



# **ENFEKSIYON ACİLLER**

**Dr. Muharrem İNAN**  
**Enfeksiyon Hastalıkları**  
**Atatürk Devlet Hastanesi**

## TANIM

Enfeksiyonu olan hastalarda acil müdahale yapılmazsa, ciddi morbidite yada mortalite ile sonuçlanabilecek durumlar **enfeksiyon acilleri** olarak tanımlanır



Enfeksiyon hastalarının en önemli şikayeti **ATEŞ**

En önemli laboratuvar bulgusu **LÖKOSİTOZ**



# ATEŞ

**Hastalık değildir**

**En erken görülen akut faz yanıtıdır**

**Genellikle kendiliğinden düzelir**

**Önemli bir savunma mekanizması**

Vücut sıcaklığı arttığında bir çok patojen çoğalamaz

İmmün yanıtlarda artış;

Antikor yapımında artma

Lökosit sayısında artma



# ATEŞ

Ateşle gelen bir hastanın genel görünümü ateşin derecesinden daha önemli olduğu unutulmamalı



# ATEŞ

Acil servise başvuruların ilk sıralardaki nedenlerden biridir

65 yaş üstü hastaların % 10-15' inin

Çocuk hastaların % 20-40' nin başvuru şikayetidir



# ENFEKSİYON DIŐI ATEŞ NEDENLERİ

- AMI
- Troid fırtınası
- Pulmoner ödem
- Pulmoner emboli / enfarkt
- İntrakraniyal hemoraji
- Transfüzyon reaksiyonları
- SVH
- Nöroleptik malign sendrom



# ENFEKSİYON DIŐI ATEŞ NEDENLERİ

- KKY
- Dehidratasyon
- Sickle cell disease
- Transplant rejeksiyonu
- Pankreatit
- Derin ven trombozu
- Allerji, böcek sokmaları
- Akut adrenal yetmezlik





# ENFEKSİYON DIŐI ATEŞ NEDENLERİ

- Sıcak çarpması
- İlaç ateşi
- Kanserler
- FMF
- Gut
- Sarkoidoz
- Crohn disease
- Post-myokardiyomyotomi sendromu



Her ateşli hastada enfeksiyon  
olmadığı gibi

Ateşsiz her hastada enfeksiyon  
yok anlamı çıkarılmamalı



# ENFEKSİYON ACİLLERİ

Sepsis,

Menenjit,

Pnömoni,

Endokardit,

Piyelonefrit



Gelişmeye niyeti olmayan bizim gibi ülkelerde acil servislerimizin baktığı **hasta profilleri** gelişmiş ülkelere göre çok farklı bir konuma gelmiştir



Ülkemizde bu alanda yeni bir tanımlama ortaya çıkmıştır



## **Siyasi aciller (Yeşil, sarı ve kırmızı renkli aciller)**

Dudağımda uçuk

Bir aydır burnum akıyor

10 aydır ishalim

5 yıldır ateş

Gribim hiç geçmiyor

3 haftadır öksürüyorum .....!!!!!!!!!!!!!!



## Sıklıkla acile gelen enfeksiyon hastalıkları

İshal

Grip, ÜSYE

Yumuşak doku enfeksiyonları

Üriner enfeksiyonlar

İntraabdominal enfeksiyonlar

Protez enfeksiyonları

KKKA



# NE YAPALIM???

En sık karşılaşılan 4 sistem enfeksiyonu vardır

- 1- Solunum sistemi
- 2- Üriner sistem
- 3- GİS
- 4- Yumuşak doku





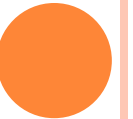
Bu 4 sistemin sorgulanması ve muayenesi hastanelerimizin acillerine gelen enfeksiyonların yaklaşık % 80-85'ini tesbit için yeterli olacaktır

Vital bulgularının ve sistemik muayenenin dikkatli ve hızlı bir şekilde yapılması yaşamı tehdit edebilecek enfeksiyonları tanımlamada önemlidir



# ÖYKÜ

Varsa ateşin başlama zamanı, ne kadar sürdüğü, ölçülüp ölçülmediği, ölçülen ateşin kaç dereceye kadar yükseldiği, beraberinde üşüme titreme olup olmadığı, antipiretik kullanımı, kullanmış ise ateşin düşüp düşmediği, tekrarlayan ateş ise ne kadar aralıklarla ortaya çıktığı, ateşsiz dönemde kendisini nasıl hissettiği



# ÖYKÜ

Operasyon

Alt hastalık

Diş tedavisi

İlaç kullanımı (başka hastalık yada şu anki hastalığı ile ilgili)

Seyahat

Sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı



## ÖYKÜ

Özellikle yaşlı hastalardaki enfeksiyonların tek belirtisi iştahsızlık, halsizlik, güçsüzlük yada mental durum değişikliği olabilir.

Yani; Üriner enfeksiyon veya pnömoni olmasına rağmen bunlara has şikayetler görülmeyebilir



# ÖYKÜ

Bazen yaşı hastaların yakınlarından da anamnez alınmalıdır yaşlılarda söylemeye çekindiği, hatırlama güçlüğü, unutma yada farkında olmadığı gibi durumlar olabilmektedir



# FİZİK MUAYENE

Klasik olarak ANT-TA tüm hastalar için rutin olmalıdır

Ateşin olmaması enfeksiyon hastalığının olmadığı anlamına gelmediği unutulmamalı



# FİZİK MUAYENE

- Ateşin her 0.5 derece artışı kalp atım sayısında yaklaşık olarak 10 artışa neden olur
- Ateşin her 1 derece artışı solunum sayısında 2-4 artışa neden olur



	<b>Normal</b>	<b>Hafif</b>	<b>Yüksek</b>
<b>Rektal</b>	36.1-37.9 °C	38°-38.9°C	39 °C ve üstü
<b>Koltuk altı</b>	35 -37.4°C	37.5-38.4°C	38.5 °C ve üstü
<b>Kulak</b>	36-37.9°C	38-38.9°C	39°C ve üstü





# FİZİK MUAYENE

Hastaların belirli sistemle ilgili şikayeti varsa o bölgelerin muayenesi daha dikkatli yapılmalı

Enfeksiyon hastalıklarında mutlaka

- 1- Ense sertliği
- 2- Orofarenks
- 3- Cilt
- 4- Akciğerler
- 5- Batın
- 6- Ekstremiteler muayene edilmelidir



# FİZİK MUAYENE

- Hastada ateşe rağmen bradikardi varsa (beta blokör kullanımı sorgulanmalı)
- Tifo
- Lyme hastalığı
- Brusella
- Leptosipira
- Romatoid ateş
- Viral enfeksiyonlar
- İlaç ateşi gibi durumlar akla gelmeli



# FİZİK MUAYENE

## **Batın muayenesi;**

yaşlılarda, immünsuprese bireylerde, diyabetiklerde ve steroid kullananlarda intraabdominal enfeksiyon olmasına rağmen yanıtıcı şekilde tamamen normal olabilir



# FİZİK MUAYENE

Deri ve ekstremiteler muayenesinde döküntü, peteşi ve yumuşak doku enfeksiyonu değerlendirilir



# FİZİK MUAYENE

Yaşlı ve yatalak hastalarda bası yaraları ve dekübit ülserleri özellikle araştırılmalıdır



# FİZİK MUAYENE

Konjunktivada peteşiler, splinter hemorajiler, Osler nodulleri ve Janeway lezyonları bakteriyal endokardit tanısında önemli bulgulardır

Osler Node



Janeway Lesion



# FİZİK MUAYENE

Yaygın peteşi ve hemorajik purpurik lezyonlar meningokoksemi ve stafilokok sepsisinde görülebilir

Peteşi-purpura (meningokoksemi)



## LABORATUVAR

Enfeksiyon düşünölen hastalarda en sık başvuru olan tetkik **lökosit** sayısıdır

Ancak; lökositler hafif enfeksiyonlarda çok yüksek çıkabilirken hayati risk taşıyan enfeksiyonlarda artmamış olabilir





# ENFEKSİYON DIŐI LÖKOSİTOZ NEDENLERİ

Lösemi,  
Miyeloproliferatif hast,  
Miyokart enfarktüsü,  
Tiroid fırtınası,  
Polisitemia vera,  
Gebelik,  
Akciğer embolisi,  
Tümörler,  
Koma,  
Toksinler,



# ENFEKSİYON DIŐI LÖKOSİTOZ NEDENLERİ

Üremi,

Eklampsi,

Travma,

SVH,

Kanamalar,

Splenektomi,

Akut hemoliz,

Doku nekrozu,

Güneş ışığı,



# ENFEKSİYON DIŐI LÖKOSİTOZ NEDENLERİ

Stres,

Ağır egzersiz,

Ağrı,

Soğuk,

Anestezi,

Konvülzyon,

Kusma, bulantı,

Steroid tedavisi



## LABORATUVAR

**Lökopeni** genellikle **viral** enfeksiyonlarda karşımıza çıkar nadiren de **Brusella**, **Salmonella** ve **Listeria** gibi intrasellüler bakteri enfeksiyonları olarak görülür

Ayrıca **alkolik**, **yaşlı** ve **sınırlı kemik iliği rezervi** olanlarda da görülür ve **kötü prognoz bulgusu** olabilir



# LABORATUVAR

İdrar tetkiki ve AC grafisi yaşlılar başta olmak üzere en önemli 2 tanısal testtir

Enfeksiyon tanısında sedimantasyon ve CRP spesifik testler olmasa da bakılmalıdır

Bakteriyel enfeksiyon varlığında CRP 5-6 kattan daha fazla yükselir viral enfeksiyonlarda normal yada hafif yüksek bulunur



# LABORATUVAR

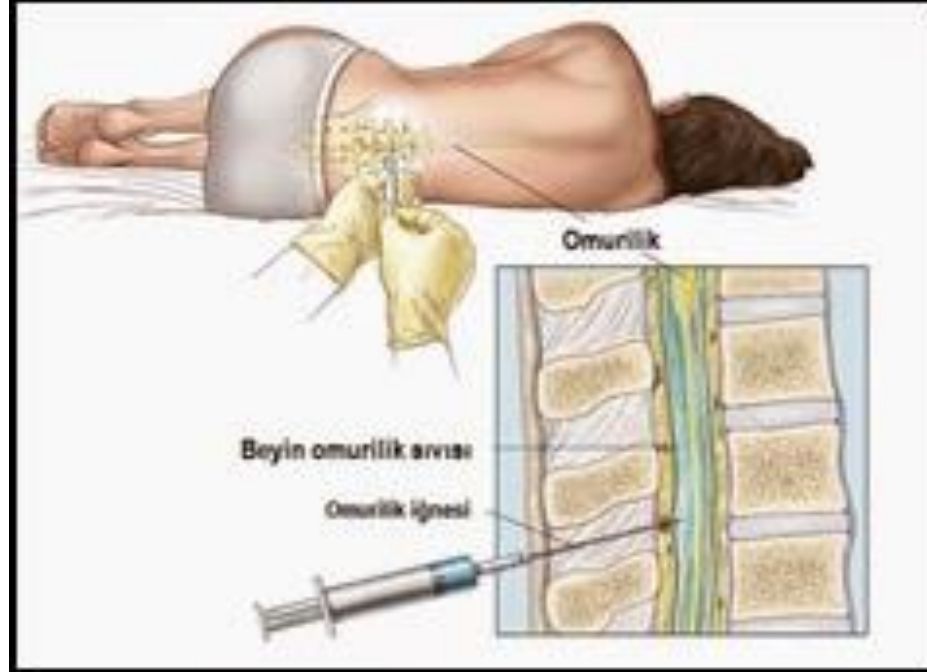
Gram boyama türlerin belirlenmesinde yararlı olsa da acil serviste pek yeri yoktur

Kültürler antibiyotik başlanmadan önce alınması gerekir



# LABORATUVAR

Mental durum değişikleri, baş ağrısı, ense sertliği, diğer nörolojik semptomlar varlığında Kranil BT ve/veya LP gerekli olabilir



# LABORATUVAR

İntraabdominal enfeksiyonların tanısı için  
USG' den ve tomografiden yararlanılabilir





- Hastaya öykü, FM ve laboratuvar testleri ile tanı konulamamışsa
- Daha detaylı değerlendirme yapılmalıdır ve hastalar yatırılarak araştırılmalıdır



# ENFEKSİYON ACİLLERİ

Sepsis,

Meningit,

Pnömoni,

Endokardit

Piyelonefrit



# SEPSİS

Dünyada her yıl 30 milyondan fazla insanda Sepsis görülmekte, 6 milyondan fazla kişi bunun sonucu hayatını kaybetmektedir



2016 yılında ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) ve SCCM (Society of Critical Care Medicine) tarafından düzenlenen Sepsis-3 isimli toplantıda yeni tanımlamalar yapıldı

**Sepsis** : Enfeksiyona karşı bozulmuş konak yanıtına bağlı hayatı tehdit eden organ yetersizliği/yetmezliği olarak tanımlandı



Organ yetmezliği **“Sepsis-Related Organ Failure Assessment” (SOFA)** skorunda **>2** puan olması

**Enfeksiyon + SOFA skoru >2 = Sepsis**



SOFA skoru	0	1	2	3	4
Solunum PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	>400	≤400	≤300	≤200	≤100
Koagulasyon Trombosit 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
Karaciğer Billurubin mg/dl Billurubin mol/l	<1.2 <20	1.2-1.9 20-32	2.0-5.9 33-101	6.0-11.9 102-204	>12 >204
Kardiovasküler Hipotansiyon	Yok	MAP<7 0	Dopa≤5 Dobu	Dopa>5 Epi≤0.1 Nor≤0.1	Dopa>15 Epi>0.1 Nor>0.1
Merkezi sinir sistemi Glasgow koma skoru	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Kreatinin (mg/dl) Kreatinin (µmol/l) İdrar çıkışı (ml/gün)	<1.2 <110	1.2-1.9 110-170	2.0-3.4 171-299	3.5-4.9 300-440 <500	>5.0 >440 <200

## Glaskow Koma Skalası

Organ	Yanıt	Puan
<b>Gözler</b>	Spontan açık	4 Puan
	Sözel Uyarana Açar	3 Puan
	Ağrılı Uyarana Açar	2 Puan
	Cevapsız	1 Puan
<b>Motor Cevap</b>	Emirlere Uyar	6 Puan
	Ağrıyı Lokalize eder	5 Puan
	Ağrıya Fleksör Cevap	4 Puan
	Anormal Fleksör Cevap	3 Puan
	Ağrıya Ekstensör Cevap	2 Puan
	Cevapsız	1 Puan
<b>Sözel Cevap</b>	Oryante	5 Puan
	Dezoryante	4 Puan
	Anlamsız Kelimeler	3 Puan
	Anlaşılmaz Sesler	2 Puan
	Cevapsız	1 Puan

Acil serviste kullanılacak olan **qSOFA skoru**, diğer skorlama sistemlerine göre daha başarılı ve kolay uygulanabilir olarak değerlendirilmiş





# ACIL SERVİS HASTALARINDA

## qSOFA

Glasgow koma skoru (GKS)  $< 13$  (1 puan)

Sistolik kan basıncı  $< 100$ mmHg, (1 puan)

Solunum Sayısının  $> 22$ /dakika (1 puan)

Üç klinik değişkenden ikisinin bulunması tam SOFA skoruna benzer bir öngörüşel değere sahiptir



# SEPTİK ŞOK

Yeterli sıvı tedavisine rağmen hipovoleminin devam etmesi ya da OAB (ortalama arteriyel basınç) >65 mmHg ve üzerinde tutulabilmesi için vazopressör gerekliliği + Serum laktat düzeyinin 2 mmol/L üzerinde olması



## qSOFA SKORU

Akut yada kronik organ yetmezlikleri ayırt edilmeden değerlendirilmiş

Alzheimer'a veya SVH sekeline bağlı şuuru bozulmuş hastada qSOFA her zaman 1 puan aynı zamanda KOAH'ı da olan hastada qSOFA her zaman 2 puan olacak

Hastanın normal TA' u 90 mmHg olan hastada qSOFA direk 1 puan olacak



# ACIL SERVİSTE SEPSİS

**Acil servise başvuru sonrası 3 saat içinde;**

Serum laktat düzeyi ölçülmeli

Kan kültürü alınmalı (**antibiyotik tedavisi bu nedenle geciktirilmemeli**)

Olası etkeni kapsayacak şekilde geniş spektrumlu antibiyotik başlanmalı

**Hipotansiyon varsa veya laktat  $> 4\text{mmol/L}$  ( $36\text{mg/dL}$ ) hemen en az  $30\text{ mL/kg}$  olacak şekilde kristalloid tedavisi başlanmalı**



# ACİL SERVİSTE SEPSİS

## ilk 6 saatte;

Başlangıç sıvı tedavisine yanıt alınamayan hastalarda **OAB  $\geq$  65 mmHg tutmak** için vazopressör desteği yapılmalı

Sıvı tedavisine rağmen hipotansiyon devam ediyorsa veya ilk **laktat değeri  $\geq$ 4mmol/L** tesbit edilmişse hastanın sıvı açığı tekrar değerlendirilmeli

Başlangıçta laktat yüksekse sıvı replasmanı sonrası ölçümün tekrarı önerilir



Septik Őok hastaların bűyűk  
çoğunluğu **ilk 6 saatte 4-6 L sıvı**  
desteğine ihtiyaç duyar

Sepsis ve septik Şok hastaları  
műmkűn olan en kısa sűrede  
hospitalize edilmelidir



Konak faktörü	Sık rastlanan bakteriler
Splenektomi	<i>S.pneumoniae, H.influenzae, N.meningitidis</i>
Siroz	<i>Gram-negatif enterik basiller, Kapsullu bakteriler, Vibrio, Salmonella sp.</i>
Alkolizm	<i>Klebsiella sp., S.pneumoniae,</i>
İntravasküler kateterler	<i>S.aureus, S.epidermidis</i>
DM	<i>P. aeruginosa, Mucor sp.</i>
Steroid kullanımı	<i>M.tuberculosis, Mantarlar, HSV</i>
Hipogammaglobulinemi	<i>S.pneumoniae, E.coli</i>
Nötropeni (<500/mm <sup>3</sup> )	<i>Gram-negatif enterik basiller, P.aeruginosa, Staphylococcus sp, Candida sp., Aspergillus sp.</i>
T hücre bozukluğu	<i>Listeria sp., Salmonella sp., Mycobacteria sp., Herpes Virus grubu (HSV, VZV, CMV)</i>

- Toplumda gelişen SEPSİS'de sıklıkla enfeksiyon kaynağı
- Üriner
- Akciğer
- Yumuşak doku
- İntraabdominal enfeksiyonlar





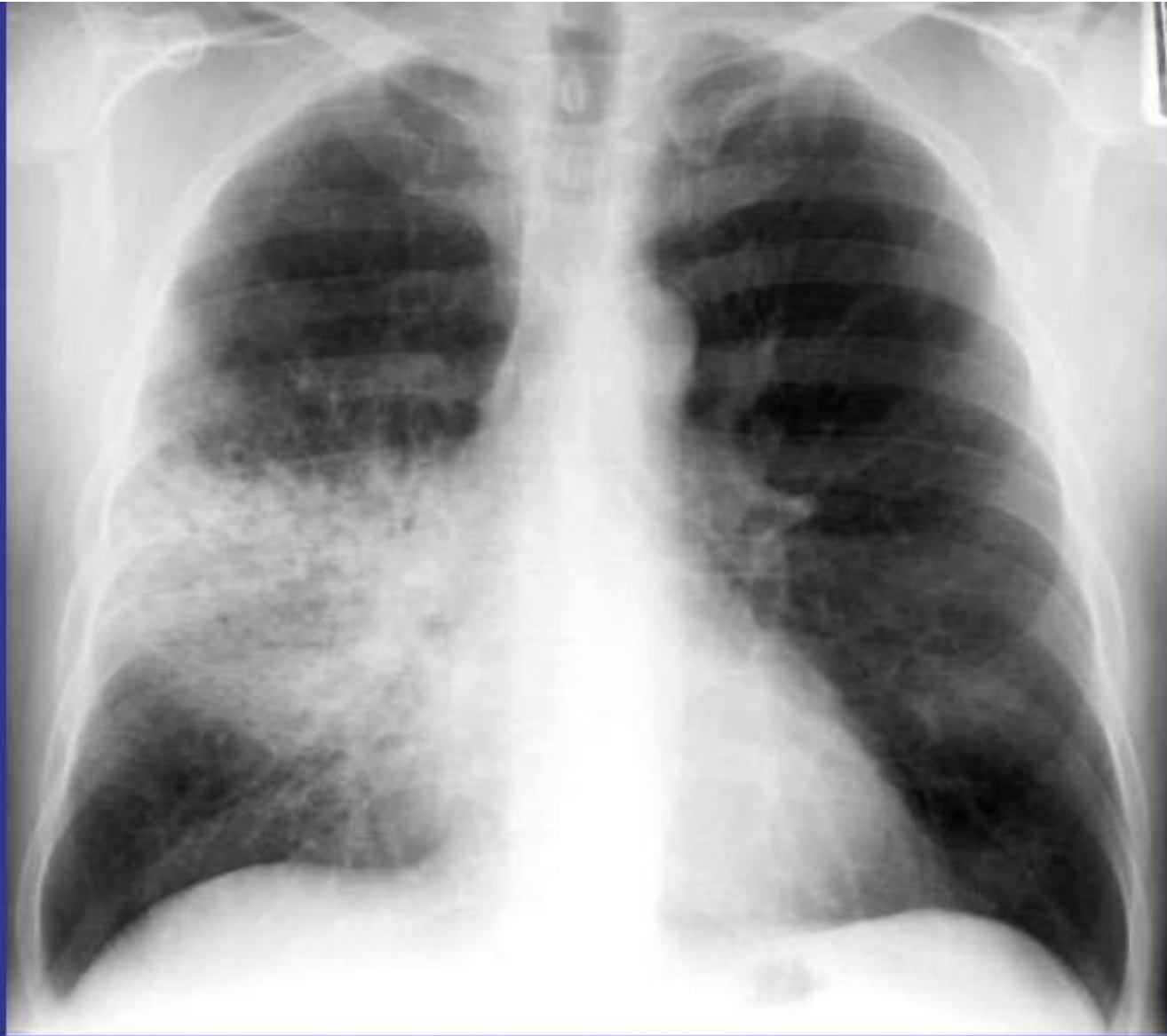
- Septik şok tanısı almış hastalara 1 saat içerisinde mutlaka antibiyotik başlanmalıdır
- Antibiyotik başlanmasını geciktirmeyecek ise öncesinde kan kültürü alınmalıdır
- Enfeksiyon kaynağına etkili tek veya çoklu antibiyotik seçilmelidir
- Gram pozitif ve gram negatifleri kapsayan geniş spektrumlu bir antibiyotik tercih edilmelidir
- Gerekli ise antifungal ve antiviraller eklenmelidir



# PNÖMONİ

Klasik olarak üşüme titreme ile ani yükselen ateş, öksürük, pürülan balgam, plöretik tipte yan ağrısı, fizik muayenede ral, ronküs, tuber sulf bulguları, radyolojik olarak sıklıkla lobar tutulum ve genellikle lökositozla karakterize bir alt solunum yolu hastalığıdır





Sağ orta lob pnömoni

# PNÖMONİ

Toplum Kökenli Pnömoni (TKP)

Sağlık Bakımı İlişkili Pnömoni (SBİP)

Hastanede Gelişen Pnömoni (HGP)

İmmunitesi baskılanmış hasta pnömonisi

Yaşlılarda Gelişen Pnömoni (YGP)



# PNÖMONİ

Toplum Kökenli Pnömoni (TKP), günümüzde sık karşılaşılan ciddi bir hastalıktır

İleri yaş grubunda (60 yaş ve üzeri) ve alt hastalığı olanlarda pnömoni çok daha sıklıkla oluşmakta ve ağır seyredebilmektedir

Sıklıkla görülen bakteriyel etkenler: S. pneumoniae, H. Influenza



# ATİPİK PNÖMONİ

- Daha çok genç kişilerde ateş, halsizlik, baş ağrısı gibi prodromal belirtiler ile birlikte subakut bir başlangıç ve kuru veya mukoid balgamlı öksürük, hırıltılı solunum gibi yakınmalarla karakterize, radyolojik olarak genellikle nonlober tutulum gösterir
- Fizik muayene ve radyolojik bulguları arasında çoğu kez uyumsuzluk vardır
- Başlıca atipik pnömoni etkenleri Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Chlamydia pneumoniae ve virüsler'dir.



# YAŞLILARDA PNÖMONİ

Düşkünlük

Halsizlik

Titreme

Günlük işlerini yapamaması

Gİ semptomlar

Deliriyum veya Konfüzyon



# YAŞLILARDA PNÖMONİ

Sıklıkla afebril başlangıç

1/3 lökositoz yok

Pnömonili yaşlı hastalar sıklıkla  
hastaneye yatışa ihtiyaç duyarlar

Yatışların %10 yoğun bakım yatışıdır





# TRANSPLANTLI HASTALARDA PNÖMONİ

KC, kalp, AC naklini takip eden ilk 3 ayda daha sık mortalite riski %33

İlk 6 ayda CMV, P. Carinii, Aspergillus gibi fırsatçı etkenlerle

İlk 6 aydan sonra S. Pneumonia, H.İnfluenza



# PNÖMONİDE LABORATUVAR

Pnömonili bir hastada akciğer filmi;

Pnömoninin ilk 24 saatinde, dehidratasyon durumunda,

Pneumocystis carinii pnömonisinde %10-30 oranında

Ciddi nötropenik hastalarda **NORMAL GÖRÜNÜMDE** olabilir.

Buna karşın hastaların bir kısmında dinleme bulguları (+) dir



# PNÖMONİDE CRP

TKP olgularında (% 95-100) CRP >5 mg/dL Mycoplasma ve viral pnömonilere göre, özellikle bakteriyemi ile seyreden pnömokoksik pnömonide CRP daha yüksek CRP >10 mg/dl, pnömoni KOAH atak ayrımı sağlar

Tedavinin dördüncü gününde CRP'de %50 düşme yoksa, tedavide başarısızlık ya da komplikasyon (ampiyem, vb) olabilir



# PNÖMONİDE PROKALSİTONİN

- < 0,1 mcg/L: Bakteriyel enfeksiyon yok, antibiyotik verme
- 0,1–0,25 mcg/L: Bakteriyel enfeksiyonun zayıf olasılık, antibiyotik verilmeyebilir
- 0,25-0,5 mcg/L: Bakteriyel enfeksiyon kuvvetli olasılık, antibiyotik verilir
- > 0,5 mcg/L: Bakteriyel enfeksiyon çok güçlü olasılık, antibiyotik kesinlikle verilmeli



# CURB-65 SKOR

Confusion (Konfüzyon)

Urea (Üre) > **42.8 mg/dL**, (BUN > **20 mg/dL**  
[**7 mmol/l** ] )

Respiratory rate (Solunum Sayısı)  $\geq$  **30/dk.**

Blood pressure (Kan basıncı) (Sistolik <**90**  
**mmHg** veya Diastolik  $\leq$ **60 mmHg**)

Yaş  $\geq$  **65 yıl**

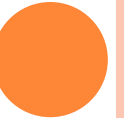
\* Her bir kriter 1 puan olarak hesaplanır



## (PSI: Pneumonia Severity Index)

Ölçüt	Puan	Ölçüt	Puan
<b>Yaş</b>	Erkek Yıl Kadın Yıl-10	<b>Laboratuvar Bulguları</b> BUN $\geq 30$ mg/dl Na $< 130$ mol/L Glukoz $> 250$ mg/dl Htc $< \%30$	20 20 10 10
<b>Huzurevinde kalmak</b>	10		
<b>Komorbidite</b> Tümör varlığı Karaciğer hastalığı Konjestif Kalp Yetmezliği Kardiyovask / Serebrovask. Hast Böbrek hastalığı	30 20 10 10 10	<b>Akciğer Radyogramı</b> Plevral efüzyon <b>Oksijenasyon</b> Arter pH $< 7.35$ PaO <sub>2</sub> $< 60$ mmHg SaO <sub>2</sub> $< \%90$	10 30 10 10
<b>Vital Bulgular</b> Mental bozukluk Solunum Sayısı $\geq 30$ /dk Sistolik TA $< 90$ mmHg Vücut Isısı $< 35$ veya $\geq 40$ Kalp hızı $\geq 125$ /dk	20 20 20 15 10	<b>Evreleme:</b> Evre I: Yaş $< 50$ Komorbidit hastalık yok Evre II: $< 70$ puan Evre III: 71-90 puan; Evre IV: 91-130 puan; Evre V: $> 130$	

<b>Ayakta Tedavi</b>	<b>Klinikte Tedavi</b>	<b>YBÜ'nde Tedavi</b>
<b>CURB-65: 0-1 (PSI : I-III)</b>	<b>CURB-65: 2-3 (PSI: IV-V)</b>	<b>CURB-65: 4-5 (PSI: IV-V)</b>



# MENENJİT

Klasik olarak; Saatler ile birkaç gün içinde gelişim seyri gösteren **ateş, baş ağrısı, şuurda değişiklik, kusma** yakınmaları olan

Bunların yanında **ajitasyon, kafa çiftleri tutulumu, epileptik nöbet, döküntü, meningeal semptomların başlaması ve BOS'da lökositlerin artmasıyla karakterize** olan ciddi bir enfeksiyondur





# MENENJİT

Hızlı tanı ve erken tedavi gerektirir

**Bakteriler, virusler, tüberküloz, mantarlar** gibi birçok mikroorganizma menenjit oluşturabilir

Erişkinlerde en sık bakteriyel menenjit nedeni

**Streptococcus pneumoniae ve Neisseria**

**meningitidistir.** Özellikle 50 yaş üstünde

**Listeria monocytogenes** de menenjite neden olan diğer önemli bir mikroorganizmadır



# MENENJİT

LP öncesi kraniyal görüntüleme aşağıdaki durumlarda yapılmalı

Fokal nörolojik defisit (kranyal sinir parazileri dahil)

Yeni başlayan epileptik nöbet

Ciddi bilinç durumu değişikliği (GKS<10)

Ciddi immünsupresif durumlar



# MENENJİT

Akut bakteriyel menenjit hastalarında acile müracaatından sonraki ilk **1 saat içinde antibiyotik başlanmalı**

LP herhangi bir nedenle gecikecekse klinik şüphe varlığında antibiyotik tedavisi başlanmalıdır



# MENENJİT

Erişkin akut bakteriyel menenjitlerde ilk doz antibiyotik ile **dexametazon 4x10 mg** tedavisi de başlanmalı

Dexametazon tedavisi en geç **antibiyotikten 4 saat sonrasına kadar** yapılması önerilmekte daha geç başlanmasının yararı tartışmalı



# Meningjite BOS Bulguları

Parametreler	Bakteriyel	Viral	Tüberküloz
Lökosit	> 1000 PMNL	< 500 MNL	< 500 MNL
Glukoz	Düşük	Normal	Düşük
Protein	Artmış	Hafif artmış yada N	Çok artmış
Basınç	Artmış	Hafif artmış yada N	Artmış
Görünüm	Bulanık	Berrak	Berrak/ksantokromik



## Ampirik antibiyotik tedavisi

Hasta grubu	Penisiline <b>dirençli</b> <i>S. Pneumoniae</i>	Penisiline <b>duyarlı</b> <i>S. Pneumoniae</i>	IV doz
>18 ve <50 yaş	Sefotaksim ya da Seftriakson + Vankomisin ya da rifampisin	Sefotaksim ya da Seftriakson	Seftriakson 2*2 ya da 1*4 gr Sefotaksim 4-6*2 gr Vankomisin 2-3*10-20 mg/kg Rifampisin 2*300 mg
>50 yaş ya da >18 ve <50 yaş ve L. Monositogenes* İçin risk faktörü	Sefotaksim ya da Seftriakson + Vankomisin ya da rifampisin + Amoksisilin/ampisilin/penisilin G	Sefotaksim ya da Seftriakson + Amoksisilin/ampisilin/penisilin G	Seftriakson 2*2 ya da 1*4gr Sefotaksim 4-6*2 gr Vankomisin 2-3*10-20 mg/kg Rifampisin 2*300 mg Amoksisilin ya da ampisilin 6*2gr

\*Diyabetes mellitus, immünöpresif ajan kullanımı, kanser ya da immünsüpresyon yapan diğer hastalıklar

## Meningokoksik menejit hastaları ile kapalı ortam teması olanlar için antibiyotik profilaksisi

Antibiyotik	Doz	Süre
Rifampisin*	2*600 mg	2 gün
Siprofloksisin**	500 mg po	Tek doz
Seftriakson***	250 mg IM	Tek doz

\*ilk trimester sonrası kullanılabilir, doz aynı

\*\*Hamilelerde KE

\*\*\*Hamilelerde ilk tercih, doz aynı

# İNFEKTİF ENDOKARDİT

## MODİFİYE DUKE KRİTERLERİ

Klinik kriterler ile kesin infektif endokardit tanısının konması için aşağıda sıralananlardan en az:

2 major kriter veya

1 major ve 3 minor kriter veya

5 minor kriter bir arada olmalıdır





# OLASI İNFEKTİF ENDOKARDİT

1 majör ve 1 minör kriter  
ya da 3 minör kriter



# MAJÖR KRİTERLER

1-İnfektif endokardit için pozitif kan kültürleri:

A- **Tipik mikroorganizmaların 2 ayrı kan kültüründe üremesi**

Bunlar; streptococcus viridans, streptococcus bovis, HACEK (haemophilus spp. , actinobacillus actinomycetemcomitans , cardiobacterium hominis, eikenella corrodens, kingella kingae) grubu mikroorganizmalar, stafilokok aureus, primer odağın yokluğunda toplum kaynaklı enterokoklar



# MAJÖR KRİTERLER

## **B- Tekrarlanan kan kültürlerinde aynı mikroorganizmanın sürekli üremesi:**

12 saatten fazla arayla alınmış en az 2 kan kültüründe veya

1 saat arayla alınmış 3 kültürün tamamında veya

ilk alınan kan kültürü ile sonuncusu arasında en az 1 saat olan 4 veya daha fazla kültürün çoğunluğunda (aynı organizmanın) üremiş olması,

Coxiella burnetti için (+) tek kan kültürü veya (+) seroloji antifaz Ig G antikoru titresi > 1: 800



# MAJÖR KRİTERLER

## 2-Endokardiyal tutulum bulguları:

**A- Pozitif EKO:** vejetasyon imajı, apse, protez kapakta yeni ortaya çıkan ayrılma

**B- Yeni ortaya çıkmış kapak yetmezliği**  
(mevcut olan üfürümün şiddetlenmesi yeterli değil)



# MİNÖR KRİTERLER

1-Predispozan kalp hastalığı varlığı, i.v. ilaç bağımlılığı

2-Ateş; > 38 derece

3-Vasküler fenomenler; **majör arteriyel emboli**, septik akciğer infarktları, mikotik anevrizma, intrakraniyal kanama, **konjuktival kanama**, **janeway lezyonları**

4-İmmunolojik fenomenler; glomerulonefrit, **osler nodülü**, roth lekesi, romatoid faktör pozitifliği

5-Mikrobiyolojik bulgular; major kriterlere uymayan kan kültürü pozitifliği, serolojik aktif enfeksiyon bulguları

6-EKO; infektif endokarditi destekleyen ancak major kriterler içinde yer almayan bulgular



# PİYELONEFRİT

- Üşüme titreme ve yüksek ateş
- Kostovertebral açı hassasiyeti
- İdrarda piüri
- Yaşlı hastalar, alt hastalığı olanlar, tekrarlayan üriner enfeksiyon öyküsü olanlar, sondalı hastalar, sık antibiyotik kullanım öyküsü olan hastalar yatırılarak tedavi edilmeli



## ATEŞ ETY?

Acilde nedeni belirlenemeyen ATEŞ olması halinde hastalar yatırılarak etyolojik araştırma yapılmalıdır



# İNTRAABDOMİNAL ENFEKSİYONLAR

Açıklanamayan bulgu semptomlar

Genel durum bozukluğu

Bilinç bulanıklığı

Ateş

Karın boşluğunun bir enfeksiyon kaynağı  
olabileceği her zaman aklımızda  
tutulmalıdır.

BT ve USG tanıda ilk tercihler





# ABDOMİNAL ENFEKSİYONLAR

- **Abseler:** Semptomlar değişken olabilir. **Ateş**, abdomende herhangi bir yerde ağrı, **ishal veya ileus** olabilir
- **Subphrenik abse:** **Pulmoner semptomlar**
- **Pelvik abse:** **Üriner semptomlar**
- **Peritonitler:** Temel özellik abdominal ağrıdır genelde gürültülü seyreder



# KKKA

- Kene tutunması sonrasında ilk 10 gün içinde yada hayvancılıkla uğraşan bir kişinin ateş, üşüme, titreme, yaygın kas ağrıları, baş ağrısı, kanama gibi belirtilerle müracaatında laboratuvar testlerinde;
- Lökopeni
- Trombositopeni  
yatırılarak takibe alınmalı
- ALT, AST, CK, LDH yüksekliği tesbit edilmesi halinde olası KKKA tanısı düşünülmeli ve tedavi başlanmalı



# GIDA ZEHİRLENMELERİ

- Genel olarak yemekten yaklaşık 2 saat-72 saat sonrasında ortaya çıkabilen durumlardır
- Toplu yemek yenilen durumlarda yada aynı ailede birlikte ortaya çıkan durumlardır





\*\*Tedavi tamamen semptomatiktir antibiyotik tedavisi ve mide yıkama işlemi gereksizdir

\*\*Çoğunluğu ayaktan tedavi ile düzelir



# BOTULİSMUS

- Botulismus daha çok ev yapımı sebze, et, balık, peynir gibi gıdalardan hazırlanan konservelelerin yenmesi sonucu oluşur
- Uygun şartlarda hazırlanmayan ve saklanmayan konservelelerde bakteri çoğalıp toksin üretebilir



# BOTULİSMUS

- Enfekte besin alınmasından 18-38 saat sonra ortaya çıkar. Ancak, bu süre 2 saat-8 gün arasında değişebilir
- **Bulanti, kusma, diplopi, göz kapağı düşmesi, disfaji, dizartri** gibi bulgular ilk başlarda görülürken geciken durumlarda; **konstipasyon, terleme bozukluğu, bradikardi, hipotansiyon ve solunum sıkıntısı yürüme zorluğu** bulguları da ortaya çıkabilir
- Tedavi: antitoksin + destek



# TETANOZ

- Tanı klinik ve fizik muayene ile konur
- Öncelikle hastada yaralanma, iğne ve diken batması gibi bir hikaye olması
- Hastanın düzenli tetanoz aşısı yaptırmamış olması gerekir.
- Günümüzde bebeklerde, okullarda, askerlikte, gebelerde aşılama yapıldığı için genellikle 35-40 yaşlardan sonra görülmesi muhtemel hale gelir



# TETANOZ

- Huzursuzluk, halsizlik , baş ağrısı, yara yerinde ağrı, trismus (masseter kaslarının kasılması), çene, boyun kası tutulumuna bağlı yutma güçlüğü, konuşma bozukluğu, kasılmalar yüz kaslarına geçerek risus sardonikus , rijidite birkaç günde sırt, gövde kaslarının kasılması ile opistotonus görülür ve ekstremitelere yayılır, karın kaslarında kasılmalar nedeni ile defans oluşur, akut batın sendromunu taklit edebilir
- **NOT:** Hastalığı geçirmek bağışıklık bırakmaz aşılama programı uygulanmalı





	Temiz Küçük Yara		Diğer Yaralar	
Aşı Durumu	Tetanoz aşısı	Tetanoz immünglobulin	Tetanoz aşısı	Tetanoz immünglobulin
Bilinmiyor veya 3 dozdan az aşı yapılmışsa	Evet	Hayır	Evet	Evet
3 doz veya üzerinde aşısı var ve 5 yıl içinde rapel yapılmışsa	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
3 doz veya üzerinde aşısı var ve 5-10 yıl içinde rapel yapılmışsa	Hayır	Hayır	Evet	Hayır
3 doz veya üzerinde aşısı var ve rapel 10 yılı geçmişse	Evet	Hayır	Evet	Evet

# NEKROTİZAN FASİİT

- Yüzeyel infeksiyon şeklinde çoğunlukla selülit tablosu ile başlar
- Deri nekrozu ve ekimoz
- Antibiyotik almasına karşın hızlı yayılım derin subkütan doku ve fasyada ilerleyen bir enfeksiyon
- Çoğu kez sepsis tablosu vardır
- Hastalar dezoryante ve letarjiktir



# NEKROTİZAN FASİİT

- Monomikrobiyal (S. pyogenes, S. aureus, V. vulnificus, A. hydrophila, anaerobik streptokoklar ) Künt travmalar, ince kesik ve yaralanmalar, yanık, predispozan faktörler
- Polimikrobiyal (aerob-anaerob , gram (-) yada gram (+) birçok mikroorganizma etkendir ) Cerrahi, diyabet ve periferik vasküler hastalıklar predispozan faktörlerdir



# FORNIER GANGRENİ

Genital bölgenin nekrotizan fasiiti

Polimikrobiyal (Anaeroplara, Enterobacteriaceae türleri streptokoklar, *S. aureus* ve enterokoklar )

Sıklıkla diyabetik hastalarda görülür



# GRİP


- Önümüzdeki günlerde grip vakalarında artış olacak
- Gribal şikayetle acile 2 ve daha fazla gelen hastalar öncelikle solunum sıkıntısı sorgulanmalı ve akciğer grafi çektirilmeli
- Antiviral tedavi ilk 48 saat içinde başlanması ve 5 günlük kullanım önerilir
- Pnömoni gelişenlerde süreye bakılmaksızın antiviral tedavi verilmeli



- Nadir görülmeleri, yüksek ateş ile acile müracaat etmeleri enfeksiyon hastalıklarının ayırıcı tanısında düşünülmesi gerektiğine inandığım hastalıklar
- Güneş çarpması
- Erişkin Still Hastalığı



# GÜNEŞ ÇARPMASI

- Özellikle ortam ısısının 40 derecenin üzerine çıktığı bölgelerde görülür
  - Ateş genellikle 40'ın üzerine çıkar
  - Uzun süreli rüzgarsız ve sıcak ortamda bulunmak, çalışmak, yeterli sıvı tüketmemek
  - Yüksek ateş, şiddetli baş ağrısı, şuurda değişiklik, kusma, ciltte kuruluk bulguları
  - Acil tedavi edilmezse mortal olabilen bir hastalıktır
  - Tedavide soğutma ve sıvı replasmanı öncelikle yapılmalıdır
- 

# ERİŞKİN STİLL HASTALIĞI

- Özellikle akőam saatlerinde olan ve 40 dereceye kadar ykselebilen ateş, yer deđiőtirebilen artrit , ateş yükseldiğinde ortaya çıkan ve ateş düşünce geçen döküntü üçlemesi
- Sedimentasyon, CRP ve Ferritin yüksekliği







# ACIL SERVİS



**SABRINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER**