AKI mevcut olan ve evre 1,2,3 olmak üzere dört gruba ayrıldı. Gruplar arasındaki farklar çoklu grup analizi ile incelendi. İlk ve ikinci laktat değerindeki farkı ilk laktat değerine bölerek hastaların laktat klirensi hesaplandı. Mortaliteyi etkileyen faktörler regresyon analizi ile saptandı.

Bulgular: Çalışmamıza sepsis tanısı olan toplam 491 hasta dahil edildi ve yaş ortalamaları 72(60-81) idi. Hastaların SOFA skoru median (IQR) 3(2-5), APACHE II 20(15-26) hesaplandı. Hastaların 248 (%50,5)'inde AKI mevcut idi. Renal replasman tedavisi (RRT) tüm hastalarda %38.9 idi. Ayrıca evre 1; 60 (%24), evre 2; 33 (%13,3), evre 3; 150(%60,4) hastada saptandı. Evre 3 AKI hastalarının yoğun bakımda (p:0,002) ve hastanede kalış süresi (p: 0,003) dört gruptan en yüksek olan idi. Vazopressör ve mekanik ventilatör ihtiyacı da yine bu grupta diğer gruplara göre anlamlı daha yüksekti (p:0,001). Tüm alınan kültürlerin %68'inde herhangi mikroorganizma üreme olmadı.

Toplam mortalite %38,6 idi ve mortaliteyi etkileyen faktörler. RRT uygulanması, albümin, creatin, lactat keransı, SOFA skoru mortaliteyi etkileyen bağımsız risk faktörü olarak saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Sepsis hastalarında morbidite ve mortalite çok yüksek oranlardadır ve bu hastalarda akut böbrek yetmezliğinin olması bu durumu daha da artırmaktadır. Septik hastalarda özellikle şiddetli AKI durumunda renal replasman tedavisi olmak üzere organa özgü destek genellikle gereklidir. Erken tanı ve tedavi hasta sonuçlarını iyileştirmek adına kritik bakım ortamlarında asıl esastır. Sepsis hastalarında mortalitenin ve AKI'nin ne kadar yüksek oranda olduğunu ve bu durumları etkileyen faktörleri saptadık.

Anahtar Kelimeler: Sepsis; Akut böbrek hasarı; Mortalite; Renal replasman tedavisi

Transfüzyon ve Hemostaz Bozuklukları

SS-0100

Kritik Hastalarda Tigesikline Bağlı Koagülopati: Retrospektif, Tek Merkezli Bir Çalışma

Kaniye Aydın,[1] Mehmet Gökhan Gök,[1] Yusuf Kemal Arslan,[2] Ayşe Seza İnal,[3] Semra Paydaş[4]

[1]*İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, Türkiye*

[2]*Biyoistatistik Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, Türkiye*

[3]*Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, Türkiye*

[4]*İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, Türkiye*

Giriş: Tigesiklin, özellikle çoklu ilaca dirençli bakterilere karşı geniş spektrumlu etkinliğe sahip birinci nesil glisilsiklin antibiyotiktir. Bu ilaca bağlı en yaygın yan etkiler arasında bulantı ve kusma yer almaktadır. Tigesiklin kullanımında, hipofibrinojemi, aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT), protrombin zamanı (PT) ve International Normalized Ratio (INR) değerlerinde uzama, trombositopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma ve pankreatit gibi durumlar gözlemlenmiştir. Tigesiklin ile indüklenen koagülopatiye ilişkin patofizyolojik mekanizmalar henüz netlik kazanmamıştır. Literatür taraması, tigesiklinle ilişkili koagülopati üzerine odaklanan sınırlı sayıda çalışma olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışma, kritik hastalarda tigesikline bağlı koagülopati insidansını, risk faktörlerini ve mortalite üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem ve Gereçler: Bu retrospektif çalışmaya, 1 Ocak 2018 ile 31 Mart 2023 tarihleri arasında yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) tigesiklin tedavisine başlanan ve tedaviye en az 48 saat devam eden 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. On sekiz yaş altı, hamile, laktasyonda, Child-pugh C karaciğer yetmezliği, akut karaciğer yetmezliği, hastane öncesi koagülasyon bozukluğu olan hastalar, tigesiklin başlanmadan önceki iki hafta içinde koagülasyon parametrelerini etkileyen ilaç kullanan ve tigesiklin tedavisi öncesi ve sonrası platelet, koagülasyon parametreleri olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE) II skoru, Sıralı Organ Yetmezliği Değerlendirmesi (SOFA) skoru, Charlson komorbidite indeksi (CCI), YBÜ'ye yatış nedeni, enfeksiyon odağı, kültürlerdeki mikroorganizmaların varlığı ve türü, hastalara uygulanan tedaviler, septik şok ve akut böbrek hasarı (ABH) gelişimi, YBÜ'de ve hastanede kalış süresi, YBÜ ve 28 günlük mortalite oranları kaydedildi. Tigesiklin tedavisine başlama endikasyonları, tigesiklinle ilişkili yan etkilerin oluşup oluşmadığı, herhangi bir yan etkinin niteliği, K vitamini veya taze dondurulmuş plazma replasmanının uygulanıp uygulanmadığı, tigesiklin tedavisinin kesilme nedenleri, tedavi süresi ve tedavi sürecindeki laboratuvar parametreleri kaydedildi. Hastalar, koagülopati gelişip gelişmemesine göre iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya 104 hasta dahil edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 60,7±19 yıl olup, %62,5'inin erkek olduğu saptanmıştır. Hastaların %17,3'ünde (18 hasta) koagülopati geliştiği belirlenmiştir. Koagülopatiye göre hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Koagülopati gelişen hastaların yaşı, APACHE II ve SOFA skorları ile CCI ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuş; septik şok, ABH, yüksek akımlı oksijen destek tedavisi ihtiyacı ve 28 günlük mortalite oranları da bu grupta daha fazla gözlemlenmiştir ($p<0.05$). Tek değişkenli analizde koagülopati gelişimi ile anlamlı ilişkili parametreler (oksijen destek tedavisi ihtiyacı, yaş, CCI, APACHE II skoru, INR, fibrinojen, GGT ve platelet seviyeleri) logistik regresyon analizi ile yeniden değerlendirilmiştir. Multivaryant analize göre koagülopati gelişimi ile ilişkili faktörler yaş (p=0.041, OR=1.058, %95 GA 1.002-1.117), CCI (p=0.048, OR=1.16, %95 GA 1.001-1.344), INR (p=0.004, OR=5.643, %95 GA 1.728-18.43) ve fibrinojen seviyesi (p=0.021, OR=0.987, %95 GA 0.975-0.998) olarak tespit edilmiştir.

Tartışma: Tigesiklinin bilinen yaygın yan etkilerinin yanı sıra, koagülopati gelişimi de önemli bir sorun olarak ortaya çıkabilir. Yaş, CCI, INR seviyesindeki artış ve fibrinojen düzeyindeki düşüş, tigesiklinle ilişkili koagülopati gelişimi açısından potansiyel risk faktörleri arasında yer alabilir. Tigesiklin tedavisine başlayan ve koagülopati açısından yüksek risk taşıyan kritik hastalarda, tedavi süresince koagülasyon parametrelerinin dikkatlice izlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kritik hasta; Tigesiklin; Koagülasyon bozukluğu

Tablo 1. Koagülopatiye göre demografik ve klinik özellikler

	Tüm hastalar	Koagülopati yok	Koagülopati var	p değeri
Yaş (yıl)	60,7±19	58,5±19,4	71,2±13,2	0.011
Cinsiyet				
Kadın	39(37,5)	32(37,2)	7(38,9)	0.894
Erkek	65(62,5)	54(62,8)	11(61,1)	
Vücut kitle indeksi (kg/m2)				
Zayıf	8(7,7)	7(8,1)	1(5,6)	0.264
Normal	73(70,2)	57(66,3)	16(88,9)	
Fazla kilolu	19(18,3)	18(20,9)	1(5,6)	
Obez	4(3,8)	4(4,7)	0(0)	
APACHE II skoru	23,7±6	22,8±6,1	27,7±3,6	0.001
SOFA skoru	8,1±3,5	7,8±3,4	9,7±3,5	0.020
Charlson komorbidite indeksi	9,1±5,9	8,1±5	13,9±7,4	0.001
Septik şok	80(76,9)	62(72,1)	18(100)	0.011
Akut böbrek hasarı	61(58,7)	44(51,2)	17(94,4)	<0.001
Oksijen destek tedavileri				
Düşük akım	19(18,3)	18(20,9)	1(5,6)	0.007
YANOT	20(19,2)	19(22,1)	1(5,6)	
Noninvaziv mekanik ventilasyon	15(14,4)	13(15,1)	2(11,1)	
İnvaziv mekanik ventilasyon	50(48,1)	36(41,9)	14(77,8)	
Oksijen ihtiyacı				
Düşük	39(37,5)	37(43)	2(11,1)	0.014
Yüksek	65(62,5)	49(57)	16(88,9)	
Renal replasman tedavisi	42(40,4)	33(38,4)	9(50)	0.432
YBÜ kabul nedeni				
Santral				
Yok	101(97,1)	84(97,7)	17(94,4)	0.438
Var	3(2,9)	2(2,3)	1(5,6)	
Kardiyak				
Yok	82(78,9)	66(76,7)	16(88,9)	0.350
Var	22(21,1)	20(23,3)	2(11,1)	
Solunumsal				
Yok	12(11,6)	10(11,6)	2(11,1)	0.999
Var	92(88,4)	76(88,4)	16(88,9)	
Gastrointestinal				
Yok	97(93,3)	79(91,9)	18(100)	0.602
Var	7(6,7)	7(8,1)	0(0)	
Renal				
Yok	100(96,2)	82(95,3)	18(100)	0.999
Var	4(3,8)	4(4,7)	0(0)	
Postoperatif				
Yok	103(99)	86(100)	17(94,4)	0.173
Var	1(1)	0(0)	1(5,6)	
Enfeksiyon odağı				
Kan	6(5,8)	6(7)	0(0)	-
Kateter	4(3,8)	3(3,5)	1(5,6)	
Solunum sistemi	88(84,6)	72(83,7)	16(88,9)	
Üriner sistemi	1(1)	0(0)	1(5,6)	
Batın	3(2,9)	3(3,5)	0(0)	
Yumuşak doku	1(1)	1(1,2)	0(0)	
Osteomiyelit	1(1)	1(1,2)	0(0)	
Antimikrobiyal tedavi				
Tekli	64(61,5)	53(61,6)	11(61,1)	0.967
Çoklu	40(38,5)	33(38,4)	7(38,9)	
Antimikrobial tedavi				
Beta-laktam				
Yok	3(2,9)	3(3,5)	0(0)	0.976
Var	101(97,1)	83(96,5)	18(100)	
Glikopeptid				
Yok	77(74,1)	63(73,3)	14(77,8)	0.777
Var	27(25,9)	23(26,7)	4(22,2)	
Polimiksin				
Yok	99(95,2)	81(94,2)	18(100)	0.584
Var	5(4,8)	5(5,8)	0(0)	
Kinolon				
Yok	103(99)	85(98,8)	18(100)	0.999
Var	1(1)	1(1,2)	0(0)	
Aminoglikozid				
Yok	103(99)	85(98,8)	18(100)	0.999
Var	1(1)	1(1,2)	0(0)	
Antiviral				
Yok	98(94,3)	82(95,3)	16(88,9)	0.277
Var	6(5,7)	4(4,7)	2(11,1)	
Antifungal				
Yok	81(77,9)	65(75,6)	16(88,9)	0.349
Var	23(22,1)	21(24,4)	2(11,1)	
Tigesiklin başlama nedeni				
Ampirik tedavi	95(91,3)	79(91,9)	16(88,9)	0.652
Kültür sonucuna göre	9(8,7)	7(8,1)	2(11,1)	
Kültür pozitifliği	11(10,6)	9(10,5)	2(11,1)	0.999
Mikroorganizma				
Acinetobacter baumannii	(54,5)	5(55,6)	1(50)	-
Klebsiella pneumoniae	3(27,3)	2(22,2)	1(50)	
Pseudomonas aeruginosa	1(9,1)	1(11,1)	0(0)	
Escherichia coli	1(9,1)	1(11,1)	0(0)	
Yan etki gelişimi	51(49)	33(38,4)	18(100)	<0.001
Bulantı				
Yok	73(70,2)	56(65,1)	17(94,4)	0.012
Var	31(29,8)	30(34,9)	1(5,6)	
Kusma				
Yok	74(71,2)	58(67,4)	16(88,9)	0.088
Var	30(28,8)	28(32,6)	2(11,1)	
İlaç ilişkili karaciğer hasarı				
Yok	4(3,8)	4(4,7)	0(0)	0.999
Var	100(96,2)	82(95,3)	18(100)	
İlaç ilişkili karaciğer hasarı derecesi				
Yok	4(3,8)	4(4,7)	0(0)	0.071
Hafif	99(95,2)	82(95,3)	17(94,4)	
Orta				
Tigesiklinin kesilme nedeni	1 (1)	0(0)	1(5,6)	<0.001
Yan etki	16(15,3)	16(18,6)	0(0)	
Endikasyon kalmaması	32(30,7)	31(36)	1(5,6)	
Eksitus	56(54)	39(45,3)	17(94,4)	
Tigesiklin tedavi süresi (gün)	4,3±2,7	4,2±2,6	4,7±3	0.561
Taze donmuş plazma replasmanı				
1 ünite	2(1,9)	0(0)	2(14,3)	-
2 ünite	10(9,6)	0(0)	10(71,4)	
3 ünite	1(1)	0(0)	1(7,1)	
4 ünite	1(1)	0(0)	1(7,1)	
K vitamini replasmanı				
1 gün	2(1,9)	0(0)	2(22,2)	-
2 gün	7(6,7)	0(0)	7(77,8)	
Yoğun bakımda yatış süresi (gün)	9,9 ±7,4	9,8±7,4	9,9±8,1	0.632
Hastanede yatış süresi (gün)	15,3±10,8	15,7±11	13,4±10,2	0.389
28 günlük mortalite	57(54,8)	40(46,5)	17(94,4)	<0.001

Metabolizma / Endokrinoloji / Karaciğer Yetmezliği / Beslenme

SS-0102

Gastrointestinal Kanamalarda Prealbumin Değerinin Önemi

Hatice Aslan Sırakaya, Hilal Sipahioğlu

Kayseri Şehir Hastanesi, Kayseri, Türkiye

Amaç: Gastrointestinal kanama, klinik pratikte sıklıkla karşılaşılan bir acil durumdur. İleri farmakolojik ve endoskopik tedaviye rağmen, gastrointestinal kanamanın tekrar kanama ve ölüm oranı yüksek kalmaya devam etmektedir. Prealbumin hızlı dönüşümlü bir proteindir ve albuminden çok daha kısa bir yarı ömre (2 gün) sahiptir. Visseral bir protein olan prealbumin, protein yetersiz beslenmesine duyarlıdır. Bu çalışmanın amacı, prealbumin düzeylerinin tekrarlayan gastrointestinal kanamalarla ve mortalite ile ilişkisini değerlendirmektir.

Metod: Bu çalışmaya Kayseri Şehir Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Kliniğinde son 2 yıl içinde yatarak tedavi gören gastrointestinal kanama nedeniyle takip edilen 279 hasta alındı. hastaların demografik verileri, tam kan parametreleri, laboratuar değerleri, yoğun bakım ve hastane yatış günleri ve mortalite durumları kayıt altına alındı. Hastaların ilk yatışları sırasındaki kan sonuçları değerlendirmeye alındı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların %40.1 'i kadın (112), %59.9'u erkekti (167); yaş ortalamaları 72.03±15.58 yıl, %15.4'dü alt gastrointestinal kanama, %84.6'sı üst gastrointestinal kanama idi. Hastaların ortalama yoğun bakım yatış süreleri 5.26±5.29 gün,Hemoglobin değerleri 8.98±2.84 g/dL, Hct değerleri 27.51±8.01%, prealbumin değerleri 0.118±0.077 g/L idi. Tekrarlayan gastrointestinal kanama oranı %27.2 idi. Prealbumin değerleri yoğun bakım yatış süresi ve tekrarlayan gastrointestinal kanama durumu orta derecede negatif korele olarak bulundu (sırasıyla r=-0.474, p=0.05; r=783, p=0.04)

Sonuç: Gastrointestinal kanamanın temel yönetiminde risk sınıflandırmasına, tekrar kanama ve mortalite tahminine odaklanılmaktadır. Prealbumin, karaciğerde üretilen genellikle beslenme durumunu ve karaciğer fonksiyonunu yansıtan hassas bir belirteç olarak kullanılır. Gastrointestinal kanama hastalarında, düşük prealbumin yetersiz beslenmeyi veya protein emilim bozukluğunu gösterebilir. Ancak, prealbumin aynı zamanda bir akut faz reaktanıdır. Çalışmamızda, tekrar kanaması olan hastalarda prealbumin düzeyinin kanaması olmayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğunu bulduk. Prealbumin düzeyinin, yoğun bakım yatış süresi ve tekrar kanama riski ile negatif ilişkili olması gastrointestinal kanama şiddeti için değerli bir belirteç görevi görebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal kanama; Prealbumin; Tekrarlayan gastrointestinal kanama