

SEPSİSTE ANTİBİYOTİK SEÇİMİ

Güler YAYLI

Sepsis tedavisinin ana hatları; hastanın yaşamsal bulgularının güvenceye alınmasından sonra, varsa infeksiyonun medikal ve cerrahi tedavisi ile, bozulmuş olan organ fonksiyonlarının düzeltilmesidir (1,3,4).

Hipertermi, hipotermi, taşikardi, taşipne ve lökosit anormallikleri, infeksiyon dışı nedenlerle de görülebileceğinden sepsis ayırıcı tanısı yapıldıktan ve yaşamsal bulgular güvence altına alındıktan sonra uygun kültür örnekleri alınarak geniş spektrumlu ajanlarla antibakteriyel antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Nekrotize dokular çıkarılmalı, abseler boşaltılmalı ve varsa yabancı cisimler çıkarılmalıdır (1-4).

Ampirik antibiyotik seçiminde Gram boyama sonuçları yol gösterici olabilir. Bilinen veya şüphelenilen etken veya hastahane florasındaki bakteriler göz önüne alınarak hastanenin belirlemiş olduğu kılavuza uygun antibiyotik seçilmelidir. Ağır sepsisli hastalarda veya septik şoklu hastalarda etken belirlenene kadar antipsödomonal penisilin veya sefalosporin ile bir aminoglikozit veya bir florokinolon kombinasyonunu içeren geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Eğer antipsödomonal sefalosporin kullanılıyorsa ve muhtemel etken anaerob ise metronidazol veya klaritromisin tedaviye eklenmelidir. Eğer muhtemel etken psödomonas ise imipenem veya meropenem, bir aminoglikozit veya florokinolonla kombine edilebilir. Nozokomiyal, vasküler kateter infeksiyonu veya yara infeksiyonuna bağlı bir odak düşünülüyorsa metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*'a karşı vankomisin veya teikoplanin eklenmelidir.

İmmunosupressif hastalardaki toplumdaki kazanılmış pnömonilerde 2. veya 3. kuşak bir sefalosporin, bir makrolid veya bir kinolon ile birlikte verilmelidir. Tespit edilen veya şüphelenilen etken *Legionella* ise yüksek doz eritromisin veya kinolon kullanılmalıdır. Ciddi nozokomiyal veya ventilatöre bağlı pnömonilerde geniş spektrumlu antibiyotik başlanmalıdır.

Abdominal infeksiyonlara bağlı ciddi sepsislerde polimikrobiyal etken olabilir. Bu durumlarda imipenem, meropenem, ampisilin-sulbaktam, tikarsilin-klavulanat ile monoterapi başlanabilirse de kombine antibiyotik kullanımı tercih edilir. Kombine antibiyotik seçenekleri; ampisilin+metronidazol+aztreonam veya bir aminoglikozit, eğer çoğul dirençli mikroorganizmalar düşünülüyorsa ampisilin-sulbaktam+aminoglikozit yanına tikarsilin-klavulanat veya imipenem olabilir. Diğer olası seçenekler ise piperasilin-tazobaktam+aminoglikozit ya da sefoksitin veya sefotetan ile birlikte aminoglikozit kullanımınıdır (koagülopati varsa sefotetan kullanılmamak gerekir) (1,2,4).

İnfeksiyon kaynağı üriner sistem ise 3. kuşak sefalosporin veya kinolonlar tercih edilir. *P.aeruginosa* şüphesi varsa bu tedaviye aztreonam eklenmelidir. İdrarın Gram boyaması enterokok varlığını araştırmak için gereklidir (1,2,4).

Sellülit veya kutanöz abseye bağlı sepsiste MRSA olasılığı yoksa sefazolin veya nafsilin, MRSA veya koagülaz negatif stafilokok düşünülüyorsa vankomisin veya teikoplanin kullanılmalıdır. Ağır sepsis olgularında anti-fungal ajan olan amfoterisin B kullanılabilir (1,2,4).

KAYNAKLAR

- 1- Dellinger RP: Current therapy for sepsis, *Infect Dis Clin North Am* 13:495 (1999).
- 2- Hines DW, Rone RC: Septic shock, "Gorbach SL, Barlett CG, Blacklow NR (eds): *Infectious Diseases*" kitabında s. 544, Saunders Co, Philadelphia (1992).
- 3- Lynn WA: Sepsis, "Armstrong D, Cohen J (eds): *Infectious Diseases, Vol 2*" kitabında Chp 47, Mosby Co, London (1999).
- 4- Young LS: Sepsis syndrome, "Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds): *Principle and Practice of Infectious Disease, 5. baskı*" kitabında s. 806, Churchill Livingston, Philadelphia (2000).