range: 0-35)	38,7±52,2	48,3±70,1	28,3±18,8	0,621
Alanine aminotransferase (U/l, normal range: 0-45)	39,2±64	48,8±84,8	28,9±29,4	0,621
HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, LP: Lomber ponksiyon, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, GPE: Grup A streptokok endokardit				

[PS-268]

Yoğun Bakım Ünitesinde Pan-Drug Rezistan *Klebsiella pneumoniae* Salgını: Suşların Moleküler Karakterizasyonu

Sedat Kaygusuz¹, Süleyman Yalçın², Ayşe Hande Türk², Ferhat Arslan¹, Ekrem Sağtaş²

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

²Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı, Ankara

Giriş: Hastane kaynaklı enfeksiyonların gelişiminde ve yayılımında *Klebsiella pneumoniae* kritik bir rol oynamakta ve etkin enfeksiyon kontrol önlemlerinin önemini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Cerrahi ve Anestezi Yoğun Bakım Üniteleri'nde giderek artan sayıda izole edilen Pan-drug rezistan *K. pneumoniae* izolatlarının epidemiyolojik ilişkilerinin araştırılması ve karbapenemaz genlerinin değerlendirmesi amaçlanmıştır.

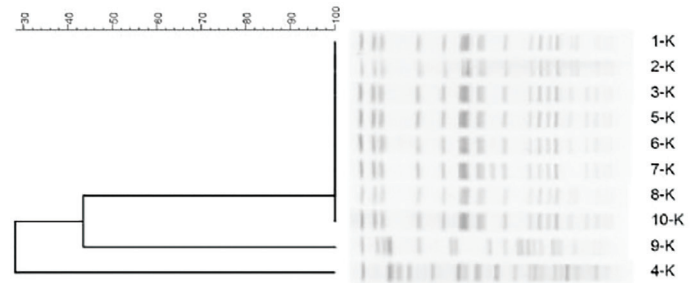
Gereç ve Yöntem: Hastanemiz cerrahi ve anestezi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalardan 1-31 Aralık 2024 tarihleri arasında alınan çeşitli klinik örneklerinden izole edilen 10 Pan-drug rezistan *K. pneumoniae* çalışmaya dahil edilmiştir (Tablo 1). Tüm izolatlar BD Phoenix (Becton Dickinson, ABD) otomatize sistemi ve MALDI-TOF MS (Bruker, Almanya) ile tanımlanmıştır. Antimikrobiyal duyarlılık testleri BD Phoenix (Becton Dickinson, ABD) otomatize sistemi ile yapılmıştır. Multiplex polimeraz zincir reaksiyonu ile karbapenemaz genleri (*blaKPC*, *blaOXA-48*, *blaIMP*, *blaNDM*, *blaVIM*) araştırılmıştır. Klonal ilişkilerin değerlendirilmesi için "Pulsed-Field Gel Electrophoresis (PFGE)" yöntemi kullanılmış ve BioNumerics® 7.5 (Applied Maths, Belçika) programında "Unweighted Pair Group Method with Arithmetic Mean" yöntemi ve Dice benzerlik katsayısı kullanılarak dendrogram oluşturularak analiz edilmiştir.

Bulgular: Test edilen izolatlar amikasin, gentamisin, amoksisilin/klavulonik asit, sefazolin, sefepim, seftazidim, seftriakson, siprofloksasin, levofloksasin, kolistin, meropenem, imipenem, ertapenem, trimetoprim/

sülfametoksazol antimikrobilerine dirençli saptanmıştır. *K. pneumoniae* izolatlarının 8'inde (%80) *blaOXA-48* geni pozitif saptanırken, bir izolatta *blaKPC* gösterilmiştir (Tablo 1). Bir izolatta araştırılan karbapenemaz genleri negatif bulunmuştur. PFGE analizi sonucunda izolatlar üç farklı klonal patern göstermiştir. Sekiz izolatin aynı genotipe sahip olduğu belirlenmiştir (Şekil 1).

Sonuç: Bu çalışmada, yoğun bakım ünitesinde meydana gelen salgında enfeksiyon etkeni olarak aynı genotipe sahip Pan-drug rezistan *K. pneumoniae* klonunun sorumlu olduğu gösterilmiş ve bunun bir salgın olduğu ortaya konulmuştur. Bunun yanı sıra yoğun bakımlarda farklı klonlarda *K. pneumoniae*'nin de dolaşımda olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, yoğun bakım ünitesinde dirençli suşlara bağlı salgıların kontrol altına alınmasında etkili enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanması kritik bir öneme sahiptir. Ayrıca, moleküler epidemiyolojik analizler, bu dirençli suşların yayılım dinamiklerini anlamak ve bulaşın önlenmesine yönelik etkili stratejiler geliştirmek için kritik bir araç olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Moleküler epidemiyolojik analizler, Pan-drug rezistan *Klebsiella pneumoniae*, salgın



Şekil 1. *Klebsiella pneumoniae* izolatlarının PFGE dendrogramı

PFGE: Pulsed-Field Gel Electrophoresis

Tablo 1. Yoğun bakım ünitesinde izole edilen *Klebsiella pneumoniae* izolatlarının kökeni ve epidemiyolojik ilişkisi

Örnek no.	Yoğun bakım ünitesi	Klinik tanı	Örnek türü	Karbapenemaz	PFGE*
1-K	Cerrahi	Yumuşak doku enfeksiyonu	Yara	OXA-48	A
2-K	Anestezi	Üriner sistem enfeksiyonu	İdrar	OXA-48	A
3-K	Anestezi	Ventilatör ilişkili pnömoni	Trakeal aspirat	OXA-48	A
4-K	Cerrahi	Üriner sistem enfeksiyonu	İdrar	-	C
5-K	Anestezi	Ventilatör ilişkili pnömoni	Trakeal aspirat	OXA-48	A
6-K	Cerrahi	Ventilatör ilişkili pnömoni	Trakeal aspirat	OXA-48	A
7-K	Anestezi	Ventilatör ilişkili pnömoni	Kan (kateter)	OXA-48	A
8-K	Anestezi	Kan dolaşımı enfeksiyonu	Kan	OXA-48	A
9-K	Anestezi	Yumuşak doku enfeksiyonu	Yara	KPC	B
10-K	Cerrahi	Kan dolaşımı enfeksiyonu	Kan	OXA-48	A

*PFGE klonlarının dağılımı, PFGE: Pulsed-field gel electrophoresis

[PS-269]

HIV Enfeksiyonu ve Tüberküloz Menenjit Birlikteliği-Nadir Bir Olgu

Özlem Gözde Koparal, İlker Ödemiş, İrem Simge Sezer, Emel Eroğlu, Sabri Atalay

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

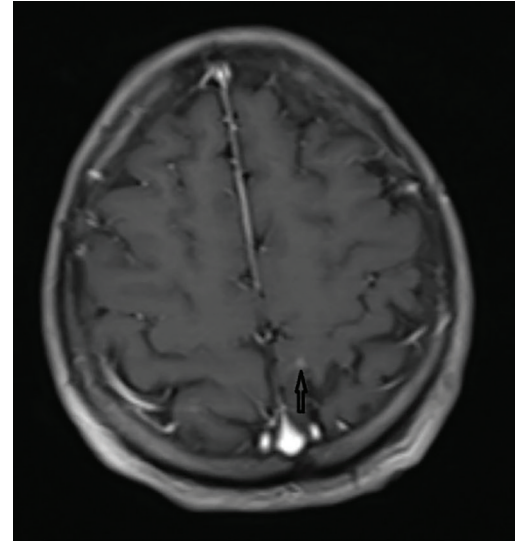
Giriş: Tüberküloz menenjiti (TBM), nörolojik sekellere yol açabilen, prognozu kötü seyreden bir hastalıktır. TBM, tüberkülozun subaraknoid boşluğa açılması veya *Mycobacterium tuberculosis*'nin hematojen yayılımıyla gelişir. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte bireylerde yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahiptir. Baş ağrısı, ateş, bulantı ve kusma gibi semptomlar, muayenede ense sertliği, Kernig ve Brudzinski belirtileri pozitif olabilir. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde glukoz seviyesinde düşüklük, protein seviyesinde yükseklik anlamlıdır. Görüntüleme yöntemlerinde meningeal kontrastlanma, enfarktüsler veya tüberkülomlar saptanabilir. Bu olguda TBM klinik bulgularını, tedavi sürecini, bu tür olguların erken tanı ve müdahale açısından önemini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Kırk yaşında erkek hasta acil servise bir haftadır olan bilinç bulanıklığı şikayetiyle getirildi. Ateş, bulantı, kusma, gece terlemesi olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde bilinç kapalıydı, oryantasyon kooperasyonu yoktu. Ense sertliği pozitif. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Bir ay önce boyunda şişlik nedeniyle kulak burun boğaz ve hematoloji polikliniklerine başvurduğu, eksizyonel biyopsi planlanması üzerine alınan tetkiklerinde anti-HIV reaktivitesi saptandığı öğrenildi. Ancak hastanın tanısını kabullenmemesi sebebiyle takipsiz kaldığı görüldü. Boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) en büyüğü 3x3 cm olan, nekrotik alan barındıran lenfadenopatilerin olduğu görüldü. Toraks görüntülemesinde miliyer tüberküloz (TB), kontrastlı beyin MRG yorumunda akut enfarkt lehine difüzyon kısıtlılığı, sağ hemisferde frontoparietalde 1-2 mm boyutunda nodüler kontrastlanan lezyonlar, bazal meninkslerde kontrastlanma artışı dikkat çekti. BOS basıncı normal, görünümü berraktı, direkt bakıda lenfosit izlendi. BOS

proteini 123 mg/dl, glukoz 23 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri 110 mg/dl'di. BOS'ta *M. tuberculosis* DNA saptandı. Solunum aspirat materyalinde TB asido-rezistan boyama ile +++ basil yükü olduğu görüldü. Hastaya standart dördü anti-TB tedavisiyle birlikte linezolid ve deksametazon başlandı. Yapılan tetkiklerinde CD4+ T lenfosit mutlak sayısı 108/mm³ (%11), HIV-RNA 115.000 kopya/ml'di. Bağışıklığın yeniden yapılandırma sendromu gelişme riski olduğundan dolayı tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin ve dolutegavir çift doz olacak şekilde anti-TB tedavisinin 43. gününde başlandı. BOS'ta 25. günde *M. tuberculosis* üremesi saptandı. Klinik iyileşme görülen hastanın takibi devam etmektedir.

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde evresi farketmeksizin TB birlikteliği sıkça karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle tüberküloz tanılı hastada mutlaka anti-HIV istenmeli, HIV ile yaşayan bireyde TB varlığı değerlendirilmelidir. Aktif TB kliniği olmayan HIV ile yaşayan bireylerde latent TB araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, menenjit, tüberküloz



Şekil 1. Tüberküloz görünümü

[PS-271]

HHV-6 Ensefaliti Şüphesiyle Takipli Intraventriküler Hemoraji Olgusu

Şebnem Şenol Akar, Şule Tunalı, Müge Güner, Esra Erdem Kıvrak, Deniz Özer, Çiğdem Banu Çetin

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: İnsan herpes virüs-6 (HHV-6), roseola infantum'a neden olan virüsdür; yetişkinlerde nadir görülmekle birlikte immünoşüpre bireylerde görülme sıklığı artmaktadır. Primer enfeksiyon nadir olduğundan genelde reaktivasyon/latent olarak düşünülmektedir. İmmünoşüpreseler, hematopoietik kök hücre ve solid organ alıcıları en çok etkilenen popülasyondur. Bu sunumda bilinç bulanıklığıyla gelen, yapılan lomber ponksiyon (LP) sonucu menenjit panelinde HHV-6 pozitif saptanan, klinik takibinde intraventriküler hemoraji görülen immünokompetan hastadan bahsedilmektedir.

Olgu: Yetmiş üç yaş kadın hasta bir hafta önce başlayan ve progrese olan yer-zaman kooperasyon bozukluğu, yürüme-konuşmada zorlanma şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Başvurudan 24 gün önce koroner anjiyografi yapıldığı; 23 gündür antikoagülan kullanmakta olduğu öğrenildi. Hastanın son bir hafta içinde benzer şikayetlerle hekime başvurduğu ve patoloji saptanmadığı, görüntüleme-muayene bulgularıyla deliryum düşünüldüğü öğrenildi. Fizik muayenede non-oryante non-koopere, E4M3V1, ateş: 36,8 °C, tansiyon: 144/76 mmHg, nabız: 94/dk, SO₂: 94'tü. Ajitasyon nedeniyle sistemik muayene suboptimal olağandı. Acil servisteki LP sonucunda; beyin omurilik sıvısı (BOS) protein: 50 mg/dl, glukoz: 61 mg/dl, klor: 122 mEq/l ve eş zamanlı kan şekeri: 97 mg/dl, BOS direkt bakısında bol eritrosit, lökosit görülmedi ve menenjit panelinde HHV-6 DNA'sı saptandı. Beklenmemekle birlikte HHV-6 enfeksiyonu dışlanamadığından gansiklovir başlandı. Yoğun bakım ünitesinde yer olmaması nedeniyle 2 günlük acil servis takibinden sonra servisimize tedavi devamlılığı açısından interne edildi. İdrarda piyüri nedeniyle tedaviye seftriakson eklendi. İdrar kültüründe genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz *Escherichia coli* üremesi nedeniyle meropenem geçildi. Hepatit, anti-insan immün yetmezlik virüsü, VDRL-TPHA, *Brucella* serolojilerinde ve solunum polimeraz zincir reaksiyonu panelinde patoloji saptanmadı. BOS mikobakteri kültüründe aside rezistan basil görülmedi, üreme olmadı. Hastada 14 gün gansiklovir tedavisine rağmen herhangi bir düzelme görülmemiş olup hastanemize başvurusunun 4. ve 5. günlerinde çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografi-manyetik rezonans görüntülemelerinde intraventriküler hemoraji saptanması nedeniyle

yoğun bakıma devredildi ve klinikte değişiklik olmaması nedeniyle nöroloji servisinde taburcu edildi.

Sonuç: HHV-6'nın latent kalması iki mekanizmayla tanımlanmıştır; primer enfeksiyondan sonra monosit/makrofajlarda ve subtelomerik bölgelerde kromozoma entegre olarak kemik iliği veya merkezi sinir sistemi hücrelerinde latent kalması şeklinde. Kromozoma entegre HHV-6 DNA (ciHHV-6) bulunan bireylerin, aktif viral enfeksiyon riski olmaksızın HHV-6 için seropozitif olabileceği gösterilmiştir. ciHHV-6'lı bireylerde viral DNA; kan, serum ve BOS'ta sürekli yüksek düzeylerde saptanabilir. ciHHV-6'lı bireylerin BOS'ta viral DNA görülmesi yanlış tanıya neden olabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Ayrıca lenfositteki latent HHV-6'nın, travmatik BOS örneğinde kandan BOS'ye geçişi nedeniyle yanlış pozitifliğe neden olabileceği unutulmamalıdır. HHV-6'ya bağlı ensefalitte tedaviye iyi yanıt beklenirken hastamızda da olduğu gibi kliniği açıklayacak başka bir nörolojik hastalığı olan latent olgularda tedavi yanıtı alınamayabilir.

Anahtar Kelimeler: HHV-6, immünokompetan, serebrovasküler hemoraji

Tablo 1. Laboratuvar

	0.GÜN	3.GÜN	5.GÜN	7.GÜN	10.GÜN	14.GÜN	21.GÜN
WBC	5180	6120	7040	5300	7060	5960	5780
NEU	2510	3700	4350	2880	5100	4000	3640
PLT	233.000	253.000	269.000	197.000	211.000	258.000	309.000
HGB	12,8	12,7	12,8	11,6	10,7	9,9	10,5
CRP (mg/L)	6	21	22	14	8	1	8
PROC (ng/mL)	-	0,026	0,032	0,041	0,048	0,037	0,055
AST	48	34	23	27	39	31	41
ALT	19	19	15	24	20	19	20
T.BİLİR UBİN	-	1,35	0,72	0,56	1,1	0,84	1,14
D-dimer	-	3462	9262	23401	-	-	-
INR	1,06	1,18	1,18	1,12	1,07	1,12	1,15

WBC: Beyaz küre, NEU: Nötrofil, PLT: Platelet, HGB: Hemoglobin, CRP: C-reaktif protein, PROC: Protein C, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, T. bilirubin: Total bilirubin, INR: Uluslararası normalizasyon oranı

[PS-272]

İmmünoşüpresif Hastalardaki Hepatit B Profilaksisi Tecrübemiz

Ertuğrul Güçlü, Nurselin Can Balta, İlknur Yılmaz, Aslı Vatan, Aziz Öğütlü, Oğuz Karabay

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

Giriş: İmmünoşüpresif tedavi alan hastalarda bağışıklık sisteminin baskılanması, hepatit B virüsü (HBV) replikasyonunda artışa ve hepatositlerde HBV antijen ekspresyonunun yükselmesine neden olabilir. Bu durum, hafif seyreden hepatitten karaciğer yetmezliği ve ölüme kadar uzanan ciddi klinik tablolara yol açabilen HBV reaktivasyonuna zemin hazırlar. Bu nedenle, immünoşüpresif tedavi planlanan hastalarda HBV serolojisi [hepatit B yüzey antijeni (HBsAg), anti-hepatit B core (HBc) immünooglobulin G (IgG), anti-HBs] mutlaka değerlendirilmelidir. Risk değerlendirmesi, immünoşüpresyonun derecesine ve hastanın HBV enfeksiyon durumuna göre yapılmalı; profilaktik antiviral tedavi veya preemptif yaklaşım tercih edilmelidir. Güncel rehberler, profilaktik antiviral tedavi için tenofovir disoproksil, entekavir veya tenofovir alafenamid kullanımını önermektedir. Bu çalışmada immünoşüpresif tedavi başlanması nedeniyle HBV reaktivasyonu açısından değerlendirilen hastalar araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, 2015-2024 yılları arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde immünoşüpresif tedavi başlanan ve

HBV reaktivasyon riski bulunan hastalar üzerinde retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Veriler, hastane otomasyon sistemi ve poliklinik dosyalarından alınmıştır. İmmünoşüpresyon risk değerlendirmesi, APASL Hepatit B Rehberi'ne göre yapılmıştır. Hepatit B e-antijeni pozitif hastalar ve tenofovir alafenamid tedavisi başlanan 3 hasta istatistiksel değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 140 hasta (63 erkek, 77 kadın) dahil edilmiştir ve yaş ortalaması $53,2 \pm 13$ yıl olarak hesaplanmıştır. Hastaların 51'i HBsAg pozitif, 62'si HBV doğal bağışık, 27'si ise izole anti-HBc IgG pozitif. Olguların 73'ü yüksek, 33'ü orta ve 30'u düşük risk grubunda yer almıştır. HBV-DNA düzeyi saptanabilir olan 44 hastanın HBV-DNA ortalaması $661,06 \pm 4097,8$ IU/ml olarak bulunmuştur. Toplam 98 hastaya profilaktik antiviral tedavi başlanmış, 42 hasta ise tedavisiz takip edilmiştir. Tedavi almayan hastaların 5'inde HBV-DNA saptanabilir düzeyde bulunmuş ve en yüksek HBV-DNA düzeyi 1052 IU/ml olarak ölçülmüştür. Ortalama takip süresi 31 ay (minimum: 6, maksimum: 96) olup, hiçbir hastada reaktivasyon gözlenmemiştir (Tablo 1).

Sonuç: HBV reaktivasyonu açısından düşük risk grubu olarak değerlendirilen HBV doğal bağışıklığı olan ve HBV-DNA düzeyi düşük izole anti-HBc IgG veya HBsAg pozitif hastalarda lamivudin profilaksisi etkili bir seçenek olmaya devam etmektedir. Tenofovir disoproksil tedavisi verilen hastalarda osteoporoz ve böbrek fonksiyon bozukluğu gibi yan etkiler görülebilmesi nedeniyle tedavi değişikliği gerekebilmektedir. Bu nedenle, bu hastaların yakın takibi büyük önem taşımaktadır. Lamivudin tedavisinin yan etki riski diğerlerine göre daha az olması nedeniyle de bir tercih seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: İmmünoşüpresif, hepatit B, antiviral

Tablo 1. HBsAg negatif hastaların demografik ve laboratuvar bulguları

	Lamivudin, (n=44)	Tenofovir disoproksil fumarat, (n=19)	Entekavir, (n=26)	p-değeri
Cinsiyet E/K	21/23	8/11	11/15	0,87
Yaş	$54,5 \pm 11,4$	$48,1 \pm 13,5$	$57,1 \pm 13,3$	0,057
Hepatit B enfeksiyon durumu				
HBsAg pozitif/anti-HBs pozitif/izole core pozitif	12/24/8	9/8/2	15/5/6	0,04
Risk grubu				
Yüksek/orta/düşük	36/3/5	10/5/4	16/5/5	0,13
HBV-DNA pozitifliği	14	7	12	0,48
DNA ortancası (minimum-maksimum)	0 (0-11.126)	0 (0-1.142)	0 (0-43.968)	0,25
Takipli/takipsiz	42/2	19/0	24/2	
Takip süresi(ay) ortanca (minimum-maksimum)	15 (6-120)	24 (6-108)	36 (8-120)	0,018
Tedavi değişikliği	0	3	1	
HBsAg: Hepatit B e-antijeni, E/K: Erkek/kadın, HBsAg: hepatit B yüzey antijeni, HBV: Hepatit B virüsü				

[PS-273]

İmmünokompetan Bireyde Gelişen Bir Toksoplazma Koryoretiniti Olgusu

Kübra Dede, Cemal Bulut

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

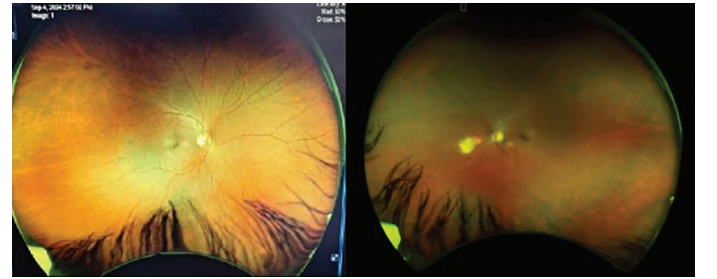
Giriş: *Toxoplasma gondii*, koryoretinite yol açabilen zorunlu intraselüler bir parazittir. Genellikle kendini sınırlayan bir tablo oluştursa da, maküla veya optik sinir tutulumu ya da yoğun vitreus enflamasyonu durumlarında kalıcı görme kaybına neden olabilir. Bu yazıda, immünokompetan bir hastada gelişen ve sistemik antibiyotik ve kortikosteroid tedavisiyle başarılı şekilde iyileşen toksoplazma koryoretiniti olgusu sunulmuştur.

Olgu: Otuz beş yaşında, sistemik hastalığı olmayan erkek hasta, sol gözde 20 gündür süren kızarıklık ve görme bulanıklığı şikayetleri ile başvurdu. Daha önce ön üveit tanısıyla topikal tedavi başlanmış, ancak görme düzeyinde düzelme olmamıştı. Göz muayenesinde sağ gözde görme tam, sol gözde 0,05 düzeyindeydi. Sol gözde ön kamarada hafif hücre, vitreusta yoğun hücre ve arka kutupta retinit odağı izlendi. Toksoplazma koryoretiniti ön tanısıyla enfeksiyon hastalıkları bölümüne yönlendirildi. Sifiliz ve viral retinit etkenleri dışlandı; anti-toksoplazma immünoglobülin G (IgG) pozitif, IgM negatif saptandı. Seroloji tekrar edilmedi; vitreus sıvısından moleküler doğrulama da yapılmamıştı. Bu durum çalışmanın sınırlılığı olarak değerlendirildi. Hastaya trimetoprim-

sülfametoksazol (160/800 mg, 2x1), klindamisin (300 mg, 4x1) ve sistemik prednol (40 mg/gün) başlandı. İki hafta sonra görme keskinliği 0,16'ya yükseldi; vitritis geriledi, retinit alanı skarlaşmaya başladı. Altı haftalık tedavi tamamlandı. Üç ay sonraki kontrolde görme 0,4'e ulaştı, vitreusta hücre saptanmadı, fundusta skar dokusu görüldü.

Sonuç: Oküler toksoplazmoz, immünokompetan bireylerde bile ciddi görme kaybına neden olabilir. Bu olguda trimetoprim-sülfametoksazol ve klindamisin kombinasyonu ile sistemik kortikosteroid tedavisinin etkili olduğu gözlenmiştir. Serolojik takip ve moleküler doğrulamanın yapılmaması sınırlılık olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Koryoretinit, oküler toksoplazmoz, *Toxoplasma gondii*



Resim 1. Sırasıyla tedavi başlangıcında ve tedavinin ikinci haftasındaki funduskopi görüntüleri

[PS-274]

Gebe Suçiçeği OlgusuBetül Altıntaş Öner¹, Tuğba Demircioğlu²¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Eskişehir²Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Tekirdağ

Giriş: Varicella-zoster virüsü (VZV), insan enfeksiyonuna neden olduğu bilinen sekiz herpes virüsten biridir. Hastalık ateş, deride veziküler döküntüler, halsizlik ile karakterizedir. VZV ile birincil enfeksiyon rutin olarak çocukluk döneminde meydana gelir ve genellikle bağışıklık sistemi yeterli çocuklarda iyi huylu, kendini sınırlayan bir hastalıktır. Ancak ergenlerde, yetişkinlerde ve bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde ağır seyredebilir. Gebelikte VZV enfeksiyonu insidansı 0,7-3/1.000'dir. Gebelerde suçiçeği enfeksiyonu gebe olmayan yetişkinlere göre daha ağır seyretmektedir. Gebelerde enfeksiyon gelişirse konjenital varisella sendromu, neonatal varicella enfeksiyonuna neden olabilir. Sunumumuzda polikliniğimizde takip edilen gebe suçiçeği hastasına yer verilmiştir.

Olgu: Yirmi iki yaşındaki 18 haftalık gebe hastanın ateş ve sonrasında vücutta kaşıntı şikayeti başlamıştı. Takibinde önce göğüs bölgesinde sonrasında ise tüm vücuda yayılan döküntüler çıkmıştı. Okul-kreş çocuğu teması, kalabalıkta bulunma öyküsü yoktu. Çevresinde suçiçeği geçiren yok, eşyle yaşamakta, eşinde yakınmalar bulunmamaktaydı. Muayenesinde ateşi 37,3 °C diğer vital bulguları stabildi. Tüm vücutta özellikle gövde ve bacakta daha fazla olan maküler, makülopapüler ve veziküler yaygın döküntüler mevcuttu. Sistemik muayenesi normaldi. Özgeçmişinde suçiçeği geçirme öyküsü ve ek hastalığı yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 12.000/mm³, aspartat aminotransferaz/alanin aminotransferaz: 26/25 IU/l kreatinin: 0,6 mg/dl. Hastaya asiklovir tablet 5x800 mg başlandı. İlk başvurusunda gönderilen (döküntü başladıktan 1 gün sonra) VZV immünoglobülin M (IgM) ve immünoglobülin G (IgG) sonucu negatif olarak geldi (IgM: 2,4, IgG: 2,6). Hasta 25 gün sonra kontrol için tekrar başvurduğunda gönderilen VZV IgM ve IgG pozitif olarak geldi (IgM: 16,8, IgG: 40,3). Hasta asiklovir kullanımı sonrası kontrole geldiğinde aktif yakınması kalmamıştı. İlaç yan etkisi görülmedi. VZV enfeksiyonundan 4 ay sonrasında miadında elektif sezeryan ile doğumu gerçekleşti. Bebeğe ve annede doğumda ve takiplerinde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç: Suçiçeği, risk grubundaki hastalarda pnomoni, ensefalit, hepatit ve deri ve yumuşak doku enfeksiyonları gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Erken gebelik döneminde (8 ila 20. haftalar) suçiçeği enfeksiyonu geçirilirse, fetüs konjenital suçiçeği sendromu geliştirme

riski altındadır. Risk grubundaki hastalara antiviral tedavinin ilk 24 saat içinde başlanması önerilmektedir. Hastamız döküntü başladıktan bir gün sonra başvurmuş ve başvurduğu anda antiviral tedavi başlanmıştır. Olgumuzda maternal veya fetal komplikasyon gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Varicella-zoster virüs, gebelerde viral enfeksiyonlar



Şekil 1. Hastanın bacağındaki döküntüler



Şekil 2. Hastanın gövdesindeki döküntüler

[PS-275]

Eritema Multiforme ile Tanı Alan Bir *Mycoplasma pneumoniae* Olgusu

Kübra Dede, Sena Şakir Yıldırım, Merve Bozdağ, Cemal Bulut, Ümit Savaşçı

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

Giriş: Eritema multiforme (EM); karakteristik hedef benzeri deri lezyonlarının olduğu, mukozal tutulumun eşlik edebildiği, akut bir hastalıktır. Etiyolojide enfeksiyöz etkenler içinde herpes simpleks virüsü (HSV) en sık nedeni olarak bilinmesine rağmen, EM'nin ilişkili olduğu başka enfeksiyon etkenleri de bilinmektedir. *M. pneumoniae* (MP) bu etkenlerden biridir. Yazımızda MP enfeksiyonuna ikincil olarak gelişen EM olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu: Talasemi taşıyıcısı olan 43 yaşında kadın hasta ateş, halsizlik ve oral alım azlığı şikayetleri ile kliniğimize yatırıldı. Hastanın yatışından üç hafta önce polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi ile tanı konulmuş influenza B virüsü enfeksiyonu öyküsü olduğu, 10 gün önce ağız içinde yaralar oluştuğu, bu nedenle oral alımının azaldığı, ateş ve halsizlik şikayetlerinin ise devam ettiği öğrenildi. Fizik muayenede; genel durumu orta, orofarenks ve konjonktivalar hiperemikti. Dudak ve ağız mukozasında yaygın hemorajik büllöz lezyonlar ve ülserasyon izlendi. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu izlenmedi, solunum sesleri

doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin: 10 g/dl, lökosit: 17.430/mm³, nötrofil: 13.260/mm³, trombosit: 192.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı: 35 mm/saat, C-reaktif protein: 121 mg/l olarak saptandı. Biyokimyasal incelemelerde karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Üst solunum yolu multipleks PCR panelinde ise influenza B saptandı. Periferik yaymasında patolojik bulgu saptanmayan hastanın akciğer grafisi ve ekokardiyografik incelemelerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın yatışının üçüncü gününde bilateral bacak ve kol distalinde iki üç adet eritemli plak görüldü. Mukoza ve deri tutulumu olan hastada dermatoloji görüşü doğrultusunda ön planda EM majör düşünülerek 60 mg/gün prednol başlandı. EM etiyojisine yönelik istenen HSV, Epstein-Barr virüs, sitomegalovirüs, hepatit A,B, C, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü serolojileri negatif, MP immünoglobulin (Ig) G ve IgM antikorları pozitif saptandı, böylelikle *Mycoplasma* enfeksiyonuna bağlı gelişen bir EM olgusu olduğu düşünüldü. Prednol tedavisinin altıncı gününde semptomları gerileyen hasta 40 mg/gün prednol tb reçete edilerek taburcu edildi.

Sonuç: EM erişkinlerde de görülebilir ve sistemik kortikosteroid tedavisinden fayda görülebilir. Olgumuzda MP enfeksiyonu serolojik olarak pozitif bulunmakla birlikte, tanının sadece serolojiye dayanması sınırlayıcıdır. Talasemi taşıyıcılığında kronik enflamasyon ve olası transfüzyonlar, IgM/IgG testlerinde yalancı pozitifliklere neden olabilir. Ayrıca, PCR ile doğrulanmış influenza B enfeksiyonu da EM gelişiminde rol oynamış olabilir. Bu nedenle EM etiyojisi değerlendirilirken çoklu enfeksiyon etkenleri göz önünde bulundurulmalı ve serolojik testler dikkatle yorumlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eritema multiforme, *Mycoplasma pneumoniae*



Resim 1. Dudak ve ağız mukozasında yaygın hemorajik büllöz lezyonlar ve ülser alanlar

[PS-276]

Altmış Beş Yaş ve Üstü Hastalarda Gelişen Bakteriyemilerde Mortaliteyi Etkileyen Faktörler

Sibel Yıldız¹, Gülay Okay¹, Yasemin Akkoyunlu¹, Bülent Durdu¹,
Özge Pasin², Turan Aslan¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi, Bioistatistik ve Tıp
Bilişimi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bakteriyemi, kan dolaşımında bakterilerin bulunmasıdır. Bu çalışmada 65 yaş ve üstü hastalarda görülen bakteriyemi etkenlerinin, antibiyotik duyarlılıklarının, enfeksiyon odaklarının ve klinik sonuçlarının mortalite üzerindeki etkisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

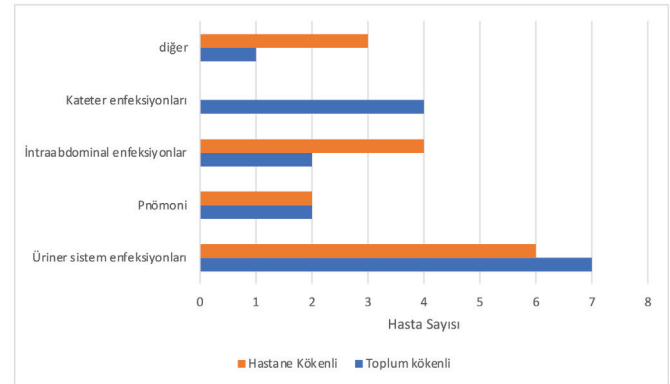
Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 15 Mayıs-15 Eylül 2024 tarihleri arasında hastanemizde takip edilen, kan kültürlerinde anlamlı olarak kabul edilen, tek bir mikroorganizmanın izole edildiği 37 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, enfeksiyon odakları, izole edilen mikroorganizmalar, antibiyotik duyarlılıkları ve klinik bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 75,95±7,93 yıl olup, %59,5'i kadındı (n=22). Bakteriyemi olgularının %62,2'si hastane kökenli, %37,8'i ise toplum kökenli idi. Hastaların %83,8'inde enfeksiyon odağı tespit edildi (n=31). Olguların %35,1'inde üriner sistem enfeksiyonu (n=13), %16,2'sinde intraabdominal enfeksiyonlar (n=6), %10,8'inde pnömoni (n=4), %10,8'inde kateter enfeksiyonu (n=4), %5,4'ünde yumuşak doku enfeksiyonu (n=2), %2,7'sinde enfektif endokardit, %2,7'sinde septik artrit vardı (Şekil 1). İzole edilen mikroorganizmalar arasında *Klebsiella* spp. %37,83 (n=14), *Escherichia coli* %27 (n=10), *Pseudomonas aeruginosa* %10,8 (n=4), koagülaz negatif stafilokoklar %10,8 (n=4), diğer mikroorganizmalar %13,51 (n=5) oranlarında tespit edildi (Şekil 2). Hastane kökenli bakteriyemilerde %39,1 *Klebsiella pneumoniae* (n=9), %17,3 *Pseudomonas aeruginosa* (n=4), %17,3 *Escherichia coli* (n=4), %13,04 koagülaz negatif stafilokoklar (n=3), %13,04 diğer mikroorganizmalar (n=3) görüldü. Toplum kökenli bakteriyemilerde %42,8 *Escherichia coli* (n=6), %35,7 *Klebsiella pneumoniae* (n=5), %7,1 koagülaz negatif stafilokoklar (n=1), %14,2 diğer mikroorganizmalar görüldü. ESBL pozitifliği *Klebsiella* türlerinde %71,4 (n=10), *Escherichia coli*'de %70 (n=7) olarak bulundu. Stafilokoklarda %10 oranında (n=3) metisilin direnci görüldü. Total mortalite oranı %13,5, bakteriyemiye bağlı mortalite oranı ise %80 olarak tespit edildi. Mortal seyir izlenen 5 hastanın %40'ında pnömoni (n=2), %20'sinde üriner sistem enfeksiyonu (n=1), %20'sinde intraabdominal enfeksiyon (n=1) saptandı. %20'sinde

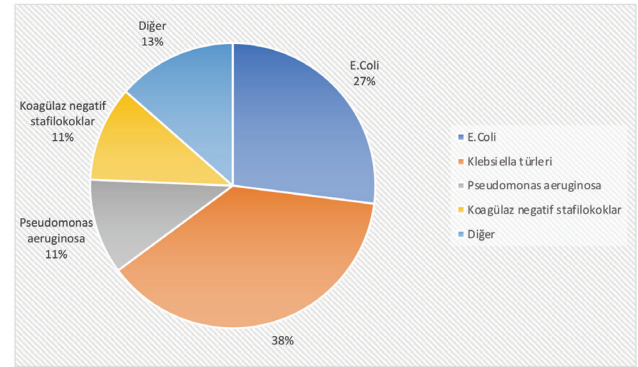
(n=1) enfeksiyon odağı tespit edilemedi. ESBL pozitifliği, metisilin direnci ve mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmedi (sırasıyla; p=0,844, p=1). Ölen ve sağ kalan hastaların cinsiyet dağılımı, vital bulguları (ateş, tansiyon, nabız) ve laboratuvar sonuçları (beyaz küre, C-reaktif protein, prokalsitonin) incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (her biri için p>0,05).

Sonuç: Çalışmamızda 65 yaş ve üstü bireylerde bakteriyemilerin önemli bir mortalite nedeni olduğu gözlenmiştir. Ancak antibiyotik direnci, demografik özellikler, laboratuvar sonuçları ve vital bulguları ile mortalite ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, mortalite, hastane kökenli enfeksiyonlar



Şekil 1. Bakteriyemi hastalarında hastane ve toplum kökenli enfeksiyonların dağılımı



Şekil 2. Etken mikroorganizmalar

[PS-277]

İnvaziv Pnömonokokal Hastalıkta Aşılanma ve Klinik Sonuçlar: Üçüncü Basamak Hastane Deneyimi

Furkan Barış Arıkan¹, Şükrü Dirik¹, Meltem Işıkgöz Taşbakan¹, Sabire Şöhret Aydemir²

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: İnvaziv pnömonokokal hastalık, *S. pneumoniae*'nin kan ve beyin omurilik sıvısı (BOS) gibi steril vücut bölgelerinden izole edilmesiyle tanımlanır. Yetersiz konak savunması temel patogeneiz mekanizmasıdır; çocuklar, yaşlılar ve immünoşüpresif bireyler en riskli gruplardır. Bu çalışmada, üçüncü basamak bir hastanede kan ve BOS kültürlerinde *S. pneumoniae* izole edilen hastaların demografik özellikleri, aşılanma durumu, antimikrobiyal direnç profili ve klinik sonuçlarla ilişkisi değerlendirilmiştir.

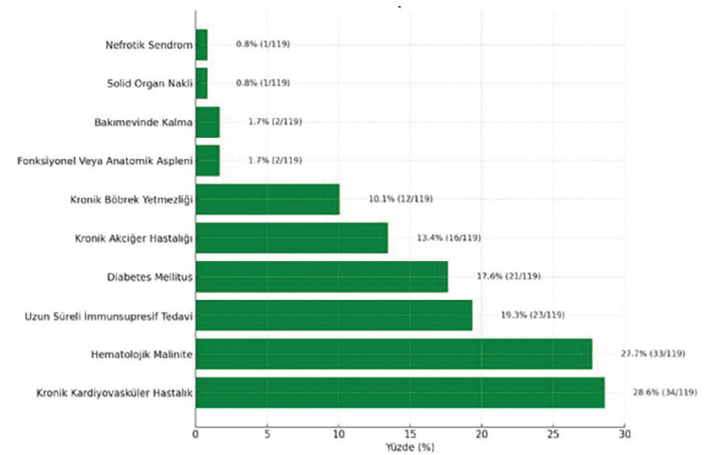
Gereç ve Yöntem: 12.06.2013-26.10.2024 tarihleri arasında mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen kan ve BOS kültürlerinde *S. pneumoniae* üremesi olan 18 yaş üzeri hastalar değerlendirildi. Klinik verilerine ulaşılamayan, tedaviyi yarıda bırakan veya başka merkeze sevk edilen hastalar dışlandı. Demografik özellikler, eşlik eden hastalıklar, aşılanma durumu, tedavi ve laboratuvar verileri ile kültür duyarlılık sonuçları kaydedildi. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile analiz edildi; $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Yüz otuz bir hasta değerlendirildi, 12 hasta dışlama kriterlerine göre çalışmadan dışlandı ve 119 hasta çalışmaya dahil edildi. Yüz on dokuz hastanın 46'sı (%38,7) kadın, 73'ü (%61,3) erkek iken, ortalama yaş $56,7 \pm 17,4$ idi. Hastaların eşlik eden hastalıklarının ve invaziv pnömonokokal enfeksiyona yatkınlık oluşturacak durumlarının dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. İnvaziv pnömonokokal enfeksiyon öncesi hastaların 30'u (%25,2) pnömonokok aşısı olmuş iken, 89'u (%74,8) aşı olmamıştı. Enfeksiyon sonrası dönem tarandığında ise, enfeksiyon öncesi aşılanmayan hastalar arasından verilerine ulaşılabilen hastaların

aşılanma oranının %28,9 (29/83) olduğu görüldü. Penisiline karşı izolatların %64,7'si duyarlı, %16,0'sı orta duyarlı, %19,3'ü dirençli bulunmuştur. Sefalosporinlerde %89,9 duyarlılık, %10,1 orta duyarlılık saptanmış; vankomisin tüm izolatlara etkili olarak saptanmıştır. Demografik veriler, eşlik eden hastalıklar ve aşı durumu ile 1., 3. ve 6. ay mortalite ilişkisi Tablo 1'de sunulmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda özellikle 55 yaş ve üzeri bireylerde 1., 3. ve 6. ay mortalite oranlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla; %29,1, %34,7 ve %36,1; $p<0,05$). Bu bulgu, yaş ilerledikçe mortalite riskinin belirgin şekilde yükseldiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca aşıli hastalarda mortalite oranları tüm zaman noktalarında anlamlı şekilde daha düşüktü. Özellikle 6. ayda, aşıli bireylerde mortalite yalnızca %10,0 iken, aşısız grupta bu oran %33,7'ye ulaşmaktaydı ($p=0,012$). Bu durum, aşının uzun dönem sağkalım üzerindeki koruyucu etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, ileri yaş ve aşısız olma mortaliteyi anlamlı düzeyde artıran iki ana risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Bu veriler, yüksek riskli gruplarda aşılanma stratejilerinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aşılanma, mortalite, invaziv pnömonokok



Şekil 1. Hastaların eşlik eden hastalıklarının ve invaziv pnömonokokal enfeksiyona yatkınlık oluşturacak durumlarının dağılımı

Tablo 1. Hastaların demografik verileri ve aşılama oranları ile 1.ay, 3. ay ve 6. ay mortalite oranları arasındaki ilişki						
Değişkenler	1. ay mortalite oranı	p-değeri	3. ay mortalite oranı	p-değeri	6. ay mortalite oranı	p-değeri
Yaş - 65 yaş altı - 65 yaş ve üstü	13/76 (%17,1) 13/43 (%30,2)	0,095	16/76 (%21,0) 16/43 (%37,2)	0,056	17/76 (%22,3) 16/43 (%37,2)	0,082
- 60 yaş altı - 60 yaş ve üstü	10/63 (%15,8) 16/56 (%28,5)	0,094	13/63 (%20,6) 19/56 (%33,9)	0,102	14/63 (%22,2) 19/56 (%33,9)	0,154
- 55 yaş altı - 55 yaş ve üstü	5/47 (%10,6) 21/72 (%29,1)	0,016	7/47 (%14,8) 25/72 (%34,7)	0,017	7/47 (%14,8) 26/72 (%36,1)	0,011
Cinsiyet - Erkek - Kadın	17/73 (%23,2) 9/46 (%19,5)	0,632	21/73 (%28,7) 11/46 (%23,9)	0,560	22/73 (%30,1) 11/46 (%23,9)	0,460
Kronik hastalıklar - Kronik akciğer hastalığı - Kronik kardiyovasküler hastalık - Diabetes mellitus - Hematolojik malignite - İmmünosüpresif ilaç kullanımı	5/16 (%31,2) 7/34 (%20,5) 4/21 (%19,0) 6/33 (%18,1) 8/39 (%20,5)	0,327 0,833 0,732 0,548 0,805	5/16 (%31,2) 10/34 (%29,4) 5/21 (%23,8) 7/33 (%21,2) 10/39 (%25,6)	0,672 0,694 0,725 0,386 0,830	5/16 (%31,2) 10/34 (%29,4) 5/21 (%23,8) 7/33 (%21,2) 10/39 (%25,6)	0,735 0,795 0,658 0,325 0,722
Aşılama durumu - Aşılı - Aşısız	2/30 (%6,6) 24/89 (%26,9)	0,019	3/30 (%10,0) 29/89 (%32,5)	0,015	3/30 (%10,0) 30/89 (%33,7)	0,012

[PS-278]

Çoklu Organ Tutulumu Gösteren Kist Hidatik Olgusu: Bir Olgu Analizi

Yusuf Hayran, Furkan Taygurt, Nazlım Aktuğ Demir, Şua Sümer, Onur Ural

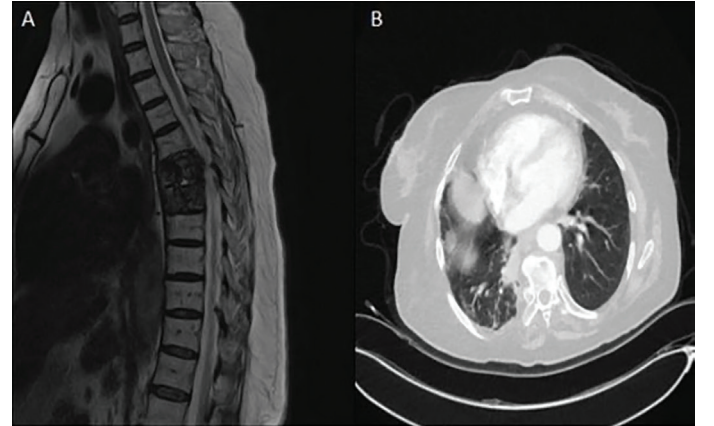
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Kistik ekinokokkozis, paraziter zoonozlardan biri olup ülkemizde de endemik olarak görülür. Etkeni *Echinococcus granulos* adında bir parazittir. Kist hidatikte etkilenen bölgeye göre klinik bulgular görülür. En sık karaciğer ve akciğerler tutulur. Nadiren dalak, periton, böbrek, kemik, beyin ve kalbe yerleşebilir. Bu yazıda çoklu organ tutulumlu hidatik kist olgusu sunulmuştur.

Olgu: Altmış yaşında akciğer ve karaciğer kist hidatik nedeniyle medikal ve cerrahi tedavi alan son 1 yıldır tedavisiz takip edilen kadın hasta, son 1 aydır olan ateş, sırt ağrısı, bulantı, kusma ve halsizlik şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenede batın sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar tetkikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Hastanın yeni gelişimli şikayetleri olması nedeniyle görüntülemeleri yapıldı. Torakal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) “T6-T7 vertebra korpuslarında, posteriorda spinal kanala uzanım gösteren, 81x40 mm olarak ölçülen, içerisinde milimetrik kistik alanlar bulunan lezyon mevcuttur. 12.02.2024 tarihli MRG ile kıyaslandığında kistik alanlar progresyon göstermiştir. T5-T8 vertebralarda, kemik iliği ödemi mevcuttur. T9-T11 vertebra düzeyinde, sağ paravertebral yerleşimli kist hidatik ile uyumlu lezyonlar izlenmiştir.” olarak raporlanmıştır. Toraks bilgisayarlı tomografide “T6-T7 vertebralar seviyesinde vertebra korpuslarının ve sağda kostokondral eklemleri destrükte eden ve spinal korda uzanım gösteren yumuşak doku dansitesinde lezyon izlenmiştir. Mediastende paratrakeal alanda büyüğü 20x10 mm boyutunda santrali kistik natürde kalsifiye görünümde nodüler şekilli birkaç adet lezyon izlenmektedir (hidatik kist?). Her iki akciğer parankiminde diafragmatik plevral yüzlerde yerleşimli en büyüğü 30x17 mm boyutunda hidatik kiste ait olabilecek lezyonlar izlenmektedir.” olarak raporlanmıştır. Abdomen MRG’de “batın sağ posterior duvarı komşuluğunda 2x6 cm boyutunda içerisinde milimetrik kız vezikülleri görünümüne bulanan kist hidatik lezyonu gözlenmiştir.” olarak raporlanmıştır. Hasta cerrahi konseyinde değerlendirildi. Konseyde medikal tedavi başlanması ve operasyon yapılması kararı alındı. Hastanın tedavi ve takibi devam etmektedir.

Sonuç: Bu olgu sunumuyla hidatik kist öykülü hastalarda şikayetlerin tekrarlaması durumunda nüks edebileceği gibi çoklu organ tutulumu ile seyredebileceği ve buna yönelik uygun görüntüleme ve cerrahi konsültasyon düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çoklu organ tutulumu, kist hidatik



Şekil 1. A) Torakal manyetik rezonans görüntüsü, B) Torakal bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Tablo 1. Olgunun laboratuvar bulguları

	İlk başvuru	1. hafta
Beyaz küre (x10 ³ /µl)	7,45	12,5
Nötrofil %	64,8	81
Lenfosit %	22,7	10,9
MO %	9,3	7
EO %	2,3	0,1
Hemoglobin (g/dl)	12,5	12
PLT (x10 ³ /µl)	215	323
AST (U/l)	11	20
ALT (U/l)	9	15
CRP (mg/l)	27,9	44,1
ESR (mm/saat)	56	34

MO: Monosit, EO: Eozinofil, PLT: Platelet, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı

[PS-279]

Dang Ateşi ile Başvuran 6 Olgu ve Türkiye'deki Literatürün Değerlendirilmesi

Ali Gökhan Akçay, Sena Tunçer, Mine Filiz, Cemal Bulut

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

Giriş: Dang virüsü, Flaviviridae ailesine ait olup, Aedes türü sivrisinekler aracılığıyla bulaşan ve tropikal bölgelerde sık görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Türkiye'de endemik olmamakla birlikte, seyahat ilişkili olgular bildirilmektedir. Küresel ısınma, vektör popülasyonlarını artırarak hastalığın yayılımını etkilemektedir. Bu çalışmada, Venezuela'dan seyahat dönüşü Dang ateşi tanısı alan 6 olgunun klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi, Türkiye'deki literatür ile karşılaştırılması ve yerel bulaş riskine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ağustos 2024'te Venezuela'dan dönen 6 erkek sporcu, ateş, halsizlik, döküntü ve baş ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Klinik ve laboratuvar bulguları detaylı olarak değerlendirildi. DV tanısı, serolojik testler [immünoglobulin (Ig)M, IgG], NS1 antijen testi ve polimeraz zincir reaksiyonu ile doğrulandı (Tablo 1). Olgular, Dünya Sağlık Örgütü 2009 rehberine göre sınıflandırıldı. Literatür taraması kapsamında, 2007-2024 yılları arasında PubMed, TrMed, Atıf Dizini ve kongre bildirileri incelendi.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 22,6 olup, tümünde kas ağrısı, baş ağrısı ve bulantı gözlemlendi. Beş hastada makülopapüler döküntü, dört hastada retroorbital ağrı, bir hastada hepatosplenomegali ve tüm hastalarda servikal, aksiller ve inguinal lenfadenopati saptandı. Biyokimyasal incelemede C-reaktif protein, laktat dehidrogenaz yüksekliği, lökopeni, trombositopeni belirgin olup, beş hastada nötropeni ve aspartat aminotransferaz yüksekliği, üç hastada C3 düşüklüğü gözlemlendi. Ateş süresi hastalar arasında değişkenlik göstermiş olup, en uzun süren hasta 4. günde afebril hale geldi. Tüm hastalar destek tedavisi ile şifa ile taburcu edildi. Türkiye'de 2007-2024 arasında bildirilen 27 Dang ateşi olgusunun 24'ü erkek olup, en sık semptom ateşti. Yirmi altı hasta şifa ile taburcu edilirken, 1 hasta kaybedilmiştir (Tablo 2). Olgularımızın yaş ortalaması literatürdekilerden daha düşük olup, döküntü ve retroorbital ağrı daha sık gözlemlenmiştir. Sporcuların yoğun fiziksel aktivite geçirmiş semptomların şiddetini etkileyen bir faktör olabilir.

Sonuç: Dang ateşi, küresel olarak artan bir halk sağlığı sorunudur ve iklim değişikliği ile uluslararası seyahatlerin artması, vektör sivrisineklerin yayılımını artırmaktadır. Türkiye'de Aedes türü sivrisineklerin varlığı, yerel bulaş riskini gündeme getirmektedir. Hastalığın önlenmesi açısından vektör kontrol önlemlerinin güçlendirilmesi, farkındalığın artırılması ve tanısal testlerin yaygınlaştırılması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, Dang ateşi şüphesi olan hastaların erken tanısı için sağlık çalışanlarının bu konuda eğitilmesi gerekmektedir. Seyahat öyküsü olan ateşli hastalarda Dang ateşi ayırıcı tanıda düşünülmeli, ileri laboratuvar olanakları ile hızlı tanı ve müdahale sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dang ateşi, seyahat

Tablo 1. Olgu verisi

Tetkik	Olgu1		Olgu2		Olgu3	Olgu4		Olgu5		Olgu6	
	27.Ağu	12.Eyl	26.Ağu	11.Eki	26.Ağu	26.Ağu	29.Ağu	29.Ağu	11.Eki	26.Ağu	29.Ağu
IgM	Ara Değer	Pozitif	Negatif	Pozitif	Negatif	Negatif	Pozitif	Ara Değer	Ara Değer	Negatif	Pozitif
IgG	Ara Değer	Pozitif	Negatif	Ara Değer	Pozitif	Negatif	Pozitif	Negatif	Pozitif	Negatif	Pozitif
PCR	Negatif	Negatif	Pozitif		Pozitif	Pozitif	Pozitif	Pozitif		Pozitif	Negatif

IgM: immünoglobulin M, IgG: immünoglobulin G, PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu

Tablo 2. Literatür verisi

Literatür	Yıl	Olgu sayısı	Seyahat ilişkili geldiği ülke	Şifa/ölüm	Yaş	Cinsiyet	Şikayet/bulgu	Komplikasyon
Klimik Dergisi. 2024;37(3):211-3. Alıcı ve ark.	2024	1	Mısır	Şifa	28	Kadın	Ateş, döküntü, trombositopeni	Gelişmedi
Mikrobiyol Bul. 2019;53(3):348-353. Karabay ve ark.	2019	2	Sri Lanka, Malezya	Şifa	24, 30	Erkek (2)	Ateş, döküntü, trombositopeni	Gelişmedi
Pediatr Inf. 2019;13(1):e28-e31. Özbay ve ark.	2019	1	Filipinler	Şifa	16	Erkek	Ateş, baş ağrısı, trombositopeni	Gelişmedi
Türkiye Klinikleri J Intern Med. 2018;3(2):84-8. Aslaner ve ark.	2018	3	Maldivler	Şifa	25, 26, 26	Erkek (3)	Ateş, baş ağrısı, döküntü	Gelişmedi
Rom J Leg Med. 2016;277-80. Değirmenci ve ark.	2016	1	Tayland	Ölüm	65	Erkek	Ateş, döküntü	Ölüm
Mikrobiyol Bul. 2013;47(1):173-80. Uyar ve ark.	2013	1	Hindistan	Şifa	40	Erkek	Ateş, trombositopeni	Gelişmedi
Klimik Kongre Kitapçığı. 2007;P12-012. Sar ve ark.	2007	1	Brezilya	Şifa	25	Kadın	Ateş, burun kanaması, peteşi	Gelişmedi
Ekmud Kongre Kitapçığı. 2017;SS-030. Sarı ve ark.	2016-2017	6	Maldivler (2), Tayland (2), Sri Lanka (1), Gana (1)	Şifa	30, 26, 33, 49, 27, 50	Erkek (6)	Ateş, trombositopeni	Gelişmedi
Klimik Kongre Kitapçığı. 2017;PS-139. Özkök	2017	1	Singapur ve Bali	Şifa	56	Erkek	Ateş, öksürük, trombositopeni	Gelişmedi
Ekmud Kongre Kitapçığı. 2019;PS-045. Baysal ve ark.	2018	1	Hindistan	Şifa	26	Erkek	Ateş, retroorbital ağrı	Gelişmedi
Ekmud Kongre Kitapçığı. 2019;PS-135. Aydın ve ark.	2018	3	Güney Amerika (1), Endonezya (2)	Şifa	41, 43, 61	Erkek (3)	Ateş, döküntü, trombositopeni	Gelişmedi
Ekmud Kongre Kitapçığı. 2020;PS-156. Güç ve ark.	2020	1	Uz. Doğu (Tayland, Kamboçya, Filipinler, Tayvan, Singapur)	Şifa	38	Erkek	Ateş, göz ağrısı	Gelişmedi
Klimik Kongre Kitapçığı. 2021;PS-069. Belik ve ark.	2021	1	Sri Lanka	Şifa	27	Erkek	Ateş, nazal konjesyon, trombositopeni	Gelişmedi
Klimik Kongre Kitapçığı. 2023;PS-158. Acet ve ark.	2023	1	Nepal	Şifa	23	Kadın	Ateş, öksürük, balgam	Gelişmedi
Ekmud Kongre Kitapçığı. 2024;PS-011. Tunca ve ark.	2024	1	Dominik Cumhuriyeti	Şifa	31	Erkek	Ateş, döküntü, trombositopeni	Gelişmedi
Klimik Kongre Kitapçığı. 2024;PS-192. Şimşek ve ark.	2024	1	Bangladeş	Şifa	45	Erkek	Ateş, halsizlik, trombositopeni	Gelişmedi
Klimik Kongre Kitapçığı. 2016;PS-159. Dokuzoğuz ve ark.	2016	1	Hindistan	Şifa	21	Kadın	Ateş, bel ağrısı, trombositopeni	Gelişmedi
Toplam		27						

[PS-281]**HIV ve Hepatit B Ko-enfeksiyonu Bir Olgu Sunumu**Şahin Acar, Berke Türkmenoğlu, Ayşe Özlem Mete, İlkey Karaoğlu*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep*

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonları, dünya çapında önemli halk sağlığı sorunlarıdır. Her iki enfeksiyon da ciddi sağlık problemleri yaratabilir ve tedavi edilmezse ölümcül olabilir. Bulaş yollarının benzer olması nedeniyle HIV-HBV birlikteliği sık izlenmekte olup HIV veya HBV tanısı alan hastaların ko-enfeksiyon açısından taranması gerekmektedir. Bu yazıda, akut hepatit B kliniği ile prezentasyonu sırasında HIV ko-enfeksiyonu tespit edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Üç gündür halsizlik, iştahsızlık, ishal ve gözlerde sarılık şikayetleri ile polikliniğimize başvuran 39 yaşındaki erkek hastanın 26.06.2024 tarihli tetkiklerinde aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT) ve bilirubin düzeylerinde yükseklik saptandı. Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) yöntemiyle yapılan serolojik testlerde HBsAg pozitif, anti-HBs negatif, hepatit B çekirdek antikoru immünoglobulin M (IgM) pozitif ve HBV-DNA pozitif bulundu. Bu bulgularla akut hepatit B enfeksiyonu düşünülerek hasta servise yatırıldı. ELISA yöntemiyle yapılan HIV testi reaktif saptandı, Western Blot testi ile doğrulandı ve HIV-RNA pozitif olarak bulundu. Bu nedenle hasta, HIV ve HBV ko-enfeksiyonu olarak değerlendirildi. Fizik muayenede göz aklarında (skleralarda) hafif sarılık (ikter) izlenmiş, diğer sistem

muayeneleri doğal bulunmuştur. Şüpheli cinsel ilişki öyküsü bulunan hastada bulaş yolunun heteroseksüel temasla olduğu düşünülmüştür. Portal renkli Doppler ultrasonografi ve üst abdomen ultrasonografi incelemelerinde karaciğerde büyüme (hepatomegali, 162 mm), karaciğer parankiminde hafif düzeyde kaba heterojen görünüm ve dalakta büyüme (splenomegali, 15 cm) saptanmıştır. Hastaya biktetgravir, emtrisitabin ve tenofovir alafenamid içeren antiretroviral tedavi (ART) başlanmıştır. Servis izleminde hastanın şikayetleri gerilemiş, karaciğer fonksiyon testleri normale dönmüş ve genel durumu iyi seyretmiştir. Hasta, yatışının 10. gününde poliklinik kontrol önerisi ile taburcu edilmiştir. Başvuru sırasında HIV-RNA düzeyi 602.000 kopya/ml iken, tedavi sonrası 6. ayda <40 kopya/ml'ye düşmüştür. CD4+ T lenfosit sayısı başlangıçta 207 hücre/mm³ iken, 6. ayda 554 hücre/mm³ olarak ölçülmüştür. HBV-DNA düzeyi başlangıçta 10.000 IU/ml olup, tedavi sonrası negatifleşmiştir. Karaciğer fonksiyon testlerinde başvuru anında AST: 1376 U/l, ALT: 2451 U/l iken, 6. ayda normal değerlere gerilemiştir. Hastanın düzenli poliklinik takipleri devam etmektedir.

Sonuç: HIV ve hepatit B ko-enfeksiyonu, her iki hastalığın klinik seyrini karmaşık hale getiren önemli bir durumdur. Bir yandan HIV'nin bağışıklık sistemi üzerindeki etkisi, diğer yandan hepatit B'nin karaciğer üzerindeki etkisi, tedavi ve izleme gereksinimlerini artırır. Erken tanı, uygun tedavi stratejileri ve multidisipliner bir yaklaşım, bu ko-enfeksiyonların yönetimi için kritik öneme sahiptir. HIV pozitif tespit edilen olgular genellikle hepatit B açısından taranmaktadır. Ancak HBV pozitif saptanan hastalarda bulaş yolları ortak olmasına rağmen bazen HIV taranması gözden kaçabilmekte ve tedavi sürecinin başarılı bir şekilde yönetilmesinde gecikmelere yol açmaktadır. Bu nedenle, HIV gibi hepatit B hastalarının da ko-enfeksiyon açısından taranması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatit B, HIV/HBV ko-enfeksiyon

Tablo 1.					
	1. gün (26.06.2024)	1. ay (24.07.2024)	2. ay (02.09.2024)	3. ay (14.10.2024)	6. ay (28.01.2025)
Lökosit	4890/ul	4220/ul	4330/ul	4340/ul	5020/ul
Nötrofil	2950/ul	2030/ul	2370/ul	2320/ul	2810/ul
Lenfosit	1380/ul	1600/ul	1370/ul	1310/ul	1630/ul
Hemoglobin	13,7 gr/dl	14,2 gr/dl	14,7 gr/dl	14,9 gr/dl	14,6 gr/dl
Trombosit	160 000/ul	234 000/ul	208 000/ul	193 000/ul	208000/ul
AST	1376 U/l	45 U/l	30 U/l	29 U/l	31 U/l
ALT	2451 U/l	45 U/l	31 U/l	24 U/l	26 U/l
ALP	160 U/l	89 U/	84 U/l	87 U/l	82 U/l
GGT	170 U/l	79 U/l	32 U/l	22 U/l	17 U/l
LDH	607 U/l	219 U/l	210 U/l		
Total bilirubin	8,3 mg/dl	1,25 mg/dl	0,83 mg/dl	0,57 mg/dl	0,51 mg/dl
Direkt bilirubin	5,26 mg/dl	0,44 mg/dl	0,24 mg/dl	0,14 mg/dl	0,12 mg/dl
Total protein	63 g/l	72 g/l	72 g/l	70 g/l	74 g/l
Albümin	33 g/l	40 g/l	44 g/l	42 g/l	47 g/l
INR	1,51	1,05	1,01	1,03	0,97
AFP	4,1 ug/l				
Total kolesterol	69 mg/dl	137 mg/dl	130 mg/dl	134 mg/dl	153 mg/dl
LDL	54 mg/dl	87 mg/dl	89 mg/dl	90 mg/dl	95 mg/dl
Trigliserit	82 mg/dl	70 mg/dl	87 mg/dl	50 mg/dl	88 mg/dl
HIV-RNA	602 bin copy/ml	101 copy/ml	55 copy/ml	45 copy/ml	<40 copy/ml
CD4	207 (%15)	432 (%27)		432 (%33)	554 (%34)
CD 8	883 (%64)	720 (%45)		471 (%36)	603 (%37)
HBsAG	2335	6575			
HBV-DNA	10 000 UI/ml		8 UI/ml		0 UI/ml
Anti-HBC IgM	45 (+)				
Anti-HBC IgG	7 (+)				
HBe AG	73,3 (+)				
Anti-HBe	0,08 (-)				
Anti-Delta	0,19 (-)				
Anti-HBs	1,51 UI/ml (-)	1,8 UI/ml			
Anti-HCV	0,08 (-)				
Anti-HAV IgM	0,3 (-)				
AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, ALP: Alkalen fosfataz, GGT: Gama glutamil transferaz, LDH: Laktat dehidrogenaz, INR: Uluslararası normalize oranı, AFP: Alfa fetoprotein					

[PS-282]***Gordonia bronchialis* İzolasyonu: Postoperatif Yara Kültüründe Nadir Bir Bakteriyel Üreme Olgusu**

Saida Ahmadova¹, Banu Karaca¹, Bahar Örmən¹, Tuba Müderris²,
Alper Şener¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi
Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: *Gordonia bronchialis*, Gram-pozitif, kısmen aside dirençli, aerobik ve oportunistik bir aktinomiset olup, hem immünokompetan hem de immünokompromize bireylerde nadiren cihaz ve kateter ilişkili enfeksiyonlara neden olur. Bu mikroorganizmanın neden olduğu enfeksiyonların izolasyonu ve yönetimi zorlayıcı olabilir. Burada, cerrahi alan enfeksiyonu olarak ortaya çıkan bir *Gordonia bronchialis* olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Beş ay öncesinde ön komünikasyon arter anevrizması nedeniyle opere edilen 43 yaşında kadın hasta acil servise baş ağrısı, gece nöbetleri, vücutta konvülsiyon ve ağızdan köpük gelmesi şikayetleri başvurmıştır. Vital bulguları stabildi. Lökosit sayısı $6,84 \times 10^9/L$, C-reaktif protein 7 mg/dl olarak saptanmış olup, biyokimyasal parametreler normaldi. Nöroşirürji kliniğinde yara yeri revizyon operasyonu gerçekleştirildi. Operasyon

sırasında mikrobiyolojik değerlendirme için pürülan materyalden kültür alındı. MALDI-TOF analizi ile *Gordonia bronchialis* izole edildi. Enfeksiyon hastalıkları kliniği tarafından ampirik olarak seftriakson (2 g/gün) ve metronidazol (1,5 g/gün) tedavisi başlandı. Standart kriterlerin olmaması nedeniyle antibiyotik duyarlılık testi yapılamadı. Tedavinin beşinci gününde enfeksiyon belirteçlerinde yükseklik gelişmesi nedeniyle tedavi revizyonu yapılarak piperasilin-tazobaktam (18 g/gün) ve vankomisin (2 g/gün) başlandı. Ancak, döküntü gelişmesi nedeniyle vankomisin tedavisi kesilerek linezolid (1,2 g/gün) başlandı. Piperasilin-tazobaktamı 7 gün, linezolidi ise 6 gün aldı. Cerrahi alan temizdi ve akıntı yoktu. Taburculuk sırasında tedavinin devamı için oral linezolid (1,2 g/gün) ve sefiksım (400 mg/gün) reçete edildi. Poliklinik takibinde hastanın yara yerinde akıntı kesildi ve klinik yanıt alındı. Hastanın tedavisi halen devam etmektedir. 14-21 güne kliniğine göre tamamlanması planlandı.

Sonuç: *Gordonia bronchialis*, cerrahi alan ve tıbbi cihazlarla ilişkili enfeksiyonlar da dahil olmak üzere ciddi enfeksiyonlara neden olabilen nadir bir patojendir. Standart tanı ve duyarlılık testi kılavuzlarının eksikliği nedeniyle tanımlanması genellikle gecikmektedir. Bu olgu, özellikle nöroşirürjikal girişim öyküsü olan hastalarda, cerrahi alan enfeksiyonlarının ayırıcı tanısında nasir görülen bir etken olan *Gordonia bronchialis*'in de göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Komplikasyonları önlemek ve olumlu klinik sonuçlar elde etmek için erken tanı ve uygun antimikrobiyal tedavi kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Bakteriler ve bakteriyel enfeksiyonlar, *Gordonia bronchialis*, tanısal mikrobiyoloji

[PS-283]

Polimiksin B Tedavisinin Yan Etki Profiline İncelenmesi: Tek Merkez Deneyimi

Mehmet Buğra Özkara, Damla Akdağ, Oğuz Reşat Sipahi, Bilgin Arda, Hüseyin Aytaç Erdem

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Polimiksin B, dirençli Gram-negatif bakteri kaynaklı enfeksiyonların tedavisinde kullanılmaktadır. Nörotoksik ve nefrotoksik yan etkileri olabilir. Nefrotoksik etkisini renal tübüler hücrelerde birikerek göstermektedir. Bu çalışmada merkezimizde Ekim 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında tedavisinde polimiksin B kullanılan hastalarda yan etki ve advers olay gelişimi retrospektif olarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Ekim 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilen ve tedavisinde polimiksin B kullanılan hastalar kaydedilmiştir. Elektronik hasta dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların; enfeksiyon odağı, yoğun bakım yatışı, komorbiditeleri, böbrek fonksiyon testleri ve elektrolit değerlerindeki değişimler, advers olay gelişimi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler orantı (%) olarak sunulurken; gruplar arası fark ki-kare testi ile değerlendirildi. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 74 hasta [43 erkek (%58,11) ortalama yaş: $63,2 \pm 13,5$] dahil edildi. Altmış bir (%82,4) hastanın yoğun bakım yatışı mevcut olup 25'inin (%33,78) inotrop ihtiyacı mevcuttu. Yoğun bakımda yatış süresi ortalama 32,9 gündü. Altmış üç hastanın (%85,14) en az bir komorbiditesi vardı. Otuz dört hasta ile en sık hipertansiyon görülürken 22 hastanın diabetes mellitus tanısı mevcuttu. Hastaların %39,2'sinde enfeksiyon odağı olarak pnömoni saptandı. Yirmi üç hastada (%31,08) kreatinin artışı saptandı. Kreatinin artışı olan hastaların %47,8'inde tedavide kreatinin artışı nedeniyle revizyon yapıldı. Yetmiş beş yaş üstü hasta rubunda kreatinin artış oranı %58,3 saptandı, 60 yaş altı ve 60-75 yaş grubunda %25 oranında görüldü. Yaş grupları arası fark anlamlı olarak saptanmadı. 33 hastada (%44,59) en az bir elektrolit imbalansı görüldü. Kreatinin artışı, elektrolit imbalansı ile yoğun bakım yatışı, inotrop ihtiyacı ve komorbiditeler arası anlamlı ilişki saptanmadı. On hastada (%13,5) alerjik reaksiyon gelişti. Alerjik reaksiyon gelişen hastalarda en sık görülen semptomlar: Ağız çevresinde uyuşma (%70), ekstremitelerde uyuşma (%60), hipotansiyon (%50) olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda polimiksin B'nin nefrotoksitesitesi literatür ile benzer oranda saptanmıştır. Alerjik reaksiyon gelişen hastaların %50'sinde,

hastanın hemodinamisini bozan alerjik reaksiyon meydana gelmiştir. Dirençli Gram-negatif bakteri kaynaklı enfeksiyonların tedavisinde polimiksin B kullanımı esnasında yan etki ve advers olaylar açısından hastalar yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Alerjik reaksiyon, polimiksin B, nefrotoksitesite

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri	
Değişkenler	n=74
Erkek	43/74 (%58,11)
Yaş	$63,2 \pm 13,5$
Yoğun bakım yatışı	61/74 (%82,4)
Inotrop ihtiyacı	25/74 (%33,78)
Enfeksiyon odağı	
Pnömoni	29/74 (%39,18)
Deri yumuşak doku enfeksiyonu	6/74 (%8,1)
Bakteriyemi	5/74 (%6,75)
Kateter ile ilişkili enfeksiyon	4/74 (%5,4)
Batın içi enfeksiyon	4/74 (%5,4)
Yan etki	
Kreatinin artışı	23/74 (%31,08)
Kreatinin artışı nedeniyle tedavi revizyonu	11/23 (%47,83)
Herhangi bir elektrolit imbalansı	33/74 (%44,59)
Hipokalemi	19/74 (%25,68)
Hiperkalemi	8/74 (%10,81)
Hiponatremi	11/74 (%14,86)
Hipernatremi	3/74 (%4,05)
Advers olay	
Herhangi bir alerjik reaksiyon	10/74 (%13,51)
Ağız çevresinde uyuşma	7/10 (%70,0)
Ekstremitelerde uyuşma	6/10 (%60,0)
Yaygın maküler döküntü	5/10 (%50,0)
Hipotansiyon	1/10 (%10,0)
Bilinç değişikliği	5/10 (%50,0)
Uvula ödemi	0/10 (%0)
Nefes darlığı	0/10 (%0)

[PS-284]

Kızamık Aşı Yanıtlarını Nasıl Değerlendirelim?

Mehmet Buğra Özkara¹, Dilşah Başkol Elik², Hüseyin Aytaç Erdem¹,
Selda Erensoy³, Meltem Işıkgöz Taşbakan¹

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

²Turgutlu Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Kliniği, Manisa

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Ülkemizde kızamık aşı programı kapsamında 1987-1998 yıllarında monovalan kızamık aşısı 9. ayda tek doz olarak uygulanmıştır. 1998-2006 yıllarında ise 9. ayda ilk doz ve ilköğretim birinci sınıfta ikinci doz olmak üzere aşı programında yer almıştır. Sağlık çalışanları kızamık hastalığına karşı bağışık olmalıdır. Bu nedenle sağlık çalışanı adayları olan tıp fakültesi öğrencilerinin kızamık geçirdiğine doktor belgesi veya aşı kartı yoksa kızamık antikorları bakılmalıdır. Bu çalışmada kızamık immünoglobulin G testi negatif ve sınır değeri olarak saptanan öğrencilerin kızamık aşısı olma oranları ve aşı yanıtı retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

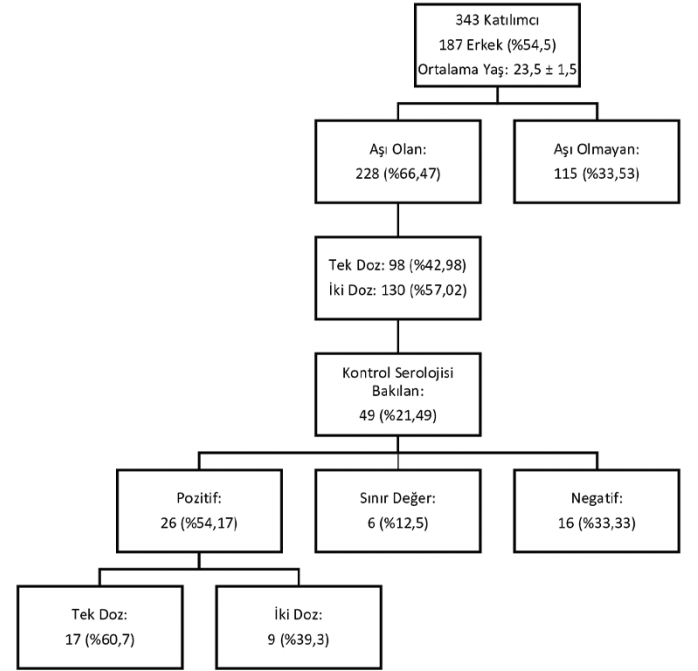
Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda, Ocak 2023-Aralık 2024 tarihlerinde enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran tıp fakültesi öğrencilerinin kayıtları ve serolojik sonuçları elektronik dosya sisteminden retrospektif olarak incelendi. Aşı olma durumları aşı takip sistemi üzerinden kontrol edildi. Kategorik değişkenler orantı (%) olarak sunulurken; gruplar arası fark ki-kare testi ile değerlendirildi. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 343 katılımcı [187 (%54,5) erkek, ortalama yaş: $23,5 \pm 1,5$] dahil edildi. İki yüz yirmi sekiz katılımcının (%66,47) seroloji sonuçları sonrası kızamık aşısı olduğu saptandı. Aşı olan katılımcılardan 130'una (%57,02) iki doz aşı uygulanmış. Cinsiyetler arası aşı olma durumları incelendiğinde erkek katılımcıların %61,5'i aşı olurken kadın katılımcıların %72,4'ü aşı olmuş olup cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$). Aşılama sonrası tüm katılımcıların 49'unun (%21,49) kontrol serolojisi görülmüş olup 26 katılımcıda (%54,17) pozitiflik saptanmıştır. Kontrol serolojisi değerlendirilen olguların 17'sinde (%60,7) tek doz; 9'unda (%39,3) ise iki doz sonrası seropozitiflik gelişmiştir.

Sonuç: Merkezimizde 2010-2024 yılları arası tıp fakültesi öğrencilerinin kızamık serolojileri incelendiğinde 1998 sonrası doğan katılımcılarda

seronegatifliğin artış gösterdiği saptanmıştır. Serolojik test yapılmasına rağmen tüm öğrencilerinin aşılanmaması ve kontrol seroloji testlerinin yapılmaması önemli bir kısıtlılıktır. Bu test ve aşılar sağlık çalışanlarına zorunlu olmalıdır. Aşılanma sonrası kontrol serolojisi görülen olguların %46'sında serokonversiyonun gelişmemiş olması aşı yanıtı ve/veya serolojik testlerin tekrar gözden geçirilmesini gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşılanma, kızamık, sağlık çalışanı



Şekil 1. Aşılama sonrası serokonversiyon şeması

Tablo 1. Cinsiyete göre aşı olma durumu			
	Erkek	Kadın	p-değeri
Aşı olan n, (%)	115 (%61,5)	113 (%72,4)	0,043
Aşı olmayan n, (%)	72, (%38,5)	43, (%27,6)	

[PS-285]

Karbapenem Dirençli *Klebsiella pneumoniae* Pnömonilerinde Farklı Tedavilerin Mortaliteye Etkisi

SümeYra İstek¹, Derya Kaya¹, Dilşah Başkol Elik², Melike Yaşar Duman³, Murat Emre Tokur⁴, Hüseyin Aytaç Erdem¹, Meltm Işıkgoz Taşbakan¹

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

²Turgutlu Devlet Hastanesi, Manisa

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Karbapenem dirençli Gram-negatif bakterilerin neden olduğu enfeksiyonlar ciddi mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Bu çalışmada karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae*'nin (KDKP) neden olduğu pnömonilerde risk faktörlerinin, uygulanan tedavilerin mortalite, morbidite etkisinin retrospektif olarak değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Ocak 2021-2025 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları 2. Basamak Yoğun Bakım Birimi'nde KDKP pnömonisi tanısı ile izlenen 132 hastanın demografik verileri, laboratuvar [hemogram, C-reaktif protein (CRP), sedimentasyon] değerleri, akciğer görüntülemeleri, kültür sonuçları, tedavide kullanılan antibiyotikleri ve tedavi süreleri bilgileri elektronik hasta dosyası üzerinden retrospektif olarak tarandı. Bu değişkenlerin 28. gün, 90. gün ve 1 yıllık mortalite oranları üzerine etkisi değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 132 hasta dahil edildi ve 40'ı (%30,3) kadındı; 38 hastanın (%28,78) KDKP ile kolonizasyonu olduğu ve 102 hastanın (%77,27) son bir ayda geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi aldığı saptandı. Kırk dört hastanın (%33,3) balgam, 85 hastanın (%64,39) derin trakeal aspirat, iki hastanın (%1,51) plevra ponksiyon sıvısı, bir (%0,7) hastanın ise bronkoalveolar lavaj sıvısında üreme oldu. Bakteremi 32 hastada (%24,24) görüldü. Radyolojik olarak 117 hastada (%88,63) pnömoni mevcuttu. En sık komorbiditeler diabetes mellitus (n=39, %29,5), hipertansiyon (n=49, %37,12) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (n=42, %31,81) idi. Komorbid hastalıklardan hiçbirinin tek başına mortalite ile anlamlı ilişkisi saptanmadı. Tüm hastalarda CRP

yüksekliği (>0,5 mg/l) ve 125 hastada (%94,69) prokalsitonin yüksekliği (>0,06 mcg/l) mevcuttu. İlk 28 günde ölenlerin prokalsitonin değeri $4,81 \pm 13,21$ (minimum-maksimum 0,06-70,55) (Z-değeri -3,676, p değeri 0,000) olarak bulundu. Seftazidim-avibaktam bazlı tedavi alanlarda ilk 28 günde mortalite istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha azdı (%76,2 16/21). Doksan günlük ve 1 yıllık mortalitede ise anlamlı fark saptanmadı. İnhaler ve parenteral tedavi 25 hastada (%18,93) birlikte uygulanmıştı [16'sı (%12,12) inhaler kolistin, 9'u (%6,81) ise inhaler amikasin]. İnhaler kolistin tedavisi alan hastaların 12'si (%75) ilk 28 gün içinde mortaliteye sahipti ve bu tedaviyi alanlarda mortalite oranının daha fazla olduğu görüldü (p=0,006) (Tablo 1). Mortalite 28. günde 59 hastada (%44,69), 90. günde 25 hastada (%18,93), 1. yılda ise 19 hastada (%14,39) görüldü (Resim 1).

Sonuç: Çalışmamızda seftazidim-avibaktam bazlı tedaviler 28 günlük mortaliteyi azaltmış ancak 1 yıllık sağkalım oranları üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir. Çalışmamız KDKP neden olduğu pnömonilerde yapılan en geniş seridir.

Anahtar Kelimeler: Karbapenem, *Klebsiella pneumoniae*

Tablo 1. Hastaların aldığı tedaviler ve ilk 28 günde mortalite oranları

	Sağ n (%)	Ölüm n (%)	Toplam n	p-değeri
Meropenem	65 (%55,6)	52 (%44,4)	117	0,234
İkili karbapenem (imipenem-meropenem veya ertapenem-meropenem)	17 (%60,7)	11 (%39,3)	28	0,644
Seftazidim-avibaktam	16 (%80)	4 (%20)	20	0,023
Kolistin	18 (%56,3)	14 (%43,8)	32	0,930
Polimiksin B	14 (%63,6)	8 (%36,4)	22	0,482
Tigesiklin	26 (%55,3)	21 (%44,7)	47	0,779
Fosfomisin	6 (%42,9)	8 (%57,1)	14	0,259
Siprofloksasin	5 (%35,7)	9 (%64,3)	14	0,089
Kolistin (inhaler)	4 (%25)	12 (%75)	16	0,006
Amikasin (inhaler)	5 (%55,6)	4 (%44,4)	9	1,00

[PS-286]

Weil's Disease: Two Case Reports

Günel Guliyeva, Terane Goyushova, Ferhad Shirinov, Revan Ibrahimov

Liv Bona Dea Hospital, Azerbaijan

Objective: Leptospirosis is an acute febrile systemic zoonotic infectious disease characterized by widespread vasculitis caused by spirochetes of the genus *Leptospira*.

Case: Two male patients, aged 72 (Case 1) and 43 (Case 2) with no history of chronic illness, were admitted to our intensive care unit with complaints of high fever persisting for five days, pain in the lower extremities, anuria, jaundice, and respiratory distress. Laboratory findings:

Case 1: C-reactive protein (CRP) 283 mg/l, total bilirubin 18 mg/dl, direct bilirubin 13.7 mg/dl, creatine kinase total 1617 U/l, creatinine 7.28 mg/dl, procalcitonin 24.90 ng/ml aspartate transaminase (AST) 130 U/l, alanine aminotransferase (ALT) 57 U/l, leukocyte count 6.95 K/μl, hemoglobin (Hb) 7.4 g/dl, platelet count 36 K/μl. **Case 2:** CRP 308.99 mg/l, total bilirubin 23 mg/dl, direct bilirubin 19 mg/dl, creatinine 5.94 mg/dl, procalcitonin 487 ng/ml AST 198 U/l, ALT 47 U/l, creatine kinase total 4257 U/l, leukocyte count 33.5 K/μl, Hb 6.5 g/dl, platelet count 75 K/μl. In the patients' history, it was noted that they were relatives spent most of their time together had eaten pork kebab about a week prior. Hepatitis B, C, A, EBV serology, *Leptospira* immunoglobulin G (IgG), *Leptospira* immunoglobulin M (IgM), and *Leptospira* polymerase chain reaction (PCR) tests were sent. Based on an initial diagnosis of leptospirosis, the patients were started on intravenous ceftriaxone (2x1 g/day) and oral doxycycline (2x100 mg/day). Both patients deteriorated rapidly, required intubation on the same day, developed inotropic support requirements, and underwent hemodialysis. Meropenem (3x1 g/day) was added to the treatment regimen. On the third day of treatment: Case 1: *Leptospira* IgM 1.4 S/CO, *Leptospira* PCR positive.

Case 2: *Leptospira* IgM 2.3 S/CO, *Leptospira* PCR positive. As both patients continued to deteriorate, plasma exchange was initiated. Case 1 was extubated on the 5th day of treatment (3rd day of plasma exchange). Case 2 was extubated on the 6th day of treatment (4th day of plasma exchange). Urine output was restored without the need for further hemodialysis. By the end of the first week, their clinical condition and laboratory findings improved. The total treatment duration was completed in 10 days, and both patients were discharged.

Conclusion: In conclusion, Weil's disease should be considered in the differential diagnosis of patients presenting with fever, jaundice, acute kidney injury, and thrombocytopenia. In patients presenting with jaundice and acute renal failure, rickettsia and acute viral hepatitis should also be considered in the differential diagnosis.

Keywords: Leptospirosis, Weil's disease, PCR testing

[PS-287]

Şuur Bozukluğu ile Başvuran Endokardit OlgusuEmine Parlak¹, Kübra Gögebakan², Zülal Özkurt²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Enfektif endokardit (EE), yüksek mortalite ve morbiditeye yol açabilen acil müdahale gerektiren bir klinik tablodur. Kapak hastalığı en sık görülen hazırlayıcı faktördür. EE komplikasyonları arasında kardiyak, nörolojik, renal, kas-iskelet sistemi, akciğer ve sistemik enfeksiyonlar yer almaktadır. Komplikasyonlar, tedavinin tamamlanmasından önce, tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilir. İskemik inme intraserebral arterin tıkanması ile ortaya çıkan bir komplikasyondur. EE kriptojenik inme olgularında düşünülmesi gerektiğini vurgulamak için bu olguyu paylaştık.

Olgu: Bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan 19 yaşında erkek hasta 3 gündür olan ateş ve halsizlik şikayetlerine son 1 günde davranış bozukluğu, şuur geriliği, idrar ve gaita kaçırma eklenmesi üzerine acil servise başvurmuş. Acil serviste tarafımıza konsülte edildiğinde hastanın 39 derece ateşi mevcuttu. Genel durum kötü, şuur konfüze, non-oryante non-koopere olarak değerlendirildi. Ense sertliği vardı. Hastanın laboratuvar bulguları sedimentasyon: 76 mm/h, beyaz küre: $12 \times 10^3/\mu\text{l}$, nötrofil %92, C-reaktif protein (CRP) 290 mg/l, aspartat transferaz 102 U/l, alanin aminotransferaz 114 U/l, idrar tetkikinde; beyaz küre: 7, eritrosit: 22 idi. Çekilen beyin bilgisayarlı tomografide akut hemoraji, kitle görülmedi. Çekilen beyin manyetik rezonansda difüzyon kısıtlayan bölge görülmesi üzerine enfarkt tanısıyla nöroloji servisine yatırıldı. İki gün sonra alınan kan kültüründe MSSA üremesi olması üzerine tarafımıza danışılan hastanın anamnez ve fizik muayenesi yapıldı. Hastanın bilinen kalp hastalığı, girişimsel işlem öyküsü yok; muayenede Osler nodülü, Janeway lezyonu, splinter hemoraji, çomak parmak, hepatosplenomegali saptanmadı. Seftriakson tedavisi sefazolin olarak değiştirildi. Transtorasik ekokardiyografide (TTE) biküsit aort kapağı saptandı, vejetasyon görülmedi. Diğer tetkiklerden müspet sonuçlanan olmadı. Modifiye Duke kriterlerinden 4 minor kritere (biküspit aort kapağı, ateş, arteriyel emboli, tek kan kültüründe MSSA üremesi) ek olarak sedimentasyon ve CRP yüksekliği, hematürisi olduğu görüldü. Transözofageal ekokardiyografide komplike aort vejetasyonu görüldü. Hasta EE tanısı ile kalp damar cerrahi servisine devredildi. Aort kapak replasmanı yapıldı. Sonradan sonuçlanan kan kültürlerinden 3 tanesinde de MSSA üremesi saptandı. Kapak kültürünün negatif olması üzerine sefazolin tedavisi 4 haftaya tamamlanarak tam şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Erişkinlerde EE ile ilişkili bulunan en önemli konjenital kalp hastalığı biküspid aort kapağıdır. Santral enfarkt gelişen fakat risk faktörü taşımayan hastalarda septik enfarkt akılda tutulmalıdır. TTE'de vejetasyon görülmemesine rağmen TTE'de operasyon gerektirecek kadar önemli patolojiler saptanabilmektedir. İnme EE'nin en önemli nörolojik komplikasyonudur.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, inme, vejetasyon

[PS-289]

İnvaziv Meningokokal Hastalık ile Takipli Menenjit OlgusuAdem Kaya¹, Hanife Nur Karakoç Parlayan¹, Talha Elmas¹, Berfin Acar²¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Ülkemizde meningokokal menenjit olgularının görüldüğünü, önemine dair farkındalığı artırmak için, takip ettiğimiz ve ölümlü sonuçlanan meningokoksik menenjit olgusunu sunarak, hastalığın klinik özelliklerine ve erken tanının önemine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: Otuz üç yaşında kadın hasta, beş gün önce aniden ateş ve baş ağrısı şikayetleri başlaması, takiplerinde kusma ve bilinç değişikliği gelişmesi üzerine acil servise başvurdu. Detaylı anamnezinde hastanın iki gün önce 10 gün süren umre ziyaretinden döndüğü ve meningokok aşısı yaptırmadığı öğrenildi. Fizik muayenede; ateş: 38,2 °C, nabız 101/dakika, kan basıncı 95/60 mmHg idi. Nörolojik muayenesinde ense sertliği mevcutken kernig ve brudzinski bulgusu saptanmadı. Vücutta yaygın purpura ve ekimozlar mevcuttu. Acil serviste bilinci kapalı ve Glaskow koma skoru; 6 olan hasta entübe edildi. Laboratuvar incelemede; beyaz küre sayısı: 14.540/mm³ (%93 polimorfonükleer lökosit, %4,5 lenfosit, %0,2 monosit, %0,6 bazofil), hemoglobin: 9,9 g/dl, trombosit: 58.000/mm³, C-reaktif protein: 297,7 mg/l, procalsitonin >100 µg/l saptandı. Biyokimyasal parametrelerinde kan üre azotu 17 mg/dl kreatinin 2,49 mg/dl, alanin aminotransferaz 252 U/l, aspartat transferaz 500 U/l, total bilirubin 0,35 mg/dl, uluslararası normalizasyon oranı 1,97 olarak saptandı. Kan gazı parametrelerinde pH 7,20 bikarbonat 10,7 mmol/l baz eksisi -20,3 laktat 13,3 mmol/l idi. Solunum sistemi polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) tetkikinde ise İnfluenza A ve Rhinovirüs pozitif. Beyinde yer kaplayıcı lezyon ve olası diğer santral hadiseleri dışlamak için beyin bilgisayarlı tomografi çekildi. Beyin BT'de patoloji saptanmayan ve göz dibi muayenesi normal olan hastaya

Lomber Ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde; BOS basıncı artmıştı, görünümü bulanıktı, protein 968 mg/dl, BOS glikoz 0,3 mg/dl (eş zamanlı kan glikozu 130 mg/dl) bulundu. BOS'nin direkt mikroskopik incelemesinde silme lökosit saptandı. BOS bulgularıyla akut bakteriyel menenjit düşünülen hastaya yaş, seyahat öyküsü ve yakın zamanda antibiyotik kullanımı gibi dirençli mikroorganizmalar açısından risk faktörleri düşünülerek olası etkenlere yönelik ampirik olarak seftriakson 2x2 g/gün intravenöz (IV), vankomisin 3x1 g/gün (IV) ve antiödem etkisi nedeniyle deksametazon 4x10 mg (IV) tedavi başlandı. Takiplerinde hipotansif ve taşikardi olan hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Alınan BOS ve kan kültüründe üreme olmadı, BOS PCR tetkikinde *N. meningitidis* pozitif saptandı. Hasta tedavinin üçüncü gününde eksitus oldu.

Sonuç: Risk altındaki grupları invaziv meningokok hastalığından koruyabilmek için meningokok aşılması önerilmeli, tüm risk gruplarını kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Kültürde üreme olmayan durumlarda PCR, meningokok menenjit tanısında hızlı ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, invaziv meningokokal hastalık, *Neisseria meningitidis*



Şekil 1. Olgu 1 umre dönüşü meningokokal menenjit

[PS-290]

Pott Apsesi Olgu Sunumu

Nursel Yıldız Zengin, Emine Parlak, Levent Görenek, Ayşe İnci,
Derya Özyiğitoğlu

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, İstanbul Sultan 2.
Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Giriş: Tüberküloz, dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. Pott apsesi, tüberküloz bakterisinin neden olduğu spondilodiskittir. Özellikle gelişmekte olan bölgelerde dikkat edilmesi gereken ciddi bir hastalıktır. Hematojen veya lenfatik yolla yayılım sonucu oluşmaktadır. Vertebral diskte başlayarak çevre dokulara yayılma ile karakterizedir. Tüberküloza bağlı kemik tutulumu olan olguların yaklaşık üçte birinde vertebra tutulumu (Pott hastalığı) gelişmektedir. Erken tanı ve uygun tedavi ile hastalık kontrol altına alınmaktadır. Tedavi edilmediği takdirde ciddi komplikasyonlara yol açmaktadır.

Olgu: Kırk dokuz yaşında erkek hasta, 9 aydır olan sırt ağrısı ve bacaklarda güçsüzlük nedeniyle ortopedi, beyin cerrahisi ve fizik tedavi polikliniklerine başvurdu. Ancak şikayetleri artan ve 6 ayda yaklaşık 30 kilo kaybı olan hasta dahiliye kliniği tarafından tetkik açısından servis takibine alındı. Hastanın tüm abdomen ve toraks bilgisayarlı tomografi görüntülemesi yapıldı. Laboratuvar testleri yatışta beyaz küre sayısı 8910/ul, hemoglobin 14 g/dl, platelet 360.000/ul, kreatinin 0,7 mg/dl, C-reaktif protein 41 mg/l, sedimentasyon: 40 mm/h, aspartat transferaz 8 U/l, alanin aminotransferaz 9 U/l saptandı. Tümör markerleri ve ELİSA [(anti-insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV), HBsAg, anti-hepatit C virüsü (HCV)] testleri normal olarak sonuçlandı. Bacaklarında güçsüzlük şikayeti olan hasta nörolojiye konsülte edildi. Hastanın torakolomber MR sonucu T9-10 seviyesinde apseye ait olabilecek yumuşak doku dansitesi olarak değerlendirildi (Rapor 1). Hasta torakal vertebradaki lezyon açısından göğüs hastalıkları ve radyoloji tarafından değerlendirildi. Pot apsesi olarak yorumlandı. Akciğerde multipl metastatik nodüller tüberküloz olarak değerlendirilen hastaya bronkoalveolar lavaj (BAL) yapıldı.

BAL örneğinde yapılan polimeraz zincir reaksiyonunda *M. tuberculosis* pozitif saptandı. Kültürde *Mycobacterium tuberculosis* kompleks üredi. Hastaya dörtlü antitüberküloz tedavisi (izoniyazid 300 mg, Rifampisin 600 mg, Etambutol 1500 mg, Pirazinamid 2000 mg) başlandı. Hastaya Pott apsesi için beyin cerrahisi tarafından operasyon planlandı. Ancak anestezi tarafından operasyonu gerçekleştirecek havalandırma ve izolasyon alt yapıları mevcut olmadığı belirtilerek işlem onayı verilmeyen hasta operasyonun yapılabileceği başka bir merkeze sevk edildi. Tedavisi tamamlandı. Sekel kalmadı.

Sonuç: Pott apsesi, erken tanı ve tedavi ile tamamen iyileşebilen, ancak tedavi edilmediğinde ciddi sonuçlar doğurabilen bir hastalıktır. Tüberkülozun neden olduğu bu enfeksiyon, vertebral kolonun hasar görmesine ve nörolojik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Klinik belirtiler ve radyolojik bulgular doğrultusunda hızlı bir tanı konulması, uygun tedavi sürecinin başlaması açısından büyük önem taşır. Bu nedenle, Pott apsesinin erken tanısı, hastalığın prognozunu iyileştirebilir ve komplikasyon riskini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Pott apsesi, spondilodiskit, *Mycobacterium tuberculosis*

24.05.24

KONTRASTLI TORAKOLOMBER MRG İNCELEMESİ**Bulgular:**

T9-T10 hizasında diske komşu vertebra korpuslarında belirgin disk sinyalinde artış, post kontrastli görüntülerde **kontrastlanma**, paravertebral alandaki yumuşak dokularda **apsesye** ait olabilecek görünüm ön planda spondilodiskite bağlı olarak değerlendirilmiştir. Bu düzeydeki hipertrofik sebeplere bağlı **medulla spinalise** yaklaşık 45mm'lik segmentte **medulla spinalise**, bası sinyal artışı, spinal kanal daralma, **foramende** daralma izlendi. Klinikte değerlendirme önerilir.

Lomber lordoz normaldir.

Tüm düzeylerde vertebra korpus yükseklikleri normaldir.

L2-L3 seviyesinde disk sinyali yüksekliğinde azalma, santral disk taşması izlendi.

L5-S1 seviyesinde bası yapmamış hafif disk taşması görülmüştür.

Diğer lomber seviyelerde **intravertebral** disklerin arka konturlarında anlamlı taşma saptanmamıştır. Nöral **foramen** genişlikleri normaldir.

Spinal kanal AP çapı normal olarak değerlendirilmiştir.

Konus **medullaris** L1 vertebra düzeyinde sonlanmaktadır. Filum terminale serbesttir.

Intra ve **ekstradural** kitle lezyon tespit edilemedi.

Paraspinal yumuşak dokular normaldir.

Post kontrastli görüntülerde patolojik **kontrastlanma** izlenmemiştir.

Rapor 1. Hastanın kontrastlı torakolomber manyetik rezonans görüntülemesi

[PS-291]

Diyabetik Ayak Enfeksiyonu Olan Hastaların Periferik Arter Hastalığı Açısından Değerlendirilmesi

Sena Buse Beydilli Topcu, Emine Parlak, Ayşe İnci, Derya Özyiğitoğlu, Levent Görenek

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

Giriş: Dünya genelinde 2021 yılı itibarıyla yaklaşık 540 milyon, ülkemizde ise 9 milyonun üzerinde diyabet tanılı hasta bulunmaktadır. Diyabetli hastaların yaklaşık %35'inde ayak yarısı geliştiği bilinmektedir. Diyabetik ayak enfeksiyonu (DAE) gelişimi bu hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Diyabeti ve ayak yarısı olan hastaların %50'sinde periferik arter hastalığı (PAH) olduğu tahmin edilmektedir. DAE patogeneğinde PAH önemli rol oynamaktadır. DAE ile takip edilen hastalarda PAH tanısı ve uygun şekilde tedavisi önem taşımaktadır.

Gereç ve Yöntem: 1 Mart 2022-1 Mart 2025 tarihleri arasında DAE tanısı ile servisimize yatırdığımız ve alt ekstremitte arteriyel Doppler ultrasonografi çekilen 37 hasta çalışmamıza dahil edildi. Bu hastaların demografik özellikleri, laboratuvar ve görüntüleme bilgileri hastane bilgisayar kayıtları üzerinden retrospektif olarak incelendi. Elde edilen veriler arasındaki ilişki ki-kare testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 37 hastanın yaş ortalaması $58,4 \pm 12,2$ (minimum: 35, maksimum: 85) olup %78,4'ü (29) erkek, %21,6'sı (8) kadındı. Hastaların HbA1c düzeyi ortalaması $9,8 \pm 2,5$ mmol/mol (minimum: 5,8 mmol/mol-maksimum: 16,5 mmol/mol) olarak belirlendi. Hastaların alt ekstremitte arteriyel Doppler ultrasonografileri değerlendirildiğinde %75,6'sında (28) arteriyel akım anormallliği saptandığı görüldü. Hastaların %55,2'sinde (21) monofazik akım, %18,9'unda (7) bifazik akım görüldü. Bu arteriyel akım anormalliklerinin %16,2'si (6) derin femoral arter, %10,8'i (4) popliteal arter, %16,2'si (6) anterior tibial arter, %13,5'i (5) posterior tibial arter, %10,8'i (4) dorsalis pedis arteri seviyesinden itibaren görülmekteydi. Ayrıca bir başka bulgu olarak %70,2'sinde (26) yaygın aterosklerotik plaklar saptandı. Alt ekstremitte arterlerinde monofazik akım tespit edilen 21 hastanın %47,6'sı (10), bifazik akım tespit edilen 7 hastanın %57,1'i (4), trifazik akım tespit edilen 9 hastanın %66,6'sı (6) medikal tedavisi tamamlanarak

taburcu edilmiştir. Monofazik akım tespit edilen hastaların %52,4'üne (11), bifazik akım tespit edilen hastaların %42,8'ine (3), trifazik akım tespit edilen hastaların %33,3'üne (3) ise ilgili cerrahi branşlar tarafından amputasyon kararı verilmiştir. Akım tipi ile amputasyon kararı arasındaki ilişki ki-kare testi ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,620$).

Sonuç: Hastalarımızın %75,6'sında arteriyel akım anormallliği ve ayrıca %70,2'sinde yaygın aterosklerotik plak tespit edilmiştir. Akım tipi ile amputasyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bunun bir nedeninin çalışmamızdaki hasta sayısının yetersizliği olduğu düşünülmüştür. DAE tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Arteriyel yetmezlik tespit edilen DAE olan hastaların tedavisinde antibiyoterapi ve yara bakımı tek başına yeterli değildir. Bu hasta grubunda gerekli medikal tedavi ve revaskülarizasyon işlemlerinin uygulanması ile tedaviye cevabın iyileşeceği ve amputasyonların önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak enfeksiyonu, periferik arter hastalığı

Tablo 1. Olgularımızın alt ekstremitte arteriyel Doppler ultrasonografi bulguları

Bulgular	Hasta sayısı (%)
Arteriyel akım anormallliği	28 (%75,6)
Monofazik akım	21 (%56,7)
Bifazik akım	7 (%18,9)
Trifazik akım	9 (%24,3)
Yaygın aterosklerotik plak	23 (%70,2)

Tablo 2. Olgularımızın alt ekstremitte arteriyel akım tipine göre tedavi sonuçları

Akım tipi	Medikal tedavisi tamamlanarak taburcu edilen hasta sayısı (%)	Amputasyon kararı verilen hasta sayısı (%)
Monofazik akım	10 (%47,6)	11 (%52,4)
Bifazik akım	4 (%57,1)	3 (%42,8)
Trifazik akım	6 (%66,6)	3 (%33,3)

[PS-292]

Kalp Nakli Hastalarında Bağışıklama Konusunda Tek Merkezin 25 Yıllık Deneyimi: Koronavirüs hastalığı-2019 Pandemisinin Etkisi

Merve Mert Vahabi¹, Seichan Ketentzi², Hüseyin Aytaç Erdem³, Ümit Kahraman⁴, Hüsnü Pullukçu³, Meltem Işıkgöz Taşbakan³

¹Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

²Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Samsun

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Solid organ nakli alıcılarında aşılamanın kritik öneme sahip olduğu bilinmekle birlikte, etkili süveyansın sürdürülemediği ülkelerde zorluklar ortaya çıkmaktadır. Bu çalışma, kalp nakli hastalarının aşılama durumunu, hepatit B (HBV) aşılara karşı antikor yanıtlarını ve pandemi sonrası aşılama oranlarındaki değişiklikleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 1998 ile Mart 2023 tarihleri arasında kalp nakli yapılan ve elektronik tıbbi kayıtlarına erişilebilen 18 yaş ve üstü hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Ameliyat sonrası dönemde kaybedilen

hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. HBV aşılama durumu ve antikor yanıtlarının yanı sıra pnömokok aşısı, tetanoz aşısı ve Koronavirüs hastalığı-2019 aşısı ile aşılama durumları değerlendirilmiştir. Aşılama oranları, pandemi öncesi (Mart 2020 öncesi dönem) ve sonrası (Mart 2020 sonrası dönem) karşılaştırılarak yıllara göre analiz edilmiştir.

Bulgular: İki yüz doksan beş kalp nakli alıcısından 174'ü dahil edilme kriterlerini karşılamıştır. Bunların 38'i (%21,83) kadındı ve ortalama nakil yaşı $38,78 \pm 16,05$ yıldır. Dilate kardiyomiyopati, naklin önde gelen nedeni idi (119/174, %68,3). Tüm hastalar tetanoz ve en az iki doz COVID-19 aşısı ile aşılanmıştı. PCV13 aşısı 65 hastaya (%37,35) uygulanmıştır, ancak pandemi öncesi PCV13 aşılama oranı %12,42'dir (21/169) ($p < 0,0001$). Aşılanmamış 109 hastadan 76'sı eks olmuştur ve hayatta kalan 33 hastanın 11'ine (%33,3) bilgilendirildikten sonra PCV13 aşısı yapılmıştır. Serolojik bulgular 35 hastada (%20,11) önceden HBV enfeksiyonu olduğunu göstermiştir. Kalan hastaların 66'sı (%37,93) aşılanmış, 73'ü (%41,95) ise aşılanmamıştı. Nakil öncesi aşılama daha yaygınken (%68,18), sadece %31,8'i (21/66) nakil sonrası aşılanmış, 8'inde (%38,09) antikor gelişmiş ve 13'ünde (%61,9) tekrarlanan rapel dozlardan sonra serokonversiyon elde edilmiştir.

Sonuç: Yeterli antikor yanıtını sağlamak için nakil adaylarının aşılama nakil öncesinde tamamlanmalıdır. Pandeminin aşıyla önlenabilir hastalıklara yönelik farkındalığı ve aşılama oranlarını artırdığı gösterilmiştir; ancak bu yüksek riskli hasta popülasyonunda bile aşılama oranları ne yazık ki istenen düzeyde değildir.

Anahtar Kelimeler: Kalp nakli, solid organ alıcılarında bağışıklama

[PS-294]

***Trichophyton mentagrophytes* (Genotipi VIII? T. Indotineae?) Olgusu**

Veyisel Akça, Turhan Togan

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Muğla

Giriş: Dermatofitler, keratinofilik mantarlardır. Enfekte bir konaktan doğrudan temas yoluyla veya çevreden bulaşır. Biz HIV negatif, tedaviye dirençli *Trichophyton mentagrophytes* (genotipi VIII? T. indotineae?) üremesi olan iki kişiyi değerlendirdik.

Olgu: Otuz iki yaş kadın ve 43 yaş erkek hasta tarafımıza genital bölgede kaşıntılı lezyonlarla başvurdu. Erkek hasta psöriazis tanısı olduğunu ve kadın hasta ek kronik hastalığı olmadığını ifade etti. Yaklaşık 8 aydır birçok dış merkez başvurusu olduğu belirtildi. Lezyonlar için birçok topikal ajanın haricinde oral itrakanozol, flukanozol ve terbinafin kullanımı olduğu saptandı. Hastalar önerilen ilaçları düzenli kullandıklarını ifade ettiler. Ancak buna rağmen lezyonlarda ve kaşıntıda gerileme olmadığı belirtildi. Daha önce dış merkezlerde yapılan deri kazıntısında nativ pozitif saptanmış. Alınan örneklerde kültür üremesi olmamış. Son 1 yılda seyahat öyküsü ve hayvan teması tarifi lenmedi. Kişiler tanı ve tedavi için yatırıldı. Kişilerden deri kazıntı örneği alındı. Kültür ve antibiyogram için gönderildi. Kişilere yüksek doz

flukanozol 1x400 mg iv başlandı. Hastaların tedavi geçmişi ve lezyonları değerlendirildiğinde tedaviye dirençli *Trichophyton mentagrophytes* (genotipi VIII? T. indotineae?) ile uyumlu olduğu düşünüldü. Literatür değerlendirildi. Klasik antifungallerin dışındaki (flukanozol, itrakanozol ve terbinafin) diğer antifungallerin uzun süre kullanımıyla lezyonların gerilediği çalışmalarda belirtildiği için, vorikonazol 2x6 mg/kg intravenöz yükleme ve 2x4 mg/kg intravenöz idame tedavisi olarak başlandı. Vorikonazol tedavisinden 24 saat sonra kaşıntılar azaldı. Tedavi başlangıcından 3 gün sonra lezyonlarda belirgin gerileme saptandı. Takip eden süreçte vorikonazol intravenöz tedavisine 2 hafta boyunca devam edildi. Hastalar lezyonlarında gerileme ve kaşıntı olmaması nedeniyle, oral vorikonazol ile taburcu edildi. Tedavinin 3. haftasında tarafımızca ilk alınan deri kazıntısında *Trichophyton mentagrophytes* (genotipi VIII? T. indotineae?) üremesi olduğu saptandı. Duyarlılık olduğu için devam edildi. Hastalar 2 haftada bir kontrol için çağrıldı. Hastaların 8. hafta kontrolünde lezyonları geriledi. Tedavi takibi süresince ek klinik şikayet ve laboratuvar bozukluğu gelişmedi. Hastalar haftada birkaç kez eski lezyon yerlerinde kaşıntılarının devam ettiğini ifade etti. Lezyon yerlerinde görsel bulgu olmasa da, 8. haftada yapılan nativ testi pozitif saptandı. Dermatoloji görüşüyle tedavinin devamı önerildi. Tedavi lezyonların ve semptomların gerilmesiyle 3. ayda sonlandırıldı.

Sonuç: Ülkemizde son 2 yıldır tedaviye dirençli dermatoz olgularının sayısında artış gözlenmektedir. Tedaviye dirençli olgularda, *Trichophyton mentagrophytes* (genotipi VIII? T. indotineae?) üremesi açısından deri kazıntısı alınması ve vorikonazolün tedavide değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: T. indotineae, T. mentagrophytes, vorikonazol



Şekil 1. Lezyonların seyri

ULUSAL MİKOLOJİ REFERANS LABORATUVARI

Çalışılan Analiz	Birimi	Yöntem	Tayin Limiti	Referans Değer	Analiz Sonuçları	Numune Cinsi
------------------	--------	--------	--------------	----------------	------------------	--------------

*Mantar tanımlanması ve antifungal duyarlılık testi (otomatik sistem)

Trichophyton
mentagrophytes

Saçlı Deri

	Duyarlı	Ara Değer	Dirençli	Sonuç
Amphotericin B	☐	☐	☐	4
Itraconazole	☐	☐	☐	0,25
Voriconazole	☐	☐	☐	0,25
Micafungin	☐	☐	☐	0,015

Boyali mikroskopik inceleme

Trichophyton
mentagrophytes

Klinik İzolat

*İdentifikasyon

Trichophyton
mentagrophytes

Klinik İzolat

Şekil 2. Kültür üremesi sonucu

[PS-295]

HIV/AIDS Olgularında Kemik Metabolizması ve Kemik Hastalıklarının Yönetimi

Seichan Ketentzi¹, Banu Şarer Yürekli², Füsun Saygılı², Deniz Gökengin³

¹Gazi Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği,
Samsun

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Endokrinoloji Bilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Bu çalışmanın amacı, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireylerde kemik metabolizması bozukluklarını incelemek, gerektiğinde tedavi etmek ve düzenli bir şekilde izlemek suretiyle bir protokol oluşturmaktır.

Gereç ve Yöntem: Katılımcılar 1 Mart 2019-31 Aralık 2021 arasında çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalara antiretroviral tedavi başlanmadan önce DEXA taraması yapılmıştır. Çalışmaya alınan hastalarda kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçümleri ve bu ölçümlere etki edebilecek çeşitli faktörler incelenmiştir. Hastaların kontrol DEXA ölçümleri başlangıç DEXA ölçümleri ile karşılaştırılmış ve KMY değişimleri kaydedilmiştir. KMY ölçümü normal olan olgularda kontrol DEXA 2-3 yıl

arayla, osteopeni/osteoporoz saptanması durumunda 1-2 yıl arayla tekrarlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 85 hasta alınmıştır. Hastaların %8,2'si kadın, 91,8'i erkektir. HIV tanısı aldıklarında yaş ortalamaları 36,97 saptanmıştır. Beden kitle endeksi (BKE) zayıf, normal, kilolu, obez olarak sınıflandırılmıştır ve sırasıyla %3,5, %50,6, %35,3 ve %10,6'dır. Sigara kullanımı oranı %54,1, alkol kullanımı oranı %78,8 (bunların %57,6'sı nadiren, 21,2'si sık sık alkol kullanmaktadır), madde kullanımı oranı ise %10,6'dır. HIV tanısı aldıklarında kadınlarda menopoza ve erkeklerde hipogonadizm varlığı sırasıyla %28,6, %1,3'tür. Komorbiditeler ve steroid kullanımı nadirdir. Benzer şekilde bireyde ve ailesinde kırık öyküsünün de nadir olduğu bulunmuştur. Hastaların %4,7'sinde FRAX skorlarına göre kırık riski yüksektir. Antiretroviral tedavinin başlanma zamanı ortalama 1,15 aydır (aralık 0,16- 8,87). Hastaların %3,52'sinin tenofovir disoproksil fumarat kullandığı saptanmıştır. Hastalarda lomber bölgedeki osteoporozun oranı %7,1, kemik mineralizasyon bozukluğu (KMB) (osteopeni veya osteoporoz) %57,6 bulunmuştur. Osteopeni düzeyinde kemik mineral kaybı olan kişilerin yarısından fazlası (s=26) 18-35 yaş arasında ve %80'i 50 yaş altındadır. KMB olan ve olmayan hastalar yaş, cinsiyet, menopoza, erkek hipogonadizmi, BKE, alışkanlıklar (sigara, alkol, madde), komorbiditeler, CD4+ T lenfosit sayıları, HIV-RNA ve D vitamini düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Bu parametreler ile KMB arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. KMB olanlarda D vitamini eksikliği olmayanlara göre iki kat daha fazladır (p=0,0964). Kontrol DEXA ölçümlerinde femur boynu ve total femur KMY değerindeki azalmanın yüksek olduğu görülmüştür. D vitamini kullanımına rağmen kontrol DEXA'da L1-L4, femur boynu ve femur total KMY ölçümlerinde azalma oranları sırasıyla %55,6,%70,4 ve %70,4'tür.

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde, klasik hazırlayıcı faktörler bulunmasa da KMB erken yaşlarda ortaya çıkabilir ve bu osteoporoz düzeyinde de olabilir. Çalışmanın bulguları, hastaların KMB açısından genç yaşlarda taranmasının önemini vurgulamaktadır. D vitamini eksikliği, KMB gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Kılavuzlara uygun tedavilere rağmen, hastalarda KMY'nin azalması, HIV enfeksiyonunun seyrindeki bir süreç olabilir ve bunun, ilerleyen yıllarda kırık riskini artırması mümkündür. Bu bulgular, HIV ile yaşayan bireylerde kemik sağlığının yakından izlenmesi, iyi yönetilmesi ve doğru tedavi edilmesinin önemini yansıtmaktadır.

Anahtar Kelimeler: DEXA, HIV enfeksiyonu, kemik mineralizasyonu bozukluğu

[PS-296]

Kriptokok Lenfadenit ile Prezente Olan Yeni Tanı HIV Pozitif Hastada Kriptokok Menenjit Olgusu

Enes Topçu, Sevtap Şenoğlu, Fatma Bayrak Erdem

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: *Cryptococcus neoformans*, bağışıklığı baskılanmış bireylerde fırsatçı enfeksiyonlara yol açan kapsüllü bir maya mantarıdır. En sık meninks, deri ve akciğer tutulumu görülmektedir. Olgumuzda, lenf nodu biyopsi patolojisi kriptokok enfeksiyonu olarak raporlanan hastanın insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ve sonrasında AIDS tanımlayıcı hastalıklardan kriptokok menenjiti tanısı alma süreci anlatılmaktadır.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 35 yaş erkek hasta, 3 ayda 25 kilo kaybı olması üzerine dahiliye polikliniğine başvurmuştur. Platelet: 60.000 olması üzerine hematoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. İstenilen pozitron emisyon tomografisi görüntülemesi “sağ servikalde en büyüğü 17 mm boyutlarında yoğun ¹⁸F-florodeoksiglukoz tutulumu gösteren (maksimum standardize tutulum değeri: 32,1) lenfadenopatiler tespit edilmiştir” şeklinde raporlanması üzerine hastaya eksizyonel biyopsi yapılmıştır. Sağ supraklaviküler lenf nodu biyopsi patoloji raporunda “lenf nodunda yaygın, çok miktarda histiyositler içerisinde yuvarlak kapsüllü mantar sporları görüldü. Bulgular kriptokok enfeksiyonu ile uyumludur” ifadesi görülmesi üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmiştir. Polikliniğe başvuran hastanın geçmiş tetkiklerinde anti-HIV testinin pozitif olduğu görülmüştür. Bir şikayeti olmayan hastanın bilinci açık oryante koopere idi. Ense sertliği ve meninks irritasyon bulguları negatifti. Kraniyal, motor ve duysal sinir muayenesi ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Tetkiklerinde HIV-RNA: 3,840.000 kopya/ml, CD4: 33 hücre/µl

(%5,3) olarak sonuçlandı. Toraks bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sağ akciğer orta lobta buzlu cam infiltrasyon alanı izlenmiş olup, kriptokok enfeksiyonunun pulmoner tutulum başlangıcına ait bir görünüm olabileceği düşünüldü. Serumdan *Cryptococcus neoformans* antijeni gönderildi ve negatif sonuçlandı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Hücre sayımında lökosit ve eritrosit görülmeyp, beyin omurilik sıvısı (BOS) glukoz: 39,6 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 111 mg/dl (oran: 0,35), BOS protein: 60 mg/dl saptandı. BOS *Cryptococcus neoformans* antijeni pozitif sonuçlanan hastaya indüksiyon tedavisi olarak lipozomal amfoterisin B 1x250 mg intravenöz (IV) ve flukonazol 1x1200 mg IV başlandı. Takiplerinde komplikasyon gelişmeyen, 2 hafta indüksiyon tedavisi alan hasta konsolidasyon tedavisi için flukonazol 1x400 mg ile taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde nüks saptanmayan hastanın idame tedavisi 1 yıl sonunda kesildi.

Sonuç: CD4 sayısı özellikle 100 hücrenin altında olan HIV pozitif hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. Olgumuzda olduğu gibi başka bir klinikle başvuran fakat ileri tetkikler neticesinde menenjit kliniği henüz gelişmeden tanı koyulan olgular olabileceği gözden kaçmamalıdır. BOS kriptokok antijen pozitifliğinin duyarlılığının ve özgüllüğünün çok yüksek olduğu unutulmamalıdır. Tedavi altında iken nüks olabileceği için yakın takip edilmesi gerektiğine dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kriptokok, lenfadenit, menenjit

Tablo 1. Hastanın kriptokok menenjitiyle ilgili pozitif laboratuvar bulguları

Parametre	Hasta Değeri	Referans Değeri
HIV RNA	3.840.000 kopya/mL	<50 kopya/mL (kontrol altında)
CD4 T Hücre Sayısı	33 hücre/µL (%5,3)	500-1500 hücre/µL (%30-60)
Serum Kriptokok Antijeni	Negatif	Negatif
BOS Glukoz	39.6 mg/dL	45-80 mg/dL
Eş Zamanlı Kan Glukozu	111 mg/dL	70-110 mg/dL
BOS/Kan Glukoz Oranı	0.35	>0.6
BOS Protein	60 mg/dL	15-45 mg/dL
BOS Kriptokok Antijeni	Pozitif	Negatif

HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü, BOS: Beyin omurilik sıvısı

[PS-297]

Erişkin Yoğun Bakım Ünitelerinde Ventilator İlişkili Pnömoni Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

Duygu Yener¹, Özgür Günel¹, Mustafa Usanmaz¹, Bahar Büşra Sivrikaya¹, Süleyman Sırrı Kılıç², Selda Sözen³, Asiye Vural³, İlknur Çağlar³

¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Samsun

Giriş: Ventilator ile ilişkili pnömoni (ViP) hastane kaynaklı enfeksiyonlar arasında sık görülen enfeksiyonlardandır. ViP mekanik ventilatöre bağlı olan hastalarda ilk 48-72 saatten sonra gelişen sağlık hizmeti ile ilişkili bir enfeksiyondur. Bu çalışmada hastanemiz erişkin yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) gelişen ViP olgularında ViP hızının, ventilator kullanım oranının (VKO) ve enfeksiyon etkenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 1.140 yatak kapasiteli Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 174 yataklı 2. ve 3. basamak erişkin YBÜ'lerde 01.01.2019-31.12.2024 tarihleri arasında takip edilen hastalarda ViP gelişen olgular dahil edilmiştir. ViP tanısı Centers for Disease Control and Prevention kriterlerine göre koyuldu.

Bulgular: 2019-2024 yılları arasında YBÜ'lerde takip edilen toplam 26.886 hastada, 162.116 hasta yatış gününde toplam 113 ViP saptandı.

Altı yıllık süreçte ortalama VKO 0,41 ve 1.000 ventilator gününde ViP hızı 1,69 olarak saptandı. Yıllara göre ViP hızı ve VKO değişiklik göstermekte olup tabloda yer verildi (Tablo 1). Toplam 113 ViP hastasının %58,4'ü (n=66) erkek, 41,5'i (n=47) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 70,5 (minimum: 19, maksimum: 99) idi. Hastalardan alınan trakeal aspirat kültürlerinde toplam 119 izolat saptandı. İzolatların %94,1'ini (n=112) Gram-negatif bakteriler ve %5,8'ini (n=7) Gram-pozitif bakteriler oluşturmaktadır. Gram-negatif bakteriler arasında en sık sırasıyla *Acinetobacter baumannii* (%48,2), *Klebsiella pneumoniae* (%26,7) ve *Pseudomonas aeruginosa* (%13,3); Gram-pozitif bakteriler arasında da en sık *Staphylococcus aureus* (%85,7) görüldü. Hastalarda risk faktörleri; enteral beslenme %68,1 (n=77), bilinç kapallılığı %64,6 (n=73), santral venöz kateter %59,2 (n=67), immünoşüpresyon (steroid vb.) %13,2 (n=15), göğüs tüpü %5,3 (n=6), total parenteral nütrisyon %4,4 (n=5) ve hemodiyaliz %3,5 (n=4) olarak tespit edildi.

Sonuç: Hastanemizde takip edilen hastaların altı yıllık verileri incelendiğinde ViP tanısı alan hasta sayısı ve ViP hızı yıllara göre değişiklik göstermekte olup özellikle hızın yükseldiği 2020-2021 yılları koronavirus hastalığı-2019 pandemisinin görüldüğü döneme denk gelmektedir. 2023 yılından sonra özellikle enfeksiyon kontrol önlemlerinin artırılması ile ViP tanısı alan hasta sayısında ve ViP hızında azalma saptandı. ViP etkenlerinin büyük çoğunluğu Gram-negatif bakterilerdi. Mortaliteyi azaltmak için risk faktörlerinin dikkate alınması ve sık görülen etkenlerin belirlenerek tedavi planlamasının erken yapılması gerekmektedir. ViP tanısı alan hasta sayısını ve ViP hızını azaltmak için enfeksiyon kontrol önlemlerinin artırılması ve standart izolasyon önlemlerine uyulması son derece önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gram-negatif bakteriler, ventilator ilişkili pnömoni, yoğun bakım ünitesi

Tablo 1. 01.01.2019-31.12.2024 tarihleri arasında hasta sayısı, hasta günü, ventilator günü, ViP tanısı alan hasta sayısı, VKO ve ViP hızı verileri

Yıllar	Hasta sayısı	Hasta günü	Ventilatör günü	ViP hasta sayısı	VKO	ViP hızı	Türkiye genel ViP hızı*
2019	5.319	28.014	10.971	5	0,39	0,45	4,8
2020	4.002	26.342	10.726	14	0,40	1,30	4,1
2021	3.903	25.509	103.34	28	0,40	2,71	5,4
2022	4.656	26.297	9.708	18	0,37	1,85	4,6
2023	4.715	28.228	12.229	29	0,43	2,37	3,8
2024	4.291	27.726	12.740	19	0,46	1,49	-
2019-2024	26.886	162.116	66.708	113	0,41	1,69	-

*: Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) verilerine göre Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve araştırma hastanelerinde YBÜ ViP hızları
ViP: Ventilator ilişkili pnömoni, VKO: Ventilator kullanım oranı, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi

[PS-298]

Hayati Komplikasyonlarla Seyreden Kateter İlişkili Metisiline Dirençli *Staphylococcus aureus* Bakteriyemisi

Semiha Sema Nur Duman, Esra Zerdali, Filiz Pehlivanoglu, Gönül Şengöz, Mustafa Yıldırım

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

Giriş: Hemodiyaliz hastalarında kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (KİKDE) sık görülür, erken ve etkin tedavi verilemediğinde hastalık seyrinde ciddi komplikasyonlar gelişebilir. En sık görülen etkenlerden biri *Staphylococcus aureus*'tur [metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA)]. Özellikle metisiline dirençli MRSA bakteriyemisi; endokardit, osteomyelit, apse, sepsis gibi çok çeşitli ve ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Olgu: Renal agenezi nedeniyle haftada 3 gün hemodiyaliz alan kadın hasta, acil servise halsizlik şikayetiyle başvurdu. KİKDE nedeniyle yatış öyküleri mevcuttu. En son 2 ay önce kateter ilişkili MRSA bakteriyemisi nedeni 14 gün daptomisin tedavisi aldığı öğrenildi. Acil servis başvurusunda vücut sıcaklığı 38,2 °C idi, kateterinin çıkmış ve kateter yerinin kızamık olduğu görüldü. Tetkiklerinde lökosit: 14.970/mm³, C-reaktif proteinin (CRP) 79 kat artmış saptandı. Hasta KİKDE ön tanısıyla enfeksiyon servisine interne edildi, ampirik meropenem ve vankomisin başlandı. Yatışında yapılan transtorasik ekokardiyografide (TTE) vejetasyon saptanmadı. Bel ağrısı tarifleyen hastanın görüntülemelerinde L1 ve L4 seviyelerinde hemanjiyom dışında patoloji saptanmadı. Alınan kan ve kateter kültüründe MRSA üremesi oldu, VİTEK2 cihazı ile yapılan antibiyogramda vankomisin minimal inhibitör konsantrasyonu (MİK): 2, teikoplanin MİK <1, daptomisin MİK >4 saptandı. E-test ile antibiyogram tekrarlandığında vankomisin MİK: 1, teikoplanin MİK: 1,5 ve daptomisin MİK: 2 saptandı. Mevcut tedavisinin 5. gününde ateşi devam eden CRP değeri gerilemeyen hastanın tedavisi antibiyogram sonucuna göre teikoplanin: 800 mg 72 saatte/1, moksifloksasin ve ko-trimaksazol olarak revize edildi, kateteri çekildi. Bel ağrısının şiddetlenmesi üzerine hastaya pozitron emisyon tomografisi çekildi. T5-6 vertebralarda osteomyelit, L2-S1 seviyesinde sol paraspinal kaslar arasında genişliği 25 mm'ye ulaşan apse saptandı. Apse girişimsel radyoloji tarafından boşaltıldı, kültürde üreme olmadı, Ehrlich-Ziehl-Neelsen boyamada aside rezistan basil görülmedi, tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu negatif saptandı, tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Mevcut tedavisi altında ateşi olan hastadan alınan kontrol hemokültürlerde üreme olmadı. Tedavisine meropenem eklendi. Genel durumu bozulan hipotansif seyreden hastaya yapılan TTE'de triküs pit kapakta posterior leaflet üzerinde 7x14 mm ölçülen hiperekojen vejetasyon saptandı. Genel durumu bozulan hasta yoğun bakım ünitesine (YBÜ) devredildi, YBÜ takibinin 2. gününde hasta vefat etti.

Sonuç: Yapılan çalışmalarda vankomisine duyarlılığı azalan hastaların çoğunda yakın zamanda kateter ilişkili MRSA bakteriyemisi ve son 6 ay içinde uzun süreli vankomisine maruz kalma saptanmıştır. *S. aureus* bakteriyemisi nedeni sık tedavi alan hastalarda tedaviye yanıt alınmadığı takdirde hastanın tedavisi gözden geçirilmeli ve komplikasyonların görülebileceği akılda tutulup tanısız tetkikler tekrarlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, komplikasyon, *Staphylococcus aureus*

[PS-299]

Yoğun Bakım Ünitelerindeki Kandidemi Etken Dağılımı, Demografik Özellikleri ve Mortalitenin Değerlendirilmesi

Elif Dilan Dağ, Emine Parlak, Ayşe İnci, Levent Görenek

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

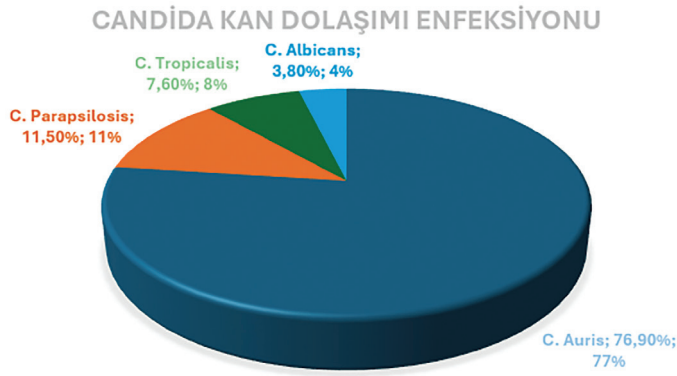
Giriş: *Candida* türlerine bağlı kan dolaşımı enfeksiyonları (kandidemi) epidemiyolojisi, dünya çapında flukonazol direncinin artan oranları ve salgınlarla ilişkili *Candida auris* gibi yeni çoklu ilaca dirençli türlerin ortaya çıkması ile tedavi uygulamalarındaki gelişmelere rağmen yüksek morbidite ve mortalite oranlarıyla yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) kritik bir sorun olmaya devam etmektedir. Kandidemilerin görülme sıklığı, büyük ölçüde geniş spektrumlu antibiyotiklerin yaygın kullanımı, bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların artışı ve invaziv tıbbi işlemlerin artan sıklığı gibi faktörler tarafından yönlendirilen belirgin bir artış yaşanmıştır. Tanı beklerken genellikle ekinokandinlerle birlikte ampirik antifungal tedavi önerilir. Tedaviye rağmen ölüm oranları yüksek kalmaya devam etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 01.01.2024- 31.12.2024 tarihleri arasında hastanemiz YBÜ'de takip edilen 18 yaş üstü ve kan kültürlerinde *Candida* üreyen 26 hasta dahil edildi. Demografik, klinik ve mikrobiyolojik verileri geriye dönük olarak hastane bilgi sisteminden elde edildi.

Bulgular: 01.01.2024- 31.12.2024 tarihleri arasında 26 hastada kandidemi olgusu tespit edildi. En baskın tür %76,9 oranla (n=20) *C. auris* idi. Bunu, %11,5 oranla (n=3) *C. parapsilosis* ve %7,6 oranla (n=2) *C. tropicalis*, %3,8 oranla (n=1) *C. albicans* takip etti (Şekil 1). Tüm olguların %50'si erkek, %50'si kadın cinsiyetlendi. Olguların çoğunluğu (n=12 hasta, %46,1) anestezi YBÜ'den tespit edilmiş olup bunu göğüs YBÜ (n=9 hasta, %34,6), dahiliye YBÜ (n=4 hasta, %15,3) koroner YBÜ (n=1 hasta, %3,8) takip etmekteydi. Hastaların ortalama yaşı 74 yıldır (minimum: 37; maksimum: 97). Kandidemi gelişen toplam 26 hastanın 18'i (%69,2) eksitus ile sonuçlandı. Hastalardan 5'i taburcu edildi, 1 hastanın başka bir hastaneye sevkı gerçekleştirildi, 2 hastanın ise çalışma sırasında yoğun bakım takibi devam etmekteydi. Eksitus ile sonuçlanan 18 hastanın 15'inde *C. auris*, 2'sinde *C. tropicalis*, 1'inde ise *C. parapsilosis* etkendi (Tablo 1).

Sonuç: YBÜ'de takip ettiğimiz kandidemi olgularında ilk sırada *C. auris* gözlenmiştir. *C. auris* yüzeylere yerleşebilme, sağlık bakım sistemlerine yayılma, antifungal ilaçlara direnç gösterme ve yüksek ölüm oranına sahip olma nedeniyle önemli bir tehdit olarak sınıflandırılan, yeni bir *Candida* türüdür. Bu nedenle *C. auris* ile enfekte hastaların risk faktörlerinin bilinmesi, yayılmasının önlenmesi ve yönetimi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: *C. auris*, kandidemi, mortalite



Şekil 1.

Tablo 1.

	Toplam 26 hasta	Eksitus ile sonuçlanan 18 hasta
<i>C. auris</i>	20 hasta (%76,9)	15 hasta (20 hastada 15 eks; %75 oran)
<i>C. parapsilosis</i>	3 hasta (%11,5)	1 hasta (3 hastada 1 eks; %33,3 oran)
<i>C. tropicalis</i>	2 hasta (%7,6)	2 hasta (2 hastada 2 eks; %100 oran)
<i>C. albicans</i>	1 hasta (%3,8)	-

[PS-301]

Hematolojik Maligniteli Hastada *Aspergillus flavus* Sinüziti

Nurşen Demirkol Kaya, Halenur Vural Akbal, Hülya Çaşkurlu, Yasemin Çağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İmmünoşüpresif hastalarda fungal enfeksiyonlar, yüksek morbidite ve mortalite sebebidir. *Aspergillus flavus* immünoşüpresif hastalarda nadir görülen bir sinüzit etkenidir. Bu olgu sunumunda, hematolojik malignitesi bulunan ve kemoterapi tedavisi gören bir hastada gelişen *Aspergillus* sinüziti olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz dokuz yaşında erkek hasta, 2 ay önce Hairy hücre lösemi tanısı almış, kladribin tedavisi başlanmıştır. Evde 39 °C ateş tespit edilen hasta, ateş, üşüme ve titreme şikayetleriyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde hasta bilinç açık, oryante, koopere ve vital bulguları stabildi. Batın muayenesinde splenomegali saptanırken, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar sonuçlarında beyaz küre: 0,4 10³/ul, nötrofil: 0,03 10³/ul saptanan hastaya febril nötropeni tanısıyla piperasilin-tazobaktam başlandı ve hematoloji kliniğine yatırıldı. Dördüncü gün ateş yüksekliği devam eden hastanın antibiyoterapisi meropenem ve teikoplanin olarak değiştirildi. Ani gelişen bulanık görme nedeniyle göz hastalıkları tarafından değerlendirildi, muayenesinde bilateral retinal hemoraji izlendi, bulgular primer hastalığıyla uyumlu bulunup takip önerildi. Ateşin devam etmesi öksürük, sarı renkli balgam şikayetinin başlamasıyla çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) multipl nodüller izlendi, BT'si pulmoner aspergillozla uyumlu bulunması üzerine amfoterisin B (3 mg/kg) başlandı. Alınan bronkoalveolar lavajda *Aspergillus* polimeraz zincir reaksiyonu testi pozitif sonuçlandı. Antibiyoterapisi 14. günde kesildi. Takibinin 14. gününde sol maksiller ağrı nedeniyle çekilen paranasal sinüs BT'sinde frontal sinüste ve sol maksiller antrumda destrüksiyona neden olmayan opasifikasyonlar izlendi, mukormikoz ile uyumlu olarak değerlendirildi, Punch biyopsi alınarak patolojik ve mikrobiyolojik tetkikler istendi. Amfoterisin B dozu 10 mg/kg'a çıkarıldı. Paranasal bölgeye debridman yapıldı. Ateş ve akut faz reaktanlarındaki yükseklik nedeniyle tedaviye meropenem, teikoplanin ve posakonazol ilave edildi. Biyopsi patolojisinde mantar spor ve hif yapıları görüldü, mantar kültüründe *Aspergillus flavus* üredi. Serum galaktomannan antijeni pozitif olarak sonuçlandı. Amfoterisin B dozu 3 mg/kg'a düşüldü. Takibinin 38. gününde ateşi ve aktif yakınması olmayan hastanın posakonazol dışındaki antimikrobiyal tedavileri kesilerek oral posakonazol ile taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde radyolojik ve klinik olarak iyileşen hastanın toplam antifungal tedavisi 133 güne tamamlanarak sonlandırıldı.

Sonuç: *Aspergillus* ve *Mucorales* türlerine bağlı sinüzit, benzer klinik bulgularla seyredebilir. Radyolojik olarak her iki enfeksiyon da sinüslerde kemik destrüksiyonu ve invazyonuna yol açabilir. Ancak mukormikoz, genellikle daha agresif doku invazyonu ile karakterizedir. Kesin tanı için etkenin mikrobiyolojik veya patolojik olarak gösterilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: *Aspergillus*, fungal enfeksiyonlar, hematolojik malignite

[PS-303]

HIV ile Yaşayan Bir Bireyde Geç Tanı Alan Bruselloz

Esra Erdem Kıvrak, Şebnem Şenol Akar, Elif Hafalır, Deniz Özer, Çiğdem Banu Çetin

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Bruselloz; ülkemiz için endemik bir zoonozdur. Tüm toplumda olduğu gibi insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireylerde de (HiYB) bu hastalığa rastlanabilir. Bu bildiride, damgalanma korkusuyla sağlık hizmetine geç başvuran ve tanısı geciken HIV ile yaşayan bir bireyde görülen şiddetli akut bruselloz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Daha önce lomber disk hernisi tanısı olan 45 yaş erkek hasta yaklaşık dört aydır olan bel ağrısını ağrı kesici ve istirahat ile düzeltmeye çalıştığını ifade etmektedir. Son bir ayda şiddetlenen geceleri artan bel ağrısı ile başvurduğu beyin sinir cerrahisi hekimi tarafından alınan iyi bir anamnez (akşamları üşüme ve titreme, gece terlemesi ve iştahsızlık) sayesinde ilk doktor başvurusunda brusellozdan şüphelenerek (standart tüp aglütinasyon: 1/80) tanı almıştır. Bunun üzerine birimizde 7 ay önce tanı alarak antiretroviral tedavi başlanan HiYB kliniğimize başvurmuştur. Yürümekte zorlanan genel durumu halsizlik nedeniyle orta kötü olan hastaya yatış önerildi. Hasta çevresinde enfeksiyon

hastalıkları kliniğine yatış nedeninin sorgulanacağı endişesiyle yatmak istemedi, reçetesi düzenlenerek tedaviye başlandı, ancak ertesi gün yatışı kabul etti. Yatışta bel ağrısına bağlı zor yürüme ve kifotik pozisyon gözlemlendi. Düşkün görünümde olmakla birlikte, vital bulguları ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Fizik bakı ve şikayetleri ile nörobruselloz düşünülmedi. Başvuru ve takibindeki laboratuvar değerleri Tablo 1’de belirtilmiştir. Şikayetleri nedeniyle 6. ay antiretroviral tedavi (ART) kontrolüne gelemeyen hasta ilaçlarını düzenli aldığını belirtmektedir. ART’nin 7. ayına tekabül eden yatışı sırasında HIV-RNA negatif ve CD4+ T lenfosit sayısı 379 olarak gözlemlendi. Hastaya doksisisilin 2x100 mg ve rifampisin 1x600 mg tedavisine başlandı, ART ilaç etkileşimi nedeni ile lamivudin 300 mg devam edildi, dolutegravir 100 mg olarak düzenlendi. Kan kültürlerinde (65 ve 102. saatlerde) *Brucella melitensis* (Vitek®) üredi. ekokardiyografi, abdomen ultrasonografi, lomber manyetik rezonans, sakroiliak grafi olağandı. İkinci haftada ağrı kontrolü sağlandı, yürüme pozisyonu normale yaklaştı, kontrol kan kültürlerinde üreme olmadı, enfeksiyon göstergeleri düzeldi. Hasta henüz tedavinin 4. haftasını tamamlamıştır. Organ tutulumu düşünülmemekle birlikte immünoşüpresyon nedeni ile tedavinin üç aya tamamlanması planlandı.

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde pek çok nedenle HIV’e bağlı olan veya olmayan her türlü tanıda gecikme veya eksik tanı alma hastaların karşılaştığı bir problem olarak gözlenmektedir. Sunulan hastanın düşkün düzeye gelinceye kadar hekime başvurmaması, yaklaşık üç ay geç tanı alması buna iyi bir örnektir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Bruselloz

Tablo 1. Laboratuvar takibi

	0. gün	1. gün	3. gün	5. gün
Beyaz küre	8,710	7,390	6,530	5,620
Nötrofil	6,380	4,910	3,950	3,410
PLT	389,000	378,000	327,000	323,000
HGB (g/dl)	15,3	14,2	12,7	12,1
CRP (mg/l)	100	89	111	91
PROC (ng/ml)	-	0,06	-	0,03
AST (U/l)	97	72	17	13
ALT (U/l)	148	151	73	38
T. bilirubin (mg/dl)	0,89	0,56	0,97	0,61
D. bilirubin (mg/dl)	0,23	0,11	0,25	0,16
GGT (U/l)	-	851	589	400
ALP (U/l)	-	403	267	176
INR	-	1,09	-	-

PLT: Platelet, HGB: Hemoglobin, CRP: C-reaktif protein, PROC: Prokalsitonin, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, T. bilirubin: Total bilirubin, D. bilirubin: Direkt bilirubin, GGT: Gamma-glutamil transferaz, ALP: Alkalen fosfat, INR: Uluslararası Normalize Oran

[PS-304]

Nekrotizan Fasiit Tanılı Hastalarda Mortaliteye Etkili Faktörler

Cansu Aksoy Akşit, Pınar Şen, Tuna Demirdal

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

Giriş: Nekrotizan fasiit sıklıkla agresif cerrahi tedavi gerektiren, hayatı tehdit eden ve hızla ilerleyen yumuşak doku enfeksiyonudur. Çalışmamızda nekrotizan fasiit tanılı hastalarda mortalite üzerine etkili faktörleri araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde Ocak 2020-Ocak 2025 tarihleri arasında olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, klinik ve laboratuvar bulguları, tedavi yöntemleri ve takip bulguları kaydedildi. Serum sodyum, glukoz, kreatinin, C-reaktif protein, lökosit ve hemoglobin düzeyleri puanlandırılarak LRINEC skoru hesaplandı. Elde edilen veriler mortaliteyi öngörme açısından istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 73 hastanın 51'i (%69,9) erkek olup ortalama yaş $57,6 \pm 13,6$ yıl olarak bulundu. İzlemde 16 (%21,9) hasta kaybedildi. Ölen hastaların yaşı sağkalan hastalara göre daha yüksek bulundu ($p=0,001$). Ek enfeksiyon odağı olan, bakteriyemik ve septik şok kliniği olan hastalarda mortalite oranı daha yüksek saptandı ($p=0,001$, $p=0,001$ ve $p<0,001$) (Tablo). Hastaların 61'inde (%83,6) komorbid en az bir hastalık bulunmaktaydı. Kronik kalp yetersizliği ve hipertansiyonu olan hastalarda mortalite oranları daha yüksek olarak bulundu ($p=0,005$ ve $p=0,012$) (Tablo). Charlson komorbidite indeksi ölen hastalarda daha yüksek saptandı ($p=0,002$) (Tablo). En sık yerleşim yeri perianal bölge saptanan nekrotizan fasiitli hastalarda lokalizasyon mortalite açısından anlamlı bir faktör olarak bulunmadı. Toplam 66 (%90,4) hastaya debritleme uygulanırken 4 (%5,5) hastaya ekstremitte amputasyonu uygulandı. Cerrahi müdahaleye kadar geçen median süre 11 (7,9-36) saattir. Cerrahi müdahaleye kadar geçen süre sağkalan ve ölen hastalar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Debritleme uygulanan hastalarda mortalite oranı daha düşük bulundu ($p=0,024$) (Tablo). Laboratuvar parametreleri incelendiğinde ölen hastalarda albümin ve hemoglobin değerleri ölen hastalarda daha düşük iken prokalsitonin değeri daha yüksek saptandı ($p=0,004$, $p=0,007$ ve $p=0,018$) (Tablo). LRINEC skoru ölen ve sağkalan hastalarda benzer düzeyde bulundu. Nekrotizan fasiit tanılı hastalarda mortaliteyi öngören bağımsız risk faktörleri olarak bakteriyemi, septik şok, yüksek Charlson indeksi (>6 puan), debritleme uygulanmamış olması ve yüksek prokalsitonin seviyeleri ($>3,65$ ng/ml) saptandı (Tablo).

Sonuç: Nekrotizan fasiit tanılı hastalarda başvuruda septik klinik varlığı, yüksek Charlson komorbidite indeksi ve prokalsitonin seviyeleri mortalite açısından uyarıcı faktörler olup nekroze dokulara debritleme uygulanması sayesinde mortalite oranlarında azalma sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan fasiit, mortalite

Tablo 1. Nekrotizan fasiit tanılı hastalarda mortaliteye etkili faktörler

Risk Faktörleri	Sağkalan Hastalar (n=57, %78,1)	Ölen Hastalar (n=16, %21,9)	P	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	p
Yaş (yıl, ortalama±SD)	55,9±13,1	69,1±13,1	0,001			
Erkek cinsiyet (n,%)	40 (%70,2)	11 (%68,8)	0,569			
Hastanede yatış süresi (gün, medyan, IQR)	21 (12,5-33)	12 (2-25,7)	0,065			
Eşlik eden klinik durumlar (n,%)						
Ek enfeksiyon odağı	3 (%5,3)	7 (%43,8)	0,001			
Bakteriyemi	3 (%5,3)	7 (%43,8)	0,001	10,150	1,368-75,301	0,023
Septik şok	3 (%5,3)	14 (%87,5)	<0,001	184,012	17,827-1899,348	<0,001
Komorbiditeler (n,%)						
Diyabet	38 (%66,7)	9 (%56,3)	0,314			
Koroner arter hastalığı	13 (%22,8)	6 (%37,5)	0,193			
Kronik böbrek hastalığı	2 (%3,5)	3 (%18,8)	0,067			
Kronik kalp yetersizliği	2 (%3,5)	5 (%31,3)	0,005			
Malignite	3 (%5,3)	3 (%18,8)	0,115			
Hipertansiyon	19 (%33,3)	11 (%68,8)	0,012			
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	1 (%1,8)	2 (%12,5)	0,119			
Charlson indeksi (medyan,IQR)	4 (3-5)	6,5 (4-8,5)	0,002	4,074	1,120-14,814	0,030
Cerrahi girişim zamanı						
Cerrahiye kadar geçen saat (medyan, IQR)	11 (7-58)	11 (10-19)	0,850			
0-6 saat	11 (%20)	1 (%6,1)	0,356			
6-12 saat	20 (%36,4)	5 (%31,3)	0,404			
12-24 saat	8 (%14,5)	3 (%18,8)	0,263			
>24 saat	16 (%29,1)	2 (%12,5)	0,370			
Cerrahi işlem						
Debritleme	55 (%96,5)	11 (%68,8)	0,005	0,084	0,010-0,723	0,024
Amputasyon	4 (%7)	-	-			
Anatomik yerleşim						
Perianal	28 (%49,1)	10 (%62,5)	0,254			
Ürogenital	20 (%35,1)	6 (%37,5)	0,540			
Baş-boyun	4 (%7)	-	-			
Alt ekstremitte	6 (%10,5)	1 (%6,3)	0,519			
Doku kültürü						
Doku kültüründe üreme	47 (%82,5)	16 (%100)	0,070			
<i>Staphylococcus aureus</i>	4 (%7)	1 (%6,3)	0,700			
<i>Escherichia coli</i>	15 (%26,3)	3 (%18,8)	0,397			
<i>Proteus mirabilis</i>	4 (%7)	1 (%6,3)	0,700			
Laboratuvar parametreler						
Lökosit (medyan,IQR)	19910 (12565-26960)	21160 (15180-37740)	0,330			
Nötrofil (medyan,IQR)	15990 (9940-24460)	19660 (13482-34080)	0,251			
C-reaktif protein (ortalama±SD)	238,4 ± 113,9	260,3 ± 119,5	0,504			
Prokalsitonin (medyan,IQR)	1,6 (0,6-3,4)	11,3 (2-40,7)	0,018	1,226	1,016-1,480	0,033
Hemoglobin (ortalama±SD)	11,6 ± 2,5	9,5 ± 2,6	0,007			
Albumin (medyan,IQR)	2,7(2,5-3,2)	2,3 (1,9-2,7)	0,004			
Glukoz (medyan,IQR)	185 (114-308)	182,5 (95-248,5)	0,235			
Sodyum (ortalama±SD)	131,6±4,8	133±7,4	0,378			
Kreatinin (medyan,IQR)	1,2 (0,9-1,9)	1,9 (1,1-3,3)	0,074			
LRINEC skoru (medyan,IQR)	9 (7-10)	9 (8-10,7)	0,164			

[PS-305]

***Actinomyces turicensis*'in Etken Olduğu Diyabetik Ayak Enfeksiyonu: Olgu Sunumu**

Deniz Yüce Yıldırım, Burcu Uysal

Bakırçay Üniversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: *Actinomyces* spp., oral, gastrointestinal ve genital yolların normal florasında görülebilen, kronik granülomatöz enfeksiyona yol açabilen, anaerob, filamentöz, sporsuz, Gram-pozitif basillerdir. *Actinomyces israelii* klinik aktinomikozdan sorumlu en yaygın tür olarak kabul edilmektedir ve çoğunlukla oral ve serviko-fasiyal tutulum ile karakterizedir. *Actinomyces turicensis*, önemli enfeksiyonlarda nadiren fakat giderek artan sayıda rapor edilmektedir ve malignite, tüberküloz veya nokardiyoz olarak yanlış teşhis edilebildiği, bu nedenle tanı ve tedavinin gecikebildiği bildirilmektedir. Olguların büyük çoğunluğunu anogenital bölge, idrar yolu ve deri enfeksiyonları oluşturmaktadır. Kemik tutulumu çok nadirdir ve literatürdeki iki olguda da vertebralar etkilenmiştir. Tedavide antibiyotik kullanımı ve cerrahi drenajın birlikteliği gereklidir. Burada *Actinomyces turicensis*'in etken olarak izole edildiği diyabetik ayak enfeksiyonu ve osteomyelit olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Tip 2 diabetes mellitus tanısıyla takip edilen, beş yıldır insülin kullanan 51 yaşında erkek hasta bulantı-kusma ve yaklaşık bir haftadır sağ ayak parmağında akıntılı, ülsera yara olması nedeniyle acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ ayakta şişlik kızarıklık, birinci parmak plantar yüzde 0,5x0,5 cm akıntılı fistül ağzı mevcuttu (Resim 1). Yapılan tetkiklerinde beyaz küre: 8.000/mm³ (%65 nötrofil), C-reaktif protein (CRP): 150 mg/l, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 104 mm/saat olarak tespit edildi. Aynı zamanda diyabetik ketoasidoz tablosundaydı. Servis yatışı yapılan hastadan yara yeri fistül ağzından kültür çubuğuyla yaklaşık 0,5 cm derine girilerek kültür alındı. Diyabetik ayak enfeksiyonu olarak değerlendirilen ve direkt grafisi ve manyetik rezonans görüntüleme incelemesinde osteomyelit bulguları tespit edilen hastaya ampirik olarak moksifloksasin 1x400 mg intravenöz (IV) başlandı. Yara kültüründe *Actinomyces turicensis* üremesi üzerine moksifloksasin kesilerek ampisilin-sulbaktam 4x2 gr IV tedavisine

geçildi. Tedavinin beşinci gününde yara yerindeki akıntısı azalan, şişlik ve kızarıklığı geçen hastanın IV antibiyotik tedavisi 14 güne tamamlandı. Kontrol tetkiklerinde beyaz küre: 6.820/mm³ (%60 nötrofil), CRP: 55 mg/l, ESH: 82 mm/saat olarak saptandı. Peroral amoksisilin-klavulonik asit 2x1 gr tablete geçilerek taburcu edilen hastanın iki hafta sonrasındaki kontrolünde yara yeri temiz, CRP: 11 mg/l, ESH: 50 mm/saat saptandı. Antibiyoterapinin en az altı haftaya tamamlanması planlandı. Hastanın takip ve tedavisine devam edilmektedir.

Sonuç: *Actinomyces* spp., nadiren de olsa yumuşak doku enfeksiyonlarına ve osteomyelite sebep olabilir. *Actinomyces turicensis*'e bağlı enfeksiyonlar giderek artan sıklıkla rapor edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Actinomyces turicensis*, aktinomikoz, diyabetik ayak enfeksiyonu



Resim 1.

[PS-306]

Metastatik Meme Kanseri Hastasında *Oligella urethralis* Bakteriyemisi

Beyza Deliküçük, Elmas Emsal Erkal, Cemal Bulut, İrem Çiftçi
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: *Oligellalar*, Gram-negatif, oksidaz ve katalaz pozitif, nonfermentatif genitouriner sistemin komensal bir bakterileridirler. *Oligella urethralis* (eskiden *Moraxella urethralis*) ve *Oligella ureolytica* olmak üzere iki türden oluşur. *Oligella urethralis* genellikle idrardan ve erkeklerden izole edilir. Semptomatik enfeksiyonlar nadir olsa da ürosepsis, bakteriyemi, gonokokal artriti taklit eden septik artrit ve peritoneal diyaliz alan hastalarda peritonit bildirilmiştir. *Oligella* enfeksiyonları sıklıkla malignite veya idrar yolu obstrüksiyonu olan hastalarda görülür. Hastalar genellikle antimikrobiyal tedaviye ve idrar yolu obstrüksiyonunun cerrahi tedavisine yanıt verir. Biz de bu olgumuzda maligniteli bir hastada *Oligella urethralis* bakteriyemisi incelemeyi amaçladık.

Olgu: Kasım 2024 tarihinde acil servise bacaklarda ödem, dispne, balgam, öksürük şikâyeti ile başvuran 60 yaş kadın hastanın öyküsünde 2015'te meme kanseri nedeniyle sol mastektomi, sonrasında kemoterapi ve radyoterapi almak ve 2020'de hematüri şikâyeti olması üzerine mesanede malignite nedeniyle transüretral rezeksiyon yapılması vardı. Fizik muayenesinde bilateral 2+ pretibial ödem, akciğer seslerinde azalma olması, oda havasında desatüre olup 6 litre/dk nazal oksijen ile takip edilmesi, laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 18,25x10⁹/l, C-reaktif protein: 117,3 mg/l, kreatinin: 1,7 mg/dl, bilgisayarlı tomografi anjiyografi emboli açısından şüpheli olması ve sol akciğerde yer yer buzlu cam alanları ile atelektazi ve konsolidasyon alanları görülmesi üzerine yoğun bakıma yatırılmıştı. Acilde kliniğimizde değerlendirilen hastaya, kan ve idrar kültürleri alınarak ampirik levofloksasin intravenöz (IV) tedavi başlandı. Takiplerinde kan kültüründe levofloksasin dirençli *Oligella urethralis* saptanması üzerine enfeksiyon hastalıkları kliniğine yeniden konsulte edildi. Muayenede hastanın bilinci açık, oryante-koopereydi, vital bulguları stabil, nazal oksijenle takipliydi. Malignite

ve kemoterapi öyküsü olması nedeniyle hasta immunsupresif kabul edilerek levofloksasin tedavisi kesilip, meropenem IV tedavi başlandı. Genel durumu düzelen yoğun bakım endikasyonu kalmayan hasta servise nakledildi. Hastanın yaklaşık 10 gün süren meropenem tedavisi sonrası alınan kontrol kan kültüründe üreme olmayıp tedavisi kesildi.

Sonuç: *Oligella* enfeksiyonları nadiren bildirilmiştir, bu durum organizmanın yanlış tanımlanması veya patojenitesinin belirsizliği ile ilişkili olabilir. Genellikle ürolojik hastalığı olan hastalarda görülse de, vakamızda böyle bir anormallik saptanmamıştır. Çoğu vakada altta yatan malignite olması, *Oligella*'nın bu hastalarda patojenik olabileceğini düşündürmektedir. *O. urethralis* genellikle penisilin, karbapenem, aminoglikozid ve trimetoprim sülfametoksazol gibi çoğu antibiyotiğe duyarlı iken bizim olgumuzda da olduğu gibi florokinolonlara dirençlidir. *O. urethralis* düşük virülanlı kabul edilse de, bağışıklığı baskılanmış hasta sayısının artmasıyla yeni bir fırsatçı patojen olarak önem kazanabilir.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, *Oligella*, sepsis

Tablo 1. Antibiyotik duyarlılık

Antibiyotik adı	Sonuç
Eritromisin	Dirençli
Trimetoprim-sülfametoksazol	Dirençli
Levofloksasin	Dirençli
Amoksisilin-klavulanat (intravenöz ve oral)	Dirençli
Moksifloksasin	Dirençli
Siprofloksasin	Dirençli
İmipenem	Duyarlı
Tetrasiklin	Duyarlı
Ertapenem	Duyarlı
Sefotaksim	Duyarlı
Sefepim	Duyarlı
Meropenem	Duyarlı
Moksifloksasin	Duyarlı

[PS-307]

Üçüncü Basamak Üniversite Hastanesinde Sepsis Nokta Prevalans Çalışması

Mehmet Buğra Özkara¹, Merve Mert Vahabi², Oğuzhan Acet¹, Şükrü Dirik¹, Buse Kenanoğlu¹, Damla Akdağ¹, Hüseyin Aytaç Erdem¹, Oğuz Reşat Sipahi¹, Bilgin Arda¹

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

Giriş: Sepsis, özellikle antimikrobiyal direnç oranlarının yüksek olduğu Türkiye gibi bölgelerde, küresel sağlık için kritik bir tehdit olmaya devam etmektedir. Klinik açıdan önemli olmasına rağmen, Türkiye’de sepsisin epidemiyolojisi yeterince belgelenmemiştir. Bu nokta prevalans çalışması, üçüncü basamak bir hastanede sepsis ve septik şokun prevalansını, mikrobiyolojik etiyolojisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: 30 Temmuz 2024 tarihinde, genel servisler ve yoğun bakım ünitelerindeki (YBÜ) tüm yetişkin hastaları kapsayan bir nokta prevalans çalışması yapılmıştır. Pediatri servisleri, çocuk cerrahisi ve acil servisler çalışma dışı bırakılmıştır. Sepsis, enfeksiyon varlığına ek olarak ≥ 2 sistemik enflamatuvar yanıt sendromu kriterinin bulunmasıyla tanımlanmıştır. Septik şok ise, inotrop desteği gerektiren ve laktat düzeyi >2 mmol/l olan sepsis olarak tanımlanmıştır. Demografik veriler, hastane yatış bilgileri, enfeksiyon profilleri ve mikrobiyolojik bulgular hastane veri tabanından elde edilmiştir. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanılmış; $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Toplam 684 hasta taranmış ve bunlardan 73’ü (%10,7) sepsis veya septik şok tanı kriterlerini karşılamıştır. Bu hastaların 52’si (%71,2) erkek olup, ortalama yaş $61,5 \pm 16,9$ yıl (aralık: 18-89) olarak bulunmuştur. Ortalama hastanede yatış süresi $24,3 \pm 33,1$ gün (aralık: 1-165) idi. Hastaların 63’ünde (%86,3) YBÜ yatış öyküsü mevcuttu; bu hastaların 36’sı (%49,3) halihazırda YBÜ’de, 37’si (%50,7) ise genel servislerdeydi. Sepsis/septik şokun genel prevalansı YBÜ hastalarında genel servis hastalarına kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$); ancak doğrudan prevalans karşılaştırması yapıldığında servis hastalarında (%11,5; 34/295) ve YBÜ hastalarında (%10,0; 39/389) anlamlı bir fark saptanmadı ($p = 0,529$). Enfeksiyonların büyük çoğunluğu hastane kaynaklıydı (36 hasta, %49,3), bunu sağlık hizmeti ile ilişkili (20 hasta, %27,4) ve toplum kaynaklı enfeksiyonlar (17 hasta, %23,3) izledi. Enfeksiyon bölgeleri ve mikrobiyolojik direnç paternleri tabloda sunulmuştur.

Sonuç: Sepsis ve septik şok, hastaneye yatmış hastalarda yaygın olarak görülmeye devam etmektedir ve özellikle YBÜ hastalarında

daha yüksek oranda karşımıza çıkmaktadır. Enfeksiyonların büyük çoğunluğunun hastane kaynaklı olması, enfeksiyon kontrol önlemlerinin güçlendirilmesi ve antimikrobiyal yönetim programlarının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu bulgular, bu kırılgan hasta grubunda erken tanı ve optimize edilmiş klinik yönetim stratejilerinin hasta sonuçlarını iyileştirmede kritik rol oynadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon hastalıkları epidemiyolojisi, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar, sepsis nokta prevalans

Tablo 1. Enfeksiyon odakları, mikroorganizmalar ve direnç profilleri

	n (%)
Enfeksiyon odağı	
Pnömoni	37/73 (%50,7)
Üriner sistem enfeksiyonu	14/73 (%19,2)
Batın içi enfeksiyon	14/73 (%19,2)
Bakteriyemi	10/73 (%13,7)
Kateter ile ilişkili enfeksiyon	8/73 (%10,9)
Deri ve yumuşak doku enfeksiyonu	7/73 (%9,6)
Santral sinir sistemi enfeksiyonu	2/73 (%2,7)
Cerrahi alan enfeksiyonu	1/73 (%1,4)
Mikroorganizmalar	
Gram-pozitif	
<i>Enterococcus</i> spp.	7/73 (%9,6)
<i>Staphylococcus</i> spp.	6/73 (%8,2)
Gram-negatif	
<i>K. pneumoniae</i>	12/73 (%16,4)
<i>E. coli</i>	10/73 (%13,7)
<i>A. baumannii</i>	6/73 (%9,6)
<i>P. aereginosa</i>	5/73 (%6,8)
<i>E. cloacae</i>	3/73 (%4,1)
Fungal	
<i>Candida</i> spp.	4/73 (%5,4)
Direnç profili	
Metisilin dirençli <i>Staphylococcus</i> spp.	4/73 (%5,4)
Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz pozitif	11/73 (%15,1)
Karbapenem dirençli <i>Enterobacterales</i>	16/73 (%21,9)
Seftazidim-avibaktam dirençli <i>Enterobacterales</i>	5/73 (%6,8)

[PS-308]

Karbapenem Dirençli *Klebsiella pneumoniae* Enfeksiyonlarının Tedavisinde Meropenem + Polimiksin İçeren Rejimler ile Seftazidim-Avibaktam İçeren Rejimlerin Karşılaştırılması: Retrospektif Eşleştirilmiş Kohort Çalışması

Merve Mert Vahabi¹, Buğra Özkar², Şükrü Dirik², Oğuzhan Acet², Buse Kenanoğlu², Arda Kaya², Derya Kaya², Deniz Akyol Seyhan³, Cansu Tol², Şöhret Aydemir⁴, Hilal Sipahi⁵, Tansu Yamazhan², Bilgin Arda², Oğuz Reşat Sipahi²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁵Bornova İlçe Sağlık Müdürlüğü, İzmir

Giriş: Bu çalışmada, meropenem + polimiksin içeren kombinasyon tedavisi (MPKT) içeren rejimler alan olgular ile seftazidim/avibaktam (CAZAVI) tedavisi alan karbapenem dirençli *Klebsiella pneumoniae* enfeksiyonları (KDKPE) olgularının klinik sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, 1800+ yatak kapasiteli bir üçüncü basamak üniversite hastanesinde gerçekleştirildi. Ağustos 2016 ile Ekim 2024 tarihleri arasında MPKT veya CAZAVI içeren tedavi rejimleri ile tedavi edilen, kültür ile kanıtlanmış KDKPE [bakteriyemi, pnömoni, üriner

sistem enfeksiyonları (ÜSE), intraabdominal enfeksiyonlar] tanısı konmuş 18 yaş üstü erişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Eşleştirme, enfeksiyon türüne göre yapılmış olup, mümkün olduğunda bir CAZAVI olgusu için en az 1 veya 2 MPKT olgusu (polimiksin B veya kolistin) eşleştirildi. Kan kültürleri Bact-Alert (Bio Merieux, Fransa) sistemiyle, antimikrobiyal duyarlılık testleri VITEK 2 sistemi (bioMérieux) ile gerçekleştirildi. Karbapenem direnci E-test ile test edildi ve sonuçlar EUCAST kriterlerine göre değerlendirildi. İstatistiksel analizler ki-kare testi ile yapıldı. Ayrıca, CAZAVI tedavisi yalnızca CAZAVI duyarlı suşlarda geri ödeme kapsamında uygulanabildi.

Bulgular: Toplam 85 hasta (34 kadın, yaş ortalaması 61,24±17,94 - 47 MPKT grubunda ve 38 CAZAVI grubunda) dahil edildi (Tablo 1). MPKT grubunda kolistin duyarlılığı: Duyarlı: %50 (6/12), dirençli: %16,66 (2/12), orta düzeyde duyarlı: %33,33 (4/12) idi. Meropenem duyarlılığı açısından MPKT grubunda yalnızca bir suş duyarlı (ertapenem dirençli) iken, geri kalan tüm suşlar dirençliydi. CAZAVI grubundaki tüm suşlar CAZAVI'ya duyarlıydı. MPKT grubunda sadece %6,5 (2/31) suş duyarlıydı, geri kalanı dirençliydi. İki grup arasında yaş, cinsiyet ve tedavi süresi açısından anlamlı fark gösterilmedi. Tüm kohortta tedavi sonu klinik başarı oranı CAZAVI grubunda anlamlı olarak daha yüksekti Bakteriyemi, ÜSE, pnömoni alt gruplarında; 30. gün mortalite oranı, tedavi sonu mikrobiyolojik yanıt oranlarında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 1). Genel kohortta bir aylık mortalite, ek antibiyotik tedavisi almayan alt grupta bir aylık mortalite ve yalnızca yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalarda bir aylık mortalite oranları CAZAVI grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo 1).

Sonuç: Hasta sayısı görece az ve çalışma randomize olmamakla birlikte, CAZAVI tedavisi özellikle yoğun bakım hastalarında olmak üzere bir aylık mortalite oranı açısından daha iyi sonuçlar vermiştir.

Anahtar Kelimeler: Çok ilaca dirençli enfeksiyonlar, yoğun bakım enfeksiyonları, kolistin

Tablo 1. İki tedavi kolunun karşılaştırılması

Değişken	CAZAVI n:38	MPKT n:47	p değeri
Kadın	16/38 (%42,1)	18/47 (%38,29)	0,722
Yaş	61,2 ±16,3	61,31±19,37	0,967
Tüm Kohort=85			
30. gün mortalite	16/38 (%42,1)	30/47 (%63,82)	0,045
30. gün mortalite, antibiyotik değişikliği yok	16/26 (%61,53)	15/24 (%62,5)	0,047
30. gün mortalite, herhangi bir kombinasyon tedavisi	7/12 (%58,33)	16/23 (%69,56)	0,709
Tedavi sonu mikrobiyolojik başarı	15/32 (%46,9)	15/40 (%37,5)	0,423
Tedavi sonu klinik başarı	21/38 (%55,3)	16/47 (%34,04)	0,049
Bakteriyemi alt grubu	12/38 (%31,6)	18/47 (%38,29)	0,519
30. gün mortalite, bakteriyemi alt grubu	4/12 (%33,3)	11/18 (%61,11)	0,283
Pnömoni alt grubu	15/38 (%39,5)	16/47 (%34,04)	0,605
30. gün mortalite, pnömoni alt grubu	9/15 (%60,0)	11/16 (%68,8)	1
ÜSE alt grubu	5/38 (%13,2)	7/47 (%14,89)	0,849
30. gün mortalite, ÜSE alt grubu	3/5 (%60,0)	3/7 (%42,85)	1
İAE alt grubu	6/38 (%15,8)	6/47 (%12,76)	0,690
30. gün mortalite, İAE alt grubu	0/6 (%0)	5/6 (%83,33)	0,102
Yoğun Bakım=58			
	N:26	N:32	
Tedavi sürecinde mikrobiyolojik başarı	9/23 (%39,1)	7/28 (%25,0)	0,436
Tedavi sonu klinik başarı	12/26 (%46,2)	5/32 (%15,62)	0,019
30. gün mortalite, tüm kohort	13/26 (%50,0)	25/32 (%71,42)	0,030
30. gün mortalite, bakteriyemi alt grubu	2/6 (%33,3)	9/12 (%75,0)	0,141
30. gün mortalite, pnömoni alt grubu	9/14 (%64,3)	11/14 (%78,6)	0,677
30. gün mortalite, ÜSE alt grubu	2/3 (%66,7)	2/3 (%66,7)	NA
30. gün mortalite, İAE alt grubu	0/3 (%0)	3/3 (%100)	NA
Servis=27			
	N:12	N:15	
Tedavi sürecinde mikrobiyolojik başarı	6/9 (%66,7)	8/12 (%66,66)	1
Tedavi sonu klinik başarı	9/12 (%75,0)	11/15 (%73,3)	1
30. gün mortalite, tüm kohort	3/12 (%25,0)	5/15 (%33,3)	0,695
30. gün mortalite, bakteriyemi alt grubu	2/6 (%33,3)	2/6 (%33,3)	1
30. gün mortalite, pnömoni alt grubu	0/1 (%0)	0/2 (%0)	NA
30. gün mortalite, ÜSE alt grubu	1/2 (%50,0)	1/4 (%25,0)	NA
30. gün mortalite, İAE alt grubu	0/3 (%0)	2/3 (%66,7)	NA

[PS-309]

Çok İlaça Dirençli *Acinetobacter baumannii* Pnömonisinde Tigesiklin Tedavisinin Yıllar İçindeki Evrimi

Merve Mert Vahabi¹, Deniz Akyol Seyhan², Buse Kenanoğlu³, Oğuzhan Acet³, Şükrü Dirik³, Ayşe Uyan Önal⁴, Uğur Önal⁵, Seichan Ketentzi⁶, Gamze Şanlıdağ İşbilen⁷, Derya Kaya³, Günel Quliyeva⁸, Buğra Özkara³, Melike Demir Görür⁹, Şöhret Aydemir¹⁰, Hüsnü Pullukçu³, Meltem Işıkgöz Taşbakan³, Hilal Sipahi¹¹, Tansu Yamazhan³, Bilgin Arda³, Oğuz Reşat Sipahi³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Van

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bursa

⁵Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bursa

⁶Gazi Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun

⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

⁸Liv Bona Dea Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bakü

⁹Edremit Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Balıkesir

¹⁰Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

¹¹Bornova İlçe Sağlık Müdürlüğü, İzmir

Giriş: Bu çalışmada, çok ilaca dirençli *A. baumannii* pnömonisi (ÇİDABP) olgularında tigesiklinin etkinliğini ve duyarlılık paternlerini güncel bir kohort ile retrospektif bir kohort arasında karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Enfeksiyon hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilen, kültürle doğrulanmış ÇİDABP tanılı ve Mart 2016-Ekim 2024 tarihleri arasında tigesiklin ile tedavi edilen 18 yaş üzeri erişkin hastaların sonuçları (grup B), daha önce yayımlanmış benzer bir retrospektif kohort ile [grup A, yayın: J Chemother. 2011;23:345-9] karşılaştırıldı. Hastane kaynaklı pnömoni (HKP) ve ventilatör ile ilişkili pnömoni (VIP) Amerikan Toraks Derneği rehberlerine göre tanımlandı. *A. baumannii* tanımlaması MALDI-TOF MS ile, antibiyotik duyarlılığı VITEK 2 sistemi (Biomérieux Inc., Fransa) ile yapıldı. Tigesiklin duyarlılığı için Gıda ve İlaç İdaresi klinik minimum inhibitör konsantrasyon sınır değerleri (*Enterobacterales* için 2 mg/l-duyarlı) esas alındı. İstatistiksel analizler ki-kare testi ile yapıldı ve p<0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 226 ÇİDABP olgusu vardı (grup A: 72 hasta, grup B: 154 hasta). VIP oranı grup A'da %65,27 (47 hasta), grup B'de %63,63 (98 hasta) idi. Tigesiklin duyarlılığı grup B'de anlamlı olarak daha düşüktü (p<0,001) (Tablo 1). Sefoperazon/sülbaktam kombinasyonu ve tigesiklin monoterapisi grup A'da daha yaygın iken, herhangi bir kombinasyon tedavisi (kolistin, fosfomisin ve polimiksin B kombinasyonu) grup B'de daha yaygındı (p<0,05). Grup A'da tedavi sonu mikrobiyolojik eradikasyon hem tüm kohortta hem de HKP ve VIP alt gruplarında anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,003) (Tablo 1). Tigesiklin duyarlı suşların klinik yanıt oranları grup A'da anlamlı olmamakla birlikte daha yüksekti. Grup A ve B birleşik verilerinde, mikrobiyolojik yanıt oranı tigesikline duyarlı suşlarda orta duyarlı suşlara göre anlamlı olmadan daha yüksekti (%63,26 vs. %45,8; p=0,026). Genel klinik başarı fark göstermemekle birlikte, kombinasyon tedavisi alt grubunda klinik başarı oranı grup B'de anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo 1). Antibiyotik tedavisi sonrası 30. gün sağkalımı hem tüm grupta hem de HKP/VIP alt gruplarında anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 1).

Sonuç: Bulgularımız, yıllar içinde tigesiklin duyarlılık oranlarının, mikrobiyolojik eradikasyon oranlarının anlamlı olarak azaldığını ancak klinik sonuçların anlamlı olarak değişmediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Karbapenem dirençli enfeksiyonlar, hastane kökenli pnömoni, ventilatör ilişkili pnömoni

Tablo 1. Her iki kohortun karşılaştırması

	Grup A (N:72)	Grup B (N:154)	p değeri
Tigesiklin (S)	72/72 (%100)	26/94 (%27,65)	<0,001
Netilmisin (S)	33/72 (%45,83)	11/66 (%16,66)	<0,001
Sefoperazon/sülbaktam kombinasyonu	26/72 (%36,11)	6/154 (%3,89)	<0,001
Herhangi kombinasyon tedavisi	49/72 (%68,05)	149/154 (%96,75)	<0,001
Kolistin kombinasyonu	0/72 (%0)	75/154 (%48,7)	<0,001
Polimiksin B kombinasyonu	0/72 (%0)	24/154 (%15,58)	<0,001
Fosfomisin kombinasyonu	0/72 (%0)	13/154 (%8,44)	0,011
Ampisilin/sülbaktam kombinasyonu	0/72 (%0)	15/154 (%9,74)	0,006
Monoterapi	23/72 (%31,94)	5/154 (%3,24)	<0,001
Tedavi sonu mikrobiyolojik başarı	47/72 (%65,2)	53/121 (%43,80)	0,003
Tigesiklin S A. baumannii grubunda mikrobiyolojik başarı	47/72 (%65,2)	23/45 (%51,11)	0,128
Tigesiklin I A. baumannii grubunda mikrobiyolojik başarı	0	22/48 (%45,83)	NA
Tigesiklin R A. baumannii grubunda mikrobiyolojik başarı	0	8/28 (%28,57)	NA
Tigesiklin S A. baumannii grubunda klinik başarı	32/72 (%44,44)	22/53 (%41,5)	0,743
Tigesiklin I A. baumannii grubunda klinik başarı	0	29/62 (%46,77)	NA
Tigesiklin R A. baumannii grubunda klinik başarı	0	13/39 (%33,33)	NA
Tedavi sonu genel klinik başarı	32/72 (%44,44)	64/154 (%41,55)	0,682
HKP alt grubunda tedavi sonu genel mikrobiyolojik başarı	19/25 (%76,0)	18/55 (%32,72)	<0,001
VİP alt grubunda tedavi sonu genel mikrobiyolojik başarı	28/47 (%59,57)	35/98 (%35,71)	0,007
Kombinasyon tedavisi ile tedavi sonu genel klinik başarı	28/49 (%57,14)	59/149 (%47,58)	0,031
HKP alt grubunda tedavi sonrası 30 günlük sağkalım	30/47 (%63,82)	46/98 (%46,93)	0,056
VİP alt grubunda tedavi sonrası 30 günlük sağkalım	10/25 (%40,0)	30/56 (%53,57)	0,259
Tedavi bitimi sonrası 30 günlük sağkalım	32/72 (%44,44)	76/154 (%49,35)	0,491

[PS-310]

Nadir Bir Olgu: İmmünokompetan Gebede *Aspergillus Fumigatus* Perikarditi

Nadide Ergün, Süheyla Serin Senger, Sevgül İşeri

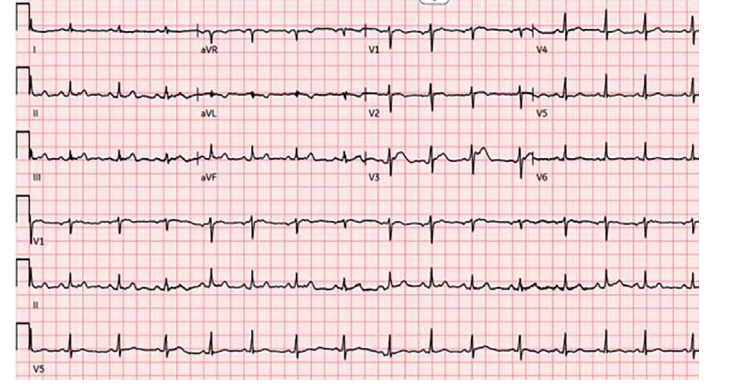
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: *Aspergillus* türleri doğada yaygın olarak bulunan mantarlardır. Konidyaların inhalasyonu ile bulaşır. Ancak doku invazyonu nadirdir ve en sık hematolojik maligniteler, hematopoietik kök hücre nakli, solid organ nakli, yüksek doz steroid gibi immünosüpresyon durumlarında görülür. Nadir görülen bir olgu; sağlıklı gebede *Aspergillus* perikarditi sunuyoruz.

Olgu: Yirmi yedi yaş kadın hasta, 8 haftalık nullipar gebe akut apandisit ön tanısıyla opere edilmiş, takibinin 4. gününde kuru öksürük, nefes darlığı, hipotansiyon ve takipne gelişti. Özgeçmiş ve soygeçmiş normaldi. Fizik muayenesinde genel durum orta, bilinci açıktı. Ateş: 37,3 °C, solunum hızı: 23/dk, nabız: 96/dk ve tansiyon 80/60 mmHg görüldü. Akciğer sesleri azalmıştı, bilateral yaygın kreptan raller mevcuttu, kardiyak muayenesinde kalp sesleri azalmıştı ve pretibial gode bırakan ödem mevcuttu, batin sağ alt kadranda insizyon hattı temizdi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Laboratuvar; beyaz küre sayısı 15850/mm³, hemoglobin: 9,4 g/dl, alanin aminotransferaz: 20 U/l, aspartat transaminaz: 44 U/l ve serum sodyum değeri: 132 mmol/l, N-terminal pro B-type natriuretik peptide: 2027 pg/ml, prokalsitonin: 0,17 ng/ml, C-reaktif protein: 146 mg/dl idi. Elektrokardiyogram; düşük voltajlı QRS kompleksleri ve elektriksel alternanslarla normal sinüs ritmi mevcuttu (Şekil 1). Transtorasik ekokardiyografi; tamponad kliniğiyle uyumlu sağ ventrikül diyastolik çöküşü olan perikardiyal efüzyon mevcuttu. Perikardiyosentez yapıldı ve 1.500 ml şilöz mayi boşaltıldı. Perikardiyal mayi; polimorfonükleer lökosit hakimiyetindeydi (%92), asidorezistan basil görülmedi, tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu negatif, adenoazin deaminaz (ADA) 123 U/l idi. Romatolojik testleri negatifti. Serolojik testleri Tablo 1’de. Klinik takibinde perfore apandisit tanısıyla piperasilin tazobaktam 3x4.5 mg intravenöz (IV) almakta olan olgunun tedavisine daptomisin 12 mg/kg IV eklendi. Kan ve perikardiyal sıvı kültürlerinde üreme olmadı. ADA yüksekliği nedeniyle tüberküloz perikardit düşünülen olgunun tedavisine prednizon 60 mg/gün eklendi. Takibin 7. gününde QuantiFERON-TB testi negatif saptandı, 15. gününde perikardiyal mayiden gönderilen mantar kültüründe *Aspergillus fumigatus* üredi, ancak duyarlılık paneli mevcut değildi. *Aspergillus* perikarditi tanısıyla liposomal amphoteresin B 5 mg/kg IV başlandı, prednizon stoplandı, perikardiyal mayi miktarında azalma olmaması üzere kolsişin 2x0,5 mg tb eklendi. Olgunun gebeliği sonlandırıldı ve perikardiyotektomi ameliyatı yapıldı. Kliniği stabil olan olgu tedavisinin 3. haftasında oral vorikonazol tedavisi ile taburcu edildi, takibi devam etmektedir.

Sonuç: Gebelikte immünomodülasyon sonucu enfeksiyonlara yatkınlık gelişebilmektedir. Olgumuz gebelikte *Aspergillus* türleri ile fırsatçı enfeksiyonların gelişebileceğini ve bu konudaki farkındalığın artması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Aspergillus fumigatus*, gebe, perikardit



Şekil 1. EKG’de düşük voltajlı QRS kompleksleri ve elektriksel alternanslar görülmektedir.

EKG: Elektrokardiyogram

Tablo 1. Serolojik testler

Anti-toksoplazma IgM	Negatif
Anti-toksoplazma IgG	Negatif
Anti-CMV IgM	Negatif
Anti-CMV IgG	Pozitif
Anti-HIV	Negatif
Sifiliz VDRL	Negatif
Sifiliz TPHA	Negatif
<i>Borrelia burgdorferi</i> IgM	Negatif
<i>Borrelia burgdorferi</i> IgG	Negatif
<i>Coxiella burnetii</i> faz 1 IgG	Negatif
<i>Coxiella burnetii</i> faz 2 IgG	Negatif
<i>Rickettsia conorii</i> IgM	Negatif
<i>Rickettsia conorii</i> IgG	Pozitif
Brusella rose bengal	Negatif
Brusella tüp aglütinasyon	Negatif

IgM: İmmüoglobülin M, IgG: İmmüoglobülin G, CMV: Sitomegalovirüs, HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü, VDRL: Venereal Hastalıklar Araştırma Laboratuvarı Testi, TPHA: Treponema Pallidum Hemaglütinasyon Testi

[PS-311]

Osteomiyeliti Olan Diyabetik Ayak Enfeksiyonlu Hastalardan İzole Edilen Mikroorganizmalar

Tuna Demirdal, Pınar Şen

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

Giriş: Diyabetik ayak enfeksiyonu saptanan hastalarda uygun antibiyotik tedavi seçimi için etken mikroorganizma izolasyonu önemlidir. Çalışmamızda diyabetik ayak enfeksiyonu nedeniyle izlenen hastaların derin doku kültürlerinde elde edilen üremeleri değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 10 yıllık süreçte diyabetik ayak enfeksiyonu nedeniyle yatarak izlenen ve görüntüleme bulgularında osteomiyelit saptanan hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, klinik ve laboratuvar bulguları, uygulanan tedaviler ve takip bulguları kaydedildi. Doku kültürlerinde üreme olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 129 hasta dahil edildi. Hastaların 97'si (%76,4) erkekti. Yaş ortalaması $59,3 \pm 11,4$ yıl olarak bulundu. Diyabet tanı süresi ortalama $15,1 \pm 10,6$ yıl idi. Hastaların %69,8'i insülin tedavisi olarak insülin kullanırken %6,2'si herhangi bir tedavi almamaktaydı. Yetmiş üç (%56,6) hastada kronik ülser öyküsü bulunmaktaydı. Hastaların 60'ında (%46,5) doku kültüründe etken üreme saptanmadı. Üreme saptanan 69 hastanın 49'unda (%71) Gram-negatif üreme izole edildi. En sık izole edilen etkenler sırasıyla *Escherichia coli* (16, %23,2), *Pseudomonas aeruginosa* (11, %15,9), *Enterococcus* spp. (8, %11,6), *Staphylococcus aureus* (8, %11,6) (metisiline duyarlı *Staphylococcus aureus*: 5, 3 metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*), *Proteus mirabilis* (7, %10,1) ve *Acinetobacter baumannii* (4, %5,8) olarak bulundu. Hastaların 46'sına (%35,6) sadece medikal tedavi uygulandı. Debritman 32 (%24,8) hastaya uygulanırken amputasyon yapılan 51 (%39,5) hasta saptandı. Ekstremitte amputasyonu yapılan hastaların %41,2'sine minör amputasyon uygulanırken %58,8'ine majör amputasyon yapıldı. İzlemde 2 (%1,6) hasta kaybedildi.

Sonuç: Osteomiyelitin eşlik ettiği enfekte diyabetik ayak ülserlerinde tedavi başarısını artırabilmek için etken mikroorganizmanın izolasyonu önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak, enfeksiyon, osteomiyelit

[PS-312]

Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonu Tanısıyla Takip Edilen Hastaların BOS Multipleks PCR Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Seda Kabukcu¹, Oğuz Karabay², Mehmet Köroğlu³, Hande Toptan³¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Sakarya²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonlarının erken tanı-tedaviye rağmen mortalitesi yüksektir. Tanıda klinik ve beyin omurilik sıvısı (BOS) bulguları birlikte değerlendirilir. Hızlı tanı yöntemlerinin kullanımı mortaliteyi azaltmaktadır. Lomber ponksiyon öncesinde antibiyotik uygulanmasının kültürde üremeyi olumsuz etkilemesi, kültürün 48-72 saatte sonuçlanması ve viral etkenlerin tespit edilememesi göz önünde bulundurulduğunda kısa sürede farklı etkenlerin bir arada çalışıldığı polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi erken tanıda öne çıkmaktadır. Menenjit multipleks polimeraz zincir reaksiyonu paneli (MMP) ile 15 patojene hızlı tanı koyulabilmektedir. Bu çalışmada merkezimizde SSS enfeksiyonu tanısıyla izlenen 122 hasta ve MMP verileri retrospektif incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2020-2025 tarihlerinde SSS enfeksiyonu ile BOS örneği alınan 122

hasta değerlendirildi. Hastaların kliniği, BOS kültürleri, BOS hücre sayısı ve biyokimya bulguları ve MMP sonuçları incelendi. BOS örnekleri QI Astat-Dx Analyzer (Qiagen®, Hilden, Almanya) cihazında QI Astat-Dx Meningitis/Encephalitis Panel Kiti ile analiz edildi.

Bulgular: 2020-2025 yılları arasında 122 hasta değerlendirildi. Yüz yirmi iki hastanın 74'ü erkek (%61), 48'i kadını (%39). Hastaları yaş ortalaması 53,3 (yaş aralığı, 18-87) idi. Ateş, baş ağrısı, döküntü, bilinç değişikliği, bulantı-kusma başvuru sırasında saptanan semptom ve bulguları. Hastaların 27'si (%22) immünoşüpresif bir hastalığa sahipti. Hastaların 48'inde (%39) MMP ile etken tespit edilirken bunların sadece 9'unda (%18,7) kültürde üreme olmuştur. Pozitif PCR sonuçları incelendiğinde numunelerin 16'sında (%33,3) *Streptococcus pneumoniae*, sekizinde herpes simpleks virüs-1, beşinde *Neisseria meningitidis* saptandı. Dört hastada varicella zoster virüsü (%8,3), 4 hastada da insan herpes virüs 6 (%8,3) pozitifliği tespit edildi. MMP ile 3 hastada (%6) *Cryptococcus neoformans/C. gattii* saptanmış olup bu hastaların ikisi etkileşimli immün yetmezlik sendrom, diğer hasta ise hemoksijenaz 1 eksikliği tanısı ile takipliydi ve 3 hastanın ikisi uygun tedaviye rağmen öldü. Hastaların 2'sinde ise MMP ile *Listeria monocytogenes* pozitifliği vardı ve bu hastaların birinin kültüründe üreme oldu. Bu 2 hasta incelendiğinde 2'sinde de ileri yaşta (>50 yaş) olduğu ve tedaviye yanıt alınamayarak öldükleri görüldü. Tüm olgularda mortalite oranı 26/122 (%21,3) bulundu.

Sonuç: Çalışmamız MMP kullanımı ile SSS enfeksiyonlarında etken tespitinin arttığını ve hastaların daha hızlı tanı aldığını göstermiştir. Özellikle *Cryptococcus neoformans* ve *Listeria monocytogenes* gibi ampirik tedavide göz ardı edilebilecek mortalitesi yüksek etkenlerin tanısının hızlı konulabilmesi, erken tanı ve etkin tedavilerin başlanması için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, menenjit/ensefalit paneli, tanı

Tablo 1. Etken tespit edilebilen BOS numune sonuçlarının incelenmesi [sayı (n), %]

Etken	MMP pozitifliği	Kültür üremesi
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	16 (33,3)	5 (10,4)
Herpes simpleks virüs 1	8 (16,6)	
<i>Neisseria meningitidis</i>	5 (10,4)	1 (2)
HHV-6	4 (8,3)	
VZV	4 (8,3)	
<i>Cryptococcus neoformans/C. gattii</i>	3 (6,2)	1 (2)
<i>Listeria monocytogenes</i>	2 (4)	1 (2)
Sitomegalovirüs	2 (4)	
<i>Streptococcus agalactiae</i>	1 (2)	1 (2)
<i>Escherichia coli</i>	1 (2)	0
Herpes simpleks virüs 2	1 (2)	
<i>Haemophilus influenzae</i>	1 (2)	0
Toplam	48	9

BOS: Beyin omurilik sıvısı, HHV-6: İnsan herpes virüs 6, VZV: Varicella zoster virüsü, MMP: Menenjit multipleks polimeraz zincir reaksiyonu paneli

[PS-313]

HIV ile Yaşayan Kişilerde Viral Hepatit Seroprevalansı

Ömer Faruk Yardımcı, Aslıhan Candevir, Damla Ertürk, Ayşe Seza İnal, Ferit Kuşcu, Süheyla Kömür, Yeşim Taşova

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Bulaş yollarının benzerliği nedeniyle insan immün yetmezlik virüsü ile yaşayan bireylerde (HİVB) hepatit B ve C virüs enfeksiyonlarına sık rastlanılmaktadır. Yaygın bir viral enfeksiyon olan ve etkin aşıyla önlenemeyen hepatit A, genellikle kontamine yiyecek-su alımıyla fekal-oral yoldan bulaşır. Ancak erkeklerle seks yapan erkekler arasında oral-anal seks ile geçiş de söz konusudur. Merkezimize başvurmış HİVB'lerde hepatit A, B ve C seroprevalansı değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Polikliniğimize şimdiye kadar başvurmış ve hepatit göstergesi bakılmış, HİVB'ler çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler, hastanemizin otomasyon sisteminden alınmış olup retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Yaş, cinsiyet, Hepatit B yüzey antijeni (HBsAg), anti-Hepatit B yüzey antikoru (anti-HBs), anti-Hepatit B çekirdek antikoru (anti-HBc), anti-Hepatit C virüsü antikoru (anti-HCV) ve Hepatit A Virüsü Antikoru (anti-HAV)-total sonuçları ile yıllara göre başvuran hasta sayıları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Taranan 1729 hasta dosyasında 1690 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $36,0 \pm 12$ olup 1510'u (%89,3) erkekti. Erkeklerin yaş ortalaması $35,7 \pm 11,8$, kadınların yaş ortalaması $38,5 \pm 13,2$

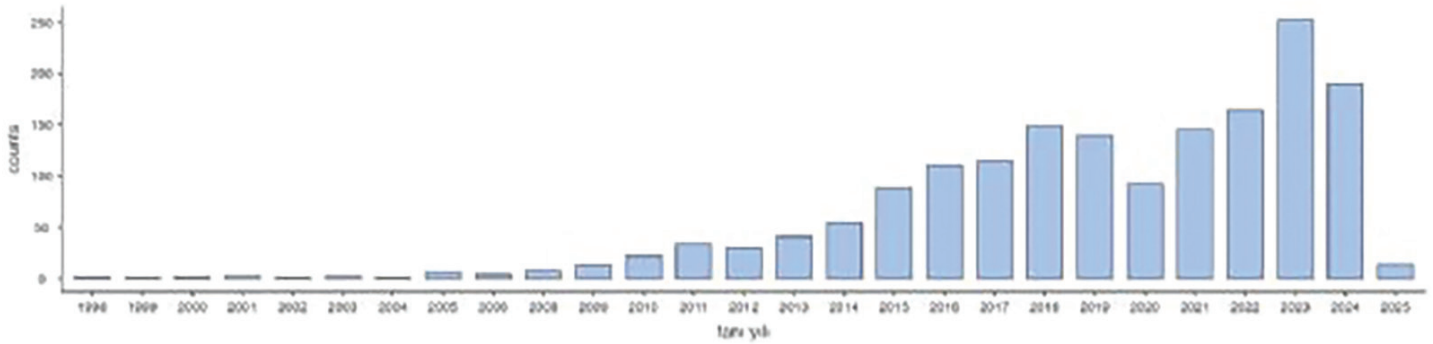
idi ($p=0,03$). Anti-HAV-Total, 1613 hastanın 1366'sında (%84,7), HBsAg, 1661 hastanın 50'sinde (%3), anti-HBs 1665 hastanın 1078'inde (%64,7), anti-HBc, 1560 hastanın 342'sinde (%21,9) ve anti-HCV, 1679 hastanın 30'unda (%1,8) pozitif. HBsAg pozitifliği olan 50 hastanın 2'sinde (%4) anti-HCV pozitifliği vardı. Anti-HBc pozitifliği olan 342 hastanın 38'inde (%11,1) HBsAg pozitifliği mevcuttu. Hastaların ortalama CD4 seviyeleri 404 ± 264 idi. Erkeklerin ortalaması $402,8 \pm 260,9$, kadınların ortalaması ise $358,5 \pm 291,9$ idi ($p=0,528$). Tanı yaşı ve CD4 seviyelerinin viral hepatit serolojilerine göre dağılımı tablo 1'de gösterilmiştir. Yıllara göre başvuran hasta sayıları şekil 1'de gösterilmiştir. Hastaların yarısı 2020 ve sonrasında tanı almıştır.

Sonuç: HİVB'lerde hepatit B ve C virüs enfeksiyonlarının morbidite-mortalitesi artmaktadır. Ülkemizde 20 yıl boyunca 395.103 olgunun analiz edildiği bir çalışmada anti-HCV pozitifliği %0,6 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda anti-HCV pozitifliği oranı daha yüksek (%1,8) saptanmıştır. Yine ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda HBsAg pozitifliği %3,5'in altında saptanmıştır. Bizim çalışmamızda HBsAg pozitifliği bu orana paralel (%3) saptanmıştır. Anti-HBs pozitifliği düşük yaşlarda daha fazla iken anti-HBc pozitifliğinin daha ileri yaşta pozitif saptanması genç yaş grubunda aşılamanın, daha ileri yaş grubundaysa hastalığı geçirmenin seropozitiflikle ilgili olduğunu düşündürmektedir. Yapılan çalışmalardan yola çıkılarak toplumda anti-HAV-total pozitifliğinin %90'ın üzerinde olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda bu oran daha düşük (%84,7) ve gençlerde daha da düşük saptanmıştır. Sonuç olarak HİVB'lerin yaş ortalamasının giderek düştüğü göz önüne alınırsa, tarama testlerinin yapılması ve aşılama programlarının düzenlenmesiyle aşılama farkındalığının artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, seroprevalans, viral hepatit

Tablo 1. Tanı yaşı ve CD4 seviyelerinin hepatit serolojilerine göre dağılımı

		Sonuç	N	Mean	Median	SD	SE	P değeri
HBsAg	CD4	Negatif	1574	404.8	360.0	265.1	6.683	0.420*
		Pozitif	49	373.8	350.0	241.3	34.47	0.553**
	Tanı yaşı	Negatif	1611	35.9	34.0	12.0	0.298	0.155*
		Pozitif	49	38.4	38.0	10.3	1.47	0.050**
Anti HBc IgG	CD4	Negatif	1191	415.7	374.0	266.5	7.721	0.004*
		Pozitif	334	367.6	321.5	262.4	14.355	0.001**
	Tanı yaşı	Negatif	1218	34.2	32.0	11.2	0.321	<.001*
		Pozitif	342	42.7	42.0	12.2	0.659	<.001**
Anti HBs	CD4	Negatif	571	366.8	313.0	262.5	10.987	<.001*
		Pozitif	1055	425.1	382.0	263.1	8.100	<.001**
	Tanı yaşı	Negatif	587	38.7	38.0	11.8	0.489	<.001*
		Pozitif	1078	34.5	31.0	11.7	0.357	<.001**
Anti HAV Total Ig	CD4	Negatif	239	452.2	407.0	276.91	17.912	0.003*
		Pozitif	1341	396.7	351.0	261.3	7.135	0.003**
	Tanı yaşı	Negatif	247	28.5	26.0	9.38	0.597	<.001*
		Pozitif	1366	37.3	35.0	11.8	0.320	<.001**
Anti HCV	CD4	Negatif	1610	404.1	357.0	265.3	6.613	0.915*
		Pozitif	30	398.9	366.5	205.7	37.55	0.771**
	Tanı yaşı	Negatif	1649	36.0	34.0	12.0	0.295	0.416*
		Pozitif	30	37.8	37.0	12.2	2.23	0.352**



Şekil 1. Yıllara göre tanıların dağılımı

[PS-314]

Parotis Lojunda Gelişen *Candida Glabrata*'ya Bağlı Apse Olgusu

Muhammed Enes Kardan¹, Çağlar Kavak¹, Tuğba Demircioğlu¹,
Bahar Aktaş Topuz²

¹Tekirdağ Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Kliniği, Tekirdağ

²Tekirdağ Şehir Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ

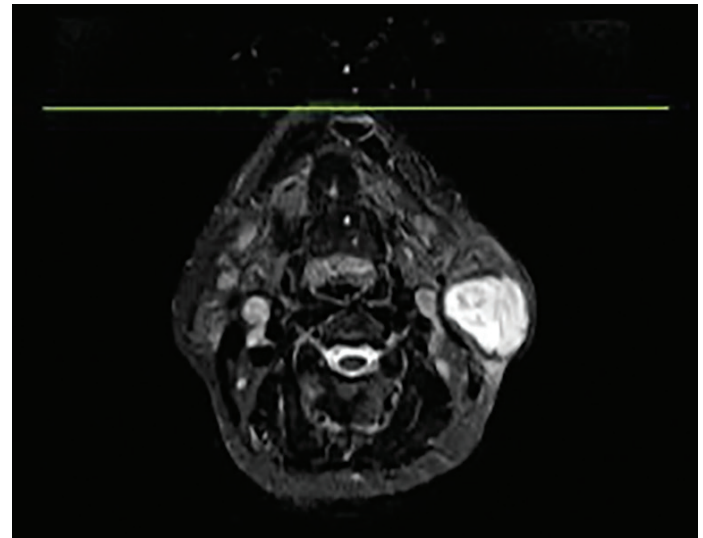
Giriş: Parotis bezinin enfeksiyöz durumlarında sıklıkla bakteriyel ve özellikle *Staphylococcus aureus* görülmekle birlikte nadiren de fungal etkenler görülmektedir. Viral etkenler haricinde çoğunlukla diyabet veya immünoşüpresif bir hastalığı olan yaşlı bireylerde daha sık karşılaşılmaktadır. *Candida* türleri sağlıklı bireylerde de ağız boşluğunun bir üyesi olup *Candida* enfeksiyonları birçok klinik sendromlara neden olabilmekte, en sık *Candida albicans* etken olarak saptanırken *C. glabrata* da daha nadir olarak görülmektedir. Olgumuzda parotis lojunda *C. glabrata*'ya bağlı apse gelişen bir kadın hasta sunulacaktır.

Olgu: Elli üç yaşında kadın hasta polikliniğe boyunda şişkinlik, ağrı ile başvurdu. Yaklaşık üç hafta önce başlayan ve giderek artan boyun sol üst kısımda çene altında şişlik başlamış ve git gide ağrısı artmış. Dış merkezde *S.aureus* gibi etkenleri kapsayacak oral antibiyoterapi verilmiş fakat şikayetleri artarak devam etmiş. Ateş şikayeti olmayan hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus olup splenektomi ve pankreasta kitle nedenli operasyon öyküsü mevcuttu. Yaklaşık bir sene önce opere olan hastanın o dönemde cerrahi alan enfeksiyonu nedenli uzun süre antibiyoterapi kullanım öyküsü de vardı. Muayenesinde kulak hizasından mandibula altına uzanan kitlesel lezyon olup dıştan kızarıklık, ısı artışı ve şiddetli ağrı olan hastaya yapılan görüntülemelerde sol parotis gland boyutları artmış, parankimi heterojen görünümde olup parotis lojunda 5x4 cm kitlesel lezyon saptandı. Vital bulgular normal sınırlarda olan hastanın biyokimyasal tetkiklerinde de özellik yoktu, C-reaktif protein 20 mg/l (0-5) saptandı. Tam kan sayımında anemi, lökositoz veya sola kayma yoktu. Servise yatırılan hastada enjektör yardımıyla yaklaşık 20 cc krem renginde kokusuz püü aspire edildi, kültüre gönderildi, antibiyoterapi başlandı. Tularemi, tüberküloz gibi etkenler açısından da

tetkikleri istendi. Hastanın apse materyalinde gram boyamada yoğun polimorfonükleer lökosit, maya hücreleri görüldü ve *C. glabrata* üredi. Kontaminasyon olabileceği düşünülerek antibiyoterapiye devam edildi, kültür tekrar edildi. Patolojik incelemede malign hücre görülmeydi. Aralıklı apse drenajı yapılan hastada klinik yanıt alınmadı. Tularemi ve tüberküloz açısından da tetkikleri negatif saptanan hastanın kontrol apse materyalinde de gram boyamada maya hücreleri görüldü, *C. glabrata* üredi. Hastaya mikafungin başlandıktan sonra klinik yanıt alındı, iki hafta antifungal tedavi verildi. Apse alanı ve pürülan akıntısı kaybolan fistüle hafif seröz akıntısı bulunan hasta taburcu edildi, kontrol muayenesinde de fistüle alanın kapandığı görüldü.

Sonuç: Kandidal enfeksiyonlar daha nadir görülmekle beraber altta yatan immünoşüpresif hastalığı olanlar ve uzun dönem antibiyoterapi alan kişilerde daha sık görülmekte, bakteriyel enfeksiyonlarda olduğu gibi apse formasyonlarında antifungal ilaçlarla birlikte cerrahi drenaj uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Apse, *C. glabrata*, parotis bezi



Resim 1. MR görüntülemesinde 5x4 cm apse alanı

MR: Manyetik rezonans görüntüleme

[PS-315]

Zanzibar'dan Gelen Davetsiz Yolcu: Nadir Görülen Kutanöz Larva Migrans Olgusu

Nevin İnce¹, Emel Çalışkan², Güneş Şengüldür¹, Fatma İrem Kırnapçı¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

Giriş: Kutanöz larva migrans (KLM), sıklıkla tropikal ve subtropikal bölgelere seyahat eden ve toprakla temas öyküsü olan kişilerde görülen bir parazitoz olarak bilinmektedir. Kancalı kurt larvaları deriyi delerek vücuda girdikten sonra, epidermiste tüneller oluşturarak ilerlemekte ve kaşıntılı, eritematöz, serpiginöz lezyonlar meydana getirmektedir. Bu bildiride Tanzanya Zanzibar adasına gezi amaçlı gidip dönen bir hastada ayağında oluşan KLM enfeksiyonu olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgusu: Elli yedi yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisi yeşil alana sol ayak parmaklarında şişlik, ayak üzerinde kızarıklık ve kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Şikayetleri yaklaşık iki haftadır devam etmekteydi. Ateş, sistemik bulgular veya yaygın deri lezyonları bulunmuyordu. Fizik muayenesinde belirgin enflamatuvar reaksiyon saptanan hasta dermatoloji polikliniğine yönlendirildi. Burada yapılan fizik muayenede mantar enfeksiyonundan şüphelenilerek KOH ile mantar arama ve yara kültürü istendi. Hastaya topikal antifungal-kortikosteroid kombinasyonu ve oral antihistaminik başlandı. Hasta, semptomları geçmeyince kendi araştırmalarını yaparak "KLM" ihtimalini düşündü ve bir hafta sonra enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın yaklaşık bir ay önce dört gün süren Tanzanya Zanzibar seyahati olduğu öğrenildi. Seyahat sırasında tatlı suya girdiğini, çıplak ayak ile kumda dolaştığını ve 2-3 gün sonra kaşıntısının başladığını belirtti. Fizik muayenede, sol ayak dorseline yayılan, serpiginöz eritemli, deriden kabarık lezyon saptandı. Parmakların birbirine bakan yüzlerinde seropürülan akıntılı lezyonlar mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yurt dışı tropikal bölgeye seyahat öyküsü, hastanın da kendisinde KLM tanısından şüphelenerek başvurması ve ayağının görünümü (Resim 1) üzerine albendazol 400 mg/gün, 5 gün süre ile KLM tanısıyla verildi. Kaşınmaya bağlı sekonder bakteriyel enfeksiyonu da eklenen hastada alınan yara kültüründe *Citrobacter werkmanii* üremesi saptandı ve ciprofloksasin başlandı. Hemogram, biyokimya, enflamatuvar belirteçler normal sınırlarda bulundu. Hastadan gönderilen *Toxocara canis* IgG negatif

saptandı. Albendazol tedavisi sonrası lezyonlarının tipik görünümü kayboldu.

Sonuç: Kutanöz larva migrans, özellikle tropikal bölgelere seyahat eden bireylerde sıklıkla gözden kaçan bir tanıdır. Çoğu hasta kaşıntıyı egzama, alerjik reaksiyon veya mantar enfeksiyonu sanarak gecikmeli tanı alır. Hasta kendi semptomlarını araştırarak şüphelendi ve doğru yönlendirmeyi sağladı. Tanı sürecinde seyahat öyküsü kritik rol oynadı. Serpiginöz lezyon varlığı, KLM için oldukça tipiktir ve klinik olarak tanı koymada belirleyici olmuştur. Tedavi olarak albendazol veya ivermektin önerilmektedir; bu olguda albendazol ile başarılı sonuç alınmıştır. Hastada yara kültüründe üreyen *Citrobacter werkmanii*, sekonder enfeksiyon etkeni olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kutanoz larva migrans, parazitoz, tropikal seyahat



Resim 1. Sol ayakta serpiginöz karakterde, deriden kabarık tipik KLM lezyonu

KLM: Kutanöz larva migrans

[PS-316]

Yoğun Bakım Ünitesinde Çoklu İlaça Dirençli *Acinetobacter* Salgını: Salgın Kontrol Stratejileri

Sibel Karabulut

Bucak Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Burdur

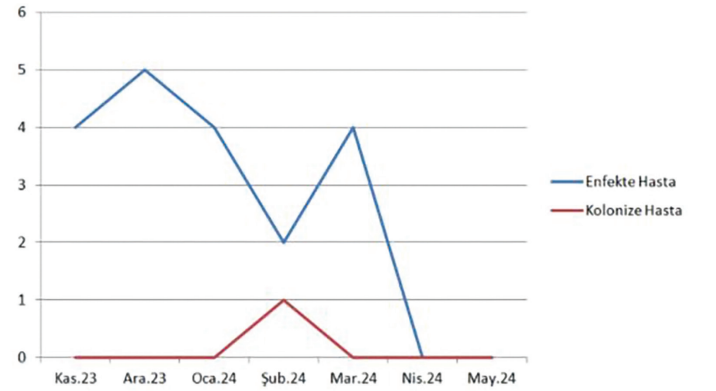
Giriş: Çoklu ilaca dirençli *Acinetobacter baumannii* (ÇİD-A), yoğun bakım ünitesi (YBÜ) salgınlarına sebep olabilen fırsatçı patojendir. Morbidite ve mortalitesi yüksek, uzun süreli hospitalizasyon gerektiren bu enfeksiyona bağlı salgının kontrol stratejileri anlatılarak yönetimle birlikte alınacak kararların uygulanmasının sonuca olan katkısı anlatılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kasım 2023-Mart 2024 tarihleri arası Bucak Devlet Hastanesi YBÜ'de, yatışından 48 saat sonra alınan en az bir klinik örneğinde ÇİD-A üremesi olan hastalar, kolonize/enfekte olgular olarak tanımlandı ve tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Kasım 2023'te iki gün arayla üç hastanın derin trakeal aspirat kültüründe ÇİD-A üremesi üzerine enfeksiyon kontrol komitesi (EKK) ve hastane yönetimi acil olarak toplandı, salgın ekibi oluşturuldu. ÇİD-A saptanan hastalara hizmet veren tüm personelin sabit tutulması kararı alındı, eğitim verilerek ön test ve son test yapıldı (ön test %68,6; son test:% 95,6). Aralık 2023'te enfekte hasta sayısının artış göstermesiyle ikinci kez EKK toplantısı yapıldı. YBÜ-18 yataklı ve YBÜ-2 12 yataklı olmak üzere 2 ayrı bölümden oluşmaktaydı. Enfekte olan hastaların YBÜ-1'de takip edilmesi planlandı. Ocak 2024'te; ÇİD-A enfeksiyonu olan 3 hastanın yatak, monitör, oksijen flowmetre, endotrakeal tüp vb. yüzeylerinden 19 sürüntü örneği alındı, hiçbirinde *Acinetobacter* saptanmadı. Mart 2024'te 3 hastada ÇİD-A saptanması üzerine; YBÜ-2'deki 12 hastanın boğaz, axilla veya inguinal sürüntü kültüründe kolonizasyon saptanan 5 hasta YBÜ-1'e transfer edildi. YBÜ-2'de bulunan hasta bakım arabasındaki nemlendirilmiş pamuk kutusunda *Acinetobacter* izole edildi. Hasta bakım arabası kaldırılarak, pansuman malzemeleri için sabit yer belirlendi. 12 Mart 2024' ten itibaren alınan klinik örneklerde ÇİD-A saptanmadı. Sonraki altı ayda yoğun bakımlardaki olgu sayısı, ayda 0-1 arasında seyretti.

Bulgular: Kasım 2023'te YBÜ-2'de yatan 4 hastada ÇİD-A enfeksiyonu saptandı. Nisan 2023-Ekim 2023 arasındaki yedi aylık dönemde ÇİD-A enfeksiyonuna bağlı yeni olgu sayısının ayda 0-1 arasında olması nedeniyle artış salgın olarak tanımlandı. İndeks olgu pnömoni nedeniyle yatan 85 yaşında kadın hastaydı. Salgın döneminde 20 hastadan alınan 32 ayrı örnekte ÇİD-A üremesi saptandı. Bu hastalardan 19'undaki üreme enfeksiyon, 1 hastadaki üreme kolonizasyon kabul edildi. Hastaların 7'si (%35) kadın, yaş ortalaması 76 (56-93), ortalama yatış süresi 43,2 (11-122) gündü.

Sonuç: Enfeksiyon kaynağının hızlı bir şekilde belirlenmesi ve tüm seviyelerdeki yoğun bakım personelinin kapsayan kontrol stratejisinin uygulanması, salgının kontrol altına alınmasını sağlamıştır. Dirençli izolatların hastanelerde kolonizasyonunun önlemesi için gerekli enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması salgınların önlenmesinde açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: *Acinetobacter*, yoğun bakım, salgın



Resim 1. Kasım 2023-Mayıs 2024 arası ÇİD *Acinetobacter* spp. ile enfekte/ kolonize hasta sayısı

ÇİD: Çoklu ilaca dirençli

[PS-317]

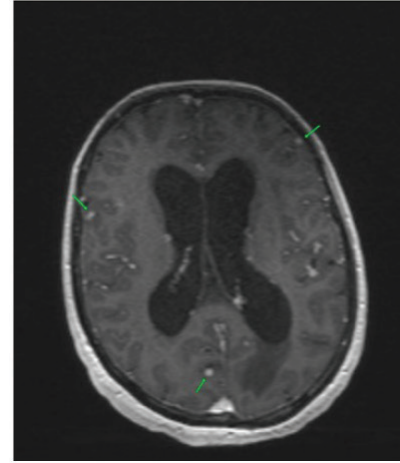
Tanısı Zor Tüberküloz Menenjit OlgusuAyşe Nur Azdavaylı Uçar, Uğur Kostakoğlu, Ayşe Ertürk,
İlknur Esen Yıldız, Tuba İlgarRecep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Tüberküloz (TBC) menenjit, kliniği kötü mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Başlangıcı sinsi, non-spesifik semptomlarla tanısı zordur. Klinik şüphe durumunda erken tedavi hayat kurtarıcı olabilir.

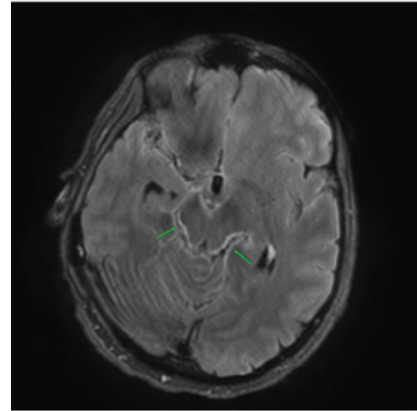
Olgu: Elli iki yaşında kadın hasta, acile ani yüzde uyuşma, geçici bilinç değişikliğiyle getirilmiş. Muayenesinde bilinç açık, oryante, ko-opereymiş. Ense sertliği, Kernig ve Brudzinski belirtileri negatif görülmüş. Hasta stabil olduğundan ayakta takiple taburcu edilmiş. İki gün sonra karın ağrısıyla dış merkeze pelvik enflamatuvar hastalık tanısıyla yatırılmış. 3 gün seftriakson 1x2 gr, metranidazol 3x500 mg intravenöz (IV) uygulanmış, hastada ateş, baş ağrısı ardından bilinç değişikliği olunca menenjit ötanısıyla hastanemize gönderilmiş. Araştırmak amacıyla enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Dış merkezde çekilen beyin difüzyon manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde patoloji saptanmamış. Servisimizde menenjit, ensefalit ön tanılarıyla yapılan lomber ponksiyon (LP) sonucunda beyin omurilik sıvısı (BOS) protein oranı yüksek, eş zamanlı kan şekere oranla BOS glikoz 2/3'ten düşük saptandı (Tablo 1). Menenjit, ensefalit düşünülerek ampirik tedavi ampisilin 6x2 gr, seftriakson 2x2 gr, asiklovir 3x750 mg, vankomisin 3x1,5 gr, deksametazon 4x10 mg IV başlandı. Yatışının yedinci gününde ateş yüksekliği görüldü, menenjit komplikasyonları araştırılmak üzere kontrastlı beyin MR çekildi, kontrol LP yapıldı. MR görüntülemesiyle nörolojiye rekonşülte edildi, beyin temporal bölge, bazalde kontrast tutulumu TBC menenjit ile uyumlu olabileceği şeklinde değerlendirildi. Kontrol LP'de BOS protein oranında artış görüldü. Klinikte mevcut tedaviye yanıt alınamaması, görüntülemelerde TBC menenjit ile uyumlu bulgular, BOS proteininde artış sebebiyle TBC-menenjit ötanısıyla dördü anti-TBC tedavisi (izoniyazid, rifampisin, etambutol, pirazinamid), deksametazon TBC-menenjit dozunda 32 mg oral başlandı. Diğer tedavileri kesildi. Miliyer TBC açısından akciğer grafisi çekildi, miliyer TBC bulgusu saptanmadı. TBC tedavisinin yedinci gününde baş ağrısı, bilinçte bozulma başladı. Tekrar kontrastlı beyin MR çekildi, tüberküloz ve hidrosetali saptandı. Hidrosetali için nöroşurji tarafından eksternal ventriküler drenaj uygulandı. Takiplerde baş ağrısı azaldı, bilinci açıldı. Yatışının 30.gününde geliş BOS TBC kültüründe TBC basil üremesi bildirildi, bu şekilde TBC menenjit tanısı kesinleşti. Isoniyazid, rifampisin duyarlıydı. Yatışının 40.gününde tedavi kontrol için yapılan LP'de BOS bulguları düzeldi. Tedavisinin 45. gününde bel ağrılarının dolayı çekilen lomber MR'da araknoiditle uyumlu raporlandı. TBC tedavisi sürdürülürken üçüncü ayında bel ağrısı geriledi. Deksametazon bir ay tam doz, haftalık doz azaltımıyla toplamda 2 ay uygulandı. Anti-TBC tedavisini 12 aya tamamlamak üzere taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde şikayetlerinin tamamen gerilediği görüldü.

Sonuç: İmmünkomponent non-spesifik semptomlarla gelen hastanın anamnezinde TBC menenjitten şüphelenilmese de klinik takiplerde şüphelendiğimiz, yanıt alamadığımızda TBC tedavisine erkenden başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Araknoidit, tüberküloz, tüberküloz menenjit



Şekil 1. Tüberküloz menenjit



Şekil 2. Beyin Bazal Tutulum



Şekil 3. Araknoidit

Tablo 1. Beyin omurilik sıvısı (BOS) bulguları

BOS	Geliş LP sonucu	Yedinci gün kontrol LP sonucu	Kırkıncı gün tedavi kontrol için yapılan LP
BOS basınç	Normal	Normal	Normal
BOS görünüm	Berrak	Berrak	Berrak
BOS glukoz	32 mg/dl	40 mg/dl	33 mg/dl
Eş zamanlı kan şekeri	140 mg/dl	143 mg/dl	112 mg/dl
BOS protein (normal aralık: 15-45 mg/dl)	316 mg/dl	716mg/dl	311 mg/dl
Gram-boyama	Lökosit ve mikroorganizma yok	Orta lökosit görüldü, mikroorganizma görülmedi	Bol lökosit görüldü, mikroorganizma görülmedi
Hücre sayısı	mm ³ 'te 200 lökosit (MNL hakimiyeti), mm ³ 'te 600 eritrosit	mm ³ 'te 20 eritrosit, 210 lökosit (%60 PMNL)	mm ³ 'te 50 lökosit (PMNL) sayıldı, eritrosit görülmedi
ARB	Negatif	Negatif	Negatif
BOS kültür	Üreme yok	Üreme yok	Üreme yok
Tüberküloz kültür	30.günde 1-19 koloni ARB pozitif basil üredi	24. günde +1 (20-100 koloni) aside dirençli basil üredi	Üreme yok

LP: Lomber ponsksiyon sonuçları-geliş, yedinci gün ve kırkıncı gün sonuçları, MNL: Mononükleer hücreler, PMNL: Polimorfonükleer lökositler, BOS: Beyin omurilik sıvısı, ARB: Aside rezistan boyama

[PS-318]

HIV ile Yaşayan Bireylerde Gelişen Fırsatçı Enfeksiyonlar ve Maligniteler: 2020-2025 Dönemine Ait Bir Retrospektif Çalışma

Yusuf Yiğit¹, Elif Usta², Alper Gündüz¹, Meliha Meriç Koç¹, Özlem Altuntaş Aydın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunun klinik seyri, fırsatçı enfeksiyonlar (FE) ve malignitelerin görülme sıklığı HIV ile yaşayan bireyler arasında değişiklik göstermektedir. Bu çalışmada, 01.07.2020-01.03.2025 tarihleri arasında servisimize yatırılan HIV ile yaşayan 18 yaş üstü bireylerde gelişen FE ve malignitelerin profilini belirlemeyi amaçladık.

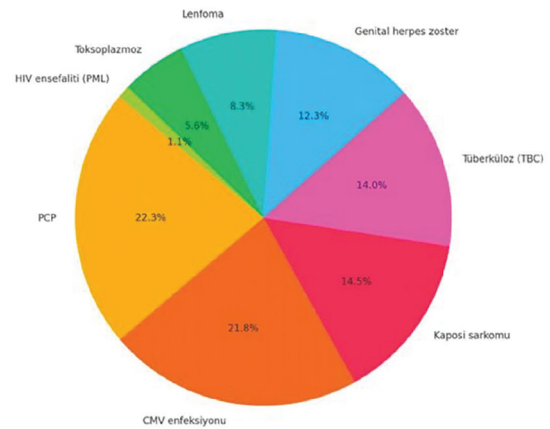
Gereç ve Yöntem: HIV ile yaşayan bireylerin klinik ve laboratuvar verileri verileri hastane bilgi sistemi üzerinden retrospektif olarak incelendi. Demografik verileri, immünolojik parametreleri (CD4+ T hücre sayısı, HIV-RNA düzeyi), eşlik eden fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler kayıt altına alınmıştır.

Bulgular: Retrospektif olarak yapılan bu gözlemsel çalışmada, HIV ile yaşayan servise yatırılan toplam 479 bireyin verileri incelenmiş, bu bireylerden 142'sinde fırsatçı enfeksiyon ve/veya malignite tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 142 bireyde toplam 179 enfektif tablo gözlenmiştir. Bireylerin ortalama yaşı 42,9 (17-75), CD4+ T hücre ortalaması 137,4 hücre/mm³ (0-1198), HIV-RNA ortalaması ise 1.659.286 kopya/ml (8460-10.000.000) olarak belirlenmiştir. Bireylerin %88'i erkek (n=125), %12'si kadın (n=17) idi. En sık saptanan FE ve

maligniteler arasında *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi (PCP) (n=40, %28,1), sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu (n=39, %27,5), Kaposi sarkomu (n=26, %18,3), tüberküloz (n=25, %17,6), genital herpes zoster (n=22, %15,5), lenfoma (n=15, %10,5), toksoplazmoz (n=10, %7,0) ve HIV ensefaliti (n=2, %1,4) yer aldı (Tablo 1).

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde fırsatçı enfeksiyonlar ve HIV ilişkili maligniteler, özellikle ileri düzey immünosüpresyon varlığında ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Bu çalışmada en sık gözlenen hastalıklar PCP, CMV enfeksiyonu ve Kaposi sarkomu olmuştur. Fırsatçı enfeksiyonların bir arada görülme sıklığı oldukça yüksek olup, bu durum klinik seyri daha da ağırlaştırmaktadır. Erken tanı, düzenli izlem ve antiretroviral tedaviye erişimin artırılması, bu hastalıkların sıklığını azaltmada büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fırsatçı enfeksiyon, HIV ile yaşayan birey



Şekil 1. İnsan immün yetmezlik virüsü ile yaşayan bireylerde saptanan fırsatçı enfeksiyonlar ve maligniteler

[PS-320]

Kronik Pankreatit Tanısı Olan Hepatit C Tanılı Hastada Glekaprevir/Pibrentasvir Tedavisi ve Yan Etki Yönetimi

Didem Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kronik Pankreatit Tanısı Olan Hepatit C Tanılı Hastada Glekaprevir/Pibrentasvir Tedavisi ve Yan Etki Yönetimi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kronik hepatit C çoğunlukla yavaş progrese bir hastalık olup ilerleyen yıllarda bir kısım hastada siroz, karaciğer yetmezliği veya karaciğer kanseri gelişir. Güncel tedavide direkt etkili antivirallerin kullanılmasıyla hastalık kür başarı oranı oldukça artmıştır. Bu çalışmada kronik pankreatit öyküsü olan kronik hepatit C tanılı hastanın tedavisi sırasında gelişen yan etkilerin yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: On beş yıldır kronik hepatit C tanısı olan ve tedavisiz izlenmiş olan 62 yaşındaki erkek hasta hepatit polikliniği takibine alındı. Yirmi yıldır hipertansiyon tanısı olan hasta perindopril, metoprolol kullanmaktaydı. Özgeçmişinde pankreatit geçirme ve kısmi pankreas rezeksiyonu öyküsü mevcuttu. Hastanın tedavi planı öncesi fizik muayene bulguları, kan parametreleri ve batın görüntülemelerinde siroz bulgusuna rastlanmadı. Genotip 1b hepatit C virüsü (HCV) ile enfekte olan non-sirotik hastaya glekaprevir/pibrentasvir tedavisi başlandı. Hasta tedavisinin 2. haftasında gribal semptomlar nedeniyle tetkik edildiğinde şiddetli akut solunum yolu sendromu-koronavirüs-2 polimeraz zincir reaksiyonu sonucu

pozitif saptandı ve semptomatik tedaviyle koronavirüs hastalığı-2019 enfeksiyonunu hafif semptomlarla atlattı, bu süreçte HC tedavisine ara verilmedi. Takibinin 3. haftasında vücutta genel kaşıntı ve lokal döküntü olması nedeniyle yapılan tetkiklerde amilaz ve bilirubin değerlerinde yükselme gözlemlendi. Özellikle bilateral kolların dorsal yüzlerinde simetrik olan kaşıntılı, basmakla solan, makül ve plakları mevcuttu, plaklarda birleşme eğilimi görülmedi, ilaca bağlı ürtikeryal döküntü düşünülerek rupatadin günde bir defa reçete edildi. Hastanın karın ağrısı olmamasına rağmen bilinen pankreatit atakları nedeniyle yapılan batın tomografisinde karaciğer ve safra kesesi, intra ve ekstrahepatik safra yolları normal izlendi, pankreas dansitesi homojen olarak gözlemlendi. Üçüncü haftada kanda HCV-RNA negatifliği sağlandı, bilirubin değerleri birim/ml olarak ölçüldü, lipaz düzeyinde değişim gözlenmedi (Tablo 1). Döküntüler rupatadin tedavisiyle iki hafta içinde geriledi, ancak antihistaminik tedavisine devam edildi. Ek yakınma gelişmeksizin 8 haftalık glekaprevir/pibrentasvir tedavisi tamamlandı ve kanda kalıcı HCV-RNA negatifliği sağlandı. Kür sonrası 3 yıldır halen takipte olan hastada yeni bir yakınma veya hepatosellüler karsinom bulgusuna rastlanmadı.

Sonuç: Direkt etkili antivirallerin kronik HC tedavisinde yeri tartışmasız önemli olup tedavi ile kür oranları oldukça yüksektir. Tedavi süresince gelişebilen tolere edilebilir ılımlı yan etkiler durumunda semptomatik tedavi destekleri ile tedaviye kontrollü olarak devam edilmelidir. Nitekim hastamızda gelişen döküntü, amilaz ve bilirubin yüksekliğine rağmen tedavinin 3. haftasında HCV-RNA negatifliği sağlanmış olup kalıcı virolojik yanıt gelişmiş ve hasta kür olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Glekaprevir/pibrentasvir, hepatit C tedavisi, yan etki yönetimi

Tablo 1. Hastanın takip kan parametreleri

	Tedavi başlangıç günü	2. hafta	3. hafta	4. hafta	5. hafta	5. hafta	6. hafta	8. hafta
AST (0-40 IU/l)	32	22	18	13	18	18	15	15
ALT (0-40 IU/l)	30	15	22	8	9	12	12	11
ALP (40-129 IU/l)	80	77	77	81	76	79	81	80
GGT (8-61 IU/l)	33	32	25	19	20	16	18	32
AMİLAZ (28-100 IU/l)	223	227	316	519	957	522	243	210
LİPAZ (0-60 IU/l)	54	52	32	50	42	57	32	30
TBİL (0.2-1.2 mg/dl)	0,99	-	2.15	1,36	1,73	2,2	1,3	1,2
DBİL (0-0.5 mg/dl)	0,99	-	0.71	0,5	0,54	0,66	0,47	0,46
HCV-RNA IU/ml	9,24E+05	-	Virüs saptanmadı	-	-	-	-	Virüs saptanmadı

AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, ALP: Alkalın fosfataz, GGT: Gama glutamil transferaz, HCV: Hepatit C virüsü, UI: Uluslararası birim

[PS-321]

Akut Gastroenteritli Hastalarda İzole Edilen Etkenlerin Multipleks Gerçek Zamanlı-PCR Testi ile Araştırılması

Ömer Yiğid, Ferhat Arslan, Adnan Çetin, Sedat Kaygusuz,
Birgül Kaçmaz, Serdar Gül

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

Giriş: Akut gastroenterit (AGE), dünyada yaygın görülen hastalıklardan biridir ve önemli sağlık harcamalarına neden olmaktadır. AGE etkenlerinin hızlı ve doğru tanımlanması, klinik laboratuvarlar için hala bir zorluktur. Bu çalışma ile 20 Temmuz 2021 ile 20 Temmuz 2022 yılları arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na gönderilen AGE tanısı almış erişkin hastaların dışkı örneklerinde bakteriyel (*Escherichia coli*, *Vibrio cholera*, *Yersinia enterocolitica*) viral (adenovirüs, astrovirüs, norovirüs, rotavirüs, sapovirüs), paraziter (*Cryptosporidium parvum*, *Cyclospora cayetanensis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*) etkenin ortaya koyulabildiği multipleks ters transkripsiyon-polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi ile etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Klinik olarak AGE tanısı alan hastaların taze dışkı örnekleri mikroskopik olarak incelenmiş ve kültürü yapılmıştır. Gastroenterit etkenlerini tanımlamak için multipleks RT-PCR yöntemi kullanılmıştır. Viral, bakteriyel ve paraziter etkenlerin tanımlanması için dışkı örnekleri, üretici firma önerilerine göre RT-PCR (QIAstat-DxAnalyzer, QIAGEN, Almanya) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 90 gaita örneğinin mikroskopik incelenmesi yapılmıştır. Gaita örneklerinde parazit, kist, yumurta görülmemiştir.

Gaita kültürlerinde etken üretilmemiştir. Altmış iki örnekte (%69) en az bir etken saptanmıştır. En sık *E. coli* tespit edilirken ve 12 örnekte de birden fazla etken tespit edilmiştir (Tablo 1).

Sonuç: AGE etkenlerinin tanısında konvansiyonel yöntemlere göre daha yüksek duyarlılık ve özgüllükte olan multipleks PCR ile daha hızlı tanı konulması mümkündür. PCR kullanılarak ek hastalığı olan ve şiddetli akut klinik tablosu olan hastalarda daha hızlı tanıya ulaşılması ve rasyonel tedavinin planlaması yapılabilir. Hasta sonuçlarının iyileştirilmesi ve maliyet etkinliği açısından multipleks PCR yöntemi kullanımı için daha ileri çalışmalar gereklidir. Özellikle akut şiddetli kliniği olan olgularda hızlı tanı için değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: RT-PCR, gastroenterit

Tablo 1. Erişkin hastalarda akut gastroenterit etkenleri

Etken	Sayı (n)
Adenovirüs	1
Rotavirüs	4
Norovirüs	9
Sapovirüs	2
Astrovitüs	2
<i>E. coli</i>	36
<i>Clostridium difficile</i> toksin A/B	10
<i>Salmonella</i>	5
<i>Kampilobakter</i>	6
Ko-enfeksiyon	12

[PS-322]

Hastanede Yatan Hastalarda Pelvik Enflamatuvar Hastalık: Gelişmekte Olan Bir Ülkede Retrospektif Tek Merkezli Bir Analiz

Oğuzhan Acet¹, Şükrü Dirik¹, Arda Kaya¹, Nazlıhan Yalçın¹, Oğuz Reşat Sipahi¹, Bilgin Arda¹, Meltem Işıkgöz Taşbakan¹, Egemen Bolat², Mervenur Kanat², Şöhret Aydemir², İsmet Hortu³, Hüseyin Aytaç Erdem¹

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

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Pelvik enflamatuvar hastalık (PIH), endoserviks veya diğer genital sistem organlarında, asendan yolla yayılarak çeşitli pelvik enfeksiyonlara yol açan bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu çalışma, PIH tedavisi gören hastaları retrospektif olarak değerlendirmek amaçlanmıştır.

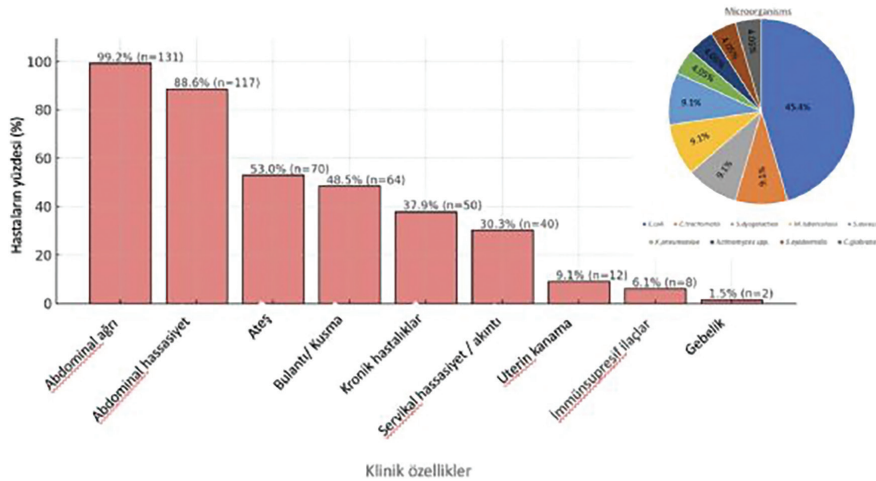
Gereç ve Yöntem: Hastanemizin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde, 1 Ocak 2020 ile 10 Ekim 2024 tarihleri arasında yatmakta olan ve konsülte edilen, Hastalık ve Ölüm Haftalık Raporu ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Karşı Uluslararası Birlik Kılavuzları'na göre pelvik enflamatuvar hastalık tanı kriterlerini karşılayan hastalar çalışmamıza dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar ve mikrobiyolojik verileri hastane veri sisteminden ve mikrobiyolojik

kayıtlardan temin edilmiştir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) paneli, hastanemizde son 12 aydır aktif olarak kullanılmaktadır. Verilerin oranlarını karşılaştırmak için ki-kare testi, normal dağılıma uymayan parametrik olmayan verilerin karşılaştırılması için ise Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 38,9±10,4 yıl (minimum-maksimum: 18-75) olan 132 hasta dahil edilmiştir. Klinik ve laboratuvar verileri ile mikroorganizma bulguları Şekil 1'de sunulmaktadır. Hastaların ortalama C-reaktif protein ve lökosit seviyeleri sırasıyla 164,7±99,3 mg/l (minimum-maksimum: 7-449 mg/l) ve 14.714±5.620/μl (minimum-maksimum: 3.624-38.145/μl) olarak belirlenmiştir. Radyolojik görüntüleme bulguları, 124 (%93,9) hastada PIH ile uyumlu bulunmuş ve 90 (%68,1) hastada apse tespit edilmiştir. En sık görülen iç genital organ tutulumu, 62 (%49,2) hastayı etkileyen adneksiyal tutulum olmuştur. Seftriakson + metronidazol + doksisisiklin, en yaygın ampirik tedavi rejimi olarak belirlenmiştir (80/132, %60,6). PCR paneli mevcut olan 26 hastanın 8'inden (%30,8) numune alınmış ve bunlardan 2'sinde (%25,0) *C. trachomatis* tespit edilmiştir. Bir yıl içinde 5 (%3,8) hastada nüks gözlemlenmiştir. Klinik ve radyolojik başarıyı ile hastanede yatış süresini etkileyen faktörler Tablo 1'de sunulmuştur. İnsan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) taraması, 49 hastada (%37,1) ve sifiliz taraması 10 hastada (%7,5) yapılmıştır.

Sonuç: Apsesi olan hastalar, özellikle de 5 cm'den büyük apsesi olanlar, daha uzun süre hastanede kalmaktadır. Bu hastalarda 14. güne kadar klinik başarı oranı da daha düşüktür. Ancak, cerrahi müdahale ile klinik başarı olasılığı artmaktadır. Ayrıca, PIH'li hastalarda HIV, sifiliz ve multiplex PCR için tarama oranları artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyel enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, pelvik enflamatuvar hastalık



Şekil 1. Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları ve mikroorganizmaların dağılımı

Tablo 1. Klinik, radyolojik başarıyı ve hastanede kalış süresini etkileyen faktörler						
Değişkenler	Klinik başarı*	p-değeri	Toplam radyolojik başarı**	p-değeri	Hastaneye yatış (gün) Ortalama ± SS	P, Z
- Komorbiditesi olan hastalar	32/50 (%64,0)	0,338	6/17 (%35,3)	0,197	13,44±8,11	0,717, -0,363
- Komorbiditesi olmayan hastalar	59/82 (%72,0)		8/33 (%54,5)		12,82±7,60	
- Apsesi olan hastalar	58/90 (%64,4)	0,102	N/A	N/A	14,06±8,57	0,042, -2,028
- Apsesi olmayan hastalar	33/42 (%78,5)				10,90±5,25	
- Tubaovaryan apse	32/56 (%57,1)	0,493	15/25 (%60,0)	0,231	14,25±7,68	0,744, -0,327
- Non-tubaovaryan apse	23/34 (%67,6)		7/17 (%41,2)		15,36±9,85	
- >3 cm apse	38/67 (%55,9)	0,074	12/29 (%41,4)	0,033	15,37±8,03	0,037, -2,085
- ≤3 cm apse	17/22 (%77,3)		10/13 (%76,9)		13,27±10,32	
- >4 cm apse	32/58 (%55,2)	0,120	10/25 (%40,0)	0,051	15,21±7,39	0,013, -2,486
- ≤4 cm apse	23/32 (%71,9)		12/17 (%70,6)		12,78±8,94	
- >5 cm apse	24/47 (%51,1)	0,041	13/20 (%65,0)	0,118	15,73±7,50	0,006, -2,739
- ≤5 cm apse	31/43 (%72,1)		9/22 (%40,9)		13,27±9,44	
- Son bir yılda operasyon geçirenler	22/31 (%71,0)	0,780	16/32 (%50,0)	0,706	11,32±4,48	0,381, -0,876
- Son bir yılda operasyon geçirmeyenler	69/101 (%68,3)		8/18 (%44,4)		13,59±8,50	
- CRO+MTZ+DOX içeren tedavi rejimi***	62/81 (%76,5)	0,017	10/23 (%43,5)	0,555	12,04±6,57	0,126, -1,531
- Diğer tedavi rejimleri	29/51 (%56,9)		14/27 (%51,9)		14,66±9,26	
- Antibiyotik revizyonu yapılan hastalar	14/34 (%41,2)	0,001	8/16 (%50,0)	0,846	17,79±10,30	0,001, -3,729
- Antibiyotik revizyonu yapılmayan hastalar	77/98 (%78,6)		16/34 (%47,1)		11,41±5,94	
- Mikrobiyolojik kanıtı olanlar	9/20 (%45,0)	0,012	19/41 (%46,3)	0,616	16,25±9,02	0,034, -2,121
- Mikrobiyolojik kanıtı olmayanlar	82/112 (%73,2)		5/9 (%55,6)		12,49±7,45	
- Doksisiklin içeren tedavi rejimleri	65/90 (%72,2)	0,233	11/28 (%39,3)	0,164	12,12±7,15	0,057, -1,903
- Diğer tedavi rejimleri	26/42 (%61,9)		13/22 (%59,1)		15,07±8,76	
- RİA olan hastalar****	18/28 (%19,3)	0,549	5/10 (%50,0)	0,887	12,31±4,61	0,345, -0,944
- RİA olmayan hastalar	73/104 (%70,2)		19/40 (%47,5)		13,03±8,39	
- Ameliyat yapılan hastalar	29/54 (%53,7)	0,002	10/22 (%45,5)	0,749	15,81±9,71	0,001, -3,470
- Ameliyat yapılmayan hastalar	62/78 (%79,5)		14/28 (%50,0)		11,11±5,91	

*Klinik başarı, 14. günde başlangıç şikayetlerinin tamamen gerilemesi olarak tanımlandı, **radyolojik başarı, ilk ayda başlangıç apsesinin tamamen gerilemesi olarak tanımlandı, radyolojik başarı, kontrol radyolojik görüntülemesi olan grupta değerlendirildi, ***seftriakson + metronidazol + doksisiklin bazlı rejim, ****RAİ: Rahim içi araç, SS: Standart sapma

[PS-325]

İlginc Bir Nedeni Bilinmeyen Ateş Olgusu: Denetimsiz Kortikosteroid Kullanımına Bağlı İyatrojenik Cushing Sendromu

Ayşe Seza İnal¹, Ferit Kuşcu¹, Süheyla Kömür¹, Kübra Yılmaz¹, Behice Kurtaran², Aslıhan Candevir¹, Yeşim Taşova¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

²Acıbadem Adana Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Adana

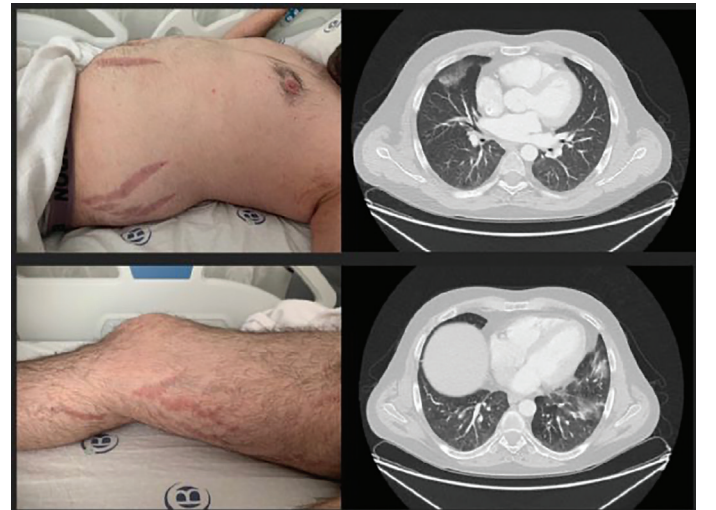
Giriş: Nedeni bilinmeyen ateş enfeksiyöz, malign, romatolojik ve çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişebilir ve bazen tanısız zorluk teşkil edebilmektedir. Burada, sağlıklı genç bir erkek hastada, hekim kontrolü olmaksızın kortikosteroid kullanımına bağlı gelişen iyatrojenik Cushing sendromu sunulmaktadır.

Olgu: Mobilya döşemecisi olan, önceden sağlıklı yirmi üç yaşında erkek hasta karın ağrısı ve yüksek ateş nedeniyle 2023 yılı Mart ayında kliniğimize yatırıldı. Şikayetleri dört yıl önce başlamış, kıvrandıran vasıfta karın ağrısı ve nefes darlığı oluyor, bu şikayetlere bazen ateş, üşüme ve titreme de eşlik ediyordu. Her hafta en az iki kez nefes darlığı geliştiğinde evinin yakınındaki sağlık kabinine başvuruyor, serum içinde avil ve decort 8 mg adlı ilaçlar verildiğinde şikayetleri geçiyor, ateş düşürücü kullandığında ateşi düşüyordu. Şikayetlere bazen kusma eşlik ediyor, nadiren öksürüyordu. Dört ay önce hastanın ani bir hareketiyle bel ağrısı başlamış ve tedaviler yarar sağlamadı. Bir aydır kusma sıklaşmış ve şiddetlendi. Özgeçmişinde 4 yıl önce apendektomi, 5 paket/yıl sigara içimi saptandı. Alkol, madde kullanımı, tüberküloz öyküsü yoktu. Soygeçmişinde kız kardeşinde karın ağrısı ve apendektomi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde genel durum iyi, ateş 39 °C, nabız 88/dk, TA 100/60 mmHg idi. Obezite, aydede yüzü (Cushingoid görünüm), ekstremitelerde mor strialar, sırtta akne, ağız mukozasında beyaz plaklar, karında mor strialar, umbilikal herni, batında hassasiyet, rebound ve defans saptandı. Karaciğer 5 cm palpabl, traube kapalıydı. İki set kan kültürü, idrar, gaita, balgam kültürleri alındı. Testlerinde lökosit 8900/mm³, hemoglobin 11 g/dl, platelet 185.000/mm³, sedimentasyon 24 mm/st, albümin 34,3 g/dl, C-reaktif protein 98 mg/l, fibrinojen 6,87 g/l idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normaldi. Akciğer grafisinde

bilateral retiküler dansiteler, idrar mikroskopisinde 10 lökosit/mm³, maya saptandı. Komplike üriner enfeksiyon tanısıyla seftriakson 2 g/gün ve flukonazol 1x600 mg başlandı. Ateşi üçüncü gün düştü, balgam kültüründe *Candida albicans* üredi. Torakoabdominal tomografide akciğerlerde nonspesifik sekel değişiklikler, hepatosplenomegali, sigmoid kolon cidarında kalınlaşma, mezenterik dokuda kirlenme, divertikülozis koli, umbilikal herni, spinal manyetik rezonans görüntülemde T6, T7, T10-L5 vertebralarda kompresyon fraktürleri, DEXA'da osteoporoz, endoskopide gastrik ülser saptandı. Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) genetik testi, kortizol ve ACTH testi istenen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Olgumuz muhtemelen FMF ve akut astım atakları nedeniyle dört yıl denetimsiz kortikosteroid kullanımının dramatik bir örneğidir. Ülkemizde endikasyonsuz kortikosteroid kullanımı artmış olabilir, sağlık kurumlarında, sağlık kabinlerindeki uygulamaların denetimi ve toplumun bilinçlendirilmesi şarttır.

Anahtar Kelimeler: Cushing sendromu, kortikosteroid, nedeni bilinmeyen ateş



Şekil 1. Cushing sendromunda deride mor strialar ve toraks bilgisayarlı tomografi bulguları. Solda: Cushing sendromu olan hastanın karın ve bacak derisinde mor strialar; Sağda: Cushing sendromu olan hastanın tedavi öncesi toraks bilgisayarlı tomografi görüntüleri

[PS-326]

Multipleks Gerçek Zamanlı PCR Paneli ile Merkezi Sinir Sistemi Enfeksiyonlarının Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi

Nuran Karabulut, Sema Alaçam, Selin Gamze Kılıç Sinci, Yusuf Yiğit, Burak Koca Ağa, Mehmet Karabey, Canan Caymaz, Özge Kaba, Alper Gündüz, Ayfer Bakır, Özlem Altuntaş Aydın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonları, ciddi morbidite ve mortalite oranları ile dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Multipleks gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR), birçok patojeni aynı anda, hızlı ve yüksek duyarlılıkla tespit edebilme yeteneği ile MSS enfeksiyonlarının tanısında kapsamlı bir çözüm sunmaktadır. Bu çalışmada, viral, bakteriyel ve fungal patojenleri kapsayan multipleks RT-PCR paneli kullanılarak, MSS enfeksiyonlarının etiyolojisi, epidemiyolojisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Şubat 2021 ile Ekim 2023 tarihleri arasında MSS enfeksiyonundan şüphelenilen toplam 683 hastaya ait, 756 beyin omurilik sıvısı örneği dahil edildi. Örneklerden nükleik asit izolasyonu, Total Nükleik Asit İzolasyon Kiti (Bioeksen, İstanbul, Türkiye) kullanılarak, Zybiox EXM 3000 cihazında (Zybio, Shenzhen, Çin) gerçekleştirildi. Multipleks RT-PCR, Bio-Speedy Meningitis/Encephalitis RT-qPCR MX-17 kiti (Bioeksen, İstanbul, Türkiye) ile Bio-Rad CFX96 Touch cihazında (Hercules, CA, ABD) çalışıldı. Panel kapsamında 17 patojen

analiz edildi: Herpes simplex virüs (HSV)-1, HSV-2, varicella zoster virüs (VZV), cytomegalovirüs (CMV), enterovirüs (EV), human herpes virüs (HHV)-6, HHV-7, HHV-8, human parechovirüs (HPeV), *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli* K1 ve *Cryptococcus gattii/neoformans*.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 683 olgunun 94'ünde (%14) patojen saptandı. Olguların %90'ında tek patojen, %10'unda iki patojen tespit edildi. Patojen saptanan olguların medyan yaşı 6,5 yıl (çeyrekler arası açıklık: 1,75-26,25), %63'ü erkek, %70'i çocuk idi (Tablo 1). Patojenlerin %74'ünü viral etkenler oluşturdu. En sık görülen etkenler HHV-6, HHV-7 ve HSV-1'di (Şekil 1). Çocuk grubunda HHV-6 (n=17), HHV-7 (n=13) ve EV (n=9); erişkin grubunda ise HSV-1 (n=7), HHV-6 (n=5) ve HHV-7 (n=4) veya *C. gattii/neoformans* (n=4) en sık tespit edildi. *C. gattii/neoformans* yalnızca erişkinlerde, EV ise sadece çocuk grubunda görüldü (p=0,01 ve p=0,04). HPeV hiçbir olguda tespit edilmedi. Çocuk grubunda en sık görülen bakteriyel patojenler *S. pneumoniae* (n=7) ve *H. influenzae* (n=6) idi. Patojenlerin mevsimsel dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Sonuç: Bu çalışmada, MSS enfeksiyonlarında viral etkenlerin baskın olduğu, patojen saptanan olguların çoğunluğunu çocuk hastaların oluşturduğu görüldü. Çocuklarda *S. pneumoniae* ve *H. influenzae* gibi bakteriyel patojenlerin daha sık görülmesi, bu yaş grubunda aşılamanın önemine dikkat çekmektedir. Multipleks RT-PCR ile olguların sadece %14'ünde patojen saptanabildi. Test panelinde patojen spektrumunun genişletilmesi, patojen saptanma oranlarının artmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, multipleks gerçek zamanlı PCR, viral patojenler

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun demografik özellikleri ve laboratuvar sonuçları

	Total n=683	Patojen saptanmadı n=589 (%86)	Patojen saptandı n=94 (%14)	p
BOS örneği sayısı	756	643	103	
Yaş, medyan (IQR)	8 (1-31)	9 (1-32)	6.50 (1.75-26.25)	0.71
Erkek, n (%)	371 (54)	312 (53)	59 (63)	0.08
Kadın, n (%)	312 (46)	277 (47)	35 (37)	
Çocuk (<18 yıl), n (%)	450 (66)	384 (65)	66 (70)	0.34
Erişkin (≥18 yıl), n (%)	233 (34)	205 (35)	28 (30)	
Tek patojen saptanan olgular, n (%)	85 (90)		85 (90)	
İki patojen saptanan olgular, n (%)	9 (10)		9 (10)	
RBC (cells/μL), median (IQR)		100 (0-400)	100 (0-900)	0.24
WBC (cells/μL), median (IQR)		5 (2-37)	19.5 (4-292.8)	<0.001
PMN (cells/μL), median (IQR)		1 (0-5)	1 (0-51.8)	0.01
MDI (cells/μL), median (IQR)		4 (1-26.5)	19 (3.3-144.3)	<0.001
Protein (mg/L), median (IQR)		263 (160-582.75)	359 (200-694)	0.01
Glucose (mg/dL), median (IQR)		60.2 (52.5-68.6)	57.5 (51.1-66.6)	0.13