

## İnvaziv Mantar İnfeksiyonu Tanısı Alan Olgularımız

B. Baytan<sup>1</sup>, A. M. Güneş<sup>1</sup>, S. Çelebi<sup>2</sup>, Ü. Günay<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup> Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk İnfeksiyon Bilim Dalı, Bursa

İnvaziv fungal infeksiyonlar (İFİ) kanserli çocuklarda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir ve insidansında artış vardır. Bu artışın nedenleri; yüksek doz ve yoğun kemoterapi protokollerinin uygulanması, nötropenik dönemin uzaması, geniş spektrumlu antibiyotiklerin uzun süreli verilmesi ve santral venöz kateterlerin kullanılmasıdır. En sık etken *Candida* spp. olmasına karşın, non-albicans ve *Aspergillus* türlerinin, sıklığında da artış olmuştur.

Çalışmamızda EORTC-2002 kriterlerine göre İFİ tanısı alan olgularımız değerlendirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Merkezimizde Ocak 2003-Aralık 2006 tarihleri arasında lösemi ve kemik iliği yetmezliği tanısı alan 87 olgunun verileri olarak değerlendirildi. Kolonizasyonu olanlar çalışma dışı bırakıldı. Ateş; aksiller ölçümde > 38°C veya bir saat boyunca > 37.5°C olması, nötropeni ANS < 500/mm<sup>3</sup> olarak tanımlandı. İFİ tanısı için idrar, kan kültürleri tedavi öncesi alındı ve haftada iki kez serum galaktomannan düzeyi çalışıldı. Ateşin dördüncü-yedinci gününde akciğer yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi çekildi. Ek bulgu varsa diğer radyolojik incelemeler, doku biyopsisi ve bronkoalveolar lavaj yapıldı. Tanı örneklerinde polimeraz zincir reaksiyonu yapılamadı. EORTC/MSG-2002 İFİ kriterlerine göre olası, kuvvetli olası ve kesin İFİ tanımlandı. Empirik antifungal tedavide amfoterisin B deoksikolat, lipozomal amfoterisin B ve vorikonazol ve/veya kaspofungin kullanıldı.

**Bulgular ve Sonuç:** Olgularımızın 16 (%18)'sında İFİ saptandı. Ortalama yaş 9.72 yıl (3-16 yıl). E/K:12/4 idi. Alta yatan hematolojik hastalıklar değerlendirildiğinde lösemi (yedi akut lenfoblastik lösemi, dört akut miyeloid lösemi) %69, Aplastik anemi (AA) (n= 4; %25) ve hemofagositik sendrom (HLH) (n= 1; %6) olarak saptandı. Santral venöz kateter kullanılmadı. Konakçı faktörlerden; tümünde uzamış nötropeni ve iki AA'li hasta dışında immünsüpresif tedavi kullanımı vardı. En sık aspergillozis (n= 11) ve ikincil olarak kandidemi (n= 4) saptandı. Aspergillozisli olgularda; kesin (n= 4), kuvvetli olası (n= 6) ve bir olguda olası İFİ tanımlandı. Kandidemilerde en sık etken *Candida albicans* (n= 3) idi ve iki olguda hepatosplenik kandidiyazis gelişti. Tüm olgularda ilk ilaç seçeneği amfoterisin B deoksikolat idi. Ancak hepsinde oluşan yan etkiler nedeniyle lipozomal amfoterisin B ile tedaviye devam edildi. Lipozomal amfoterisin B tek başına 10 olguda kullanıldı (aspergillozis= 7 ve kandidemia= 3). Bu olgulardan altısı (n= 6/10, %60) başarı ile tedavi edildi ancak, dördü (%40) dirençli İFİ nedeniyle kaybedildi. Diğer altı olguya lipozomal amfoterisin B'ye yarınlıksızlık nedeniyle vorikonazol ve/veya kaspofungin verildi. Bu olgulardan ikisi dirençli İFİ ve eşlik eden gram-negatif sepsis ile kaybedildi. Sonuç olarak, grubumuzda toplam mortalite %44 (n= 7/16) bulundu. Kaybedilen olguların %85 (n= 6) ilerleyici İFİ (n= iki olguda eş zamanlı gram-negatif sepsis), bir olgu ise dirençli lösemi nedeniyle kaybedildi. On altı olgunun dokuzu (%56) ise lipozomal amfoterisin B veya vorikonazol ve/veya kaspofungin ile başarılı bir şekilde tedavi edildi.