

AMS.net

Antimicrobial Stewardship net



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

2. ΛΟΙΜΩΞΗ Μ-Μ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ

"OVER ALL...
Source control"

2η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Αιτία Κλήσης Λοιμωξιολόγου στη Χειρ/κή Κλιν.:

- Ασθενής ♂ 66 ετών
- Χειρ/θείς προ 15ημέρου λόγω κήλης μέσης γραμμής (ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ)
- Επανεισαγωγή με εμπύρετο 39° C

Ατομικό Αναμνηστικό:

- ΣΔ, ΑΥ, λοιπά: ελεύθερο

Στη Χ/ Κλιν

Αντικειμενική Εξέταση:

- **Κοιλιά** μαλακή ήπια ευαισθησία, τραύμα φυσιολογική επούλωση
- Θώρακας ok, άκρα ok
- ΑΑΑ= $PO_2=98$, $PCO_2= 32$, $HCO_3^- =20$, $P^H= 7,38$
- Πυρετός **$39,9^{\circ} C$**
- Αναπνοές **$22/min$**
- **qSOFA-score: 0**

[επίπεδο επικοινωνίας (15/15), αναπνοές **$22/min$** , Αρτ. Πίεση **$120/70$**]

Στη Χ/Κλιν

Εργαστηριακός Έλεγχος:

- Γ. αίμ.: Λευκά= **12.000**, PLT=270.000, Ht= **38%**, Hb= **11,5gr%**
- Urea: **65mg/dl**, Crea: **1,2mg/dl**
- Γεν. Ούρων: EB=1024, πυο(-), ερυθρά (-)
- SGOT:**28U/L**, SGPT: **34 U/L**, γGT: **56u/l**, ALP :145 U/L

Δείκτες φλεγμονής:

- Ινωδογόνο= **556mg/dl**, CRP=**134 mg/L**
- D-Dimers = **2,2ng/ml**

U/S άνω κάτω κοιλίας & τραύματος = (-)

A/a Θώρακος = **μικρή πλευριτική συλλογή δεξιά**

Ποια η σωστή θεραπευτική προσέγγιση;

1. Pip/Tazo + Vanco
2. Cipro +Linezolid
3. Meropenem ± Tigecyclin
4. Άλλη ενέργεια

Ποια η σωστή θεραπευτική προσέγγιση;

1. Pip/Tazo + Vanco
2. Cipro +Linezolid
3. Meropenem ± Tigecyclin
4. Άλλη ενέργεια

Οι Χειρουργοί τι έπραξαν:

1. Αιμοκαλλιέργειες, ουροκ/α, εργαστηριακά και απεικονιστικές εξετάσεις (α/α θώρακος & U/S ΗΧΟΠ- ΝΟΚ-Τραύματος)
2. Ξεκίνησαν **pip/tazo**
3. Κάλεσαν **Πνευμονολόγο** ως πιθ. λοίμωξη αναπνευστικού (μικρή πλευριτική συλλογή Δ) → πρόσθεσε **και moxifloxacin**
4. Την 4η μέρα νοσηλείας κάλεσαν **και Λοιμωξιολόγο** γιατί ο πυρετός επέμενε
5. Το χειρουργικό τραύμα χωρίς σημείο φλεγμονής

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ

1-2 ημέρα:

- Ατελεκτασία
- Επιμένουσα σήψη επί χ/ου ενδοκοιλ λοίμωξης
- Σπάνιες:
θυρεοειδική, Adisson κρίση
αντίδραση σε μετάγγιση
φαρμακευτικός πυρετός

3-4 ημέρα:

- Επιπολής θρομβ/τιδα
- Λοίμ. Ουροποιητικού
- Σήψη (iv lines)
- Φλεβοθρόμβωση/ Πν.
Εμβολή

5η- >10η μέρα:

Λοίμ. Χειρουργικού Τραύματος

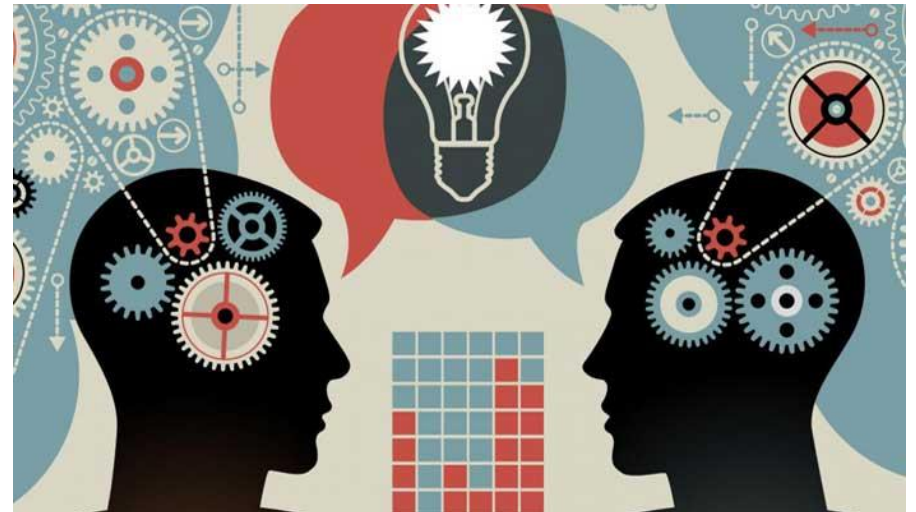
- **Επιπολής**(ερυθρότητα, πυόρροια, διάσπαση τομής)
- **Βαθύτερων δομών** (\pm άλγος, πενιχρά σημεία)

Εν τω βάθει Λοιμώξεις Χειρουργικής Τομής

- Συμβαίνουν 10 – 30 μέρες από την επέμβαση
- Έως ~1 χρόνο από την επέμβαση επί τοποθέτησης πρόθεσης
- Δεν συμπεριλαμβάνονται εδώ λοιμώξεις προσπελαθέντων οργάνων → **δεν ανήκουν στις SSTIs** & συνήθως προκαλούν σηπτικά φαινόμενα

Ο Λοιμωξιολόγος τι έκανε;

1. Αντικειμενική εξέταση όντως χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα
2. Είδε το φάκελλο του ασθενούς, το φύλλο επέμβασης & το είδος ΧΠΦ
3. Τους είπε ότι **πιθ. φλεγμαίνει το χειρ.τραύμα** (χωρίς σημεία κλινικά)
4. Ζήτησε **CT $\uparrow\downarrow$ κοιλίας με iv σκιαγρ**, δεν άλλαξε αντιμικροβιακό (ο ασθενής ήταν σταθερός)



Αποτέλεσμα Ι :

1. Στην **CT** $\uparrow\downarrow$ κοιλίας= **αποστηματική κοιλότητα** κάτωθεν υποδορίου
2. Άμεσο χειρουργείο **προς παροχέτευση**
3. Ο Λοιμωξιολόγος **συμβούλεψε** και **αφαίρεση** και του **πλέγματος**

Τι θα επιλέγατε εμπειρικά
μετά το επανορθ.χ/ο ;

1. PIP/TAZO + MOXIFLOXACIN
2. PIP/TAZO+ TEICOPLANIN
3. MERONEM + LINEZOLIDE
4. Μόνο DARTOMYCIN

Τι θα επιλέγατε εμπειρικά
μετά το επανορθ. χ/ο ;

1. PIP/TAZO + MOXIFLOXACIN
2. PIP/TAZO+ TEICOPLANIN
3. MERONEM + LINEZOLIDE
4. Μόνο DAPTOMYCIN

Επιδημιολογία των παθογόνων σε Λοιμ Χειρ Πεδίου

Οι κυριότεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί σε
σοβαρές SSIs είναι:

→ *S. aureus* (30-50%)

→ CNS

→ *Enterococcus spp*

→ Gram (-) [*E.coli*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas aer*]

→ ΣΠΆΝΙΑ: *Streptococcus spp*, *Candida spp*, *Anaerobes*

Αποτέλεσμα ΙΙ :

1. Προσθήκη **Teicoplanin 10mg/kg/24ωρο iv εν** αναμονή Κ/ας
2. Κ/α αποστηματικής συλλογής = MRSA
(E: Vanco, Vibra, Cipro, Rifa, CMX, Clynda, Linezolid, Daptomycin)→ MRSA κοινότητας
3. Κ/ες αίματος = **στείρες**
4. Απύρετος μετά το 2ο /24ωρο

Πως θα συνεχίζατε ;

1. Συνέχιση Pip/Tazo + Teicoplanin 10 ημέρες
2. Αποκλιμάκωση με: διακοπή PIP/TAZO
3. Αποκλιμάκωση σε: Dalacin+Bactrimel iv
4. Ή το 2, ή το 3

Πως θα συνεχίζατε ;

1. Συνέχιση Pip/Tazo + Teicoplanin 10 ημέρες
2. Αποκλιμάκωση με : Διακοπή PIP/TAZO
3. Αποκλιμάκωση σε: Dalacin+Bactrimel iv
4. Ή το 2, ή το 3

Αποτέλεσμα ΙΙΙ

1. Οι θεράποντες **συνέχισαν Pip/Tazo+ Teicoplanin** επί 10ήμερο
2. **Υποτροπή πυρετού** μετά τη διακοπή των αντιμικροβιακών (Pip/Tazo+ Teicoplanin)
3. **Νέο χ/ο (2ο επανορθωτικό)** → αφαίρεση πλέγματος, ευρύς καθαρισμός, σύγκλειση κατά δεύτερο σκοπό
4. **Αναμονή κ/ας ιστών**

**Μετά το 2ο Χ/Ο τι θα χορηγούσατε
εμπειρικά έως τις νέες Κ/ες;**

- 1. Tigecyclin + Amikacin iv**
- 2. Ceftazolin + Amikacin iv**
- 3. Daptomycin + Meronem iv**
- 4. Linezolid + Colistin iv**

Μετά το 2ο Χ/Ο τι θα χορηγούσατε
εμπειρικά έως τις νέες Κ/ες;

1. Tigecyclin + Amikacin
2. Ceftarolin + Amikacin
3. Daptomycin+ Meronem
4. Linezolid + Colistin




REVIEW

Open Access

World Society of Emergency Surgery (WSES) guidelines for management of skin and soft tissue infections

Massimo Sartelli^{1*}, Mark A Malangoni², Luca Ansaloni⁷, Ernest E Moore⁸, Fred A Yoram Kluger¹³, Walter Biffi⁹, Kaoru Koike¹⁰, Miguel Cainzos¹⁸, Salomone Di Saverio¹⁹, Imtiaz Wani²⁴, Sanjay Marwah²⁵, Miklosh Mario Paulo Faro Jr³⁰, Gerson Alves Pereira³¹, Davide Corbella³³, Pietro Brambillasca³³, Kenneth YY Kok³⁷, Suk-Kyung Hong³⁸ et al.

Executive Summary: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America FREE

Dennis L. Stevens , Alan L. Bisno, Henry F. Chambers, E. Patchen Dellinger, Ellie J. C. Goldstein, Sherwood L. Gorbach, Jan V. Hirschmann, Sheldon L. Kaplan, Jose G. Montoya, James C. Wade

Clinical Infectious Diseases, Volume 59, Issue 2, 15 July 2014, Pages 147–159,



Therapeutic Advances in Infectious Diseases

Management of acute bacterial skin and skin structure infections with a focus on patients at high risk of treatment failure

Abraham Pulido-Cejudo, Mario Guzmán-Gutierrez, Abel Jalife-Montaña, Alejandro Ortiz-Covarrubias, Jose Luis Martínez-Ordaz, Héctor Faustino Noyola-Villalobos and Luis Mauricio Hurtado-López

Ther Adv Infectious Dis

2017, Vol. 4(5) 143–161

DOI: 10.1177/

2049936117723228

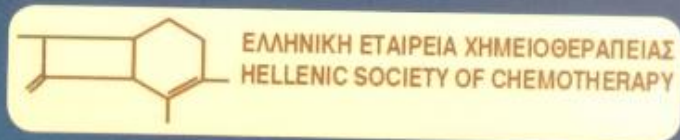
© The Author(s), 2017.

Reprints and permissions:

<http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav>

Ιατρικός Οδηγός

*Η Ορθολογική Επιλογή
Αντιμικροβιακής Θεραπείας
για τον Νοσηλευόμενο Ασθενή*



Αθήνα 2017

Σελ. 50-56

**Θεραπεία
Νοσοκομειακών
Λοιμώξεων
M-M**

Εμπειρική Θεραπεία για Λοίμ Χειρ Πεδίου

- ✓ **Βραχεία παραμονή στο Νοσοκομείο (< 48 ώρες)** →

Ampicil/sulba ± aminoglycoside

Cefalosporin 2nd gen + Metronidazole

- ✓ **Παραμονή > 48 ωρών, πρόσφατη νοσηλεία (προ 6μήνου), χρήση αντιβιοτικών (προ 3μήνου)**

Pip/Tazo

Cefalosporin 3rd/4rth + Metronidazole

Cipro/Levofloxacin + Metronidazole

- ✓ **Παρατεταμένη Νοσηλεία ή διαμονή σε ιδρύματα, νοσηλεία σε ΜΕΘ**

Tigecycline ± Aminoglycoside

Εμπειρική Θεραπεία για Λοίμ. Χειρ. Πεδίου

- ✓ Βραχεία παραμονή στο Νοσοκομείο (< 48 ώρες) →

Ampicil/sulba ± aminoglycoside

Cefalosporin 2nd gen + Metronidazole

- ✓ Παραμονή > 48 ωρών, πρόσφατη νοσηλεία (προ 6μήνου), χρήση αντιβιοτικών (προ 3μήνου)

Pip/Tazo

Cefalosporin 3rd/4rth + Metronidazole

Cipro/Levofloxacin + Metronidazole

- ✓ **Παρατεταμένη Νοσηλεία ή διαμονή σε ιδρύματα, νοσηλεία σε ΜΕΘ**

➔ **Tigecycline ± Aminoglycoside**

➔ **Carbapenemes**

Αποτέλεσμα IV

- Απο 2ο Χ/ο κ/α ιστών: (+) **MRSA** με τις ίδιες ευαισθησίες !
- Έλαβε εμπειρικά **Tygecyclin** 50mg x2 για 5 μέρες, μέχρι λήψη απαντήσεων MRSA
- Και μετά αποκλιμάκωση σε: **Minocin + Rifadin** **ros** για άλλες 5 μέρες

Ηθικό Δίδαγμα



■ ΧΠΦ;;

Χορήγηση αντι-σταφυλοκοκκικού αντιβιοτικού ενδείκνυται στη γενική χειρουργική, σε εγχειρήσεις με τοποθέτηση ξένου σώματος και σε όλες τις αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις. Σε νοσοκομεία όπου οι λοιμώξεις από MRSA έχουν συχνότητα >15%, δίδονται βανκομυκίνη ή τεϊκοπλανίνη ή δαλτομυκίνη (στη χώρα μας ~40% επικρατούν οι MRSA).

αποτυχία χ/ου και 2 επανεπεμβάσεις



**Κάποιες φορές...
μπορεί να γλυτώνουμε και από τύχη...**

