

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 10ημέρου λόγω κήλης μέσης γραμμής (ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ)
- Επανέρχεται 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= $PO_2=98$, $PCO_2= 32$, $HCO_3^- =20$, $PH= 7,38$
- Πυρετός **$39,9^\circ C$**
- Αναπνοές **$22/min$**
- **qSOFA-score: 0**

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

Σε Χ/ Κλιν

Εργαστηριακός Έλεγχος:

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

Δείκτες φλεγμονής:

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

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

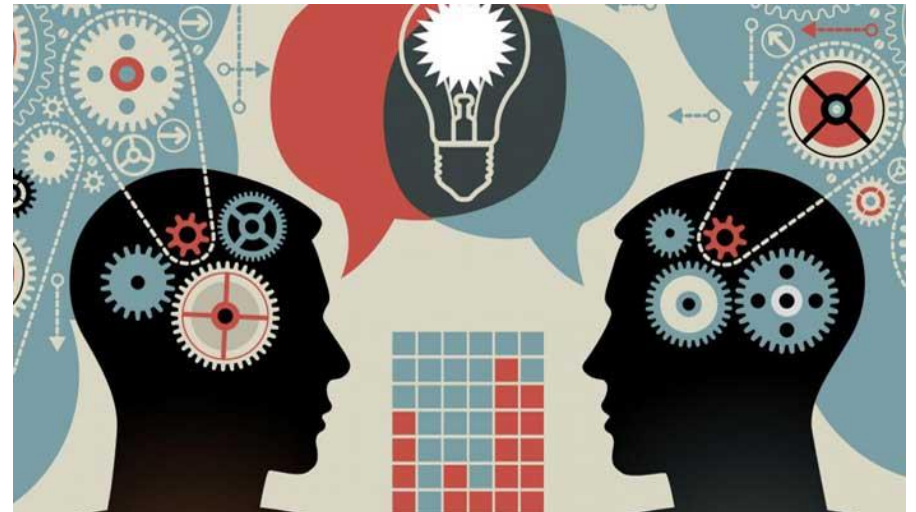
A/α Θώρακος = **μικρή πλευριτική συλλογή δεξιά**

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

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

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. 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 (Ήθελαν να δώσουν ό,τι καλύτερο)
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. Ceftarolin + Amikacin iv**
- 2. Daptomycin + Meronem iv**
- 3. Linezolid + Colistin iv**

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

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

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 ± Vanco

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
- Και μετά **Minocin + Rifadin pos** για άλλες 5 μέρες

Ηθικό Δίδαγμα



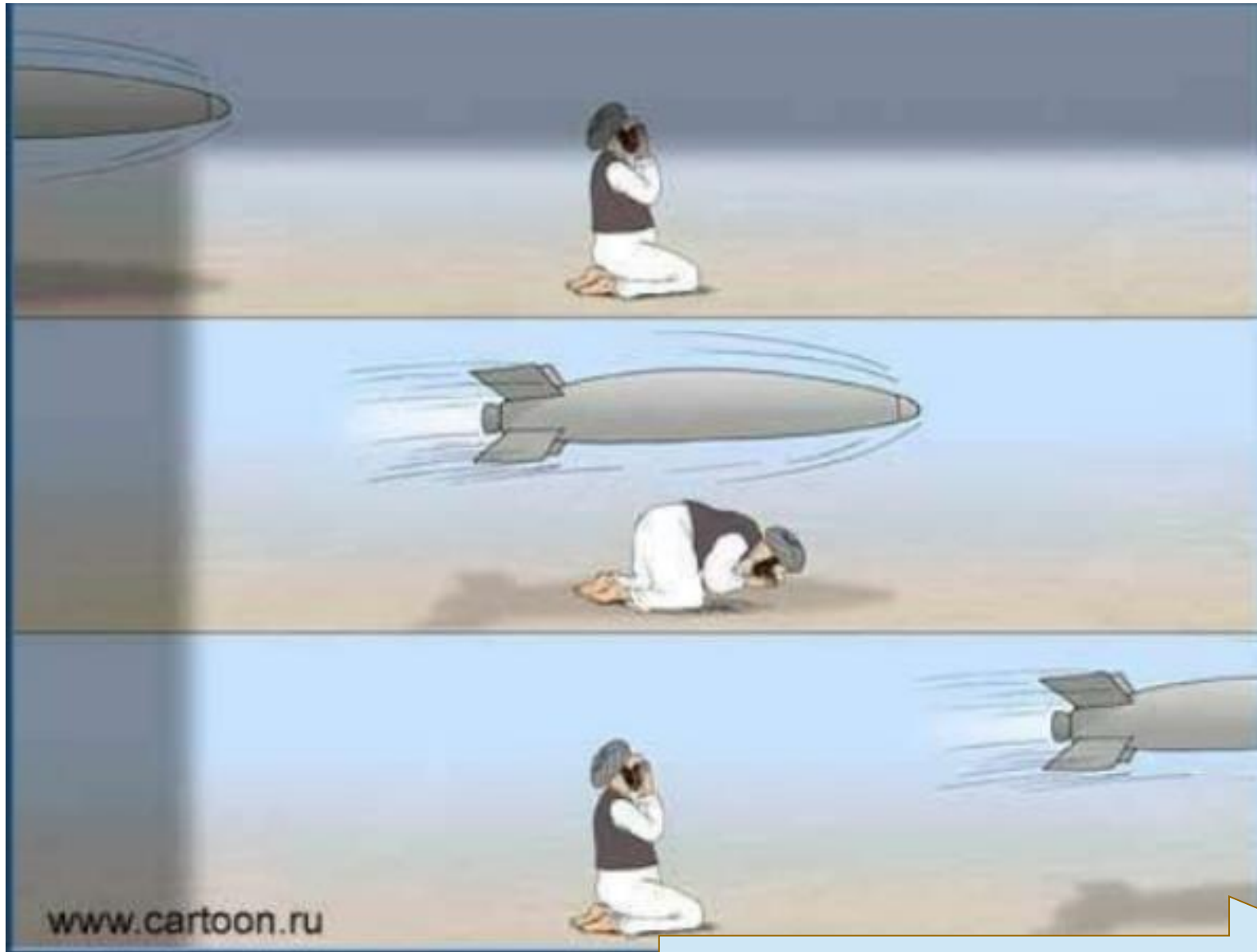
■ ΧΠΦ;;

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



3η Κλινική Άσκηση