

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Febril Nötropeni Grubu

Febril Nötropeni Simpozyumu

24. 02.2008, Ankara

Profilaksiler

- HPERCVAD (metotreksat+ siklofosfamid+vinkristin+adriablastin+deksametazon) protokolü alan hastalara nötrofil sayısı $>500/\text{mm}^3$ olana kadar profilaksi verilmektedir.
- ❖ **flukonazol** (1x200 mg/gün)+ **kotrimoksazol** (haftada 2 kez, 2 tab)+**siprofloksasin** (2x500 mg/gün)+**asiklovir** (2x200 mg/gün)

Fludarabin alan hastalara nötrofil sayısı $>500/\text{mm}^3$ olana kadar profilaksisi verilmektedir.

- ❖ flukonazol (1x200 mg/gün)+kotrimoksazol (haftada 2 kez, 2 tab)+siprofloksasin (2x500 mg/gün)+asiklovir (2x200 mg/gün)

Allojenik kemik iliđi transplantasyonu (KİT)

yapılan hastalara nötrofil sayısı $>500/\text{mm}^3$ olana kadar

- ❖ flukonazol (1x400 mg/gün)+ asiklovir (3x750 mg/gün) profilaksisi verilmektedir.

Otolog KİT yapılan hastalara nötrofil sayısı $>500/\text{mm}^3$ olana kadar

- ❖ flukonazol (1x400 mg/gün)+ asiklovir (3x250 mg/gün) profilaksisi verilmektedir.

Öncesinde yüksek olasılıklı invaziv pulmoner aspergillozis öyküsü olan hastalara, kemoterapi verilecekse

- ❖ empirik konvansiyonel amfoterisin B (0,6 mg/kg/gün) başlanmaktadır.

- Belirtilen gruplar dışındaki nütropenik hastalara antibakteriyel profilaksi uygulanmamaktadır.

Ampirik tedavi

Tek bir ölçümde aksiller ≥ 38.3 °C veya bir saatin üzerinde ≥ 38 °C seyreden ateş ile birlikte **nötrofil sayısı $< 500/\text{mm}^3$ veya $500-1000/\text{mm}^3$ arasında olup $500/\text{mm}^3$ 'ün altına düşmesi beklenen** hastalar febril nötropenik atakta olarak değerlendirilip, hastalara empirik antibiyoterapi (monoterapi) başlanmaktadır.

- piperasilin- tazobaktam (3x4,5 g)
- seftazidim (3x2 g)
- sefoperazon-sulbaktam (3x2 g)
- sefepim (3x2 g)
- meropenem (3x1 g)
- imipenem (4x500 mg)

Ancak hastada,

- kateter ile ilişkili enfeksiyon kuşkusu
 - kültürlerde Gram pozitif bakterinin saptanması
 - hipotansiyon ve septik şok varlığı
 - ciddi mukozit
- durumunda empirik olarak glikopeptid de tedaviye eklenmektedir.

- Empirik antibakteriyel tedavi, üreyen bakteri, verilen antibiyotiğe dirençli ise değiştirilmektedir.
- Ancak üreyen bakteri duyarlı olsa bile antibiyoterapi daraltılmamaktadır.
- 5. günde halen ateşi yüksek, enfeksiyon odağı saptanamayan hastalarda funguslar için inceleme ile birlikte ampirik antifungal tedaviye başlanmaktadır.

- Alınan kan kültürlerinde metisiline dirençli *S. aureus* veya *S. epidermidis* veya
- penisiline dirençli viridans grup streptokok ya da enterokok üremesi var,
- ya da hastada antibiyoterapi altında iken septik şok veya kateter ile ilişkili enfeksiyon kuşkusu olduğu durumlarda mevcut antibiyoterapiye **glikopeptidler** eklenmektedir.

Fungal enfeksiyon

- Fungal enfeksiyon tanı ve izleminde akciğer için toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT)
- ya da sinüs incelemesi için BT kullanılmaktadır .
- Galaktomannan bakılamamaktadır.

- Empirik/preemptif antifungal tedavide konvansiyonel amfoterisin –B (0.6 mg/kg/gün) kullanılmaktadır.
- Konvansiyonel amfoterisin-B kullanımına bağlı olarak kreatinin değeri 2-2,5 mg/dl'ye yükselmiş ya da ilaca karşı intolerans gelişen hastalarda ise tedavi kaspofungin ya da lipozomal amfoterisin B olarak değiştirilmektedir.

- İnvaziv pulmoner aspergillozis ya da kandidemi saptanmayan (toraks YÇBT, kan kültürü ile) genel durumu iyi olan hastalarda empirik tedavi yaklaşık 5-7 günde kesilmektedir,
- ancak genel durumu iyi olmayan, nütropenisi uzun süre devam edecek, akut fazı yüksek seyreden hastalarda bu süre 14 güne kadar uzatılabilmektedir.

- İnvaziv kandidiyaziste konvansiyonel amfoterisin –B ilk tercih olup, direnç durumuna göre tedavi değiştirilmektedir.
- Kandidemilerde son pozitif kan kültüründen sonra en azından 14 gün süreyle tedavi verilmektedir (semptom ve bulguların düzelmesi, nötropeninin düzelmesi)

- Hepatosplenik kandidiyaziste (HK) tedavi
 - Lezyonlar magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ya da ultrasonografi ile tamamen gerileyene ya da sekel hal alıncaya kadar verilmektedir.
- HK'da tedaviye yanıt alınamayan hastalarda kaspofungine geçilebilmektedir.

- Düşük olasılıklı invaziv aspergilloziste konvansiyonel amfoterisin B ilk seçenek olup, yanıt alınamayan, intolerans gelişen ya da kreatinin değeri 2-2.5 mg/dl'ye yükselen olgularda lipozomal amfoterisin-B ya da kaspofungine geçilmektedir.
- Yüksek olasılıklı İA olgularında tedavi vorikonazole değiştirilebilmektedir.