



Güncellenen Rehberler: Yeni Ne Var? IDSA Komplike İntraabdominal Enfeksiyonlar Rehberi

Prof. Dr. Tuba Turunç

SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

Eskiden.....

Sayın meslektaşım

2 gündür süren karın ağrısı ,bulantı, kusma yakınmaları ile Acil Servise başvuran hastada akut batın düşünülmekte olup tarafınızca antibiyoterapi açısından değerlendirilmesi rica olunur.



Güncel.....

KA yakınması AFR yüksek TDRO.

Not akut cerrahi patoloji düşünülmedi



Daha Güncel

Elleri olmayan birinin bir yere cerrah olarak atanacağı günü görmek isterim, çünkü ameliyat kısmı işin en küçük kısmıdır.



Harvey Williams Cushing

Sunum Planı

İAE Neden
Önemli?

Çok sık görülür
mü?

Tedavisi
Kolay mı?

Tanı Kolay
mı?

Antibiyotik Tedavi
önerileri değişti
mi?

Mikrobiyolojik
ve
Görüntüleme
yöntemlerinde
güncelleme
var mı?



IDSA-2024 Hangi Konular Güncellendi?



Yetişkinlerde, çocuklarda ve hamilelerde



Komplike intraabdominal enfeksiyonlar



Risk değerlendirmesi, tanısal görüntüleme ve mikrobiyolojik değerlendirme ile ilgili öneriler



21 güncellenmiş öneri

Clinical Infectious Diseases

IDSA GUIDELINES

IDSA
Infectious Diseases Society of America

hivma
hiv medicine association

OXFORD

2024 Clinical Practice Guideline Update by the Infectious Diseases Society of America on Complicated Intra-abdominal Infections: Risk Assessment, Diagnostic Imaging, and Microbiological Evaluation in Adults, Children, and Pregnant People

Robert A. Bonomo,^{1,2,3,4} Anthony W. Chow,⁵ Morven S. Edwards,⁶ Romney Humphries,⁷ Pranita D. Tamma,⁸ Fredrick M. Abrahamian,^{9,10} Mary Bessesen,^{11,12} E. Patchen Dellinger,¹³ Ellie Goldstein,¹⁴ Mary K. Hayden,¹⁵ Keith S. Kaye,¹⁶ Brian A. Potoski,¹⁷ Jesús Rodríguez-Baño,¹⁸ Robert Sawyer,¹⁹ Marion Skalweit,²⁰ David R. Snyderman,²¹ Sarah Pahlke,²² Katelyn Donnelly,²² and Jennifer Loveless²²

¹Medical Service, Louis Stokes Cleveland Department of Veterans Affairs Medical Center, Cleveland, Ohio, USA; ²Clinician Scientist Investigator, Research Service, Louis Stokes Cleveland Department of Veterans Affairs Medical Center, Cleveland, Ohio, USA; ³Departments of Medicine, Pharmacology, Molecular Biology and Microbiology, Biochemistry, and Proteomics and Bioinformatics, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio, USA; ⁴CWRU-Cleveland VAMC Center for Antimicrobial Resistance and Epidemiology (Case VA CARES) Cleveland, Ohio, USA; ⁵Department of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada; ⁶Division of Infectious Diseases, Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA; ⁷Division of Laboratory Medicine, Department of Pathology, Microbiology, and Immunology, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee, USA

JOURNAL ARTICLE GUIDELINES

Diagnosis and Management of Complicated Intra-abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America FREE

Joseph S. Solomkin, John E. Mazuski, John S. Bradley, Keith A Rodvold, Ellie J.C. Goldstein, Ellen J. Baron, Patrick J. O'Neill, Anthony W. Chow, E. Patchen Dellinger, Soumitra R. Eachempati ... [Show more](#)

Clinical Infectious Diseases, Volume 50, Issue 2, 15 January 2010, Pages 133–164,
<https://doi.org/10.1086/649554>

Published: 15 January 2010 **Article history** ▼

Antibiyotik Önerileri

Sartelli et al. *World Journal of Emergency Surgery* (2021) 16:49
<https://doi.org/10.1186/s13017-021-00387-8>

World Journal of
Emergency Surgery

REVIEW

Open Access

WSES/GAIS/SIS-E/WSIS/AAST global clinical pathways for patients with intra-abdominal infections



Massimo Sartelli^{1*}, Federico Coccolini², Yoram Kluger³, Ervis Agastra⁴, Fikri M. Abu-Zidan⁵, Ashraf El Sayed Abbas⁶, Luca Ansaloni⁷, Abdulrashid Kayode Adesunkanmi⁸, Boyko Atanasov⁹, Goran Augustin¹⁰, Miklosh Bala¹¹, Oussama Baraket¹², Suman Baral¹³, Walter L. Biffi¹⁴, Marja A. Boermeester¹⁵, Marco Ceresoli¹⁶, Elisabetta Cerutti¹⁷, Osvaldo Chiara¹⁸, Enrico Cicuttin², Massimo Chiarugi², Raul Coimbra¹⁹, Elif Colak²⁰,

SURGICAL INFECTIONS
Volume 25, Number 6, 2024
Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/sur.2024.137

Original Articles

Open camera or QR reader and
scan code to access this article
and other resources online.



The Surgical Infection Society Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection: 2024 Update

Jared M. Huston,¹ Philip S. Barie,² E. Patchen Dellinger,³ Joseph D. Forrester,⁴ Therese M. Duane,⁵ Jeffrey M. Tessier,⁶ Robert G. Sawyer,⁷ Miguel A. Cainzos,⁸ Kemal Rasa,⁹ Jeffrey G. Chipman,¹⁰ Lillian S. Kao,¹¹ Frederic M. Pieracci,¹² Kristin P. Colling,¹³ Daithi S. Heffernan,¹⁴ and Janice Lester¹⁵,
Therapeutics and Guidelines Committee

Antimicrobial approach to intra-abdominal infections in adults

Antimicrobial approach to intra-abdominal infections in adults



AUTHOR: Miriam Baron Barshak, MD

SECTION EDITOR: Stephen B Calderwood, MD

DEPUTY EDITOR: Keri K Hall, MD, MS

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available
review process is complete.

Literature review current through: Apr 2025.

This topic last updated: Dec 01, 2023.

► World J Emerg Surg. 2024 Jun 8;19:22. doi: [10.1186/s13017-024-00552-9](https://doi.org/10.1186/s13017-024-00552-9)

Intra-abdominal infections survival guide: a position statement by the Global Alliance For Infections In Surgery

[Massimo Sartelli](#)^{1,✉}, [Philip Barie](#)², [Vanni Agnoletti](#)³, [Majdi N Al-Hasan](#)⁴, [Luca Ansaloni](#)⁵, [Walter Biffi](#)⁶, [Luis Buonomo](#)⁷, [Stijn Blot](#)⁸, [William G Cheadle](#)⁹, [Raul Coimbra](#)^{10,11}, [Belinda De Simone](#)¹², [Therese M Duane](#)¹³, [Paola Fugazzola](#)⁵, [Helen Giamarellou](#)¹⁴, [Timothy C Hardcastle](#)¹⁵, [Andreas Hecker](#)¹⁶, [Kenji Inaba](#)¹⁷, [Andrew W Kirkpatrick](#)¹⁸, [Francesco M Labricciosa](#)¹⁹, [Marc Leone](#)²⁰, [Ignacio Martin-Loeches](#)^{21,22,23,24}, [Ronald V Maier](#)²⁵, [Sanjay Marwah](#)²⁶, [Ryan C Maves](#)²⁷, [Andrea Mingoli](#)²⁸, [Philippe Montravers](#)²⁹, [Carlos A Ordóñez](#)³⁰, [Miriam Palmieri](#)¹, [Mauro Podda](#)³¹, [Jordi Rello](#)^{32,33}, [Robert G Sawyer](#)³⁴, [Gabriele Sganga](#)³⁵, [Pierre Tattevin](#)³⁶, [Dipendra Thapaliya](#)³⁷, [Jeffrey Tessier](#)³⁸, [Matti Tolonen](#)³⁹, [Jan Ulrych](#)⁴⁰, [Carlo Vallicelli](#)⁴¹, [Richard R Watkins](#)⁴², [Fausto Catena](#)⁴¹, [Federico Coccolini](#)⁴³

Neden Önemli?

Sık görülen acil cerrahi durum
Dünya çapında Acil Servislerde travma dışı ölümlerin başlıca nedenlerinden biri

YBÜ izlenen sepsis olgularının en sık 2.nedeni
İnce barsak veya kolon cerrahisi sonrası mortalite %10'un üzerinde
Hastane kaynaklı İAE mortalite %22-55



Yönetimi Kolay mı?



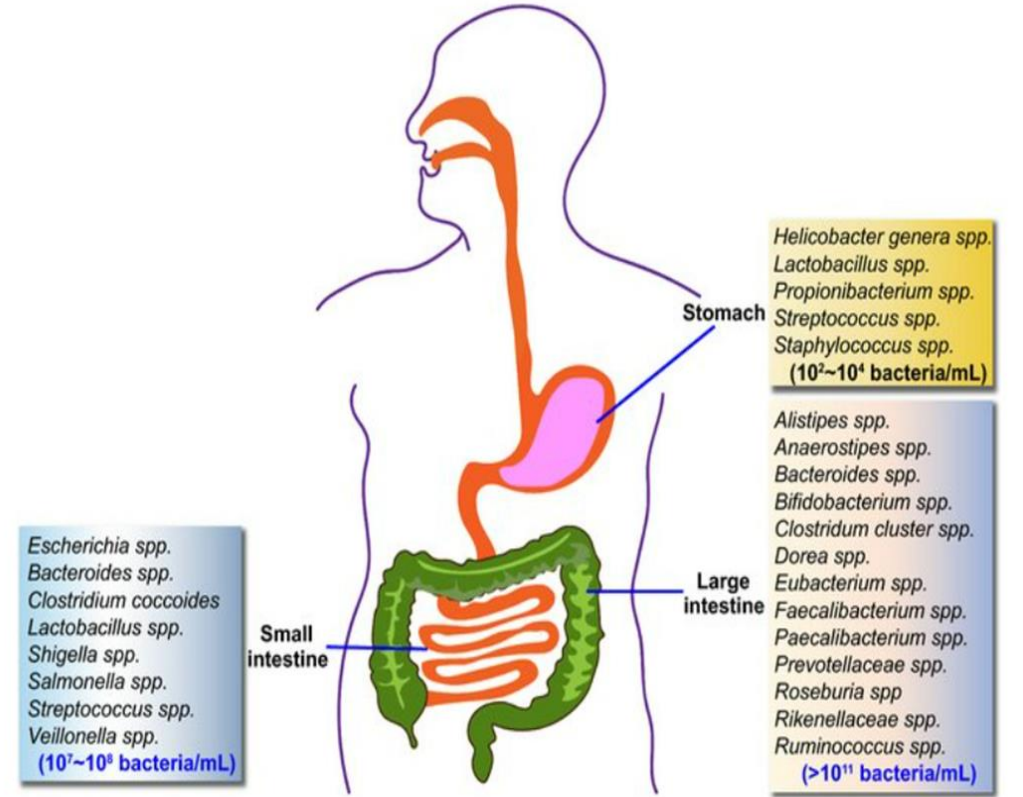
Hafif klinik seyirden septik şoka uzanan farklı hastalık tablosu



Gram pozitif ,Gram negatif aerobik bakteriler, anaeroblar ve mantarlar dahil olmak üzere geniş bir patojen yelpazesi

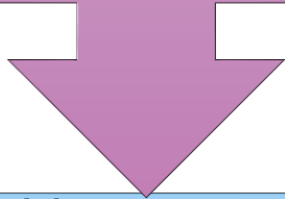


Mikrobiyolojik tanı çoğu zaman gerçek patojenleri normal floradan ayırt etmede yetersiz



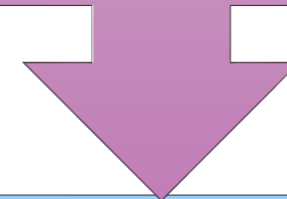
Nasıl Tanımlarız?

Non-komplike intraabdominal enfeksiyon (İAE)



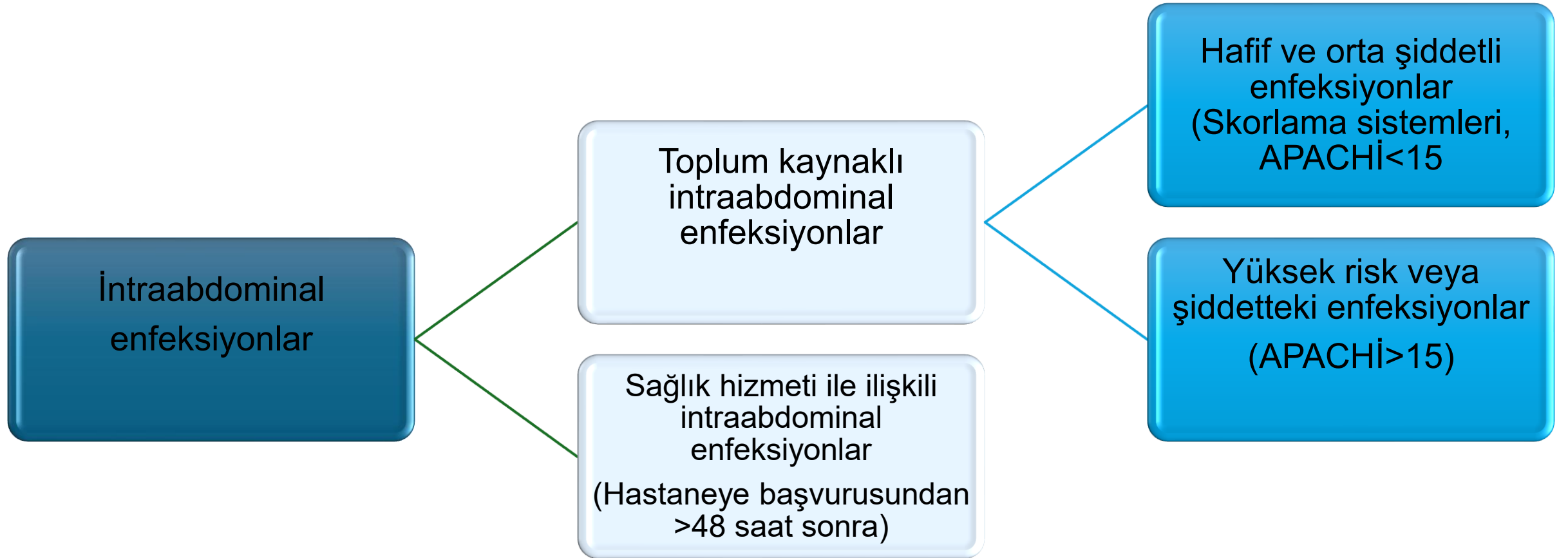
Tek bir organı tutar
GİS'in intramural tutulumu
Akut apandisit
Akut kolesistit
Akut divertikülit

Komplike intraabdominal enfeksiyon (KİAE)



Tek bir organı aşmıştır
Periton boşluğuna yayılmıştır
Apse, lokalize veya diffüz peritonit
Yaygın sekonder peritonit
Kolon perforasyonu

Başka Tanımlama Var mı?



Sepsis İle Seyreden İAE Özellikleri Nedir?

ORIGINAL

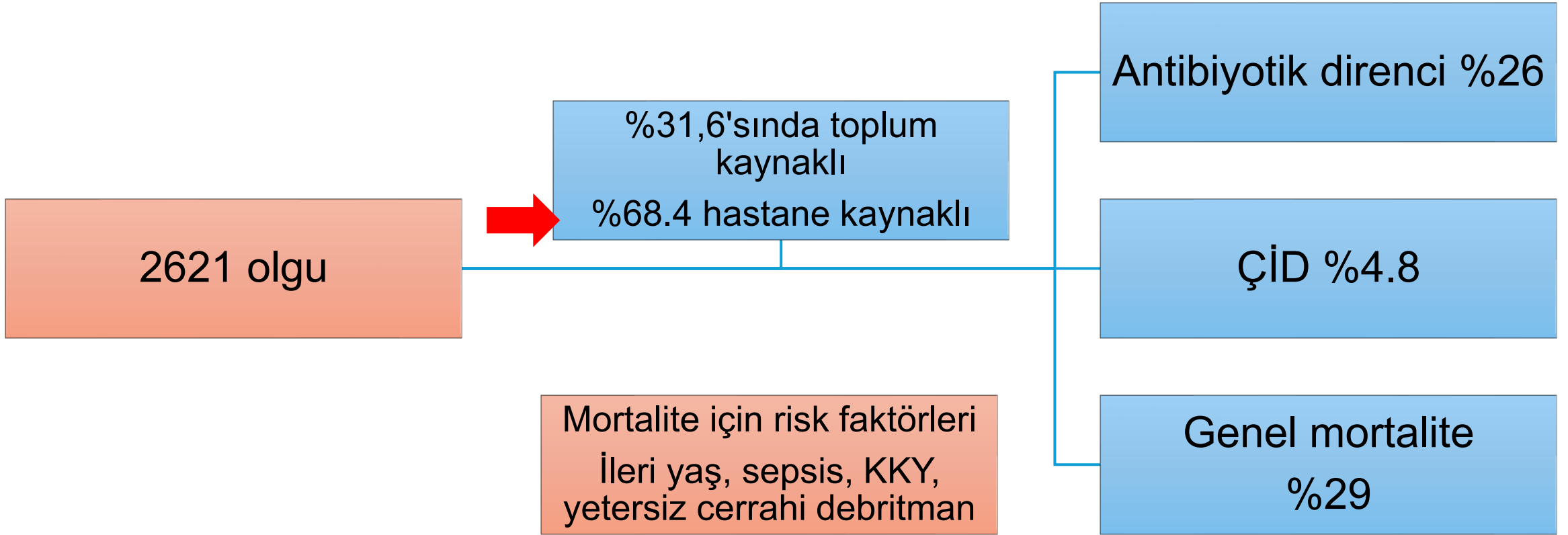
Epidemiology of intra-abdominal infection and sepsis in critically ill patients: “AbSeS”, a multinational observational cohort study and ESICM Trials Group Project



Stijn Blot^{1*}, Massimo Antonelli^{2,3}, Kostoula Arvaniti⁴, Koen Blot¹, Ben Creagh-Brown^{5,6}, Dylan de Lange⁷, Jan De Waele⁸, Mieke Deschepper⁹, Yalim Dikmen¹⁰, George Dimopoulos¹¹, Christian Eckmann¹², Guy Francois¹³, Massimo Girardis¹⁴, Despoina Koulenti^{15,16}, Sonia Labeau^{1,17}, Jeffrey Lipman^{18,19}, Fernando Lipovestky²⁰, Emilio Maseda²¹, Philippe Montravers^{22,23}, Adam Mikstacki^{24,25}, José-Artur Paiva²⁶, Cecilia Pereyra²⁷, Jordi Rello²⁸, Jean-Francois Timsit^{29,30}, Dirk Vogelaers³¹ and the Abdominal Sepsis Study (AbSeS) group on behalf of the Trials Group of the European Society of Intensive Care Medicine

- AbSeS, Ocak 2015 ve Aralık 2016 arasında yürütülen uluslararası, çok merkezli, prospektif gözlemsel bir kohort
- YBÜ’ne yatışa yol açan veya takip sırasında komplikasyon olarak gelişen İAE yetişkin hastalar dahil edilmiş

Sepsis İle Seyreden İAE Özellikleri Nedir?



Hangi Hastalık Şiddeti Skoru Mortaliteyi En İyi Tahmin Eder?



IDSA: Hastane veya YBÜ'ne yatıştan sonraki 24 saat içinde risk sınıflandırması için hastalık ciddiyeti skoru olarak APACHE II'yi önermekte



Klinik Belirti ve Bulgular Spesifik mi?

Table 1 Clinical findings

Clinical Findings	Patients N 1898 (100%)
Abdominal pain	288 (15.1)
Abdominal pain, abdominal rigidity	284 (15%)
Abdominal pain, abdominal rigidity, T > 38°C or <36°C, WBC >12,000 or < 4,000	314 (16.5%)
Abdominal pain, abdominal rigidity, T > 38°C or <36°C,	67 (3.5%)
Abdominal pain, abdominal rigidity, WBC >12,000 or < 4,000	376 (19.8%)
Abdominal pain, T > 38°C or <36°C,	68 (3.6%)
Abdominal pain, T > 38°C or <36°C, WBC >12,000 or < 4,000	139 (7.3%)
Abdominal pain, WBC >12,000 or < 4,000	266 (14%)
T > 38°C or <36°C	6 (0.3%)
T > 38°C or <36°C, WBC >12,000 or < 4,000	12 (0.6%)
Abdominal rigidity, WBC >12,000 or < 4,000	9 (0.5%)
Abdominal rigidity	2 (0.1%)
Abdominal rigidity, T > 38°C or <36°C	1 (0.05%)
Abdominal pain, abdominal rigidity, T > 38°C or <36°C, WBC >12,000 or < 4,000	7 (0.4%)
WBC >12,000 or < 4,000	11 (0.6%)
Not reported	48 (2.5%)

KİAE Kaynak Neresi?

Table 3 Source of infection

Source of Infection	Patients N 1898 (100%)
Appendicitis	633 (33.3%)
Cholecystitis	278 (14.6%)
Post-operative	170 (15.,9%)
Colonic non diverticular perforation	115 (9.9%)
Gastroduodenal perforations	253 (13.3%)
Diverticulitis	106 (5.6%)
Small bowel perforation	145 (7.6%)
Others	122 (6.4%)
PID	30 (1.6%)
Post traumatic perforation	46 (2.4%)

Etken Mikroorganizmalar Neler?

Table 8 Anaerobic bacteria identified from intra-operative peritoneal fluid

Anaerobes	133
Bacteroides	100 (75%)
(Bacteroides resistant to Metronidazole)	3 (1.5%)
Clostridium	11 (8.2%)
Others	22 (16.5%)

Mortalite için Risk Faktörleri Nelerdir?

Sartelli et al. World Journal of Emergency Surgery 2014, 9:37
<http://www.wjes.org/content/9/1/37>



STUDY PROTOCOL

Open Access

Complicated intra-abdominal infections
worldwide: the definitive data of the CIAOW Study

Massimo Sartelli^{1*}, Fausto Catena², Luca Ansaloni³, Federico Coccolini³, Davide Corbella⁴, Ernest E Moore⁵,

Table 10 Univariate analysis: risk factors for occurrence of death during hospitalization

Risk factors	Odds Ratio	95%CI	p
<i>Clinical condition upon hospital admission</i>			
Severe sepsis	27.6	15.9-47.8	<0.0001
Septic shock	14.6	8.7-24.4	<0.0001
Healthcare associated infection	3.1	2.2-4.5	<0.0001
<i>Source of infection</i>			
Colonic non-diverticular perforation	21	9.9-44.6	<0.0001
Small bowel perforation	125.7	29.1-542	<0.0001
Complicated diverticulitis	11	4.9-25.2	<0.0001
Post-operative infections	19.1	9.3-39.3	<0.0001
Delayed initial intervention	2.6	1.8-3.5	<0.0001
<i>Immediate post-operative clinical course</i>			
Severe sepsis	33.8	19.5-58.4	<0.0001
Septic shock	59.2	34.4-102.1	<0.0001
ICU admission	18.6	12-28.7	<0.0001
<i>Comorbidities</i>			
Malignancy	3.6	2.5-15.1	p < 0.0001
Immunosuppression	1.0	3.2-7.5	p < 0.0001
Serious cardiovascular disease	4.5	3.2-6.3	p < 0.0001

Mikrobiyolojik Tanıda Güncel Öneriler Neler?

Clinical Infectious Diseases
IDSA GUIDELINES

2024 Clinical Practice Guideline Update by the Infectious Diseases Society of America on Complicated Intra-abdominal Infections: Risk Assessment, Diagnostic Imaging, and Microbiological Evaluation in Adults, Children, and Pregnant People

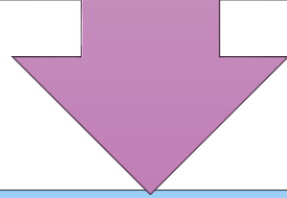
Robert A. Bonomo,^{1,2,3,4} Anthony W. Chow,⁵ Morven S. Edwards,⁶ Romney Humphries,⁷ Pranita D. Tamma,⁸ Fredrick M. Abrahamian,^{9,10} Mary Bessesen,^{11,12} E. Patchen Dellinger,¹³ Ellie Goldstein,¹⁴ Mary K. Hayden,¹⁵ Keith S. Kaye,¹⁶ Brian A. Potoski,¹⁷ Jesús Rodríguez-Baño,¹⁸ Robert Sawyer,¹⁹ Marion Skalweit,²⁰ David R. Snyderman,²¹ Sarah Pahlke,²² Katelyn Donnelly,²² and Jennifer Loveless²²

¹Medical Service, Louis Stokes Cleveland Department of Veterans Affairs Medical Center, Cleveland, Ohio, USA; ²Clinician Scientist Investigator, Research Service, Louis Stokes Cleveland Department of Veterans Affairs Medical Center, Cleveland, Ohio, USA; ³Departments of Medicine, Pharmacology, Molecular Biology and Microbiology, Biochemistry, and Proteomics and Bioinformatics, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio, USA; ⁴CWRU-Cleveland VAMC Center for Antimicrobial Resistance and Epidemiology (Case VA CARES) Cleveland, Ohio, USA; ⁵Department of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada; ⁶Division of Infectious Diseases, Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA; ⁷Division of Laboratory Medicine, Department of Pathology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA; ⁸Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ⁹Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹⁰Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹¹Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹²Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹³Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹⁴Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹⁵Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹⁶Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹⁷Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹⁸Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ¹⁹Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ²⁰Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ²¹Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK; ²²Department of Infectious Diseases, University of Liverpool, Liverpool, UK



Kesin veya şüpheli İAE olan yetişkinlerde, antimikrobiyal tedavi değişikliği yapmak için kan kültürü alınmalı mı?

Ateşi ve hipotansiyon ve/veya taşipne ve/veya deliryum olanlarda; antibiyotiklere dirençli organizmalar düşünülüyorsa kan kültürü alınması önerilir (şartlı öneri, düşük kanıt düzeyi)



Ateşi olsun veya olmasın, bağışıklığı normal kişilerde; hipotansiyon, taşikardi veya delirium yok ise ve antibiyotik direncine bağlı tedavi değişikliği yapılabileceği düşünülüyorsa rutin kan kültürüne gerek yoktur (şartlı öneri, çok düşük kanıt düzeyi)

Kesin veya şüpheli İAE olan yetişkinlerde, antimikrobiyal tedavi değişikliği yapmak için intraabdominal sıvı kültürü alınmalı mı?

1

Kaynak kontrolü için intraabdominal işlem yapılan komplike İAE'larda önerilir (şartlı öneri, orta düzey kanıt)

2

Bağıışıklığı baskılanmış artmış antibiyotik direnci riski olan durumlarda karın içi kültürler tavsiye edilebilir

Mikrobiyolojik Tanıda Yeni Teknikler var mı

Multicenter Study

> Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2018 Nov;37(11):2107-2115.

doi: 10.1007/s10096-018-3345-0. Epub 2018 Aug 10.

Multicenter performance evaluation of the Unyvero IAI cartridge for detection of intra-abdominal infections

H Ciesielczuk ¹, M Wilks ² ³, S Castelain ⁴ ⁵, M Choquet ⁴ ⁵, M Morotti ⁶, E Pluquet ⁴ ⁵, V Sambri ⁶ ⁷, M Tassinari ⁶, S Zannoli ⁶, L Cavalié ⁸, H Dupont [#] ⁹, H Guet-Revillet [#] ⁸

Affiliations + expand

PMID: 30094522 DOI: 10.1007/s10096-018-3345-0



İAE hızlı ve kapsamlı bir şekilde tanımlayan multiplex PCR temelli test



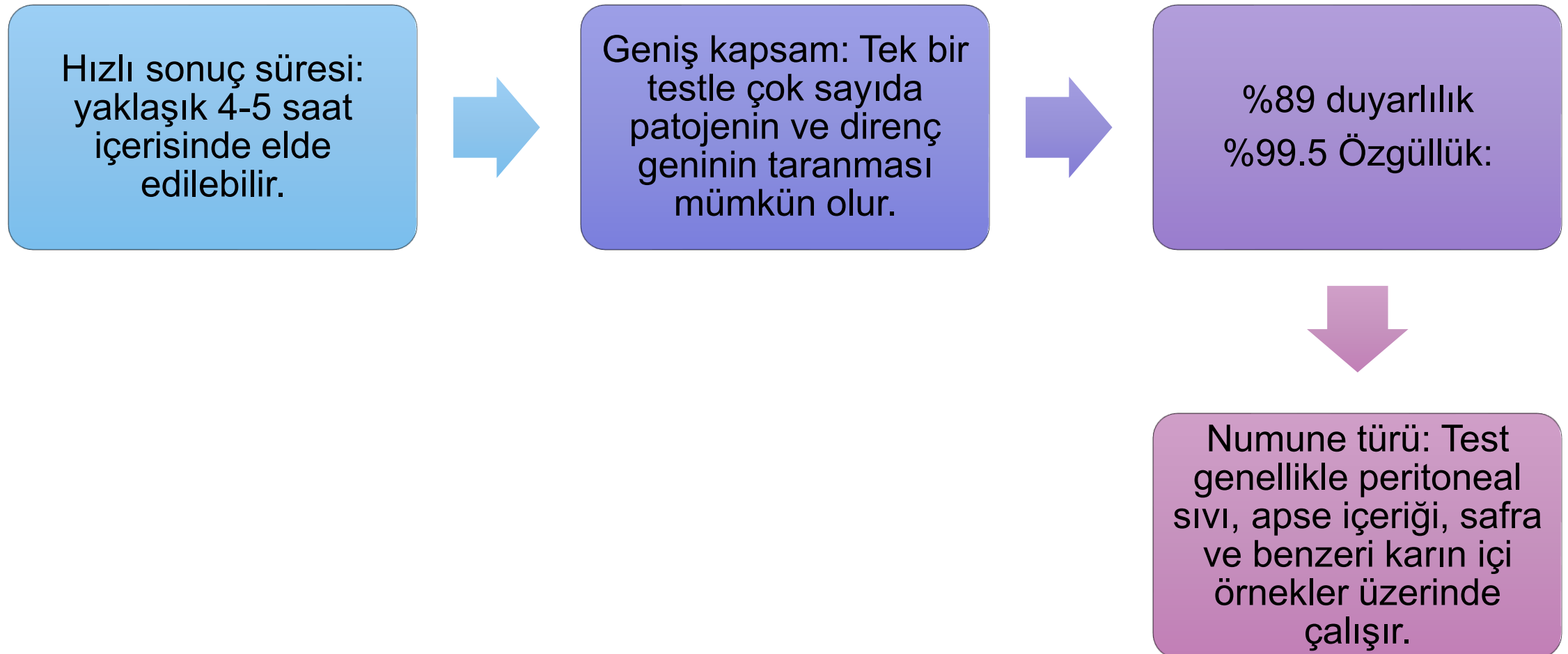
Etken patojenleri ve antimikrobiyal direnç genlerini hızlı bir şekilde saptamak üzere tasarlanmış

Multicenter performance evaluation of the Unyvero IAI cartridge for detection of intra-abdominal infections

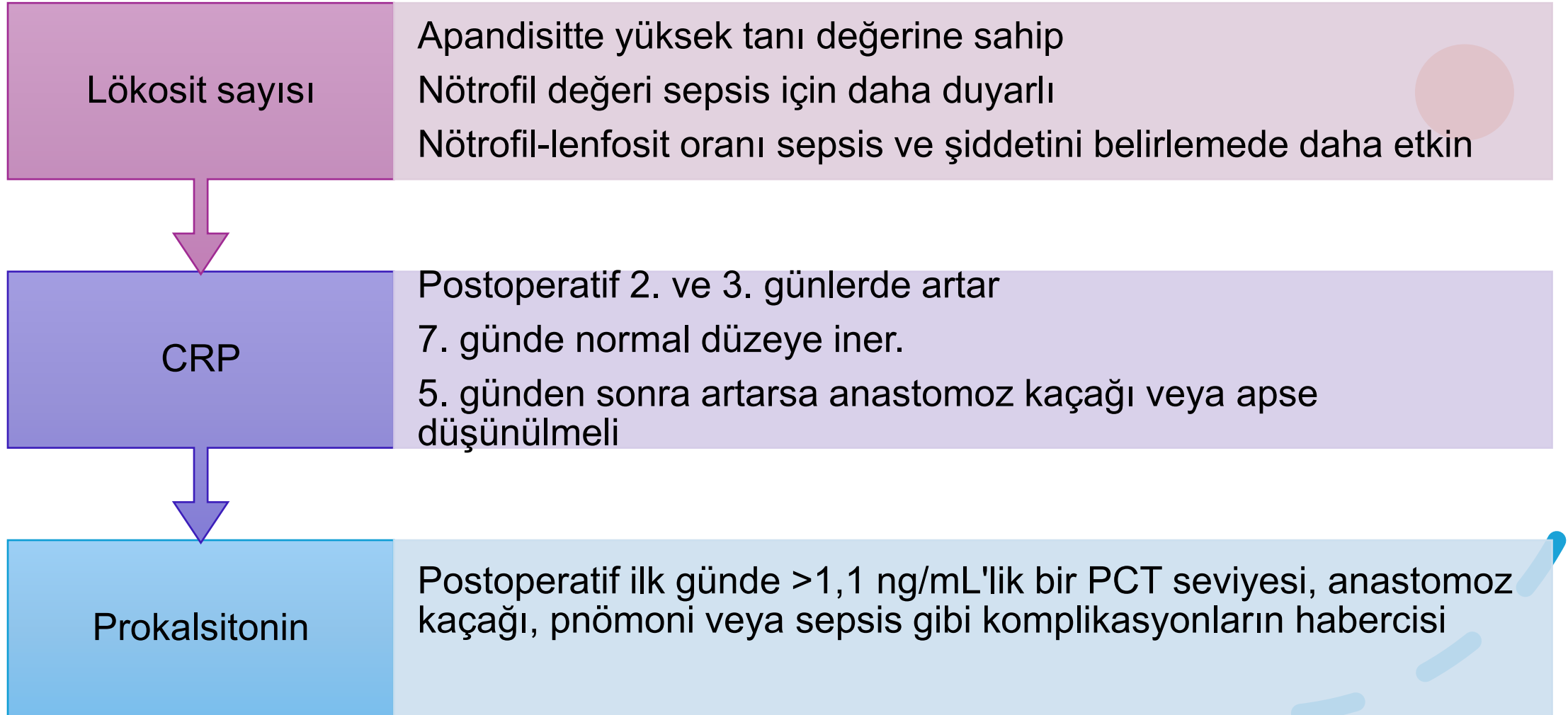
H Ciesielczuk ¹, M Wilks ^{2 3}, S Castelain ^{4 5}, M Choquet ^{4 5}, M Morotti ⁶, E Pluquet ^{4 5}, V Sambri ^{6 7}, M Tassinari ⁶, S Zannoli ⁶, L Cavalié ⁸, H Dupont ^{# 9}, H Guet-Revillet ^{# 8}

Affiliations + expand

PMID: 30094522 DOI: 10.1007/s10096-018-3345-0

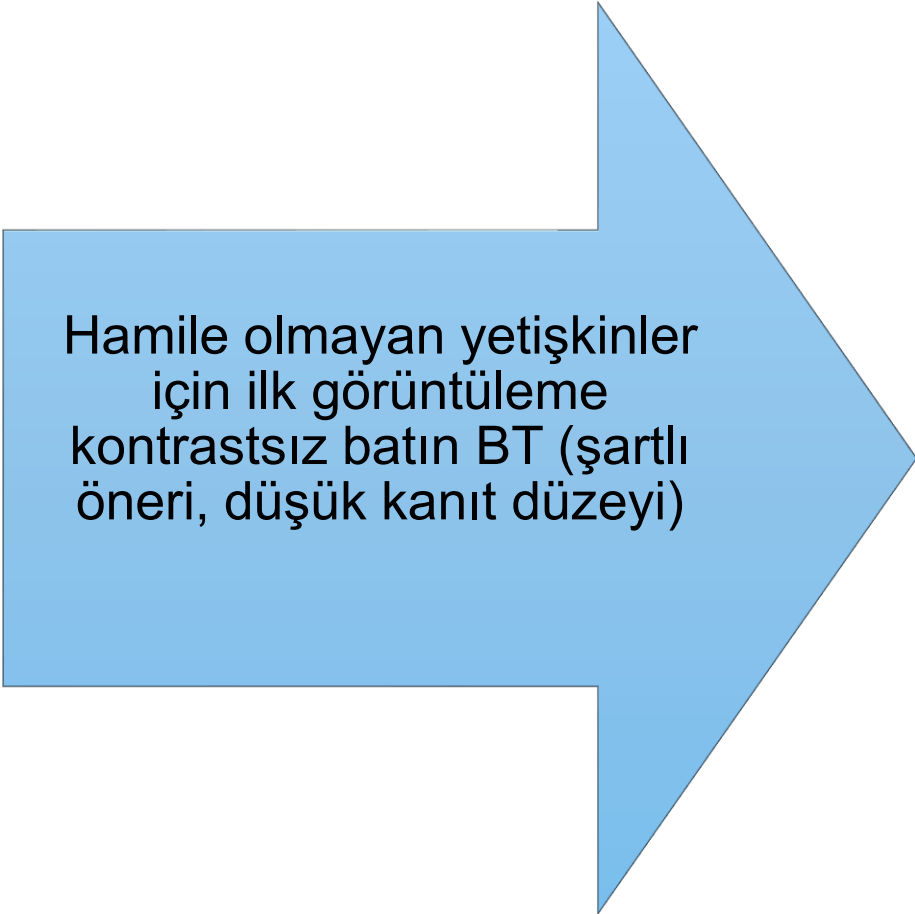


İAE Nedenli Sepsisi Ön Görmede Biyobelirteçleri Kullanalım mı?

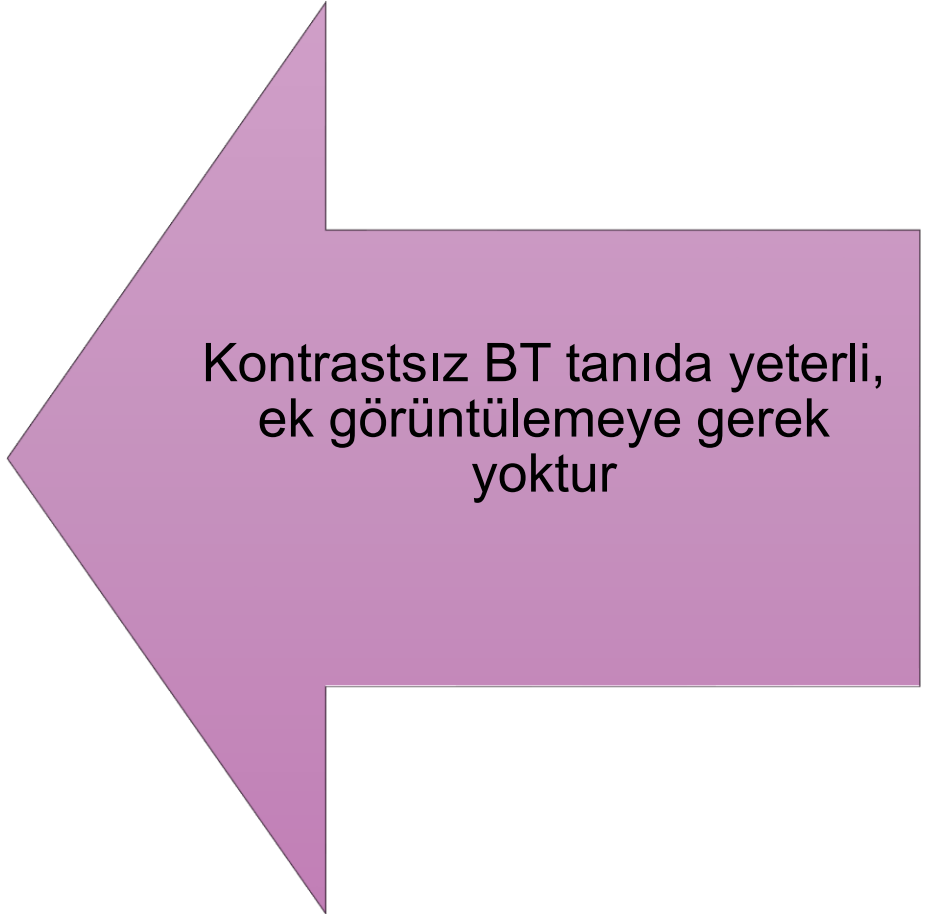


Tanıda Hangi Görüntüleme Tekniklerini Kullanalım?

.**Akut apandisit** şüphesi olan yetişkinlerde, ilk görüntüleme yöntemi olarak ne önerilir? İlk görüntüleme sonuçsuz kalırsa hangi görüntüleme yöntemi önerilir?



Hamile olmayan yetişkinler için ilk görüntüleme kontrastsız batin BT (şartlı öneri, düşük kanıt düzeyi)



Kontrastsız BT tanıda yeterli, ek görüntülemeye gerek yoktur

Akut apandisit şüphesi olan hamilelerde ilk görüntüleme yöntemi ne önerilir? İlk görüntüleme sonuçsuz kalırsa sonraki görüntüleme?

İlk görüntüleme batin USG (şartlı öneri, düşük kanıt düzeyi)

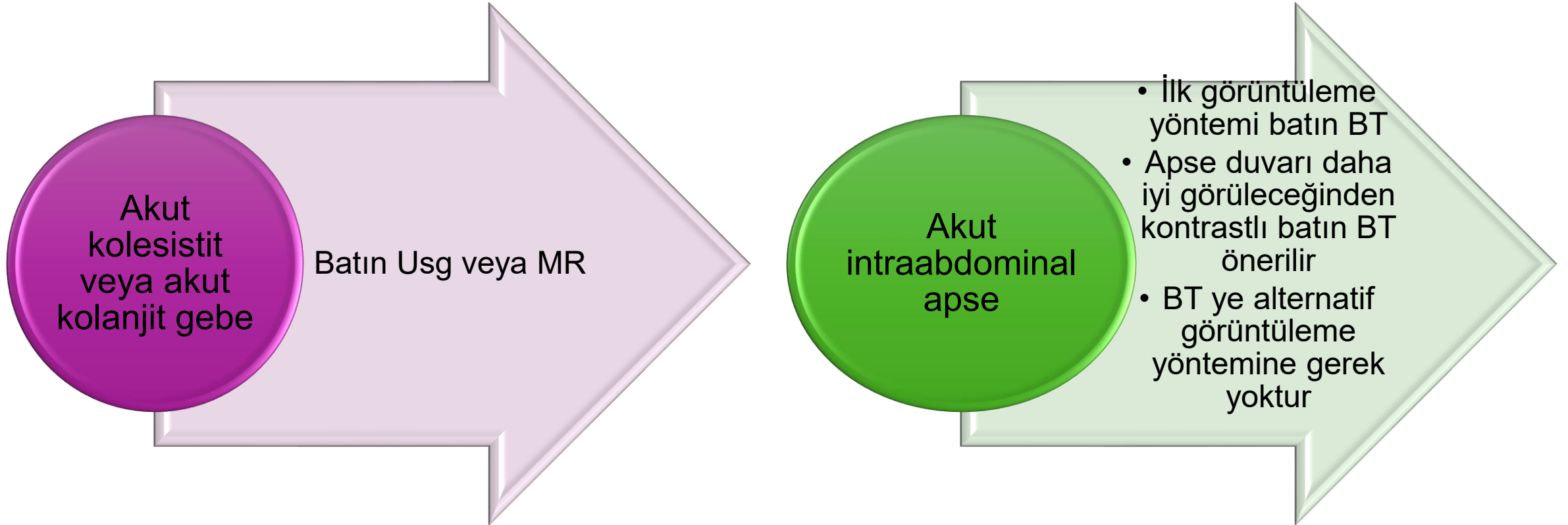
Sonuçsuz kalırsa sonraki görüntüleme MR (şartlı öneri, düşük kanıt düzeyi)

Eğer erişim varsa MR'ın ilk tercih olması mantıklı olabilir, muhtemelen USG+MR ile yalnızca MR aynı sonucu verecektir

Akut kolesistit veya akut kolanjit şüphesi olan yetişkinlerde ilk görüntüleme yöntemi abdominal US mi BT mi olmalıdır? İlk görüntüleme sonuçsuz kalırsa, sonraki görüntüleme hangisi olmalıdır?

- İlk tercih USG (şartlı öneri, çok düşük kanıt düzeyi)
- Akut kolanjit için çalışmalar sonucunda net görüş sağlanamamış, akut kolesistit kanıtlarına dayanılarak öneride bulunulmuş. Akut kolanjitte klinik ve laboratuvar bulgularının da olması gerektiğine vurgu yapılmış
- İlk görüntüleme sonuçsuz kalırsa, batın BT çekilmelidir (şartlı öneri, çok düşük kanıt düzeyi)
- **Kontrastlı** batın BT önerilir
- BT den de net sonuç alınamadı ve klinik şüphe devam ediyorsa, MRCP veya HIDA (hepatobiliary iminodiacetic acid) önerilir (şartlı öneri, çok düşük kanıt düzeyi)

Radyolojik Değerlendirme





**Antimikrobiyal
Tedavide
Güncel
Öneriler Neler?**

Zaman İçerisinde Dirençli Mikroorganizmaların Grlme Sıklığı Değişti mi?

► World J Emerg Surg. 2023 Dec 19;18:58. doi: [10.1186/s13017-023-00528-1](https://doi.org/10.1186/s13017-023-00528-1)

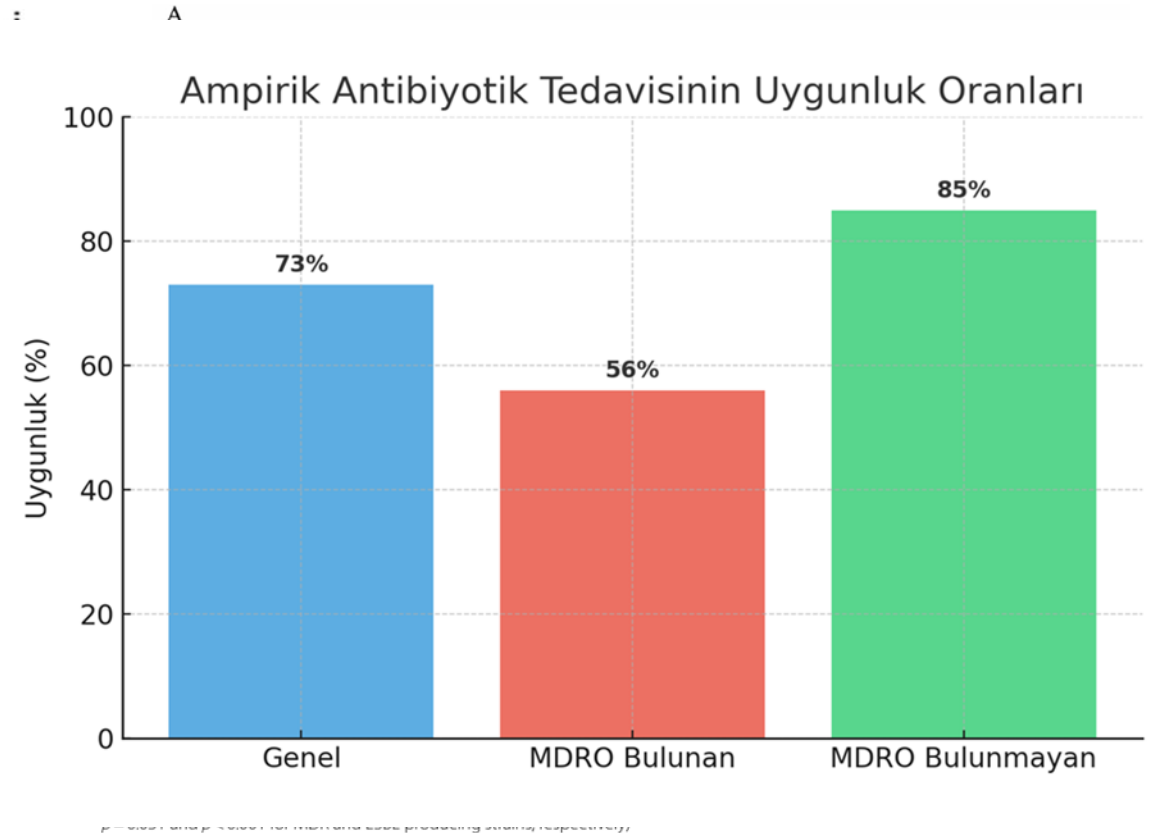
Microbiological profile of patients treated for postoperative peritonitis: temporal trends 1999–2019

[Philippe Montravers](#)^{1,2,3,✉}, [Nathalie Grall](#)^{4,5}, [Elie Kantor](#)¹, [Pascal Augustin](#)¹, [Kevin Boussion](#)¹, [Nathalie Zappella](#)

1

► Author information ► Article notes ► Copyright and License information

PMCID: PMC10729506 PMID: [38115142](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38115142/)



Ampirik Antimikrobiyal Tedavide Önemli Noktalar Neler?



Toplum Kaynaklı? Hastane kaynaklı?



Dirençli enfeksiyonlar için bireysel risk faktörleri var mı?



Kötü prognoz için yüksek risk altında mı?

Antimikrobiyal Tedavi Ne Zaman Başlanmalı?

İntraabdominal enfeksiyon olasılığında veya enfeksiyon tanısı alındığında antibiyoterapi mümkün olan en kısa sürede başlamalı

Septik şoktaki hastalarda tedavi acil serviste başlanmalı

Ampirik Antibiyoterapi İçin Risk Faktörleri Önemli mi?

Mortalite ile ilişkili faktörler

Yaş>70

Komorbiditeler (hepatik veya renal yetmezlik, malignite varlığı, kronik malnutrisyon)

İmmüsupresyon durumu (kontROLSÜZ DM, yüksek doz kortikosteroid kullanımı, HIV+, immüsupresif ajan kullanımı, B veya T lökosit eksikliği)

Sepsis

Yaygın periton tutulumu/peritonit

24 saat içinde kaynak kontrolü sağlanamaması

Yeterli debridman veya drenaj kontrolü sağlanamaması

Antibiyotik direncini arttıran faktörler

Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon

Antibiyotik direnci yüksek bölgelere son birkaç hafta önce seyahat veya seyahat sırasında antibiyotik kullanım öyküsü (Güneydoğu Asya, Doğu Asya, Orta Doğu ve Afrika)

Antibiyotik dirençli m.o ile bilinen kolonizasyon durumu

1. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2010; 50:133.
2. Woerther PL, Burdet C, Chachaty E, Andremont A. Trends in human fecal carriage of extended-spectrum β -lactamases in the community: toward the globalization of CTX-M. *Clin Microbiol Rev* 2013; 26:744.
3. UpToDate 2025

Düşük Riskli, Toplum Kökenli İAİ Enfeksiyonlarda Ampirik Tedavi Önerileri Nelerdir?

SIS-IDSA 2010 (A-I) kılavuzunda önerilen sefoksitin, moksifloksasin ve tigesiklini önermiyor

- Bacteroides türleri ve koliformlar arasında sefoksitin, moksifloksasin invitro direncin artması
- İAE'larda tigesiklin tarafında artmış mortalite

Sefazolin; SIS 2024 (B-I) /IDSA 2010 (A-I) 'de düşük riskli hastalara ampirik tedavide öneriyorken

- Up To Date; sadece Enterobakterlerin sefazolin direnci < %10, yakın zamanda antibiyotik kullanımı yok öneriyor
- Piperasilin tazobaktam ampirik tedavide önerilse de anti-pseudomonal etkinliğe ihtiyaç olmadığı vurgulanmış
- IDSA'da düşük riskli hastalara ampirik tedavide ertapenem öneriyor
- Direnç oranlarını arttırabileceğinden UpToDate de önerilmiyor

Plus:

Metronidazole

500 mg IV or PO every 8 hours

Yüksek Riskli Toplum Kaynaklı İAE Ampirik Tedavi

Enterik streptokok ve anaeroplara ek olarak non-pseudomonal sefalosporinlere dirençli Enterobacteriaceae'ları ve P.aeruginosa'yı kapsıyoruz

MRSA için; kolonize dahi olsa ampirik genellikle tedaviye gerek yoktur (B-III)

E.coli suşlarında kinolon duyarlılığı %90 üzeri olmadıkça kinolon kullanılmamalı (A-II)

Dirençli bakteri kanıtı yok ise rutin olarak aminoglikozid eklenmemelidir (A-I)

Ampirik antibiyoterapide enterekoklar kapsanmalıdır! (B-II)

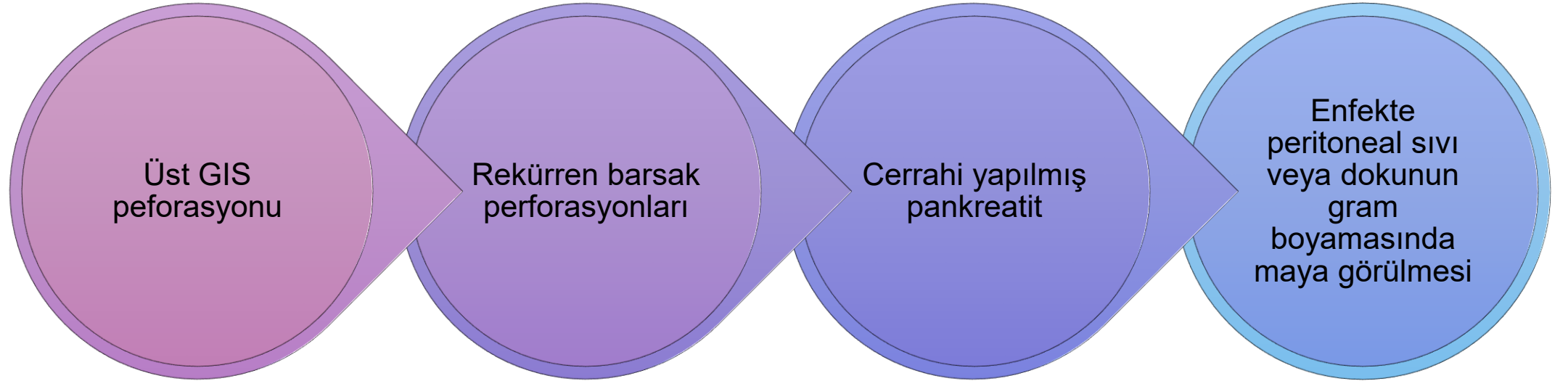
© 2025 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Empiric antibiotic regimens for high-risk community-acquired intra-abdominal infections in adults

	Dose
Single-agent regimen	
Imipenem-cilastatin	500 mg IV every 6 hours
Meropenem	1 g IV every 8 hours
Doripenem	500 mg IV every 8 hours
Piperacillin-tazobactam	4.5 g IV every 6 hours
Combination regimen with metronidazole	
ONE of the following:	
Cefepime	2 g IV every 8 hours
OR	
Ceftazidime	2 g IV every 8 hours
PLUS:	
Metronidazole	500 mg IV or orally every 8 hours

Antifungal Tedavi Ne Zaman Verilmeli?

Antifungal tedavi sınırlı hasta grubu hariç rutin ampirik tedavide önerilmez (B-II);

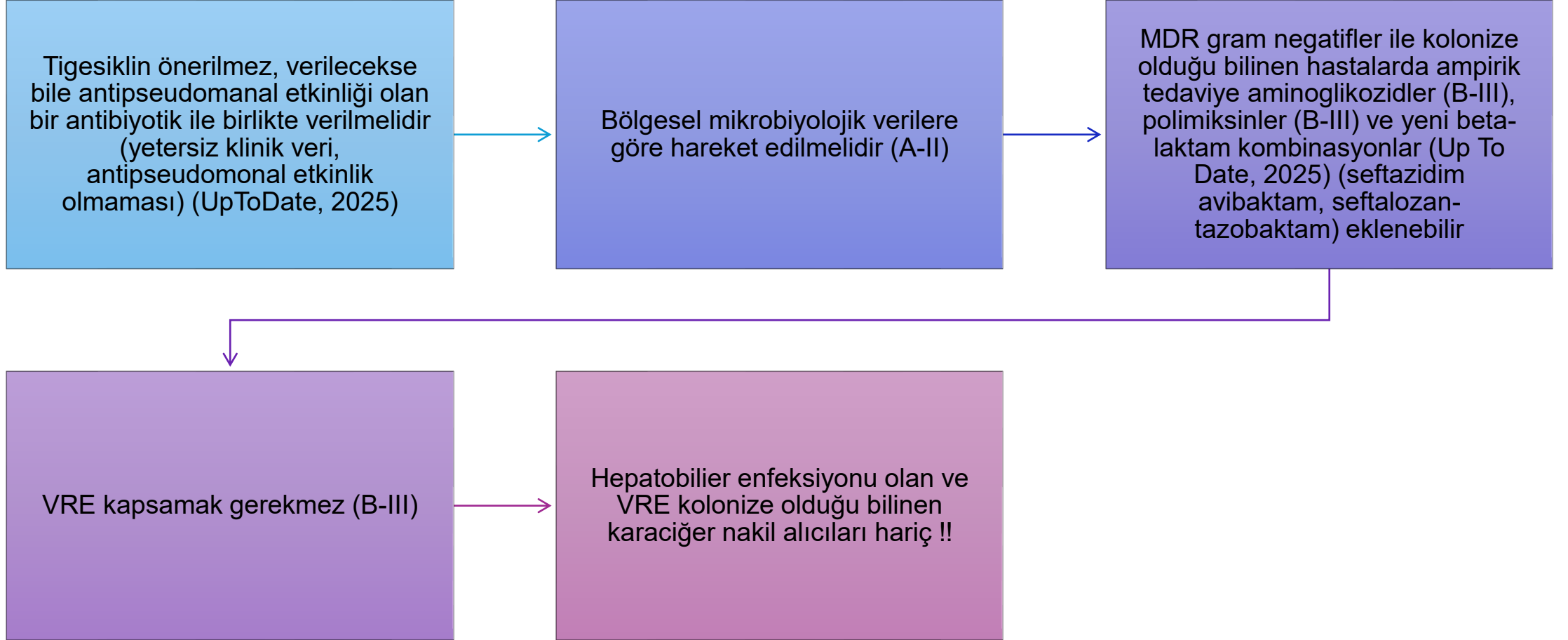


Sağlık Bakımı İlişkili İntraabdominal Enfeksiyonlar

Empiric antibiotic regimens for health care-associated intra-abdominal infections in adults

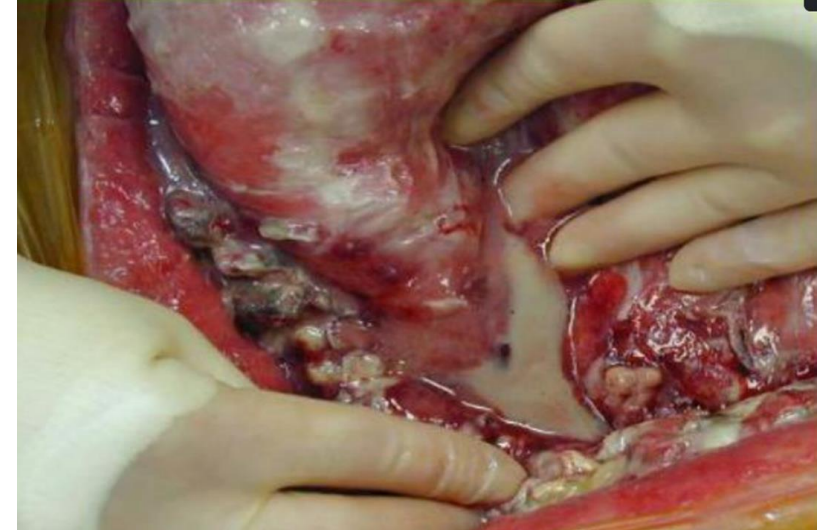
	Dose
Single-agent regimen	
Imipenem-cilastatin	500 mg IV every 6 hours
Meropenem	1 g IV every 8 hours
Doripenem	500 mg IV every 8 hours
Piperacillin-tazobactam	4.5 g IV every 6 hours
Combination regimen	
ONE of the following:	
Cefepime	2 g IV every 8 hours
OR	
Ceftazidime	2 g IV every 8 hours
PLUS:	
Metronidazole	500 mg IV or orally every 8 hours
PLUS ONE of the following (in some cases*):	
Ampicillin	2 g IV every 4 hours
OR	
Vancomycin	15 to 20 mg/kg IV every 8 to 12 hours

Sağlık Bakımı İlişkili İntraabdominal Enfeksiyonlar



Kaynak Kontrolü

- Hızlı hasta stabilizasyonundan sonra, sepsis ve septik şoklu yetişkinler 6 saat içinde kaynak kontrol prosedürüne tabi tutulmalıdır
- Enfeksiyon kaynağının kontrolü ve GİS devamlılığının sağlanması!!!
- Laparotomi
- Laparoskopi
- Perkütan (iyi lokalize kolleksiyonlar, apse)
- Açık karın (Laparostomi)



Antimikrobiyal Tedavi Süresi Ne Olmalı?



**Hayat hepimiz için
İntrabdominal olarak
başladı**



Öyle bir meslektir ki;
biraz doktor, biraz
öğretmen, biraz mimar
biraz mühendisliktir

ANNElik

