

## Evaluation of 161 Tick Bite Cases in a Tertiary Health Center

### Üçüncü Basamak Merkezde 161 Kene Isırığı Vakasının Değerlendirilmesi

Sayın Editör,

Derginizin 2013 yılı 7. sayısında yayınlanan, Bucak ve arkadaşlarının yazdıkları “Üçüncü Basamak Merkezde 161 Kene Isırığı Vakasının Değerlendirilmesi” (1) başlıklı makaleyi ilgi ve beğeniyle okudum. Türkiye’de 2002 yılından beri endemik olarak görülen Kırım Kongo kanamalı ateşi (KKKA), ilkbahar ve yaz aylarında salgınlar yaparak özellikle erişkinlerde fatal seyredabilmektedir (2, 3). KKKA daha çok mezbaha çalışanlarında, kırsal alanda yaşayan ve hayvancılıkla uğraşanlarda görülmektedir. Ülkemizde erişkinler KKKA’dan etkilenen başlıca grup olurken, çocuklarda hastalıktan etkilenmektedir (4, 5). Kırım Kongo kanamalı ateşinde mortalite ülkelere göre değişkenlik göstermekle birlikte %5-30 arasındadır (2). Türkiye’deki son 3 yılın verilerine göre erişkin vakalardaki mortalite %5 iken çocuklarda bu rakam %1,65 olarak seyretmektedir (4, 5). Literatür incelendiğinde çalışmaların çoğunluğunu erişkin vakalar oluşturduğundan, zaman zaman çocuklarla ilgili KKKA yazılarının çıkması pediatristlere hasta takibi açısından yol gösterici olmaktadır. Bu yazının diğer bir önemi, çalışmanın endemik olmayan bir bölgede yapılmış olması, dolayısıyla da o bölgede durum hakkında bilgi vermiş olmasıdır. Yazıda hastalardan belirli periyotlarla kan örnekleri alındığı ifade edilmektedir. Oysaki aynı yazıda belirtildiği gibi Sağlık Bakanlığı’nın yayınlamış olduğu “Kene tutunması yakınması ile gelen hastalara yaklaşım algoritmasında” hastalara sadece hemogram bakılması önerilirken, ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, ishal gibi semptomu olan hastalardan diğer kan örneklerinin alınması istenmektedir. Hastaların semptomu yoksa KKKA hastalığı ve semptomları hakkında bilgilendirilerek şikayeti geliştiğinde başvurusu önerilmektedir.

Saygılarımla.

**Dr. Hasan Tezer**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı,  
Ankara, Türkiye

Tel: +90 506 300 80 08

E-posta: hasantezer@yahoo.com

doi:10.5152/ced.2013.22



## Kaynaklar

1. Bucak İH, Temiz F, Tümgör G ve ark. Üçüncü Basamak Merkezde 161 Kene Isırığı Vakasının Değerlendirilmesi. *J Pediatr Inf* 2013; 7: 3-6. [CrossRef]
2. Yılmaz GR, Buzgan T, Irmak H et al. The epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Turkey, 2002-2007. *Int J Infect Dis* 2009; 13: 380-6. [CrossRef]
3. Bakir M, Ugurlu M, Dokuzoguz B, Bodur H, Tasyaran MA, Vahaboglu H. Crimean-Congo haemorrhagic fever outbreak in Middle Anatolia: a multicentre study of clinical features and outcome measures. *J Med Microbiol* 2005; 54: 385-9. [CrossRef]
4. Dilber E, Cakir M, Acar A, et al. Crimean-Congo haemorrhagic fever among children in north-eastern Turkey. *Ann Trop Paediatr* 2009; 29: 23-8. [CrossRef]
5. Tezer H, Sucakli IA, Sayli TR, et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever in children. *J Clin Virol* 2010; 48: 184-6. [CrossRef]

## Antibiotic Susceptibility of Bacteria Isolated from Urinary Cultures Taken from Children

### Çocukluklardan Alınan İdrar Kültürlerinden İzole Edilen Bakterilerin Antibiyotik Duyarlılıkları

Sayın Editör,

Derginizin 2013 yılı Mart sayısında yayınlanan “Çocukluklardan Alınan İdrar Kültürlerinden İzole Edilen Bakterilerin Antibiyotik Duyarlılıkları” başlıklı makaleyi ilgiyle okudum (1). Üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) çocukluk çağında en sık karşılaşılan enfeksiyonlar arasındadır. Yazarın da vurguladığı gibi tanıda altın standart idrar kültür pozitifliğidir. Ancak idrar kültürünün alınma yöntemi de doğru tanı için önemli olup, steril torba ile alınan idrar kültürlerinde %85’e kadar yanlış pozitiflik görülebileceği, unutulmamalıdır. Bu nedenle, tuvalet eğitimi olmayan çocuklarda ÜSE düşünüldüğünde, idrar kültürünün mesane kateterizasyonu veya suprapubik aspirasyon ile alınması önerilir (2).

Yatarak tedavi alması gereken komplike ÜSE’li olgularda anatomik/nöromotor fonksiyon bozukluklar, nefrolitiazis veya uzun süreli antibiyotik kullanımı gibi risk faktörleri daha sık görülmekte, ayrıca bu olguların tekrarlayan hastane yatışlarından dolayı nozokomiyal etkenlerle enfeksiyon riskleri artmaktadır. Bunların sonucunda ayaktan ve yatarak tedavi edilen hasta gruplarında, enfeksiyon etkenlerinin görülme sıklıklarında belirgin farklılıklar ortaya çıktığından, ampirik tedavinin planlanmasında hasta özellikleri de mutlaka değerlendirilmelidir. Bizim de bu konuda yaptığımız ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2010 ve 2011 yıllarında yatan çocuk

hastaların, idrar kültürlerindeki 308 anlamlı üremeyi retrospektif olarak incelediğimiz çalışmamızda, başlıca etkenlerin *Escherichia coli* (%36,4), *Klebsiella spp.* (%12,7), *Enterococcus spp.* (%12,3) ve *Pseudomonas aeruginosa* (%12,0) olduğu görüldü (3). Tekrarlayan ÜSE, temiz aralıklı kateterizasyon uygulanması veya üriner sistem cerrahi öyküsü bulunan hastalarda ise *E. coli*'den sonra en sık görülen etken *P. aeruginosa* idi (3). *Pseudomonas spp.*'in ÜSE etkenleri içinde önemi giderek artmaktadır. Ladhani ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da *Pseudomonas spp.* toplum kaynaklı ÜSE'da %2,1 oranında görülmekteyken, renal problemi olan çocuklarda %10,8 oranıyla en sık 3. etken olarak saptanmıştır (4). Herhangi bir nedenle (profilaktik veya tedavi amaçlı) antibiyotik kullanımı veya öncesinde hastaneye yatış öyküsünün bulunmasının da *Pseudomonas* için önemli risk faktörleri olduğu gösterilmiştir (5).

Ampirik tedavinin planlanmasında bir diğer değişken olan antibiyotik direnci, komplike olgularda tedavi başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. Yazarın da makalesinde belirttiği gibi, yatarak veya ayaktan parenteral tedavide kullanım kolaylığı nedeniyle sıklıkla tercih edilen seftriaksona karşı genel direncin %20'yi aşması, komplike olgularda ampirik tedavi seçiminin dikkatle yapılmasını ve tedavi etkinliğinin yakın takip edilmesi gerekliliğini göstermektedir. Ek olarak, genişletilmiş spektrumlu ss-Laktamaz (GSBL) üretimi de ampirik tedavide kullanılan birinci basamak ilaçlara karşı direnç gelişimine ve dolayısıyla tedavi başarısızlığına neden olmaktadır. GSBL üretimi, üçüncü basamak sağlık merkezleri gibi kompik olguların tedavi edildiği merkezlerde daha sık görülmektedir. Bizim çalışmamızda da, yatarak tedavi alan ÜSE olgularında, GSBL üretimi *E. coli*'de %55,4, *Klebsiella spp.*'de %59 oranlarında saptanmıştır (3).

ÜSE'lerinde, risk faktörleri varlığında, *Pseudomonas*, *Enterococcus*, *Proteus* türlerinin ve nadir görülen diğer etkenlerin sıklığının anlamlı oranlarda arttığı görülmektedir. Dolayısıyla ampirik tedavi seçiminde lokal direnç profilleri ile birlikte olgunun klinik özellikleri ve risk faktörlerinin de değerlendirilmesi uygun olacaktır. Ayrıca, kültür sonucu beklenirken tedavi etkinliğinin yakın takip edilmesi, olası tedavi başarısızlığının erken tanınması ve gerekli değişikliklerin zamanında yapılmasına imkan sağlayacaktır.

Saygılarımızla,

**Dr. Benhur Şirvan Çetin**

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,  
Bursa, Türkiye  
Telefon: +90 224 295 05 98  
E-posta: benhurcetin@gmail.com

## Kaynaklar

1. Sanal L. Antibiotic Susceptibility of Bacteria Isolated from Urinary Cultures Taken from Children. J Pediatr Inf 2013; 13:7-12. [CrossRef]
2. Finnell SME, Carroll AE, Downs SM. Technical report—Diagnosis and management of an initial UTI in febrile infants and young children. Pediatrics 2011; 128: e749-70. [CrossRef]
3. Çetin BŞ, Çelebi S, Bozdemir Ş, Sınırtaş M, Çakır D, Hacımustafaoğlu M. Çocukluk çağında hastanede yatan olgularda üriner sistem enfeksiyonlarından izole edilen bakteriler ve antibiyotik duyarlılıkları. 27. Ankem Kongresi, 25-29 Nisan 2012, Muğla, Bildiri Özet Kitabı, 2012.s.31.
4. Ladhani S, Gransden W. Increasing antibiotic resistance among urinary tract isolates. Arch Dis Child 2003; 88: 444-5. [CrossRef]
5. Marcus N, Ashkenazi S, Samra Z, Cohen A, Livni G. Community-acquired *Pseudomonas aeruginosa* urinary tract infections in children hospitalized in a tertiary center: relative frequency, risk factors, antimicrobial resistance and treatment. Infection 2008; 36: 421-6. [CrossRef]

## Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

Öncelikle yazara makaleme olan ilgisinden ve yapmış olduğu katkılardan dolayı çok teşekkür ederim.

Yazar, idrar kültürlerinde steril torba ile örneklerin toplanması halinde %85'e kadar yanlış pozitiflik görülebileceğinden, bu yüzden tuvalet eğitimi olmayan çocuklarda üriner sistem enfeksiyonu düşünüldüğünde, idrar kültürünün mesane kateterizasyonu veya suprapubik aspirasyon ile alınmasından bahsetmektedir. Bu konuda yazara katılmakla beraber invaziv bir girişim olduğu için uygulanabilirliği ve ulaşılacak hasta sayısı düşük olduğundan numunelerin steril torba ile alındığını belirtmek isterim.

Ayrıca yazarın da belirttiği gibi ampirik tedavi seçiminde, mümkün olduğunca antibiyogramla birlikte olgunun kliniğinin ve hastanın özelliklerinin beraber değerlendirilmesi, klinisyen ile laboratuvarın işbirliği içerisinde hareket etmesi, tedavide başarı şansını arttıracaktır.

Saygılarımla.

**Dr. Laser Şanal**

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Tıbbi Mikrobiyoloji kliniği, Ankara, Türkiye  
Telefon: +90 536 317 12 19  
E-posta: lasersanal@yahoo.com  
doi:10.5152/ced.2013.23

