

P-048

İmmünsüpresif Hastada İnfeksiyonlar

Yaygın Metastazı Olan Meme Kanserli Olguda Çok İlaça Dirençli *Acinetobacter baumannii* Pnömonisi

Aslı OKAN¹, Mustafa Cihat OĞAN², Gülşen İSKENDER², Sabahat ÇEKEN²

¹ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

² Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

İmmünsüpresif hastalarda balgam örneğinde *Acinetobacter baumannii* üremesi her zaman pnömoni lehine anlamlı mıdır? Çok ilaca dirençli *Acinetobacter* olgularında tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır? Kolonizasyon düşünülen hastada tedavi endikasyonu var mıdır?

Olay/Olgu

Altmış yedi yaşında kadın hasta 7 yıldır meme kanseri tanısıyla medikal onkoloji tarafından takip edilmekteymiş. Son 1 yıldır beyin, karaciğer ve akciğerde yaygın metastazları saptanmış. Hastanın IV kemoterapisi sonlandırılarak oral kemoterapiye geçilmiş. Ancak hasta oral kemoterapiyi tolere edemediği için semptomatik tedavi amacıyla medikal onkoloji kliniğine yatırılmış.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Hastanın servise yatışının 3. gününde nefes darlığı gelişmiş. Ateş yüksekliği saptanmamış. Beyaz küre 11.000/mm³, CRP: 30, sedimentasyon: 20 olarak bulunmuş. Çekilen akciğer grafisinde metastazları mevcut olan hastada belirgin infiltrasyon saptanmamış. Hastaya göğüs hastalıkları hekimi önerisiyle infeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenmiş. Hasta değerlendirildiğinde genel durumu ortaydı, solunum seslerinde dinlemekle yaygın ronküs dışında belirgin patoloji yoktu. Altta yatan malignite nedeniyle pnömoni ekartasyonu net yapılamadığı için hastaya ampirik olarak piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. Hastadan tedavi öncesi balgam kültürü gönderilmesi önerildi. Hastanın balgam kültüründe *A. baumannii* üremesi saptandı. Direkt muayenede az sayıda lökosit ve epitel mevcuttu. Üreyen *A. baumannii* kolistin, tigesiklin ve amikasinine duyarlı diğer ilaçlara dirençliydi. Öncelikle kolonizasyon lehine düşünülmeyle birlikte hasta malignitesinin olması ve genel durumunun kötü olması sebebiyle infeksiyon hastalıkları servisine nakil alınarak tedavisi tigesiklin olarak düzenlendi. Tedavinin 4. gününde alınan balgam kültüründe aynı etken aynı duyarlılıkta üredi. Bunun üzerine tedaviye kolistin 2 x 75 mg (baz) inhaler olarak eklendi. Tedavi takibinde alınan balgam kültüründe üreme olmadı. Hastanın antibiyoterapisi 14 güne tamamlandı.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Uzun süreli hastanede yatış, immünsüpresyon, yoğun bakımda takip edilme, mekanik ventilasyon, invaziv girişimler ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı çok ilaca dirençli *Acinetobacter* infeksiyonu/kolonizasyonu için kolaylaştırıcı faktörlerdir. Dirençli *Acinetobacter* infeksiyonlarının tedavisi sorun teşkil etmektedir. *Acinetobacter* pnömonisinde inhale kolistin kullanımının yararlı olduğu bilinmektedir ancak mevcut çalışmalarda sistemik tedaviye inhaler tedavinin eklenmesi önerisi net değildir. Tigesiklin toplumdan kazanılmış pnömoni tedavisinde onay almış bir ilaç olmasına rağmen hastanede gelişen dirençli *Acinetobacter* pnömonilerinde pratikte yaygın olarak kullanılmaktadır. Çok ilaca dirençli *Acinetobacter* pnömonilerinde tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır? İmmünsüpresif hasta grubunda kolonizasyon/infeksiyon ayırımı yapmak oldukça güçtür. Kolonizasyon düşünülen hastalarda etkenin eradikasyonu amacıyla tedavi verilmeli midir? Tedavi vermek ileride hastanın takibinde yarar sağlar mı? İlerleyen dönemde hastada nötropeni gelişmesi durumunda kolonizasyon infeksiyona sebep olabileceği için tedavi edilmeli midir?