



Yoğun Bakım İnfeksiyonları

Yoğun Bakımda Üriner Kateteri Olan Hastalarda Dirençli Kandidüri/Fungüri için Tedavi Yaklaşımları

Gülçin TELLİ¹, Murat DİZBAY¹

¹ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Soru(n)

Yoğun bakımda üriner kateteri olan hastalarda dirençli kandidüri/fungüri için tedavi yaklaşımları.

Olay/Olgu

İç hastalıkları yoğun bakım ünitesinde Aralık 2013 tarihinde DM + HT + ABY tanıları olup genel durum bozukluğu nedeniyle izlenen hasta yatışının ilk gününde solunum yetmezliği nedeniyle entübe edildi. Yoğun bakım yatışının dördüncü gününde ateş yüksekliği gelişmemesine rağmen BK: 18.000/mm³, PCT: 2 ng/mL olması akciğer grafisinde progresyon (pnömonik infiltrasyon?, kardiyak yüklenme?), oksijen ihtiyacında artış ve sekresyon artışı gelişmesi üzerine alınan endotrakeal aspirat (ETA) kültüründe *Acinetobacter* üremesi nedeniyle ventilatörle ilişkili pnömoni tanısı konularak hastaya kolistin başlandı. Eş zamanlı idrar kültüründe GSBL pozitif *Escherichia coli* üremesi de olduğu için kolistin meropenem ile kombine edildi. Tedavilerinin ikinci gününde hipotansiyonu olması ve yatışında takılan geçici santral kateteri olması nedeniyle hasta septik şok olarak kabul edilerek açıkta kalan dirençli gram-pozitif etkenler açısından teikoplanin tedavisi eklendi. Eş zamanlı alınan perifer ve kateter kan kültüründe oksasilin dirençli koagülaz-negatif stafilokok üremesi oldu. Tedavilerin dördüncü gününde sekresyonda azalma ve PCT değerinde gerileme olması nedeniyle tedaviye devam edildi. Ancak 48. saatte gönderilen kontrol idrar kültüründe 100.000 koloni *Candida albicans* üremesi oldu.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Üriner kateter ile takipli olan hasta için sonda değişimi sonrası idrar kültürü tekrarı ve mümkünse sondasız izlem önerildi. Yakın aldığı çıkardığı takibi yapılan hastanın sondasız izlenemeyeceği söylendi. Sonda değişimi sonrası alınan idrar kültüründe de *C. albicans* üremesi nedeniyle tedavilerine flukanazol 2 x 200 mg eklendi. Teikoplanin tedavisi 10 güne tamamlanarak kesildi ve kolistin meropenem tedavileri 14 gün olarak planlandı. Flukanazol tedavisinin 72. saatinde alınan kontrol idrar kültüründe 100.000 koloni *Trichosporon* üremesi nedeniyle flukanazol kesilerek lipozomal amfoterisin B 3 mg/kg dozundan verildi. Yetmiş iki saat kontrol idrar kültüründe 60.000 koloni *Trichosporon* üremesi oldu, koloni sayısında azalma nedeniyle tedaviye devam edildi. Bununla birlikte tekrar sekresyon ve prokalsitonin artışı olması ve hastanın ventilatörden ayrılmayı tolere edememesi nedeni ile ETA kültür kontrolü alındı ve 10⁵ dilüsyonda *Acinetobacter* spp. ve *Pseudomonas* spp. üremeleri olması nedeniyle kesilmesi planlanan kolistin ve meropenem tedavilerine devam edildi. Tekrar hipotansif seyreden hastanın tüm kültürleri tekrarlandı ve idrar kültüründe 100.000 koloni *Trichosporon* üremesi oldu. Konvansiyonel amfoterisin B ile 5 gün boyunca yıkama yapılmasına rağmen üreme devam etti ve hasta mevcut antibiyoterapilerine devam ederken septik şok nedeniyle kaybedildi. Yapılan antifungal duyarlılık testinde *Trichosporon* flukanazol ve vorikonazol dirençli amfoterisin B duyarlı olarak tespit edildi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Dirençli kandidüri (veya idrarda *Trichosporon*) uzun süreli hastane yatış ve antibiyotik kullanımı olan sondalı takip edilmek zorunda kalan hastalarda sık rastlanan bir durumdur. Sonda değişimine rağmen devam eden bu durum çoğunlukla hastanın hemodinamik ve vital bulgularını bozmamakta veya bu bozulmalar çoğunlukla eş zamanlı ve bakteriyel etkenlerle gelişen ventilatör ilişkili pnömoni, bakteremi gibi diğer infeksiyonlarla ilişkili bulunmaktadır. Risk faktörleri uzaklaştırılmayan bu hastalarda her türlü sistemik ve lokal tedavi uygulanmasına rağmen kandidüri/fungüri devam etmektedir ve bunun klinik olarak etken olup olmadığına karar verilememektedir. Bu durumlarda yaklaşım ne olmalıdır? Antifungal tedavi altında hala üremenin devam etmesi durumunda yapılacak bir işlem var mıdır?