

O-3	<b>ATEŞLİ NÖTROPENİK ÇOCUKLARDA AYAKTAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ</b>
-----	---

### **Rejin Kebudi**

Yoğun tedavi gören kanserli çocuklarda, hayatı tehdit eden önemli bir sorun ateşli nötropenidir. Ateşli nötropenide intravenöz (IV) empirik geniş spektrumlu antibiyotiklerin acilen başlanması ile, bu hastalarda morbidite ve mortalite önemli ölçüde azalmıştır. Son 30 yılda yürütülen çalışmalarda, çoğu bir beta-laktam antibiyotik ve aminoglikozidden oluşan kombine antibiyotik rejimleri ve son yıllarda geniş spektrumlu, bakterisid özelliğe sahip tek antibiyotik (seftazidim, sefoperazon-sulbaktam, sefepim, imipenem, meropenem) kullanımı ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Yıllardır nötropenin derinliği ve süresinin, infeksiyon riski için en önemli faktörler olduğu bilinmektedir. Son yıllarda çeşitli çalışmalarda “düşük” ve “yüksek risk” için önemli olan faktörler ve “düşük riskli” hastalarda tanımlanmış daha ucuza malolan ve hastanın hayat kalitesini arttıran ayakta tedavi olasılıkları araştırılmaya başlanmıştır. Erişkinlerde çok sayıda olan bu çalışmalar, çocuklarda sınırlıdır.

Çeşitli araştırmacılara göre tanımda bazı farklılıklar olsa da, genelde nötropeni süresinin 10 günden kısa olması beklenen, konvansiyonel tedavi alan solid tümörlü veya erken evre non-Hodgkin lenfomalı hastalar (Petrilli, 1993, 2000) ateşli nötropenik atak sırasında sepsis veya dokümanente infeksiyon bulguları ve ek bir organ/sistem bozukluğu yoksa, genel durumları iyiye düşük riskli kabul edilmektedirler (Talcott 1992, Amerikan İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Kılavuzu-IDSA Kılavuzu 1997, Freifeld & Pizzo, 1997).

Düşük riskli hastanede IV antibiyotik tedavisi alan çocuklarda mutlak nötrofil sayısı (MNS)  $< 500/\text{mm}^3$  olsa da, eğer MNS ve monosit sayısı yükseliyorsa, kültürler negatif ve dokümanente infeksiyon yoksa tedavinin kesilip, hastanın erken taburcu edilmesi gündeme gelmiştir (Griffin 1992, Bash 1994). Daha sonra hastanede IV antibiyotik tedavisi başlanıp, 48 saat sonra ateşi düşen, kültürleri negatif olan, MNS  $> 100/\text{mm}^3$  ve dokümanente infeksiyonu olmayan hastalarda tedavinin evde IV veya PO olarak (sefiksim, bir kinolon, siprofloksasin ve klindamisin, amoksisilin-klavulanik asid ve siprofloksasin gibi) devamı önerilmiştir (IDSA-1997; Lau 1994).

Düşük riskli hastalarda ayaktan empirik IV seftriakson uygulaması ile başarılı sonuçlar yayınlanmıştır (Preis 1993, Kaplinsky 1994, Mustafa 1996, Petrilli 2000). Günde bir kez uygulanan seftriakson ve amikasinin de etkin olduğu ve ayaktan tedavi için düşünülebileceği bildirilmiştir (Charnas 1997).

Oral florokinolonlar (siprofloksasin ve ofloksasin) geniş spektrumları ve iyi emilimleri nedeniyle son yıllarda erişkinlerde düşük riskli ateşli nötropenide tek veya klindamisin/amoksisilin-klavulanik ile birlikte kullanılmaktadır. Siprofloksasin *P. aeruginosa*'ya karşı da etkindir. Çocuklarda kinolonlar eklem toksisitesi nedeniyle yaygın kullanılmamaktadır. Yakın zamanda yürütülen az sayıda ve kısıtlı sayıda çocuk hasta içeren çalışmalarda oral siprofloksasinin düşük riskli ateşli nötropenide etkin olduğu, ancak gerek etkinlik, gerek toksisite açısından daha geniş hasta içeren çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmiştir (Freifeld & Pizzo 1997, Petrilli 2000).

Düşük riskli ateşli nötropenide, ayaktan tedavi; gerek ekonomik olması, gerek hayat kalitesini artırması yönünden tercih edilebilir. Ülkemizdeki çocuklarda bu konuda yapılmış kapsamlı bir çalışma yoktur. Bu tedavi şekli, dünyada ve özellikle ülkemizde, tedaviye uyumu çok iyi olan, istenilen zamanda hastaneye gelen, evde bakım şartları uygun olan, acil gelişmeleri farkedecek ve acil durumda çok kısa zamanda hastaneye gelebilecek sosyoekonomik koşullara sahip hastalarla sınırlıdır. Ateşli nötropenide en ufak bir ihmal veya gecikmenin mortaliteye yol açabileceği unutulmamalıdır.