

Αντιμετώπιση περιστατικού με λοίμωξη μαλακών μορίων από στρεπτόκοκκο

Φανερωμένος Περικλής, Παπαγεωργίου Ειρήνη, Χαρατσής Χρήστος, Σμαραγδής Γιώργος, Χατζηδημητρίου Ιωάννης, Κακοσημίδη Όλγα, Ανίσογλου Σουζάνα
ΑΝΘ ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ

Ασθενής, άρρεν 42 ετών εισήχθη στη ΜΕΘ λόγω ΟΑΑ στα πλαίσια δερματικής λοίμωξης AP άνω άκρου και κορμού, μετά από προηγηθείσα νοσηλεία σε άλλη ΜΕΘ. Ετέθη σε καταστολή, αναλγησία και ινóτροπη/αγγειοσυσπαστική υποστήριξη. Bedside echo εισαγωγής: SR, ταχυκαρδία 130 bpm, υποκινησία μεσοκοιλιακού, Ef: 30-35%, μικρή ανεπάρκεια MV. Σε μεταβολική οξέωση με γαλακτικά lac=5mmol/lit και σημαντικό έλλειμμα βάσης BE=-11. Σταδιακή υποχώρηση γαλακτικών σε φυσιολογικές τιμές. Εμπύρετος από την εισαγωγή, με λευκοκυττάρωση (λευκά max τιμή= 94210), με πολυμορφοπυρήνωση. Μετά από λοιμωξιολογική εκτίμηση, τροποποιήθηκε η αντιβιοτική αγωγή και χορηγήθηκε ανοσοσφαιρίνη. Σταδιακή διόρθωση λευκοκυττάρωσης με συνοδό εμπύρετου.

Έγινε εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός νεκρωμάτων AP άνω άκρου και κορμού και ακολούθησαν καθημερινές αλλαγές χ/κού τραύματος. Στα πλαίσια της πολυοργανικής ανεπάρκειας εκδήλωσε ΟΝΑ και τέθηκε σε CVVHDF (με ικανοποιητική διούρηση, κυρίως για την απομάκρυνση τοξινών, τη διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών και το οίδημα). Από την 17^η ημέρα ήταν εκτός μηχανήματος CVVHDF, με φυσιολογική αυτόματη διούρηση και τιμές ουρίας-κρεατινίνης.

Την 25^η μέρα λόγω επιστροφών από το levin και λόγω ανάγκης αποκλεισμού παραλυτικού ειλεού, διενεργήθηκε CT AKKO με γαστρογραφίνη. Τυχαίο εύρημα ήταν η παρουσία εξιδρωματικής παγκρεατίτιδας (αμυλάση ορού=154, σε πτωτική πορεία). Ακολούθησε echo ήπατος-χοληφόρων (χωρίς εικόνα χολολιθίασης, χολικής λάσπης, υπέρ αλιθιασικής χολοκυστίτιδας, στα πλαίσια της υποκείμενης νόσου και της σηψαιμίας). Έγινε και γασ/κή εκτίμηση και συστήθηκε συνέχιση αντιβιοτικών για 4-6 εβδομάδες και επανεκτίμηση με CT ή MRI σε 1 μήνα, λόγω ηπατικού αποστήματος 1,7cm. Λόγω αδυναμίας απογαλακτισμού από τον αναπνευστήρα, την 27^η ημέρα διενεργήθηκε χ/κή τραχειοστομία χωρίς επιπλοκές. Από την 28^η ημέρα σε t-piece trial στα 5lit O2 με ικανοποιητική οξυγόνωση και αερισμό. Ασθενής χωρίς καταστολή πλέον, με άριστη επικοινωνία και μυσπάθεια μονάδας μετά από σήψη. Εξέρχεται της ΜΕΘ την 33^η ημέρα απύρετος και με ικανοποιητική διούρηση. Από καλλιέργειες εισαγωγής βρέθηκε θετικός σε Candida auris σε δείγμα που λήφθηκε από τη μασχάλη και τη μηροβουβωνική πτυχή και γι' αυτό λάμβανε διπλή αντιμυκητιασική αγωγή.

Οι νεκρωτικές λοιμώξεις μαλακών μορίων περιλαμβάνουν ευρύ φάσμα λοιμώξεων της επιδερμίδας, υποδορίων ιστών, μυών και περιτονίας. Το κοινό τους στοιχείο είναι η παρουσία προοδευτικής νέκρωσης και συστηματικής σήψης που χρήζουν χειρουργικής παρέμβασης πέραν της κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής και της διατήρησης ζωτικών λειτουργιών. Ιστορικά, η θνησιμότητα ανέρχεται στο 76%, όμως οι πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν θνησιμότητα μεταξύ 10-30%.

Οι πολυμικροβιακές λοιμώξεις μαλακών μορίων είναι το πιο κοινό είδος NSTIs. Αυτές οι λοιμώξεις περιλαμβάνουν προσβολή από συνδυασμό gram θετικών κόκκων, gram αρνητικών βάκιλων και αναερόβιων.

Οι μονομικροβιακές λοιμώξεις περιλαμβάνουν προσβολή από *Streptococcus pyogenes* ή *Staphylococcus aureus*. Ωστόσο, μονομικροβιακές λοιμώξεις που προκαλούνται από *Clostridium spp* και *Vibrio vulnificus* σχετίζονται με υψηλή θνησιμότητα.



O *Streptococcus pyogenes* είναι ένα βακτήριο που προσβάλλει το ανθρώπινο είδος και προκαλεί ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων από ήπιες εντοπισμένες λοιμώξεις έως απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις. Συνδέεται συνήθως με λοιμώξεις του δέρματος ή του λαιμού.

Οι δερματικές βλάβες είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου, αλλά και η παρουσία συννοσηροτήτων αυξάνει τον κίνδυνο διεισδυτικής στρεπτοκοκκικής νόσου ομάδας Α, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιοπάθειες, τα νεοπλάσματα, η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών και οι κακές συνθήκες διαβίωσης.

Οι παθήσεις που σχετίζονται με τον συγκεκριμένο μικροοργανισμό είναι οι εξής:

Φαρυγγίτιδα

Ερύθημα προσώπου

Ερυσίπελας

Κυτταρίτιδα

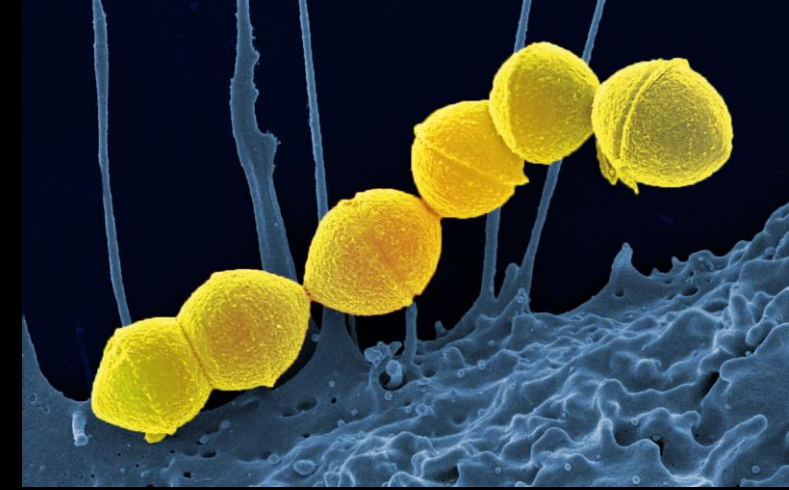
Νεκρωτική απονευρωσίτιδα

STSS

Ρευματικός πυρετός

Οξεία σπειραματονεφρίτιδα

Η διάγνωση είναι εργαστηριακή



Η πενικιλίνη είναι το αντιμικροβιακό εκλογής για τη θεραπεία των λοιμώξεων από *S. pyogenes*. Ωστόσο, σε ασθενείς με αλλεργία στην πενικιλίνη, μια από του στόματος κεφαλοσπορίνη ή μια μακρολίδη είναι εναλλακτικές θεραπείες.

Η συνδυασμένη χρήση ενδοφλέβιας πενικιλίνης με κλινδαμυκίνη συνιστάται σε σοβαρές συστηματικές λοιμώξεις.

Οι ασθενείς με σοβαρή υπερευαισθησία στην πενικιλίνη μπορούν να υποβληθούν σε θεραπεία με λινεζολίδη, βανκομυκίνη ή δαπτομυκίνη. Σε ασθενείς με σοβαρή λοίμωξη μαλακών μορίων, η παροχέτευση και η χειρουργική απομάκρυνση θα πρέπει να ξεκινούν αμέσως.