

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΣΥΝΔΕΣΜΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ**

Οξεία Πνευμονεφρίτιδα
από την Κοινότητα



Ασθενής με Ουρολοίμωξη από την Κοινότητα

Ιστορικό

- Ασθενής 55 ετών με ιστορικό κολικών νεφρού, χωρίς να έχει ελέγξει ποτέ απεικονιστικά το ουροποιητικό του και χωρίς προηγούμενες νοσηλείες, προσέρχεται και εισάγεται για υψηλό πυρετό (39.2°C) που εισέβαλε με ρίγος προ 2ημέρου και σύγχυση από 2ώρου. Ο πυρετός υποχώρησε με παρακεταμόλη αλλά επανήλθε μετά 16 ώρες.
- Αναφέρει μείωση των ούρων του το τελευταίο 12ωρο και ήπια δυσουρικά ενοχλήματα, όπως και αίσθημα βάρους στο δεξιό υποχόνδριο.

Ιστορικό

- Ατομικό: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II υπό glucophage, παχύσαρκος, χορήγηση ιμβερτασάνης λόγω υπερτάσεως
- Χορήγηση κοτριμοξαζόλης προ 2μήνου λόγω ιγμορίτιδας και σιπροφλοξασίνης λόγω ουρολοίμωξης προ 3μήνου όπως και κεφουροξίμης-αξετίλ προ μηνός λόγω κοινού κρυολογήματος (!)
- **Δεν έχει γίνει ποτέ U/S ουροποιητικού!**

Ερώτηση

- **Ποια η πιθανότερη διάγνωση?**
 1. Οξεία πυελονεφρίτιδα
 2. Απόστημα νεφρού
 3. Οξεία χολοκυστίτιδα με συνοδό χολαγγειίτιδα
 4. Πνευμονία της κοινότητας στον δεξιό κάτω λοβό
 5. Σηπτικό shock(!)

Προσοχή: ο ασθενής έχει Σακχαρώδη Διαβήτη

Στα ΤΕΠ: Ζωτικά Σημεία

- Συγχυτικός
- $\theta = 39.5^{\circ}\text{C}$
- Σφύξεις 120/min
- Αναπνοές 26/min
- ΑΠ = 120/80

q SOFA = 2

Ο ασθενής έχει Σήψη

Ορισμός Σήψης 2016
(Sepsis-3 Task Force)

Η Δυσλειτουργία οργάνων που Συνδέεται με
Λοίμωξη

JAMA 2016;315:801-810

ΥΠΟΨΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

qSOFA (γρήγορο SOFA) ≥ 2

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**

SOFA ≥ 2

ΣΗΨΗ

Παρά την επαρκή ενυδάτωση

- Μέση αρτηριακή πίεση $< 65\text{mmHg}$
- Γαλακτικό $\geq 2\text{mmol/l}$
- ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ινότροπα

**ΣΗΠΤΙΚΗ
ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ**

qSOFA

- Διαταραχή επιπέδου συνείδησης
- ≥ 22 αναπνοές / λεπτό
- ΣΑΠ $< 100\text{mmHg}$

**Βαθμολογείται με 1 μονάδα
κάθε παράμετρος**

Ερώτηση

- **Ποια πρέπει να είναι η πρώτη άμεση ιατρική πράξη?**
 1. Υπερηχογράφημα ουροποιητικού
 2. Υπερηχογράφημα χοληφόρων
 3. Ουροκαλλιέργεια
 4. Αιμοκαλλιέργεια
 5. Έναρξη αντιβιοτικού
 6. Το 3+4+5

- Ο ασθενής αποστέλλεται από τα ΤΕΠ για U/S κοιλίας
- Μετά 2ωρο επιστρέφει στα ΤΕΠ!
- ΑΠ= 75/55
- Αναπνοές 30/min
- Θ= 39°C
- Ο ασθενής εισάγεται στην Παθολογική Κλινική.
- Λαμβάνονται αιμοκαλλιέργειες, 2 set και ουροκαλλιέργεια

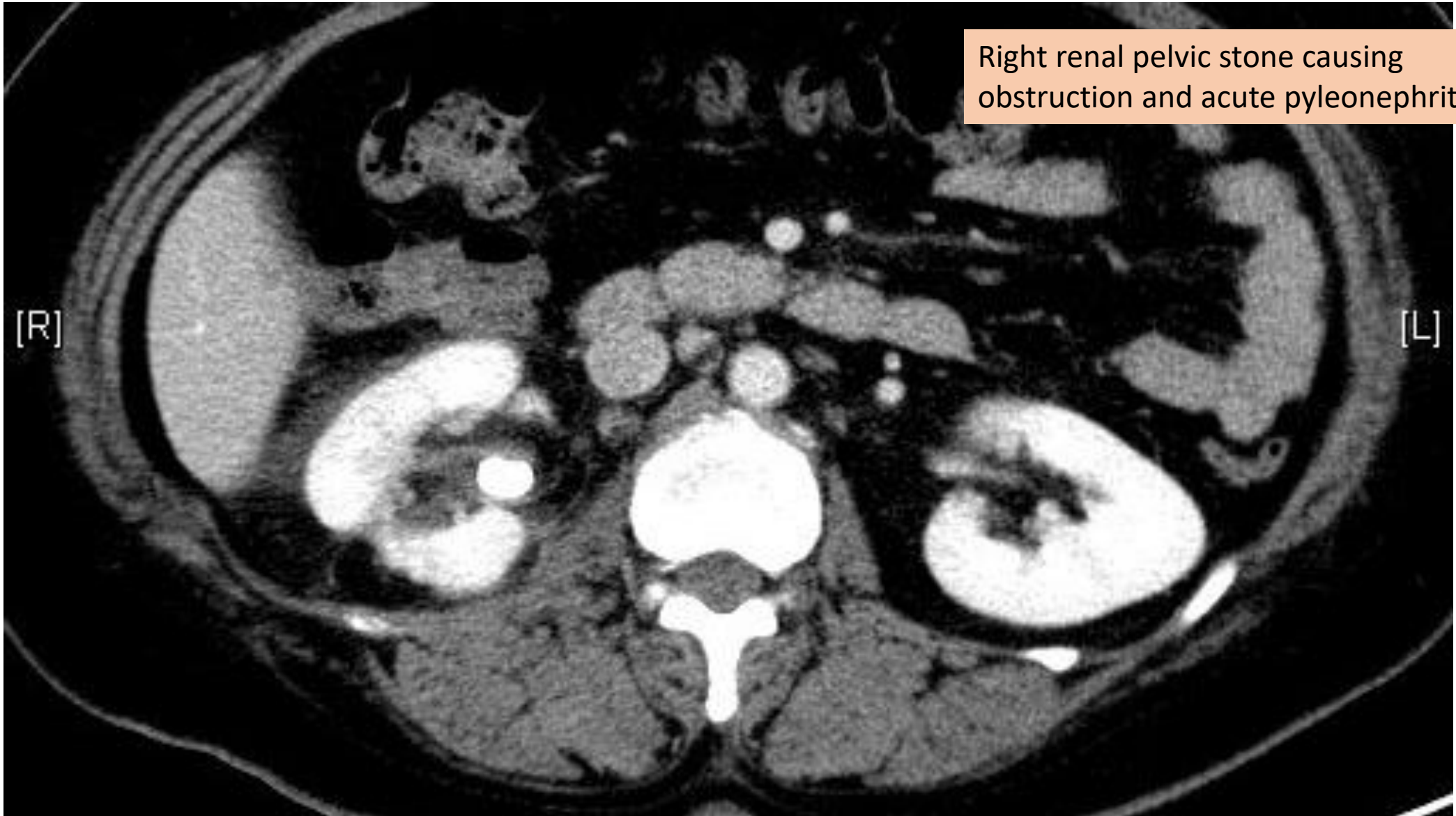
Πόσα λάθη έχουν γίνει στον ασθενή?

Στο U/S κοιλίας:

Νεφρολιθίαση στην αρ. πύελο και αρ. άνω κάλυκα

+

περινεφρική συλλογή



Right renal pelvic stone causing obstruction and acute pyelonephritis

**Σε Διαβητικό ασθενή με κοιλιακό άλγος
πρέπει να σκεπτόμαστε και
τα εμφυσηματώδη σύνδρομα**



Radiograph of the abdomen, showing multiple air pockets around the shadow of the left kidney (*arrows*).



Reformatted sagittal CT showing air in perirenal (*arrow heads*) and perihepatic areas (*arrow*).

Ερώτηση:

Ποιο Αντιβιοτικό θα χορηγούσατε στον Ασθενή ενώ ήταν ακόμα στα ΤΕΠ?

1. Σιπροφλοξασίνη: 600mg x 2 iv + Αμικασίνη 1g x1 iv
2. Κεφτριαξόνη 2 g x 2 iv + Αμικασίνη 1g x1 iv
3. Κεφουροξίμη: 750mg x 3 iv + Αμικασίνη 1g x1 iv
4. Κο-τριμοξαζόλη: 960mg x2 iv
5. Αμικασίνη: 1g x1 iv
6. Γενταμικίνη: 5mg/kg x1 iv (φόρτιση 7mg/kg)
7. Μεροπενέμη: 1g x 3 iv

Στον ασθενή χορηγείται:

➤ **Μεροπενέμη: 1g x 3 iv**

+

Βανκομυκίνη 1g x 2 iv και Αμικασίνη: 1g iv εφάπαξ

➤ Μετά 3ήμερο, είναι σταθερός και απύρετος

➤ Στην καλλιέργεια ούρων αναπτύσσεται *Proteus mirabilis*
ευαίσθητος σε όλα τα αντιβιοτικά εκτός από αμπικιλίνη,
κο-τριμοξαζόλη και κεφαλοσπορίνες β' γενεάς

➤ **Τί πρέπει να κάνει η ΟΕΚΟΧΑ?**

**Ταχεία Αποκλιμάκωση
σε Κεφαλοσπορίνη γ' γενεάς**

±

Αμικασίνη

Πόσο πρέπει να διαρκέσει
η θεραπεία του ασθενούς?

- 7 ημέρες
- 15 ημέρες
- 21 ημέρες

Η Αποκλιμάκωση δεν είναι Επικίνδυνη?

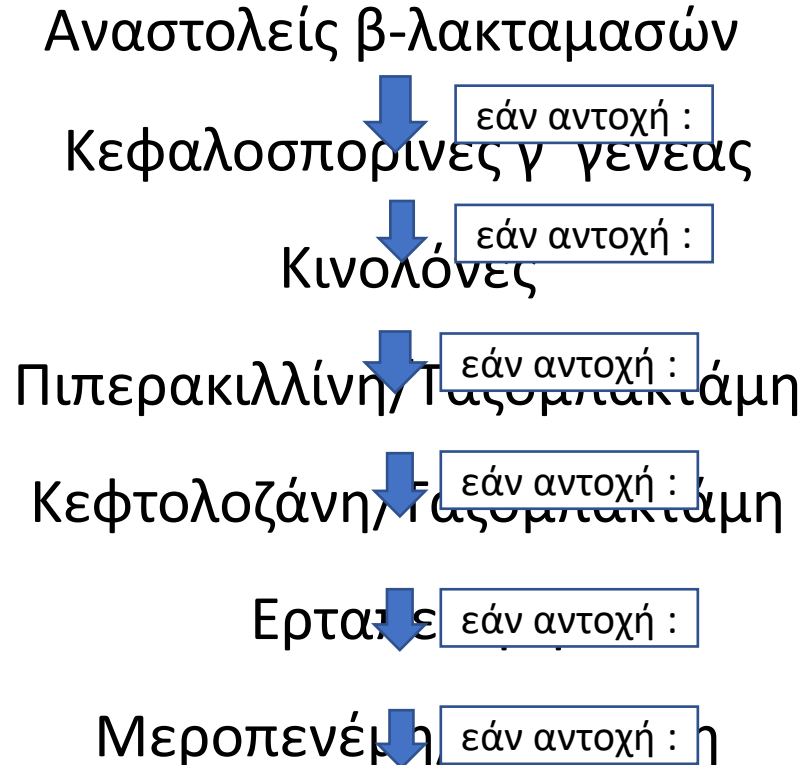
Όχι, γιατί συνδέεται με:

- Μείωση της αντοχής
- Μείωση της επίπτωσης επιλοιώξεων (VAP!)
- Μείωση της άσκοπης κατανάλωσης των αντιβιοτικών που οδηγεί στην αντοχή, σε ανεπιθύμητες ενέργειες και σε αλληλεπιδράσεις φαρμάκων στον ασθενή

Χαμηλότερη Θνητότητα

Παραδείγματα αποκλιμάκωσης των β-λακταμών που δίδονται ως αρχική εμπειρική αντιμικροβιακή θεραπεία με βάση τα αποτελέσματα των καλλιεργειών έναντι των Gram(-) βακτηρίων

- Με την απομόνωση του αιτίου στις 48-72h γίνεται αλλαγή:



Προφύλαξη μετά από Κυστεοσκόπηση

- Ασθενής 78 ετών με γνωστά θηλώματα ουροδόχου κύστεως για τα οποία λαμβάνει ενδοκυστικές εγχύσεις BCG
- Στην καλλιέργεια ούρων πρό εβδομάδος $>10^5$ /CFU *Enterobacter cloacae* ευαίσθητο μόνον σε καρμπαπενέμες και κολιστίνη. Δεν δόθηκε θεραπεία.
- Μετά την κυστεοσκόπηση χορηγείται στον ασθενή:
Προφύλαξη με Κεφτριαζόνη έως την έξοδό του x 5θήμερο!

Παρέμβαση της ΟΕΚΟΧΑ: Πόσα λάθη έχουν γίνει?

Τι πρέπει να γίνει;

- Να χορηγηθεί 1 δόση (1g) Ερταπενέμης iv,
1 ώρα πριν την κυστεοσκόπηση για
προφύλαξη