

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΗΘΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

---

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΖΑΧΟΥ

ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

*Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και εμπειρική  
θεραπεία των λοιμώξεων 2007*

*ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ./Επιστημονική Επιτροπή  
Νοσοκομειακών Λοιμώξεων*

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑΣ

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑΣ

---

- ❑ Εποχιακή κατανομή: τέλος χειμώνα αρχές άνοιξης
  - ❑ Μετάδοση: επαφή χεριών με ρινικές εκκρίσεις
  - ❑ Χρόνος επώασης: 24-72 ώρες
  - ❑ 10% των επισκέψεων στα ΕΙ και 50% της χρήσης αντιβιοτικών σε εξωτερικούς ασθενείς
-

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑΣ

## □ Λοιμώδη αίτια φαρυγγοαμυγδαλίτιδας

Type of pharyngitis, pathogen	Associated disorder(s) or symptom(s)	Type of pharyngitis, pathogen	Associated disorder(s) or symptom(s)
<b>Bacterial</b>		<b>Viral</b>	
Streptococci		Rhinovirus	Common cold
Group A	Tonsillitis and scarlet fever	Coronavirus	Common cold
Groups C and G	Tonsillitis and scarlatiniform rash	Adenovirus	Pharyngoconjunctival fever and acute respiratory disease
Mixed anaerobes	Vincent's angina	Herpes simplex virus types 1 and 2	Gingivostomatitis
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Tonsillitis	Parainfluenza virus	Cold and croup
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Diphtheria	Coxsackievirus A	Herpangina and hand-foot-and-mouth disease
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	Scarlatiniform rash	Epstein-Barr virus	Infectious mononucleosis
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Enterocolitis	Cytomegalovirus	Cytomegalovirus mononucleosis
<i>Yersinia pestis</i>	Plague	HIV	Primary HIV infection
<i>Francisella tularensis</i>	Tularemia (oropharyngeal form)	Influenza A and B viruses	Influenza
<b>Mycoplasma</b> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Pneumonia and bronchitis		
<b>Chlamydial</b>			
<i>Chlamydia psittaci</i>	Acute respiratory disease and pneumonia		
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	Pneumonia		

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑΣ

## Clinical and epidemiological findings and diagnosis of pharyngitis due to group A $\beta$ -hemolytic streptococci (GABS).

### Features suggestive of GABS as etiologic agent

Sudden onset  
Sore throat  
Fever  
Headache

Nausea, vomiting, and abdominal pain

Inflammation of pharynx and tonsils

Patchy discrete exudate

Tender, enlarged anterior cervical lymph nodes

Patient aged 5–15 years

Presentation in winter or early spring

History of exposure

### Features suggestive of viral etiology

Conjunctivitis

Coryza

Cough

Diarrhea

**Μόνο 10-15% ασθενών  
είναι ενήλικες**

15-30 ετών EBV: >10% άτυπα  
λεμφοκύτταρα  
= ειδικότητα 92%

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑΣ

- Διάγνωση ΦΑ από GABHS: Σύσταση για *ενήλικες* ασθενείς

## Κλασσικά Κριτήρια Centor

- Διόγκωση ή εξίδρωμα αμυγδαλών
- Ευαίσθητοι διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες
- Απουσία βήχα (και ρινίτιδας)
- Πυρετός

*1 ή κανένα κριτήριο* = απίθανη η ΦΑ από GABHS  
άρα όχι καλλιέργεια και αντιβιοτική αγωγή

*2-4 κριτήρια* = Strep-test και αγωγή αν (+)

Ευαισθησία και ειδικότητα Strep-test = 91% και 95%

Η καλλιέργεια δεν είναι απαραίτητη για τη θεραπεία των ενηλίκων  
Harrison's Principles of Internal Medicine 2006

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑΣ

---

- Στρεπτοκοκκική ΦΑ= αυτοϊάση άρα κυρίως αναλγητικά-αντιπυρετικά, ανάπαυση και χορήγηση υγρών
- Αντιμικροβιακή αγωγή= ναι για **ΑΠΟΤΡΟΠΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ** κυρίως ρευματικού πυρετού (*πολύ σπάνια νόσος στους ενήλικες*) και **ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΣΕ ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΦΑ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΗΚΕΣ: ΟΧΙ Η ΕΠΙΛΟΓΗ  
ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΑΛΛΑ Η

**ΥΠΕΡΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ**

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑΣ

- Συνιστώμενα αντιμικροβιακά για την ΦΑ

Αντιμικροβιακό	Δόση	Διάρκεια
Πενικιλίνη V	1.500.000 iu x 3	10 ημέρες
Μακρολίδη	Ανάλογα με σκεύασμα	3 ημέρες για αζιθρομυκίνη 10 ημέρες για τις υπόλοιπες

- Θεραπεία συμπτωματικών ασθενών με πολλαπλά, υποτροπιάζοντα επεισόδια ΦΑ

Αντιμικροβιακό	Δόση	Διάρκεια
Κλινδαμυκίνη	300mg x 3	10 ημέρες
Αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό	625mg x 2	10 ημέρες

---

# *ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ*

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

---

- Πνευμονία κοινότητας (CAP): οξεία λοίμωξη πνευμονικού παρεγχύματος σε ασθενή που δε διαμένει σε κλινική και δεν έχει νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ως και 2 εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων.
  - Συμπτώματα οξείας λοίμωξης: δύο τουλάχιστο από τα παρακάτω
    - πυρετός, ρίγος, εφιδρώσεις, πρωτοεμφανιζόμενος βήχας ή αλλαγή στην ποσότητα και σύσταση των πτυέλων σε ασθενή με χρόνια βήχα, πλευριτικό άλγος, δύσπνοια και πιθανώς συγχρόνως μη ειδικά συμπτώματα (κακουχία, μυαλγίες, κεφαλαλγία κλπ)
  - Ισχυρή υποψία πνευμονίας: οξεία εμφάνιση βήχα και δύσπνοια, ταχύπνοια ή πυρετό που επιμένουν >4 ημέρες.
  - Συνύπαρξη συμπτωμάτων από το ανώτερο αναπνευστικό= ιογενής λοίμωξη
-

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

## □ Λοιμώδη αίτια πνευμονίας κοινότητας

	Παθογόνος μικροοργανισμός	
Βακτήρια (5-38% πολυμικροβιακό αίτιο)	Streptococcus pneumonia (~40%) Haemophilus influenza Moraxella catarrhalis Pseudomonas aeruginosa Εντεροβακτηριακά -E.coli, Klebsiella pneumoniae Staphylococcus aureus (PVL τοξίν)	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Συνυπάρχουσα ΧΑΠ/βρογχεκτασίες</li> <li>•Προηγούμενη νοσηλεία</li> <li>•Προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών</li> <li>•Υποψία εισρόφησης</li> </ul>
Άτυπα παθογόνα	Mycoplasma pneumoniae Chlamydophila pneumoniae Legionella sp.	
Ιοί	Influenza A, B Respiratory syncytial virus (RVS)	

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

- Εισαγωγή στο νοσοκομείο ή εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση= κλινική απόφαση
- **CURB-65 index:** ΜΕΙΩΝΕΚΤΕΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΣΤΕΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Εκτίμηση βαρύτητας πνευμονίας στο ΤΕΠ

Βασικοί παράγοντες

- Ηλικία > 65 ετών
- Πρόσφατη διαταραχή επιπέδου συνείδησης ( $\leq 8$  κλίμακα Γλασκώβης)
- Ουρία  $\geq 20$  mg/dL
- Συχνότητα αναπνοών  $\geq 30$ /min
- Συστολική ΑΠ < 90mmHg, ΔΑΠ < 60mmHg

0 ή 1

Θνητότητα 1.5%

2

Θνητότητα 9.2%

$\geq 3$

Θνητότητα 22%

Πιθανή κατ'οίκον νοσηλεία

Εισαγωγή στο Νοσοκ.

Αντιμετώπιση στο Νοσοκ. ως σοβαρή

**ΚΡΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΣΗΣ + ΣΥΧΝΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ**

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

## 1. Αντιμετώπιση εκτός νοσοκομείου

### Προηγούμενος υγιείς

Χωρίς χρήση αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο

Αμοξικιλίνη ± νεότερη μακρολίδη

Προηγούμενη χρήση αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο

Αμοξικιλίνη + νεότερη μακρολίδη ή Κινολόνη (Λεβο/μοξιφλοξασίνη) ή Κετολίδη

**ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟΥ ΙΔΙΑΣ ΟΜΑΔΑΣ ΜΕ ΕΚΕΙΝΗ ΠΟΥ ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΛΟΓΟ ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΕ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΤΡΙΜΗΝΟ**

Χρήση αντιβιοτικών (ΛΑΠ, ΚΑ, ΧΝΑ, ΣΔ, Ca)

Χρήση αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο

Αμοξικιλίνη + νεότερη μακρολίδη ή Κινολόνη (Λεβο/μοξιφλοξασίνη) ή Κετολίδη

Προηγούμενη χρήση αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο

Αμοξικιλίνη + νεότερη μακρολίδη ή Κινολόνη (Λεβο/μοξιφλοξασίνη)

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

- Δοσολογικά σχήματα ενδεικνυόμενων αντιβιοτικών για εξωνοσοκομειακή θεραπεία

Αντιβιοτικό	Δοσολογικό σχήμα
Αμινοπενικιλίνες - Αμοξικιλίνη	1gr x 4, για 7-10 ημέρες
Νεότερες μακρολίδες - Αζιθρομυκίνη - Κλαριθρομυκίνη - Κλαριθρομυκίνη ER	500mg x 1, για 3 ημέρες 500mg x 2, για 7-10 ημέρες 1000mg x 1, για 7-10 ημέρες
Κετολίδες - Τελιθρομυκίνη	800mg x 1, για 5 ημέρες
Αναπνευστικές κινολόνες - Λεβοφλοξασίνη - Μοξιφλοξασίνη	750mg x 1, για 5 ημέρες ή 500mg x 1, για 7-14 ημέρες 400mg x 1, για 10 ημέρες

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

---

- Κλινικό αποτέλεσμα: 3 ημέρες
- Πλήρης αποδρομή νόσου: >3 εβδομάδες
- Υπολειμματικό σύμπτωμα >1 μήνα: 86%
- Επί επιδείνωσης επανεκτίμηση

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

## 2. Αντιμετώπιση νοσηλευόμενου

### Α. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- **Κατά την εισαγωγή**

- Ακτινογραφία θώρακα
- Μέτρηση αερίων αίματος
- Γ. αίματος και βιοχημικός έλεγχος
- Μικροβιολογικός έλεγχος

- **Βοηθητικές επεμβατικές πρακτικές διερεύνησης**

- θωρακοκέντηση (βιοχημικός, κυτταρολογικός, μικροβιολογικός έλεγχος υγρού)
- λήψη βρογχικών εκκρίσεων
- διαθωρακική βιοψία

- Δύο ζεύγη αιμοκαλλιεργείων προ χορήγησης αντιβιοτικών
- Πτύελα χρ. Gram, Ziel-Neelsen, καλλιέργειες
- Αντιγόνο ούρων για *S. pneumoniae* και *Legionella* sp
- Αντιγόνο ιού γρίππης από φάρυγγα
- Ειδικές καλλιέργειες πτυέλων ή PCR για *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Legionella*

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

## Β. ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

### Μέτριας βαρύτητας πνευμονία κοινότητας

#### I. Ενδεικνυόμενα αντιβιοτικά

Αμινοπενικιλίνη με αναστολέα β-λακταμασών ή μη αντιψευδομοναδική κεφαλοσπορίνη 3ης γενιάς + νεότερη μακρολίδη

**II. Εναλλακτικά** (σε περιοχές υψηλής αντοχής ή αλλεργία στα ενδεικνυόμενα)

Λεβοφλοξασίνη, μοξιφλοξασίνη

### Πνευμονία από εισρόφηση

Αμινοπενικιλίνη με αναστολέα β-λακταμασών ή κεφαλοσπορίνη 2ης γενιάς + κλινδαμυκίνη

### Σοβαρή πνευμονία κοινότητας (νοσηλεία σε ΜΕΘ)

#### I. Χωρίς παράγοντες κινδύνου για *Pseudomonas aer.*

Μη αντιψευδομοναδική κεφαλοσπορίνη 3ης γενιάς ή αμινοπενικιλίνη με αναστολέα β-λακταμασών + νεότερη μακρολίδη ή

Μη αντιψευδομοναδική κεφαλοσπορίνη 3ης γενιάς + κινολόνη

#### II. Με παράγοντες κινδύνου για *Pseudomonas aer.*

Αντιψευδομοναδική κεφαλοσπορίνη ή μονομπακτάμη ή αντιψευδομοναδική

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

- Δοσολογικά σχήματα για θεραπεία πνευμονίας κοινότητας σε νοσηλευόμενο ασθενή (iv, 7-10 ημέρες, Legionella 14 ημέρες)

<b>Αμινοπενικιλίνη με αναστολέα β-λακταμασών</b> - αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη	3g x4	<b>Αντιψευ/δικές κεφαλοσπορίνες</b> -κεφταζιδίμη -κεφιπίμη	2g x3 2g x3
<b>Νεότερες μακρολίδες</b> -αζιθρομυκίνη -κλαριθρομυκίνη	500g x1(5d) 500g x1	<b>Μονομπακτάμες</b> -αζτρεονάμη	2g x4
<b>Αναπνευστικές κινολόνες</b> -λεβοφλοξασίνη -μοξιφλοξασίνη	750mg x1(5d) 400mg x1	<b>Αντιψευδομοναδικές πενικιλίνες με αναστολέα β-λακταμασών</b> -τικαρσιλλίνη/κλαβουλανικό -πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη	5.2g x4 4.5g x4
<b>Μη αντιψευδομοναδική κεφαλοσπορίνη 3ης γενιάς</b> -κεφτριαξόνη -κεφοταξίμη	2g x1 2g x4 600mg x3	<b>Αντιψευδομοναδικές κινολόνες</b> -σιπροφλοξασίνη	400mg x3
<b>Κλινδαμυκίνη</b>		<b>Καρβαπενέμες</b> -ιμιπενέμη -μεροπενέμη	1g x3 2g x3

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

---

## □ Ταξινόμηση-ορισμοί

- ανώτερου/ κατώτερου ουροποιητικού
- μη επιπλεγμένες/ επιπλεγμένες
- ασυμπτωματική βακτηριουρία
- ουροσήψη (1-2% οξείας πυελονεφρίτιδας) →
- υποτροπιάζουσα λοίμωξη: επανεμφάνιση εντός 6-8 εβδομάδων από το α' επεισόδιο- *ίδιο μικρόβιο*
- επαναλοίμωξη: επανεμφάνιση εντός 2μήνου από το α' επεισόδιο- *διαφορετικό μικρόβιο*

Ουρολοίμωξη +

1. Θ >38°C ή < 36°C
2. Σφ >90/min
3. Αναπνοές >20/min ή PCO<sub>2</sub> <32mmHg
4. WBC >12000 ή <4000/mm<sup>3</sup>

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

---

## □ Αίτια λοιμώξεων ουροποιητικού

### I. Ανιούσες λοιμώξεις

#### Οξείες λοιμώξεις

- E. coli (95%)
- άλλα εντεροβακτηριακά

#### Επαναλοιμώξεις (κυρίως σε ανατομικές ανωμαλίες ουροποιητικού)

- Proteus
- Pseudomonas
- Klebsiella
- Enterobacter sp
- enterococci
- staphylococci
- corynebacterium ureolyticum (νοσοκομειακές κυρίως λοιμώξεις)
- Candida (νοσοκομειακές κυρίως λοιμώξεις)

### II. Αιματογενής διασπορά: staphylococcus, salmonella, candida, μυκοβακτηρίδιο

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## □ Κλινικοεργαστηριακή διάγνωση

	Κλινική διάγνωση	Εργαστηριακή διάγνωση
Οξεία μη επιτεπλεγμένη κυστίτιδα (γυναίκες)	Δυσουρία, υπερηβικός πόνος, επιτακτική ούρηση	Μικροσκοπική: >10 πυοσφ/ml, μακρο ή μικροσκοπική αιματουρία Καλλιέργεια: >10 <sup>3</sup> αποικίες/ml
Οξεία μη επιτεπλεγμένη πυελονεφρίτιδα	Πυρετός, ρίγος, οσφυϊκός πόνος	Μικροσκοπική: >10 πυοσφ/ml, ήπια λευκωματουρία Καλλιέργεια: >10 <sup>4</sup> αποικίες/ml
Επιτεπλεγμένη λοίμωξη	Συμπτώματα είτε κυστίτιδας είτε πυελονεφρίτιδας + λειτουργική ή ανατομική ανωμαλία	Μικροσκοπική: >10 πυοσφ/ml Γυναίκες: Καλλιέργεια: >10 <sup>5</sup> αποικίες/ml Άνδρες: Καλλιέργεια: >10 <sup>4</sup> αποικίες/ml

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

- Αντοχή E. coli στα αντιμικροβιακά (καλλιέργειες ούρων εξωνοσοκομειακών ασθενών, WHONET

Αντιμικροβιακά φάρμακα	% αντοχή στην Ελλάδα
Αμπικιλίνη	34,8
Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ	9,9
Αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη	*
Κεφακλόρη	11,5
Κεφαμανδόλη	7,5
Κεφοξιτίνη	2,7
Κεφτριαξόνη	2,2
Κεφταζιδίμη	1,4
Νετελμικίνη	1,1
Αμικασίνη	1,1
Τικαρκιλίνη/κλαβουλανικό οξύ	12,0
Πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη	3,0
Ιμιπενέμη	0,2
Μεροπενέμη	0,3
Ναλιδιξικό οξύ	8,9
Νορφλοξασίνη	6,9
Σιπροφλοξασίνη	6,4
Τετρακυκλίνη	28,0
Τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη	22,3

\*Γαρόμοια αντοχή με την Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## Α. ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

1. Ρ.ος εμπειρική θεραπεία οξείας μη επιτεπλεγμένης κυστίτιδας (προεμμηνοπαυσιακές μη έγκυες γυναίκες)

Ουσία	Δόση	Διάρκεια (ημέρες)
Αμοξικιλίνη/Κλαβουλανικό οξύ	625 mg tid/1 g bid	5
Σιπροφλοξασίνη	250 mg bid	3
Σιπροφλοξασίνη XR	500 mg od	3
Λεβοφλοξασίνη	250 mg od	3
Οφλοξασίνη	200 mg bid	3
Νορφλοξασίνη	400 mg bid	3
Νιτροφουραντοΐνη	50-100 mg qid	7
Τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη	160/800 mg bid	3 - 5

*qid: τέσσερις φορές την ημέρα, tid: τρεις φορές την ημέρα, bid: δύο φορές την ημέρα, od: μία φορά την ημέρα, XR: βραδείας αποδέσμευσης.*

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## A. ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

2. Γυναίκες με συμπτωματολογία >7 ημερών ή ιστορικό ουρολοίμωξης από ανθεκτικό μικρόβιο

και

Άνδρες



7-10 ημέρες θεραπεία με τα προαναφερθέντα αντιβιοτικά

- Επί μη ανταπόκρισης ή υποτροπής → **ουροκαλλιέργεια**
- Σε έγκυες ή ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο νεφρικής βλάβης ασυμπτωματικούς → follow-up καλλιέργειες 1-2 εβδομάδες από stop θεραπείας για εντοπισμό υποτροπών

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## A. ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

### 2. Υποτροπιάζουσα μη επιπλεγμένη κυστίτιδα σε γυναίκες (10-20% γυναικών μετά πρώτη

>3 υποτροπές/ 6μηνο= προφύλαξη με μικρές δόσεις - μεγάλο χρονικό διάστημα προ νυχτερινής κατάκλισης

→ Το συνηθέστερο σχήμα που προτείνεται είναι η νιτροφουραντοΐνη 50 mg/24ωρο ή κοτριμοξαζόλη 240 mg/24ωρο. Το αρχικό χρονικό διάστημα για τη χημειοπροφύλαξη είναι 6 μήνες έως 1 έτος, με αποτέλεσμα μετά τη διακοπή της προφύλαξης τη μείωση της πιθανότητας υποτροπής σε ποσοστό 50-60%.

→ Εναλλακτικά σχήματα σε περίπτωση αδυναμίας του ασθενούς να λάβει τα προτεινόμενα αντιμικροβιακά αποτελούν η κεφαλεξίνη 250 mg/ημερησίως ή νορφλοξασίνη 200 mg/ημερησίως ή σιπροφλοξασίνη 125-250 mg/ημερησίως ή οφλοξασίνη 100 mg/ημερησίως (λαμβάνόμενα πάντοτε προ του ύπνου).

→ Σε γυναίκες στις οποίες η εμφάνιση της λοίμωξης σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα, προτείνεται η προληπτική χορήγηση μιας δόσης νιτροφουραντοΐνης 50 mg, ή κοτριμοξαζόλης 240 mg μετά το σεξ.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## Β. ΟΞΕΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

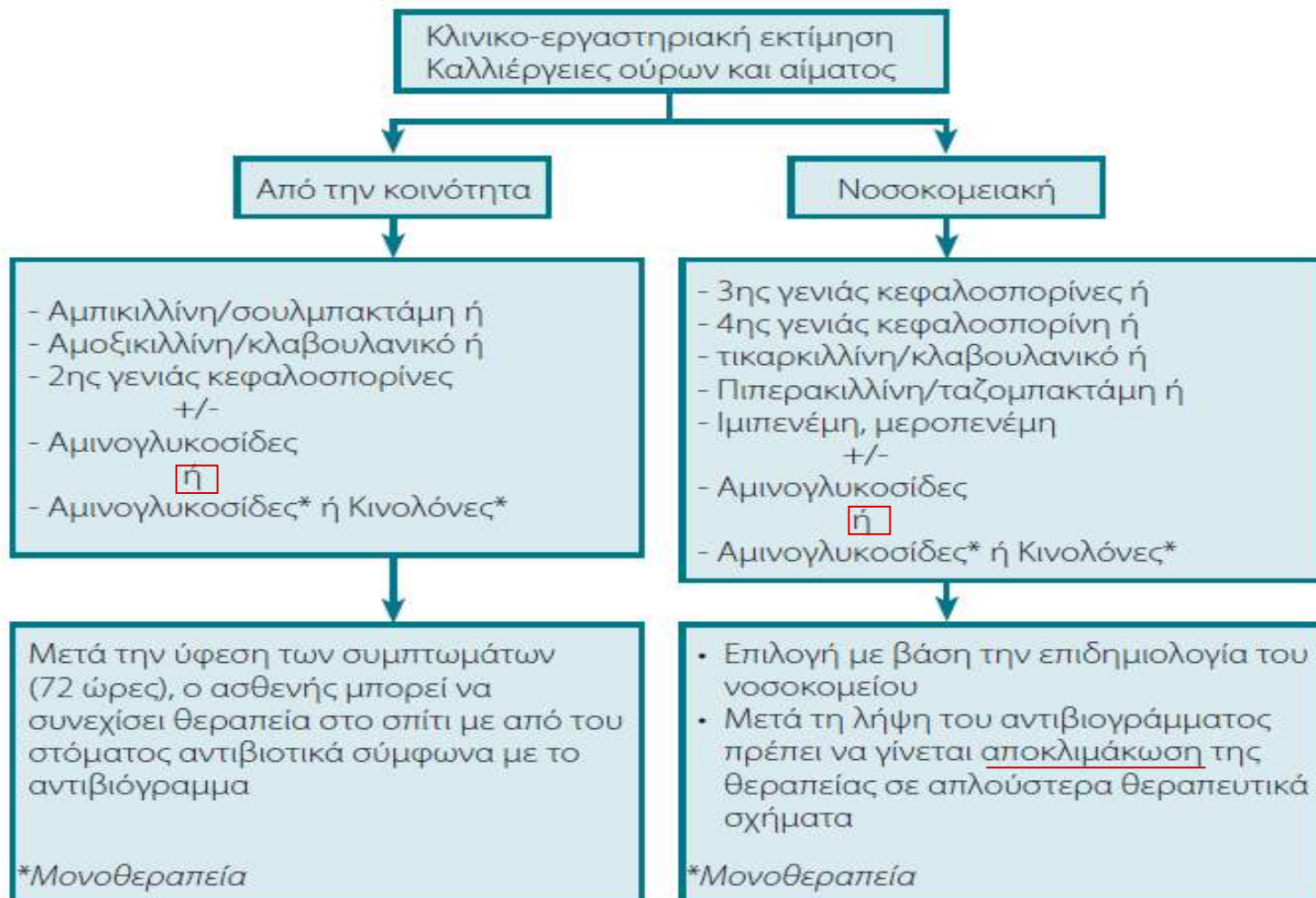
---

- ❑ Χρήζει νοσηλείας
  - ❑ Συχνή μικροβιαμία
  - ❑ Proteus ή enterococcus sp → υποψία νεφρολιθίασης
  - ❑ Επιπλοκές: σήψη – νεφρικά και περινεφρικά αποστήματα – πυόνεφρος
  - ❑ U/S νεφρών
-

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## Β. ΟΞΕΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

- Εμπειρική θεραπεία οξείας πυελονεφρίτιδας: 7-10 ημέρες



# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## Β. ΟΞΕΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Η παρακολούθηση των ασθενών μετά τη θεραπεία ενός επεισοδίου οξείας πυελονεφρίτιδας, συνίσταται σε έλεγχο του ουροποιογεννητικού συστήματος με κυστεοσκόπηση, ενδοφλέβιο πυελογραφία, υπερηχογράφημα νεφρών, κύστεως, γεννητικού συστήματος στις γυναίκες, προστάτη (διορθικό) στους άνδρες και αξονικής τομογραφίας για έλεγχο ανατομικών ή λειτουργικών ανωμαλιών, όπως επίσης και με καλλιέργειες ούρων 7-10 ημέρες και μετά από ένα μήνα από τη λήξη της θεραπείας.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## Γ. ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ

### ΒΑΚΤΗΡΙΟΥΡΙΑ

- Ο σημαντικότερος προδιαθεσικός παράγοντας = καθητηριασμός

Η ασυμπτωματική μικροβιουρία σε ασθενείς που φέρουν μόνιμο καθητήρα κύστεως δεν απαιτεί θεραπεία, παρά μόνο σε περιπτώσεις όπου αναπτύσσεται συμπτωματική λοίμωξη του ουροποιητικού π.χ. κυστίτιδα ή πυελονεφρίτιδα.

Οι ενδείξεις θεραπείας της ασυμπτωματικής μικροβιουρίας περιορίζονται μόνο στις παρακάτω περιπτώσεις:

A. Έγκυες γυναίκες

B. Ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς

Γ. Ασθενείς με ουρολογικές διαταραχές, οι οποίοι πρόκειται να υποβληθούν σε διουρηθρική προστατεκτομή ή άλλη τραυματική χειρουργική επέμβαση στο ουροποιητικό σύστημα. Σε αυτή την περίπτωση, η χορήγηση των αντιβιοτικών πρέπει να γίνεται 48 ώρες πριν την επέμβαση και να διακόπτεται 5-7 ημέρες μετά την επέμβαση.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

## Δ. ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ

Η οξεία μικροβιακή προστατίτιδα αποτελεί σοβαρή νόσο. Η προστατίτιδα διαγιγνώσκεται από τα συμπτώματα, τη μικροσκοπική εξέταση και την καλλιέργεια του προστατικού εκκρίματος και των τμηματικών δειγμάτων των ούρων

χορήγηση υψηλών δόσεων βακτηριοκτόνων αντιβιοτικών, όπως οι αμινογλυκοσίδες, οι κινολόνες και οι β-λακτάμες μέχρι την απυρεξία και την επίστροφη στο φυσιολογικό των δεικτών της λοίμωξης. Σε λιγότερο σοβαρές λοιμώξεις χορηγείται από του στόματος κινολόνη (σιπροφλοξασίνη, οφλοξασίνη, λεβοξασίνη) για 30 ημέρες.

Στη χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα και στο σύνδρομο του χρόνιου φλεγμονώδους πυελικού άλγους χορηγείται από του στόματος κινολόνη ή τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη.

Συνολικά, συνιστάται αγωγή 4-6 εβδομάδων

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

---

- ❑ Παθολογικός αριθμός λευκών στο ΕΝΥ
- ❑ **ΕΠΕΙΓΟΝ**: ταχεία διάγνωση, ΑΜΕΣΗ θεραπεία



## Βακτηριακή Μηνιγγίτις

Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο 1,2 εκατομμύρια άτομα προσβάλλονται από βακτηριακή μηνιγγίτιδα, από τα οποία 135.000 πεθαίνουν.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιδημιολογία της νόσου είναι κοινωνικοοικονομικοί με τη μεγαλύτερη επίπτωση στις τάξεις με χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

Δήλωση κρουσμάτων στην Ελλάδα

ΕΤΟΣ	Σύνολο κρουσμάτων	<i>N. meningitidis</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>H. influenzae</i>	Άλλα αίτια	Ιογενείς
1997	225	147	8	1	1	68
1998	393	262	26	5	38	62
1999	640	215	37	2	124	262
2000	855	261	51	6	131	406
2001	1429	234	53	5	125	984
2002	702	233	50	4	80	276
2003	518	131	53	6	102	188
2004	544	89	71	8	146	199
2005	641	98	69	3	185	232

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## Α. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

### □ Αίτια

#### *H. influenzae*

Αποτελεί το κύριο αίτιο μηνιγγίτιδας στη βρεφική και παιδική ηλικία πριν την εφαρμογή του εμβολίου. Σήμερα ευθύνεται για το 3%-6% του συνόλου των θανάτων από μηνιγγίτιδα.

#### *N. meningitidis*

Είναι το πιο κοινό αίτιο μηνιγγίτιδας στα παιδιά και στους νέους ενήλικες με συνολική θνητότητα 3%-13%.

Όσον αφορά τους ορότυπους, στην Ελλάδα επικρατεί ο ορότυπος B (67,5% το έτος 2004) και να ακολουθεί ο ορότυπος C (Πίνακας 2).

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου είναι:

- α) Λοίμωξη του αναπνευστικού από ιούς (γρίππης).
- β) Φορεία του ρινοφάρυγγα από μηνιγγιτιδόκοκκο.
- γ) Ανεπάρκεια συμπληρώματος ( $C_5, C_6, C_7, C_8, C_9$ ).

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## Α. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

### *Streptococcus pneumoniae*

Στην Ελλάδα, κατά τη χρονική περίοδο 1999-2005, καταγράφηκαν 373 κρούσματα, εκ των οποίων τα 194 (52%) αφορούσαν δύο ηλικιακές ομάδες: την ηλικιακή ομάδα <1-4 ετών σε ποσοστό 26,5% (99/373) και την ομάδα >60 ετών σε ποσοστό 25,5% (95/373). Τα υπόλοιπα 179 κρούσματα κατανεμήθηκαν στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η σπληνεκτομή, η λειτουργική ασπληνία, το πολλαπλούν μυέλωμα, η υπογαμμασφαιριναιμία, ο αλκοολισμός, οι χρόνιες ηπατικές και νεφρικές νόσοι, οι κακοήθειες και ο σακχαρώδης διαβήτης.

### *Listeria monocytogenes*

Στις ΗΠΑ αποτελεί το 8% των περιπτώσεων βακτηριακής μηνιγγίτιδας, εκ των οποίων το 15%-29% είναι θανατηφόρο. Είναι συχνή στα βρέφη <1 μηνός (11%) και στους ενήλικες >60 ετών. Επίσης, συχνή στους αλκοολικούς καρκινοπαθείς, ανοσοκατασταλμένους, διαβητικούς, ασθενείς πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ηπατική ανεπάρκεια, νόσους του συνδετικού ιστού, σακχαρώδη διαβήτη και σε περιπτώσεις υπερφόρτωσης σιδήρου.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## Α. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

### Αερόβια Gram (+) βακτήρια

Απομονώνονται στο ΕΝΥ σε ασθενείς μετά από τραυματισμό του κρανίου ή μετά από νευροχειρουργικές επεμβάσεις, με ή χωρίς την τοποθέτηση ξένου σώματος.

### Σταφυλόκοκκος

Η μηνιγγίτιδα από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο είναι συνήθης σε ασθενείς μετά από νευροχειρουργικές επεμβάσεις και τραυματισμό του κρανίου (35%). Επίσης, παρουσιάζεται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών, αλκοολικούς και καρκινοπαθείς. Η θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 14% και 77%.

### *Streptococcus agalactiae*

Είναι συχνό αίτιο μηνιγγίτιδας στα νεογνά με 52% όλων των περιπτώσεων

### Σπειροχαίτες

*A. Treponema pallidum*

*B. Borrelia burgdorferi*

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## Α. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ

### ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

---

□ Διάγνωση:

πυρετός, κεφαλαλγία, επηρεασμένο  
επίπεδο συνείδησης, αυχενική  
δυσκαμψία

+/-

ΟΝΠ (μετά βυθοσκόπηση)



**ΠΡΩΤΗ ΔΟΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## Α. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ

### ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

1. Οδηγίες εμπειρικής αντιμικροβιακής θεραπείας σε ασθενείς με βακτηριακή μηνιγγίτιδα της κοινότητας (κεφαλοσπορίνη γ' γενεάς = κεφτριαξόνη ή κεφοταξίμη).

Ηλικία	Συνήθη παθογόνα	Αντιμικροβιακή θεραπεία
<1 μηνός	<i>S. agalactiae</i> , <i>E. coli</i> , <i>L. monocytogenes</i> , <i>Klebsiella</i> sp.	Αμπικιλλίνη + κεφοταξίμη ή αμπικιλλίνη + αμινογλυκοσίδη
1-23 μηνών	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>S. agalactiae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>E. coli</i>	Βανκομυκίνη + κεφαλοσπορίνη γ' γενεάς
2-50 ετών	<i>N. meningitidis</i> , <i>S. pneumoniae</i>	Βανκομυκίνη + κεφαλοσπορίνη γ' γενεάς
>50 ετών ή παρουσίας παράγοντος κινδύνου*	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>L. monocytogenes</i> , gram (-) βάκιλλοι	Βανκομυκίνη + αμπικιλλίνη + κεφαλοσπορίνη γ' γενεάς*

\*Αλκοολισμός ή επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## A. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ

### 2. ΉΜΕΡΟΒΙΟΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ με βάση το απομονωθέν παθογόνο (κεφαλοσπορίνη γ' γενεάς = κεφτριαξόνη ή κεφοταξίμη).

Παθογόνο/ευαισθησία	Συνιστώμενη αγωγή	Εναλλακτική αγωγή
<i>S. pneumoniae</i> πενικιλίνη: MIC < 0,1 MIC: 0,1-2,0 MIC ≥ 2,0 Κεφοταξίμη ή κεφτριαξόνη: MIC ≥ 1,0	πενικιλίνη G/αμπικιλίνη γ' γενεάς κεφαλοσπορίνη βανκομυκίνη + κεφαλοσπορίνη γ' γενεάς βανκομυκίνη + κεφαλοσπορίνη γ' γενεάς	γ' γενεάς κεφαλοσπορίνη/χλωραμφενικόλη κεφεπίμη/μεροπενέμη φθοριοκινολόνη (μοξιφλοξασίνη) φθοριοκινολόνη (μοξιφλοξασίνη)
<i>N. meningitidis</i> πενικιλίνη: MIC < 0,1 MIC ≥ 0,1	πενικιλίνη G/αμπικιλίνη γ' γενεάς κεφαλοσπορίνη	γ' γενεάς κεφαλοσπορίνη/χλωραμφενικόλη μεροπενέμη, κινολόνη, χλωραμφενικόλη
<i>L. monocytogenes</i>	αμπικιλίνη/πενικιλίνη G	μεροπενέμη/κοτριμοξαζόλη
<i>S. agalactiae</i>	αμπικιλίνη/πενικιλίνη G	γ' γενεάς κεφαλοσπορίνη
Εντεροβακτηριακά ( <i>E. coli</i> κ.λπ.)	γ' γενεάς κεφαλοσπορίνη	αζτρεονάμη, κινολόνη, μεροπενέμη, κοτριμοξαζόλη
<i>P. aeruginosa</i>	κεφεπίμη/κεφταζιδίμη	αζτρεονάμη, σιπροφλοξασίνη, μεροπενέμη
<i>H. influenzae</i> β-λακταμάση (-) β-λακταμάση (+)	αμπικιλίνη γ' γενεάς κεφαλοσπορίνη	γ' γενεάς κεφαλοσπορίνη, κεφεπίμη, κινολόνη, χλωραμφενικόλη κεφεπίμη, χλωραμφενικόλη, κινολόνη
<i>S. aureus</i> MSSA MRSA	οξακιλλίνη βανκομυκίνη	βανκομυκίνη λινεζολίδη, κοτριμοξαζόλη
<i>S. epidermidis</i>	βανκομυκίνη	λινεζολίδη
<i>Enterococcus</i> sp. Ευαίσθητος στην αμπικιλίνη Ανθεκτικός στην αμπικιλίνη Ανθεκτικός στη βανκομυκίνη	αμπικιλίνη + γενταμικίνη βανκομυκίνη + γενταμικίνη λινεζολίδη	

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## Α. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Συνιστώμενες ημερήσιες δόσεις των συνήθως χορηγούμενων αντιβιοτικών στη βακτηριακή μηνιγγίτιδα.

Αντιμικροβιακό	Δόση παιδιού	Δόση ενήλικα
Αμπικιλλίνη	300 mg/kg	12 g
Βανκομυκίνη	60 mg/kg	60 mg/kg (στάγδην)*
Κεφεπίμη	150 mg/kg	6 g
Κεφοταξίμη	225-300 mg/kg	8-12 g
Κεφταζιδίμη	150 mg/kg	6 g
Κεφτριαξόνη	80-100 mg/kg	4 g
Μεροπενέμη	120 mg/kg	6 g
Οξακιλλίνη	200 mg/kg	9-12 g
Πενικιλλίνη	0,3 mU/kg	24 mU
ΡΙφαμπικίνη	10-20 mg/kg	600 mg

\*Προηγείται δόση εφόδου 15 mg/kg (στάγδην).

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## Α. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

---

- Διάρκεια θεραπείας
  - N. Meningitis= 7-14 ημέρες
  - S. pneumoniae= 14 ημέρες
  - L. monocytogenes= >21 ημέρες
  - Enteric Gram (-)= 21 ημέρες

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## Β. ΑΣΗΠΤΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

### ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως Ασηπτη Μηνιγγίτιδα (AM) ορίζεται η μηνιγγίτιδα όπου δεν διαπιστώνεται λοιμώδης οργανισμός στη χρώση Gram ή δεν απομονώνεται στην καλλιέργεια του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ).

### ΑΙΤΙΑ: 1. ΛΟΙΜΩΔΗ



### 2. ΑΛΛΑ

- Μερικώς θεραπευθείσα βακτηριακή μηνιγγίτιδα
- Ιογενής μηνιγγίτιδα
- Φυματιώδης μηνιγγίτιδα
- Σπειροχαίτες: Σύφιλη, νόσος Lyme, λεπτόσπειρα
- Άλλα βακτήρια - βρουκέλλωση, μυκόπλασμα
- Εγκεφαλική ελονοσία
- Μυκητιασική μηνιγγίτιδα
- Παραμηνιγγική φλεγμονή (νωτιαίο ή ενδοκρανιακό απόστημα, θρόμβωση φλεβωδών κόλπων, λανθάνουσα φλεγμονή παραρρίνιων κόλπων)

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΝΣ

## Β. ΑΣΗΠΤΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Αίτια ιογενούς μηνιγγίτιδας.

- Εντεροϊοί (echo, polio, coxsackie)
- Arbo ιοί, Ιός Δυτικού Νείλου (WNV), Ιός LaCrosse (LAC)

Όχι ειδική θεραπεία

Πολλά παραδείγματα ανάλογα με τη γεωγραφική κατανομή εκ των οποίων ο ιός του Δυτικού Νείλου είναι ο πλέον γνωστός και προκαλεί συνήθως εγκεφαλίτιδα

- Ιός απλού έρπητα (συνήθως τύπος 2)

Ακυκλοβίρη iv 15 ημέρες

- Λεμφοκυτταρική χοριομηνιγγίτιδα

- Ιός έρπητα ζωστήρα, Epstein-Barr, κυτταρομεγαλοϊός

Ακυκλοβίρη 30mg/kg/d 7-14d +  
κορτιζόνη  
Γανσικλοβίρη

- Παρωτίτιδας

- Αδενοϊός

- Ιός HIV

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

## ΟΡΙΣΜΟΙ, ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Η ΛΕ είναι μικροβιακή λοίμωξη των ενδοκαρδιακών δομών που έρχονται σε επαφή με το αίμα και περιλαμβάνει, εκτός από το ενδοκάρδιο, και λοιμώξεις των μεγάλων ενδοθωρακικών αγγείων και των ενδοκαρδιακών ξένων σωμάτων. Οι καρδιακές βαλβίδες αποτελούν τη συνηθέστερη εντόπιση. Παρουσιάζεται συνήθως, αλλά όχι απόλυτα, σε έδαφος προϋπάρχουσας καρδιακής πάθησης. Η πρώιμη χαρακτηριστική βλάβη είναι η ποικίλου μεγέθους εκβλάστηση,

## ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΩΝ

Ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα

Ανάλογα με το είδος της βαλβίδας και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

1. Ενδοκαρδίτιδα φυσικών βαλβίδων (ΕΦΒ).
2. Ενδοκαρδίτιδα προσθετικών βαλβίδων (ΕΠΒ).  
Διακρίνεται σε:
  - α) Πρώιμη: Έναρξη έως 60 ημέρες από την εγχείρηση (σύμφωνα με άλλους 1 έτος). Θεωρείται ως περιεγχειρητική μόλυνση.
  - β) Ενδιάμεση: Έναρξη 2-12 μήνες από την εγχείρηση.
  - γ) Όψιμη: Έναρξη μετά τους 12 μήνες από την εγχείρηση. Η επιδημιολογία της είναι παρόμοια με αυτή της ΕΦΒ από την κοινότητα.
3. Ενδοκαρδίτιδα χρηστών ενδοφλεβίων τοξικών ουσιών
4. Νοσοκομειακή ενδοκαρδίτιδα ή σχετιζόμενη με χώρους παροχής υγείας.

# ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

## □ Διάγνωση: τροποποιημένα κριτήρια Duke

### Μείζονα κριτήρια

#### 1) Μικροβιολογικά κριτήρια

α) Απομόνωση τυπικών μικροοργανισμών που ενοχοποιούνται κατά κανόνα για πρόκληση ΛΕ, από δύο διαφορετικές αιμοκαλλιέργειες. Τυπικοί μικροοργανισμοί ΛΕ θεωρούνται οι πρασινίζοντες στρεπτόκοκκοι, ο *Streptococcus bovis*, η ομάδα HACEK, ο *Staphylococcus aureus* και ο εντερόκοκκος (όταν η μικροβιαμία από εντερόκοκκο αποκτήθηκε στην κοινότητα, εν απουσία άλλης πρωτοπαθούς εστίας)

ή

β) Επίμονα θετικές αιμοκαλλιέργειες, ήτοι απομόνωση μικροοργανισμών συμβατών με τη διάγνωση της ΛΕ από δύο αιμοκαλλιέργειες οι οποίες ελήφθησαν με διαφορά 12 ωρών, ή από τρεις θετικές αιμοκαλλιέργειες επί τριών ληφθέντων, ή από τις περισσότερες αιμοκαλλιέργειες όταν έχουν ληφθεί τέσσερις ή περισσότερες (με την πρώτη και την τελευταία να έχουν ληφθεί με διαφορά τουλάχιστον μιας ώρας)

ή

γ) Μία μόνο θετική αιμοκαλλιέργεια για *Coxiella burnetii* ή ορολογική ένδειξη πυρετού Q (τίτλος IgG αντισώματος έναντι φάσεως I *Coxiella burnetii* >1:800)

#### 2) Ενδείξεις προσβολής του ενδοκαρδίου

α) Εμφάνιση ανεπάρκειας βαλβίδας που δεν προϋπήρχε. Επίταση ή αλλαγή σε προϋπάρχοντα φυσήματα δεν επαρκούν

ή

β) Θετικό υπερηχοκαρδιογράφημα για μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα, ήτοι: απεικόνιση αιωρούμενης ενδοκαρδιακής μάζας συμβατής με εκβλάστηση, χωρίς να υπάρχει άλλη εναλλακτική ανατομική εξήγηση, ή παρουσία αποστήματος, ή νέα μερική διαφυγή επί προσθετικής βαλβίδας.

### Ελάσσονα κριτήρια

1. Προϋπάρχουσα καρδιακή βλάβη ή χρήση ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών.

2. Πυρετός  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ .

3. Αγγειακά φαινόμενα: Αρτηριακά έμβολα, σηπτικά πνευμονικά έμφρακτα, μυκωτικό ανεύρυσμα, ενδοκρανιακή αιμορραγία, αιμορραγία επιπεφυκότα, βλάβες τύπου Janeway.

4. Ανοσολογικά φαινόμενα: Σπειραματονεφρίτιδα, οζίδια Osler, κηλίδες Roth, ρευματοειδής παράγων.

5. Μικροβιολογικές ενδείξεις: Θετικές αιμοκαλλιέργειες (διαφορετικά αποτελέσματα από εκείνα των μείζονων κριτηρίων όπως αυτά περιγράφονται ανωτέρω) ή ορολογική ένδειξη για εν ενεργεία λοίμωξη με μικροοργανισμό που είναι συμβατός με τη διάγνωση της μικροβιακής ενδοκαρδίτιδας.

Οι μικροοργανισμοί της ομάδας **HACEK** (*Haemophilus parainfluenzae*, *Haemophilus aphrophilus*, *Haemophilus paraphrophilus*, *Haemophilus influenzae*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, *Kingella kingae*, *Kingella denitrificans*) αναπτύσσονται αργά στις συνήθεις καλλιέργειες αίματος και για την απομόνωσή τους απαιτείται μεγαλύτερης διάρκειας επίωση.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

---

□ Διάγνωση: τροποποιημένα κριτήρια Duke

## 1) Βέβαιη ΛΕ

α) Παθολογ

β) Κλινικά κ

2 μείζονα κ

1 μείζον κα

5 ελάσσονα

## 2) Πιθανή

1 μείζον κατ 1 ελάσσον κριτήριο τη

3 ελάσσονα κριτήρια.

## 3) Απορριπτέα ΛΕ

**Τα κριτήρια αποτελούν κλινικό οδηγό  
διάγνωσης  
αλλά**

**ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΚΑΘΙΣΤΟΥΝ ΤΗΝ  
ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

---

Οι γενικοί κανόνες που διέπουν τη θεραπεία της ΛΕ αφορούν:

1. Τη χορήγηση των αντιμικροβιακών δια της παρεντερικής οδού (υπάρχουν μερικές εξαιρέσεις) και στις μέγιστες δυνατές δόσεις.
  2. Την παρατεταμένη διάρκεια θεραπείας (4-6 εβδομάδες).
  3. Τη χορήγηση βακτηριοκτόνων αντιμικροβιακών.
  4. Τη χορήγηση συνεργικών *in vitro* συνδυασμών οι οποίοι αναμένεται *in vivo* να προκαλούν ταχύτερο βακτηριοκτόνο αποτέλεσμα.
  5. Τον ακριβή προσδιορισμό των MIC των παθογόνων και
  6. Τον προσδιορισμό των επιπέδων των αμινογλυκοσιδών ή της βανκομυκίνης.
-

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

□ Εμπειρική θεραπεία προ της ταυτοποίησης του παθογόνου σε επείγουσα βάση ή επί αρνητικών αιμοκαλλιιεργειών

Ενδοκαρδίτιδα φυσικών βαλβίδων και  
Όψιμη ενδοκαρδίτιδα προσθετικών  
υλικών ή προσθετικών βαλβίδων

**Βανκομυκίνη:** 15 mg/kg, IV, ανά 12ωρο  
**σε συνδυασμό με**  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg, IV, ανά 8ωρο,  
**και σε συνδυασμό με**  
**Σπυροφλοξασίνη\*:** 400 mg ανά 12ωρο, IV,  
ή 750 mg ανά 12ωρο, p.o.

ή

**Αμπικιλλίνη-σουλμπακτάμη:** 3 g, IV, ανά 6ωρο  
**σε συνδυασμό με**  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg, IV, ανά 8ωρο  
Και τα δύο σχήματα επί 4-6 εβδομάδες  
τουλάχιστον

\*Για ενδεχόμενο μικροοργανισμό της ομάδας  
HACEK.

Πρώιμη ενδοκαρδίτιδα προσθετικών  
υλικών ή προσθετικών βαλβίδων

**Βανκομυκίνη:** 15 mg/kg, IV, ανά 12ωρο,  
επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον  
**σε συνδυασμό με**

**ΡΙφαμπικίνη:** 300 mg, p.o, ανά 8ωρο,  
επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον

**σε συνδυασμό με**

**\*Ιμιπενέμη/σιλαστατίνη\*:** 1 g, IV, ανά 6ωρο

**ή Μεροπενέμη\*:** 2 g, IV, ανά 8ωρο,  
επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον

**σε συνδυασμό με**

**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg, IV, ανά 8ωρο,  
επί 2 εβδομάδες

\*Ανάλογα με τα τοπικά δεδομένα αντοχής των  
καρδιοχειρουργικών κέντρων.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

## □ Θεραπεία ΛΕ φυσικής βαλβίδας από streptococcus

### Πλήρης ευαισθησία στην πενικιλίνη (MIC≤0,12 mg/L)

Ασθενής <65 ετών, με φυσιολογική κρεατινίνη, χωρίς καρδιακές ή εξωκαρδιακές επιπλοκές και χωρίς λοίμωξη από *Abiotrophia*, *Gemella* ή *Granulicatella*

**Πενικιλίνη G:** Συνολική δόση 12-18x10<sup>6</sup> iu/24ωρο, IV, διηρημένη σε 6 δόσεις ή σε συνεχή έγχυση, για 2 εβδομάδες σε συνδυασμό με  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg ανά 8ωρο, IV, για 2 εβδομάδες

ή

**Κεφτριαζονη:** 2 g/24ωρο, σε μία IV δόση, για 2 εβδομάδες σε συνδυασμό με  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg ανά 8ωρο, IV, για 2 εβδομάδες

Ασθενής >65 ετών και/ή κάθαρση κρεατινίνης <30 mL/min

→ **Πενικιλίνη G:** Συνολική δόση 12-20x10<sup>6</sup> iu/24ωρο, IV, διηρημένη σε 4-6 δόσεις ή σε συνεχή έγχυση, για 4 εβδομάδες (προσαρμογή στη νεφρική λειτουργία),  
ή

→ **Κεφτριαζόνη:** 2 g/24ωρο, σε μία IV δόση, για 4 εβδομάδες

Ασθενής αλλεργικός στην πενικιλίνη και στις κεφαλοσπορίνες

**Βανκομυκίνη:** 15 mg/kg, ανά 12ωρο, IV, για 4 εβδομάδες

### Μέτρια ευαισθησία στην πενικιλίνη (MIC>0,12 mg/L έως 0,5 mg/L)

Για όλους τους ασθενείς (ισχύει και για *S. bovis*)

**Πενικιλίνη G:** Συνολική δόση 24x10<sup>6</sup> iu/24ωρο, IV, διηρημένη σε 4-6 δόσεις ή σε συνεχή έγχυση, για 4 εβδομάδες σε συνδυασμό με  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg ανά 8ωρο, IV, για 2 εβδομάδες

ή

**Κεφτριαζόνη:** 2 g/24ωρο, σε μία IV δόση, για 4 εβδομάδες σε συνδυασμό με  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg ανά 8ωρο, IV, για 2 εβδομάδες

Εναλλακτικά ή επί αλλεργίας σε πενικιλίνη

**Βανκομυκίνη:** 15 mg/kg, ανά 12ωρο, IV, για 4 εβδομάδες

### Αντοχή στην πενικιλίνη (MIC>0,5 mg/L)\*

Θεραπεία όπως σε εντεροκοκκική ενδοκαρδίτιδα (βλέπε Πίνακα 5)

↓  
**Θεραπεία 4-6-8 εβδομάδες**

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

## □ Θεραπεία ΛΕ φυσικής βαλβίδας από σταφυλόκοκκο

### Σταφυλόκοκκοι ευαίσθητοι στη μεθικιλίνη (MSSA)

(MIC οξακιλλίνης: *S. aureus* ≤2 mg/L, CoNS ≤0,25 mg/L)

Χωρίς αλλεργία στην πενικιλίνη

**Αντισταφυλοκοκκική πενικιλίνη (οξακιλλίνη ή δικλοξακιλλίνη):** 2 g ανά 4ωρο, IV, επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον  
**με ή χωρίς**  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg ανά 8ωρο, IV, επί 3-5 ημέρες

**ή**  
**Κεφαζολίνη:** 2 g ανά 8ωρο, IV, επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον  
**με ή χωρίς**  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg ανά 8ωρο, IV, επί 3-5 ημέρες

Ενδοκαρδίτιδα δεξιών κοιλοτήτων (IVDA), χωρίς επιπλοκές

**Αντισταφυλοκοκκική πενικιλίνη (οξακιλλίνη ή δικλοξακιλλίνη):** 2 g ανά 4ωρο, IV, επί 2 εβδομάδες  
**με ή χωρίς**  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg ανά 8ωρο, IV, επί 2 εβδομάδες

Αλλεργία στην πενικιλίνη

**Βανκομυκίνη:** 15 mg/kg, ανά 12ωρο, IV, για 6 εβδομάδες τουλάχιστον  
**με ή χωρίς**  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg, ανά 8ωρο, IV, επί 3-5 ημέρες

**ή εναλλακτικά επί δυσανεξίας ή αλλεργίας στη βανκομυκίνη,**  
**Τείκοπλανίνη:** 12 mg/kg ανά 24ωρο IV επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον

**ή εναλλακτικά επί αλλεργίας ή αποτυχίας της βανκομυκίνης,**  
**Δαπτομυκίνη\*:** 6 mg/kg/24ωρο, σε μία IV δόση, επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον

**ή**  
**Λινεζολίδη:** 600 mg, ανά 12ωρο, IV ή p.o., για 6 εβδομάδες τουλάχιστον

**ή**  
**Κινοπριστίνη-Νταλφοπριστίνη:** 7,5 mg/kg, ανά 8ωρο, IV, για 6 εβδομάδες τουλάχιστον

\*Αφορά κυρίως ΛΕ δεξιών κοιλοτήτων.

### Σταφυλόκοκκοι ανθεκτικοί στη μεθικιλίνη (MRSA)

(MIC οξακιλλίνης: *S. aureus* >2 mg/L, CoNS >0,25 mg/L)

Για όλους τους ασθενείς

**Βανκομυκίνη:** 15 mg/kg, ανά 12ωρο, IV, για 6 εβδομάδες  
**με ή χωρίς**  
**Γενταμικίνη:** 1 mg/kg, ανά 8ωρο, IV, επί 3-5 ημέρες

**ή**  
**Δαπτομυκίνη\*:** 6 mg/kg ανά 24ωρο, σε μία IV δόση, επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον

**ή εναλλακτικά επί δυσανεξίας ή αλλεργίας στη βανκομυκίνη,**  
**Τείκοπλανίνη:** 12 mg/kg ανά 24ωρο IV επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον

**ή εναλλακτικά επί αλλεργίας ή αποτυχίας της βανκομυκίνης,**  
**Δαπτομυκίνη\*:** 6 mg/kg/24ωρο, σε μία IV δόση, επί 6 εβδομάδες τουλάχιστον

**ή**  
**Λινεζολίδη:** 600 mg, ανά 12ωρο, IV ή p.o., για 6 εβδομάδες τουλάχιστον

**ή**  
**Κινοπριστίνη-Νταλφοπριστίνη:** 7,5 mg/kg, ανά 8ωρο, IV, για 6 εβδομάδες τουλάχιστον

\*Αφορά ΛΕ δεξιών κοιλοτήτων.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ (προφύλαξη)

- Συστάσεις για χορήγηση αντιβιοτικών για προφύλαξη από

**Table 3. Cardiac Conditions Associated With the Highest Risk of Adverse Outcome From Endocarditis for Which Prophylaxis With Dental Procedures Is Reasonable**

Prosthetic cardiac valve or prosthetic material used for cardiac valve repair

Previous IE

Congenital heart disease (CHD)\*

Unrepaired cyanotic CHD, including palliative shunts and conduits

Completely repaired congenital heart defect with prosthetic material or device, whether placed by surgery or by catheter intervention, during the first 6 months after the procedure†

Repaired CHD with residual defects at the site or adjacent to the site of a prosthetic patch or prosthetic device (which inhibit endothelialization)

Cardiac transplantation recipients who develop cardiac valvulopathy

\*Except for the conditions listed above, antibiotic prophylaxis is no longer recommended for any other form of CHD.

†Prophylaxis is reasonable because endothelialization of prosthetic material occurs within 6 months after the procedure.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

**Table 6. Summary of Major Changes in Updated Document**

We concluded that bacteremia resulting from daily activities is much more likely to cause IE than bacteremia associated with a dental procedure.

We concluded that only an extremely small number of cases of IE might be prevented by antibiotic prophylaxis even if prophylaxis is 100% effective.

Antibiotic prophylaxis is not recommended based solely on an increased lifetime risk of acquisition of IE.

Limit recommendations for IE prophylaxis only to those conditions listed in Table 3.

~~Antibiotic prophylaxis is no longer recommended for any other form of CHD, except for the conditions listed in Table 3.~~

Antibiotic prophylaxis is reasonable for all **dental procedures** that involve manipulation of gingival tissues or periapical region of teeth or perforation of oral mucosa only for patients with underlying cardiac conditions associated with the highest risk of adverse outcome from IE (Table 3).

Antibiotic prophylaxis is reasonable for procedures on **respiratory tract** or **infected skin, skin structures** or musculoskeletal tissue only for patients with underlying cardiac conditions associated with the highest risk of adverse outcome from IE (Table 3).

Antibiotic prophylaxis solely to prevent IE is **not recommended for GU or GI tract procedures.**

Although these guidelines recommend changes in indications for IE prophylaxis with regard to selected dental procedures (see text), the writing group reaffirms that those medical procedures listed as not requiring IE prophylaxis in the 1997 statement remain unchanged and extends this view to vaginal delivery, hysterectomy, and tattooing. Additionally, the committee advises against body piercing for patients with conditions listed in Table 3 because of the possibility of bacteremia, while recognizing that there are minimal published data regarding the risk of bacteremia or endocarditis associated with body piercing.

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ (προφύλαξη)

Table 5. Regimens for a Dental Procedure + άλλες ενδεικνυόμενες επεμβατικές πράξεις

Situation	Agent	Regimen: Single Dose 30 to 60 min Before Procedure	
		Adults	Children
Oral	Amoxicillin	2 g	50 mg/kg
Unable to take oral medication	Ampicillin	2 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV
	<b>OR</b> Cefazolin or ceftriaxone	1 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV
Allergic to penicillins or ampicillin—oral	Cephalexin*†	2 g	50 mg/kg
	<b>OR</b> Clindamycin	600 mg	20 mg/kg
	<b>OR</b> Azithromycin or clarithromycin	500 mg	15 mg/kg
Allergic to penicillins or ampicillin and unable to take oral medication	Cefazolin or ceftriaxone†	1 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV
	<b>OR</b> Clindamycin	600 mg IM or IV	20 mg/kg IM or IV

IM indicates intramuscular; IV, intravenous.

\*Or other first- or second-generation oral cephalosporin in equivalent adult or pediatric dosage.

†Cephalosporins should not be used in an individual with a history of anaphylaxis, angioedema, or urticaria with penicillins or ampicillin.

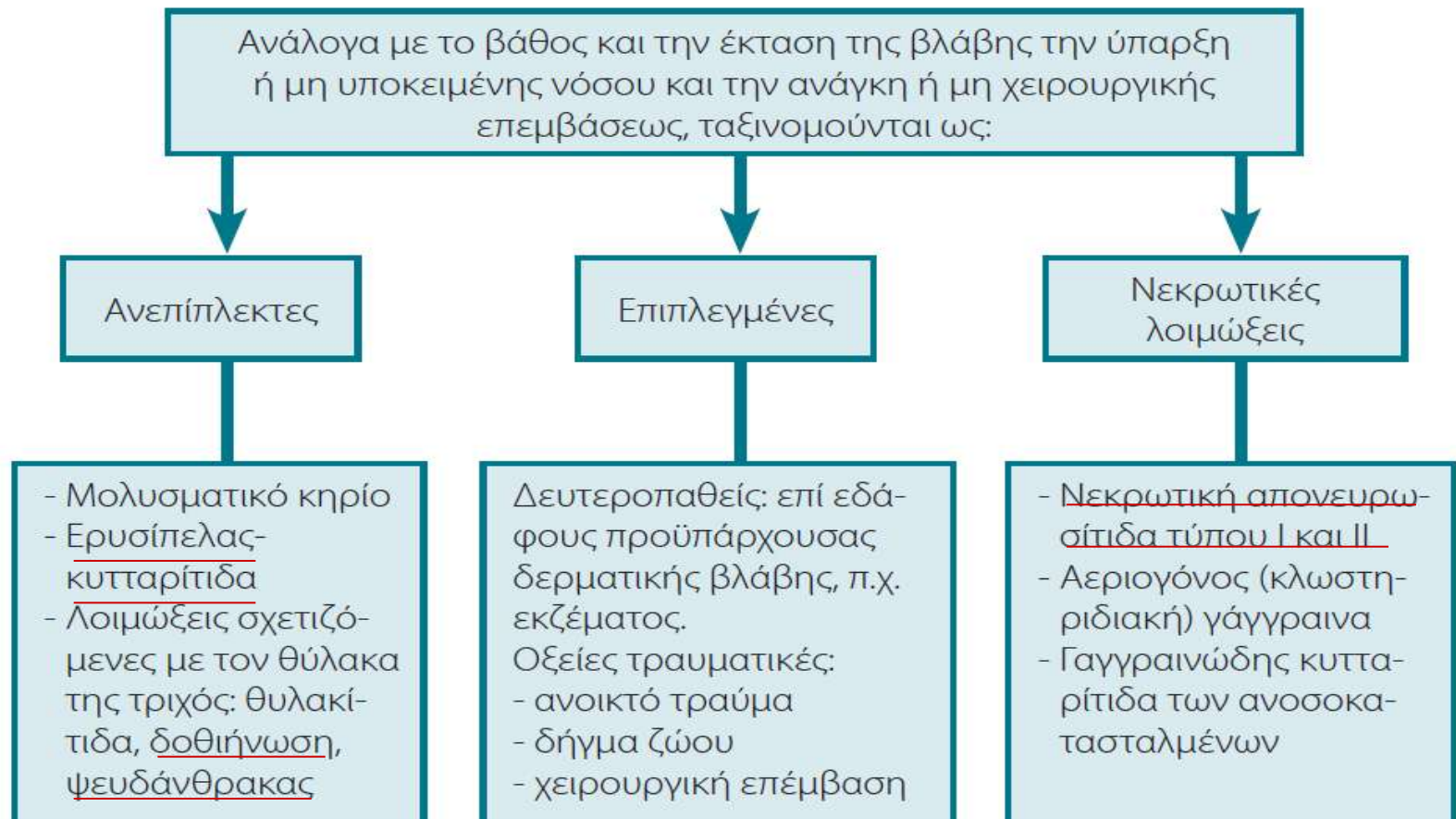
---

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ  
ΔΕΡΜΑΤΟΣ – ΜΑΛΑΚΩΝ  
ΜΟΡΙΩΝ**

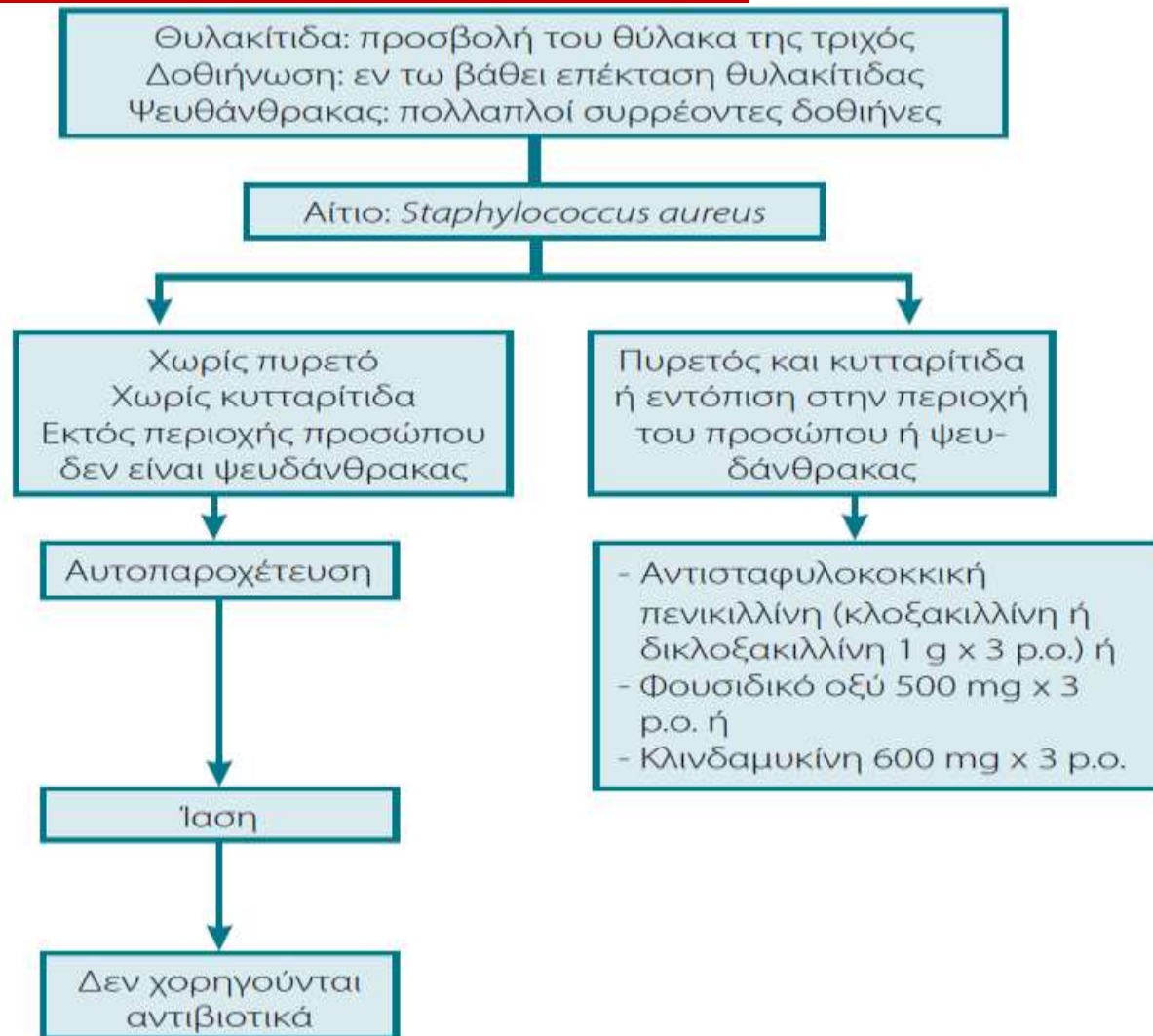
---

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ – ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

## □ Ταξινόμηση



# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ – ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ



# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ - ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Φλεγμονή δέρματος, που αφορίζεται με σαφή όχθο από το υγιές δέρμα (ερυσίπελας) ή εικόνα φλοιού πορτοκαλιού (κυτταρίτιδα)

Αίτιο: β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδας A, σπανίως C ή G ή *Staphylococcus aureus* ( $\leq 10\%$ )

Θεραπεία

α. Πρώτη προσβολή

- Πενικιλίνη V 1,5 εκ ιυ x 4 p.o. (για ήπιες περιπτώσεις) ή Κρυσταλλική πενικιλίνη G 3 εκ ιυ X 4 iv (σε σοβαρότερες μορφές) ή
- Δμοξυκιλλίνη + κλαβουλανικό οξύ 1000 mg x 2 p.o. ή
- Μακρολίδη Ροξιθρομυκίνη 150 mg x 2 p.o. ή Κλαριθρομυκίνη 500 mg x 2 p.o. ή Αζιθρομυκίνη 500 mg/24ωρο, ή
- Κλινδαμυκίνη 600 mg x 3 p.o.

β. Υποτροπιάζον ερυσίπελας ( $\geq 2$  υποτροπές εντός 12 μηνών)

- Μετά τη θεραπεία οξείας φάσεως (βλ. παραπλεύρως) γίνεται πρόληψη με βενζαθινική πενικιλίνη 2,4-3,6 εκ ιυ IM (1,2-1,8 εκ ιυ συγχρόνως σε κάθε γλουτό) κάθε 3 εβδομάδες και μακροχρονίως, για 12-18 μήνες.
- Εναλλακτικά:
- Πενικιλίνη V 1,5 εκ ιυ p.o., ανά 12ωρο (μία ώρα προ του φαγητού) και μακροχρονίως (12-18 μήνες)

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ - ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Νεκρωτική απονευρωσίτιδα τύπου II ή στρεπτοκοκκική γάγγραι (Flesh eating disease):

Κυτταρίτιδα με ταχεία επέκταση, που προκαλεί νέκρωση υποδορίου και απονευρώσεων

Αίτιο: β-αμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδας A με παραγωγή υπεραντιγόνων (super-antigens)

S.O.S αρχικά προεξάρχει ο πόνος, χωρίς εμφανή κλινικά σημεία πλην του πυρετού, ακολούθως εμφανίζεται οίδημα μυών. Πιθανώς η νόσος να συνδυασθεί με ταχέως εξελισσόμενο σηπτικό shock (θνητότητα 80-100%)

Παρακλινικώς: λευκοκυττάρωση (με πολυμορφοπυρηνικό τύπο)  
↑ CRP

Θεραπεία

Απαιτείται άμεση είσοδος στο νοσοκομείο και αντιμετώπιση με:

- Χειρουργικό καθαρισμό
- Πενικιλίνη G (5 εκ υί x 6 iv) + Κλινδαμυκίνη (600 mg x 3 σε iv έγχυση διάρκειας 30' iv)
- Ανοσοσφαιρίνη G (G iv 400 mg/kg/24ωρο x 5 ημέρες)

---

ευχαριστώ

---