



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

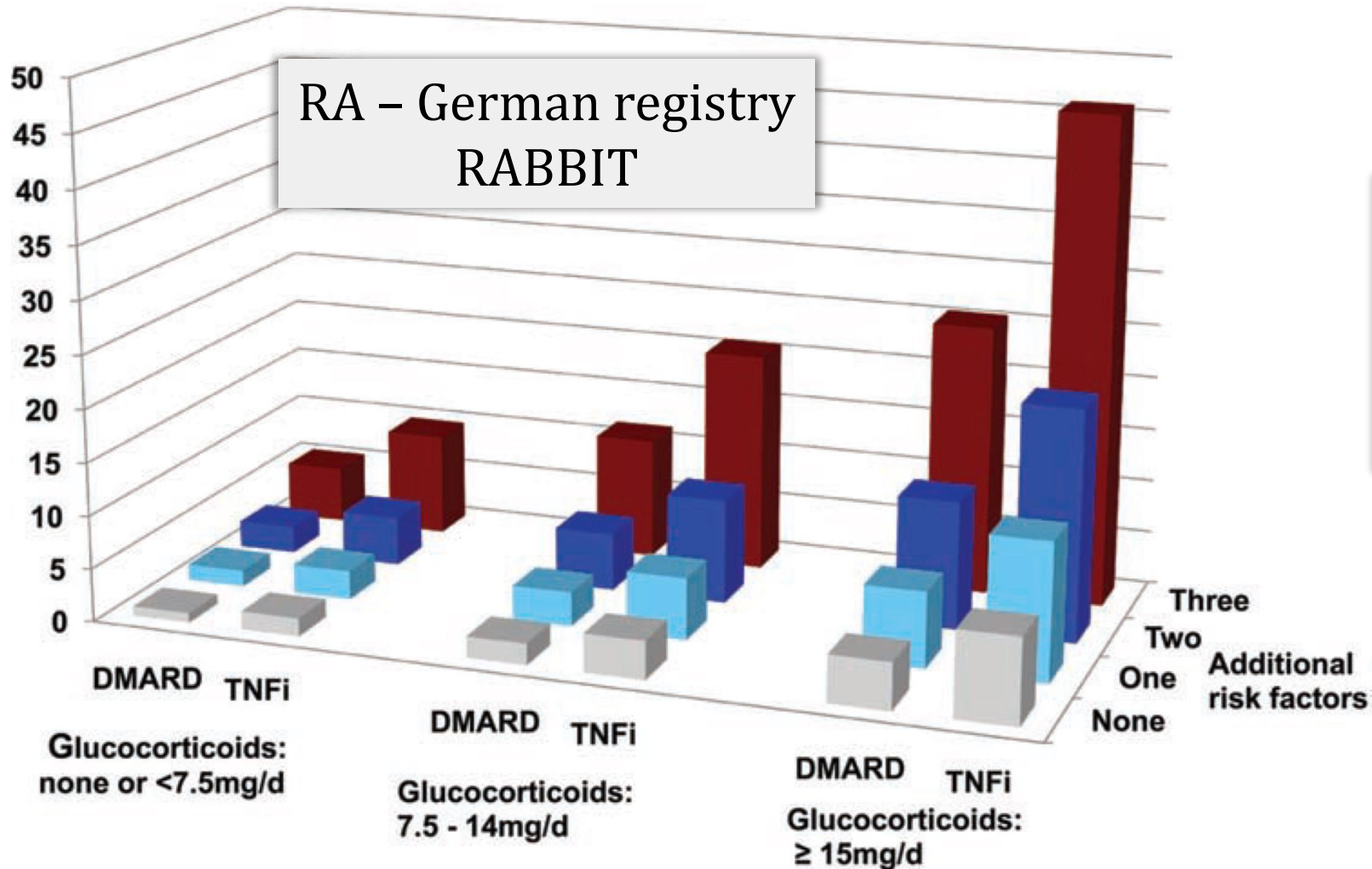
www.rheumatologycongress2018.gr

«Συχνές λοιμώξεις – πρώιμη ανίχνευση σήψης στον ρευματοπαθή»

Γεώργιος Σιακαλλής
Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος

Αθήνα, Δεκ. 2018

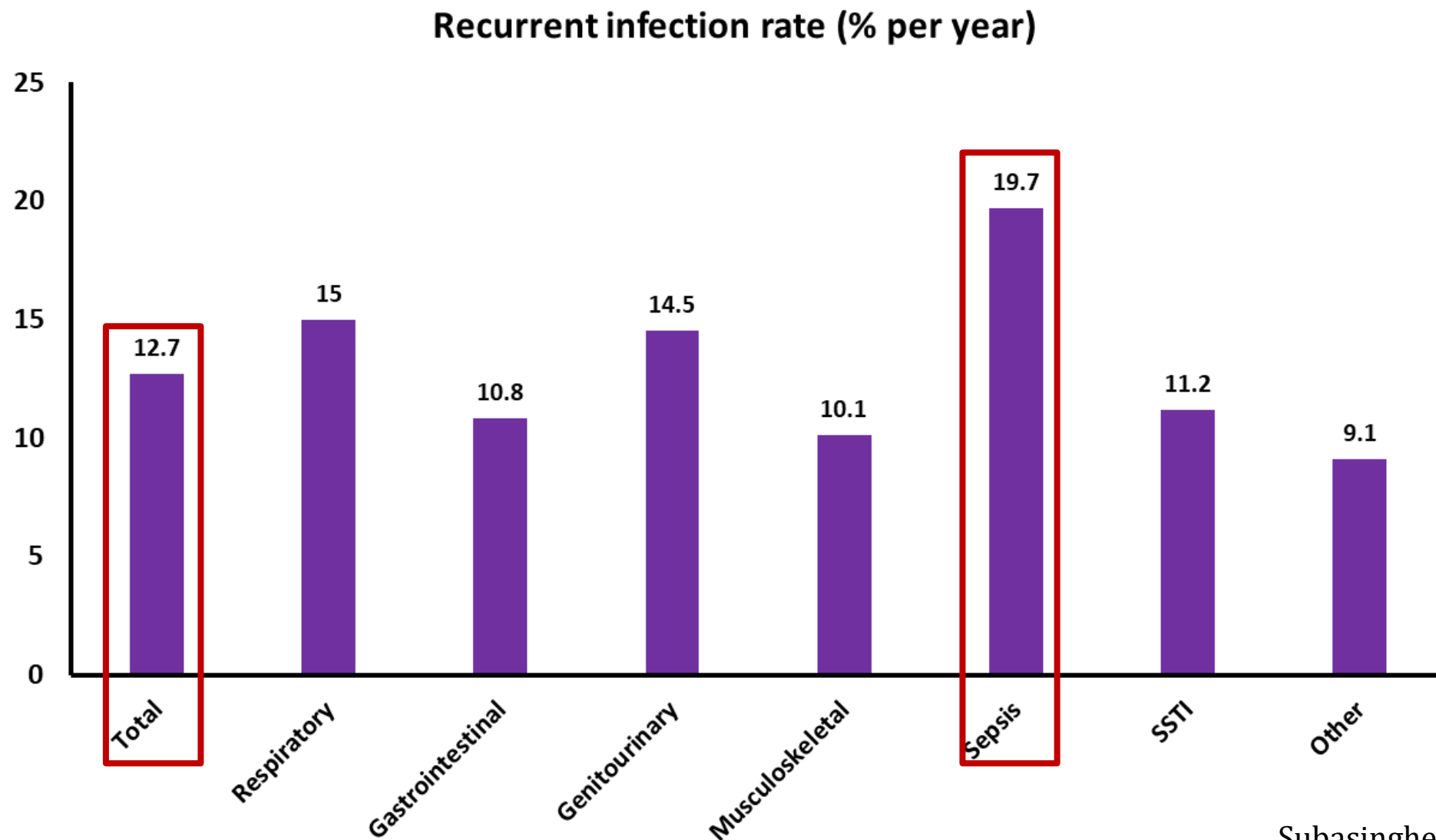
Επίπτωση - λοιμώξεις



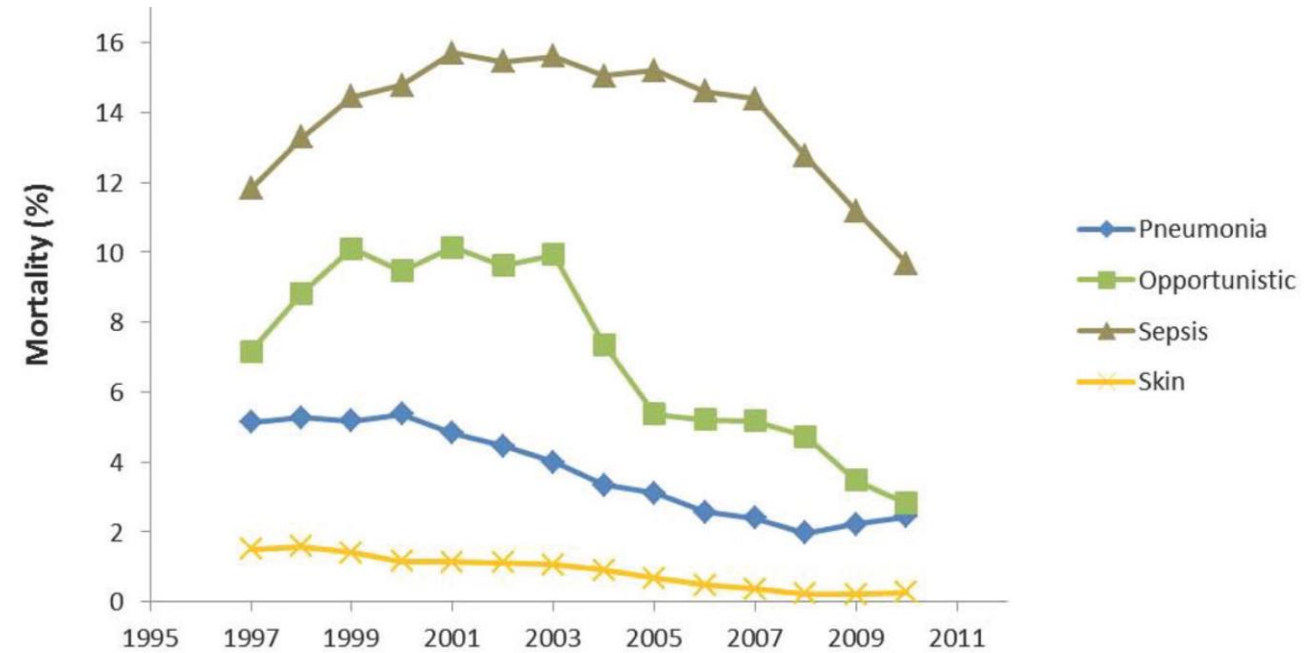
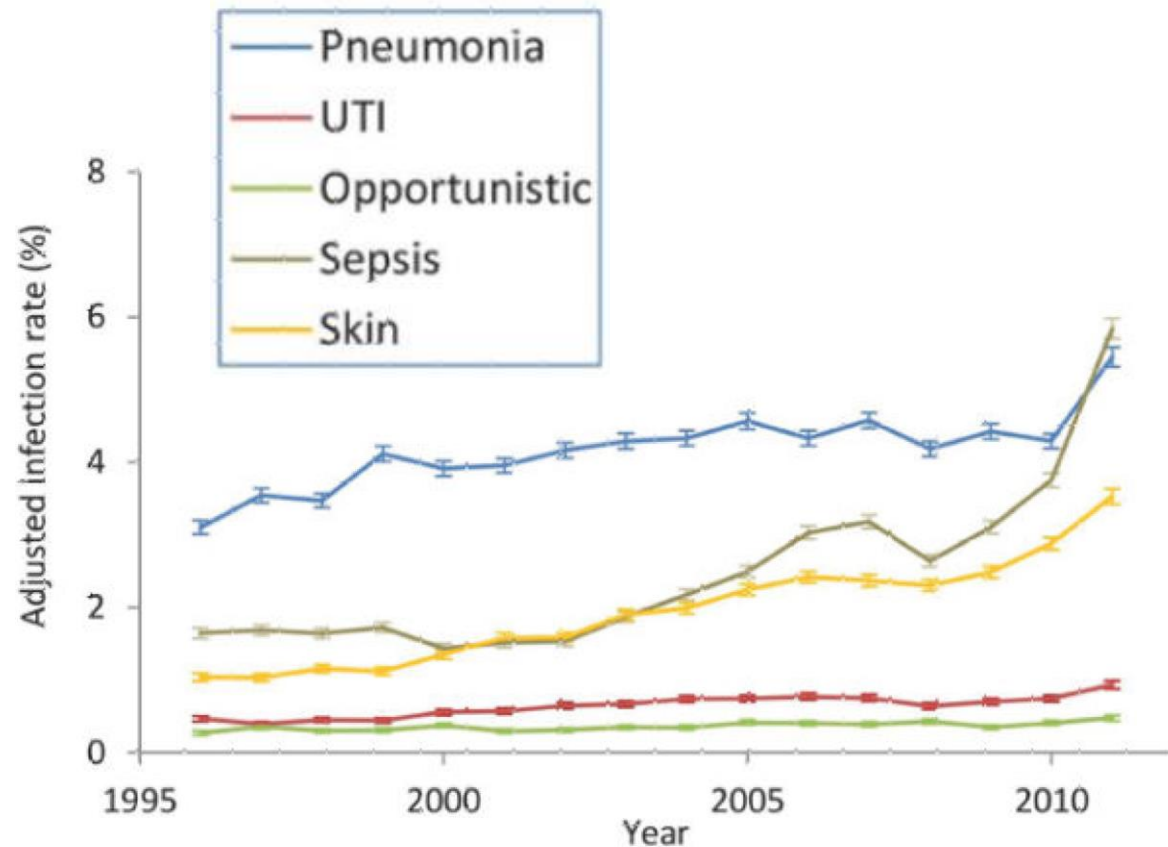
Επιπλέον παράγοντες κινδύνου

- Ηλικία >60 έτη
- Χρόνια πνευμονική νόσος
- Χρόνια νεφρική νόσος
- Ιστ. προηγούμενης λοίμωξης

Νέα σοβαρή λοίμωξη μετά από το 1ο επεισόδιο (P.A)



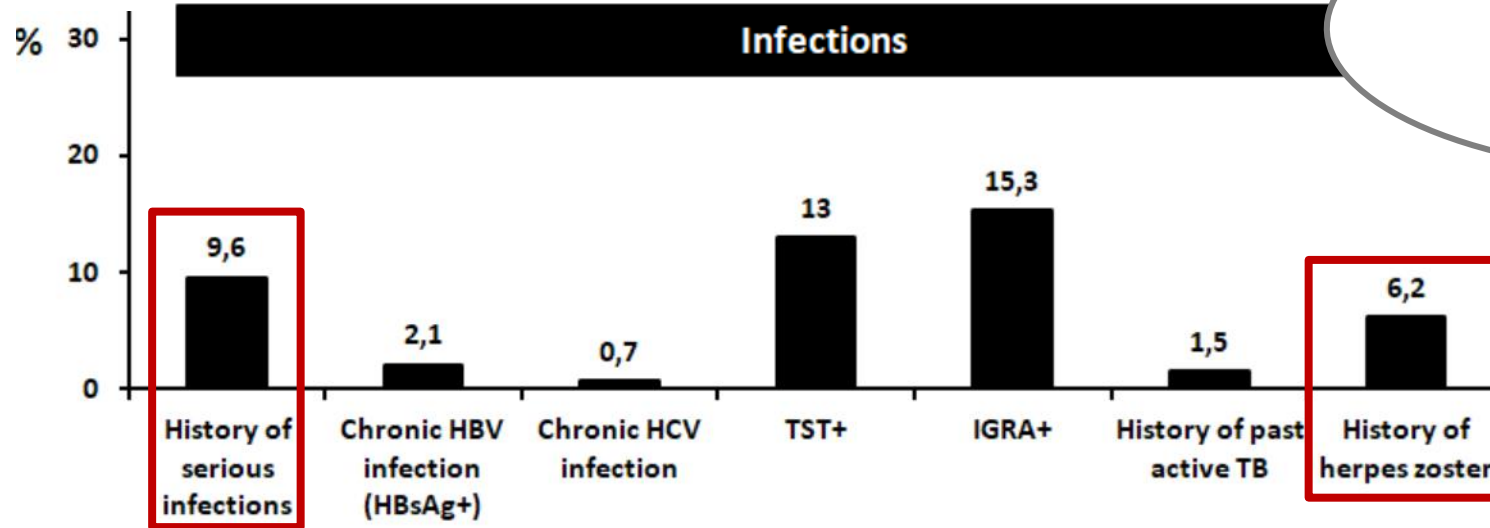
ΣΕΛ – σοβαρές λοιμώξεις



ΣΕΛ – σοβαρές λοιμώξεις (ανάγκη νοσηλείας)

- >12 φορές πιο συχνές, 13-37% των περιπτώσεων νοσηλείας
- Πνευμονία, ουρολοιμώξεις, λοιμώξεις μαλακών μορίων – σήψη κυριότερη αιτία θνητότητας

P.A (n: 2.491) – Ελληνικά δεδομένα



Λοιμώξεις

- 30% των εισαγωγών στο νοσοκομείο

Thomas et. al. *Mediterr J Rheumatol.* 2018

Άλλη λοίμωξη αναπνευστικού συστήματος	14
Άλλη λοίμωξη γαστρεντερικού συστήματος	1
Άλλη λοίμωξη δέρματος/ μαλακών μορίων	5
Έρπης ζωστήρας	4
Οξεία πυελονεφρίτιδα	3
Άλλη λοίμωξη γαστρεντερικού συστήματος	2
Πνευμονική φυματίωση (mycobacterium tuberculosis)	1
Σπονδυλοδισκίτιδα	1
Άλλη λοίμωξη ΚΝΣ	1

Σοβαρή λοίμωξη (νοσηλεία) – 9.6%

- Ηλικία (↑ 2.2% ανά έτος)
- bDMARDs (O.R: 2.7, C.I. 1.9-3.8)
- ΧΑΠ (O.R 2.6, C.I: 1.5-4.4)
- Στεφανιαία νόσος (O.R 1.9, C.I: 1.1-3.3)

Thomas K/Vassilopoulos D. *ERE Study group.* Unpublished data



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

www.rheumatologycongress2018.gr

Λοιμώξεις αναπνευστικού

Αθήνα, Δεκ. 2018

Πνευμονία εκ της κοινότητας – εκτίμηση βαρύτητας

CURB-65 – δεν εκτιμά τις συννοσηρότητες

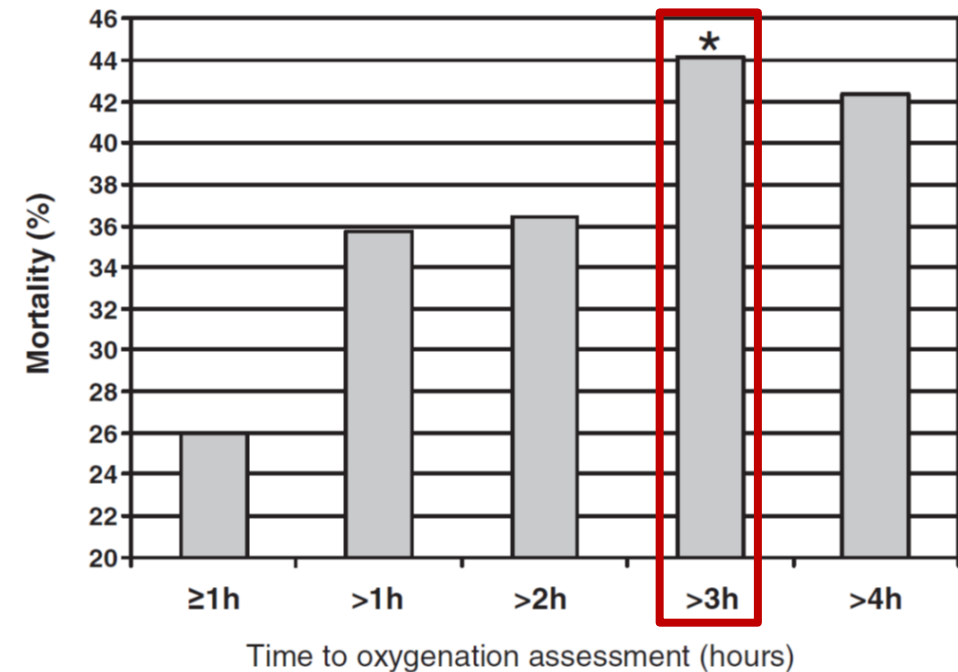
- **C:** Confusion
- **U:** Urea >40mg/dl
- **R:** Respiratory rate ≥ 30 /λεπτό
- **B:** Systolic ≤ 90 mmHg, or diastolic ≤ 60 mmHg
- **65:** Ηλικία ≥ 65 έτη

CURB-65 Score	Risk group	30-day mortality	Management
0-1	1	1.5%	Low risk, consider home treatment
2	2	9.2%	Probably admission vs close outpatient management
3-5	3	22%	Admission, manage as severe

PSI – **P**neumonia **S**everity **I**ndex – δεν εκτιμά ανοσοκαταστολή

- Εκτιμά εργαστηριακά δεδομένα και συννοσηρότητες

SO₂ <92% σε ατμοσφαιρικό αέρα – κριτήριο **εισαγωγής**



**Pneumonia in patients with systemic lupus erythematosus.
Epidemiology, microbiology and outcomes**

Table 3 Pneumonia severity assessment

<i>Score</i>	<i>Negative composite outcome n = 53</i>	<i>Nonnegative composite outcome n = 134</i>
CURB-65, n (%)		
0	4 (7.5)	25 (18.7)
1	14 (26.4)	80 (59.7)
2	26 (49)	25 (18.7)
3	9 (17)	4 (3)
PSI n (%)		
1	3 (8)	33 (92)
2	9 (19.6)	37 (80.4)
3	9 (20.5)	35 (79.5)
4	25 (50)	25 (50)
5	7 (63.6)	4 (36.4)

14% με CURB-65 score 0-1 είχαν αρνητική έκβαση

Εξατομίκευση

- Συννοσηρότητες
- Ανοσοκαταστολή
- Συμμόρφωση με οδηγίες

Πνευμονία εκ της κοινότητας – μικροβιολογία

	Παθογόνος μικροοργανισμός
Βακτήρια	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (~40%) <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> ¹
Άτυπα παθογόνα	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <i>Legionella</i> sp.
Ιοί	Influenza A και B Respiratory syncytial virus (RSV)

Κατευθυντήριες οδηγίες, ΚΕΕΛΠΝΟ

Streptococcus pneumoniae

- Υψηλή θνητότητα, ανοσοκαταστολή παράγοντας κινδύνου για διεισδυτική λοίμωξη
- Αντιγόνο ούρων (ενήλικες) – ευαισθησία 50-70%

***Staphylococcus aureus* - CA-MRSA (PVL τοξίνη)**

- Νέοι, υγιείς ενήλικες, κατά **διάρκεια επιδημιών γρίπης, ΥΨΗΛΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ (60%) - ΜΕΘ**
- Ταχεία εξέλιξη, σπηλαιοποίηση, αιμόπτυση

***Legionella* spp.**

- Υψηλή θνητότητα, συχνά ανάγκη νοσηλείας **ΜΕΘ**
- **Κορτικοειδή, TNFi**, ηλικία >50 έτη, κάπνισμα
- Συστημικά συμπτώματα > αναπνευστικά
- **Αντιγόνο ούρων**, ευαισθησία >95%

Βασικές αρχές αντιμικροβιακής θεραπείας

Χωρίς προηγούμενη χρήση
αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο

Προηγηθείσα χρήση αντιβιοτικών
το τελευταίο τρίμηνο¹

Αμοξικιλίνη ± νεότερη μακρολίδη²

Αμοξικιλίνη ± νεότερη μακρολίδη,
ή

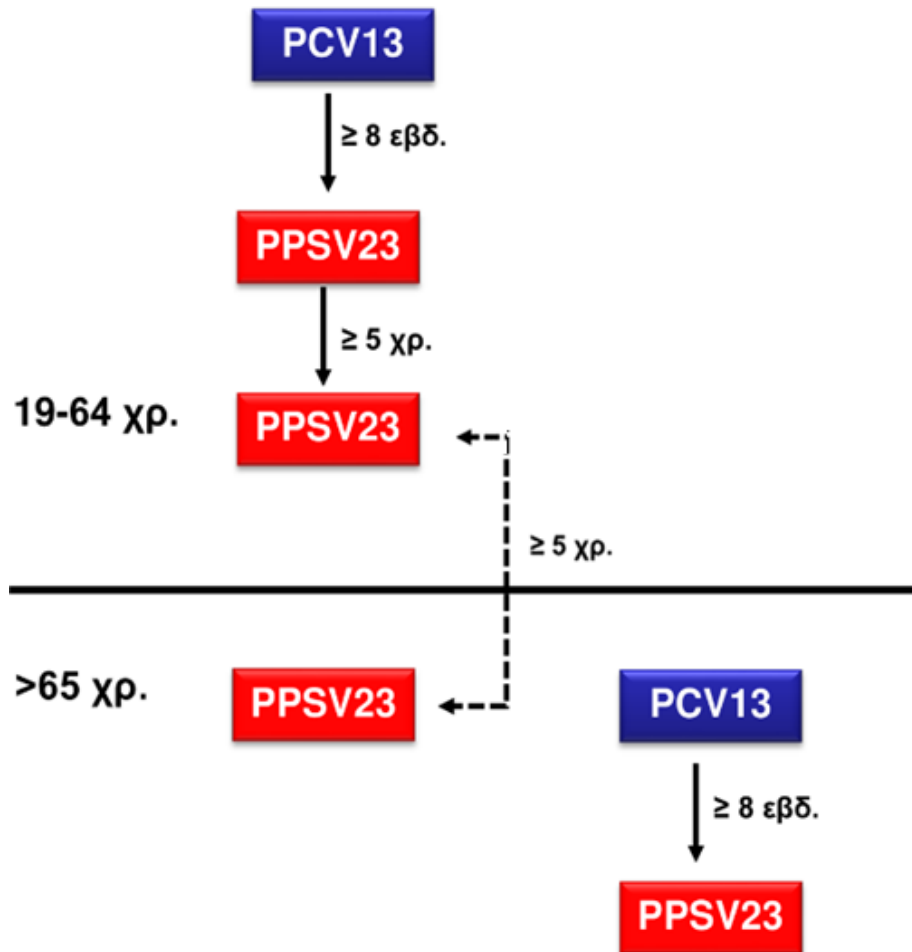
Κινολόνη με δράση στο αναπνευστικό σύστημα^{1,3}

Βασικές αρχές αντιμικροβιακής θεραπείας, 5-7 μέρες

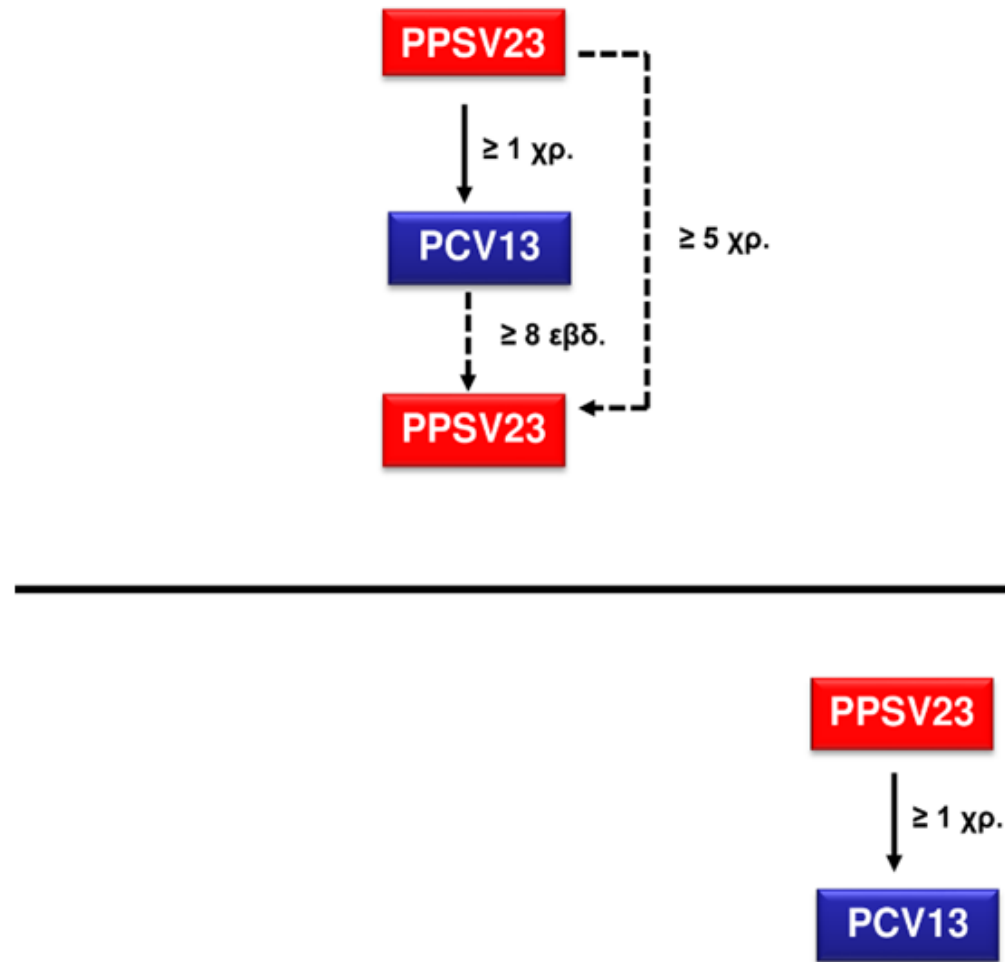
- Εμπειρική – έγκαιρη (αντιμικροβιακό που ο ασθενής δεν έχει λάβει το **τελευταίο τρίμηνο**)
- Εκτίμηση κινδύνου για *Pseudomonas* (ΧΑΠ, βρογχεκτασίες, προηγούμενη νοσηλεία, λήψη αντιμικροβιακών)
- *Streptococcus pneumoniae* – **40% αντοχή μακρολίδες, 'ΟΧΙ μονοθεραπεία με μακρολίδη**
- *Legionella* – επί ανοσοκαταστολής 3 εβδομάδες θεραπεία

Streptococcus pneumoniae - εμβολιασμός

Χωρίς προηγούμενο εμβολιασμό



Προηγούμενος εμβολιασμός με PPSV23



Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις - Rituximab

Υπογαμμασφαιριναιμία

- **PA:** 3.5%

(Van Vollenhoven et al. *Ann Rheum Dis.* 2013)

- **AAV:** 10-56%

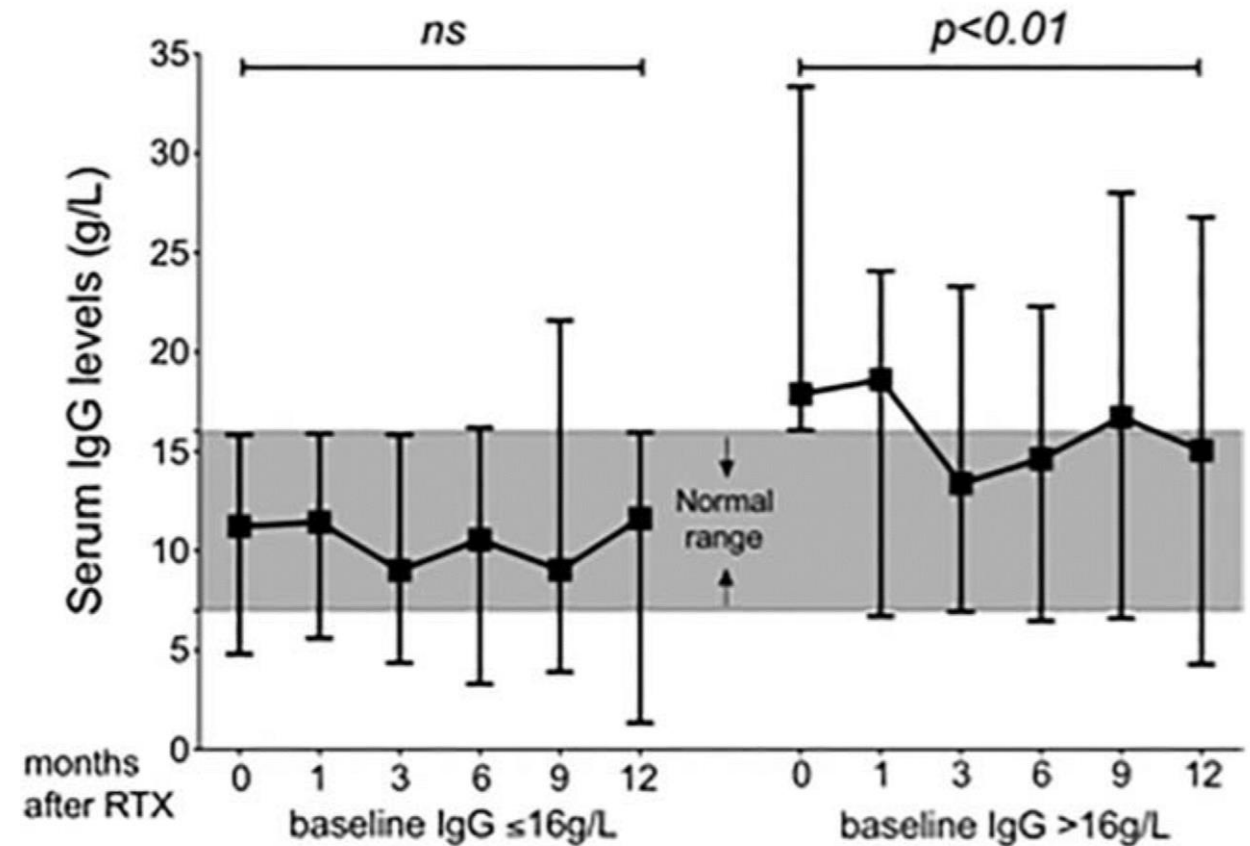
(Roberts DM et al. *J Autoimmun.* 2015)

- **SLE:** 5%

(Reddy V et al. *Arthritis Care Res.* 2017)

- **IVIG** για υποτροπιάζουσες λοιμώξεις: 3-18%

(Roberts DM et al. *J Autoimmun.* 2015)



Pneumocystis jirovecii

***Pneumocystis jirovecii* pneumonia (PJP)**

- Υψηλότερη θνητότητα στους non- HIV (36%) - **παράγοντες κινδύνου:** ηλικία >65 έτη, υψηλές δόσεις κορτικοειδών, συνυπάρχουσα πνευμονική νόσος

Επαγρύπνηση - έγκαιρη αναγνώριση

- Μη παραγωγικός βήχας, προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια, αποκορεσμός στην προσπάθεια
- Αμφοτερόπλευρα διηθήματα σε ακτινογραφία ή HRCT (“ground glass”)

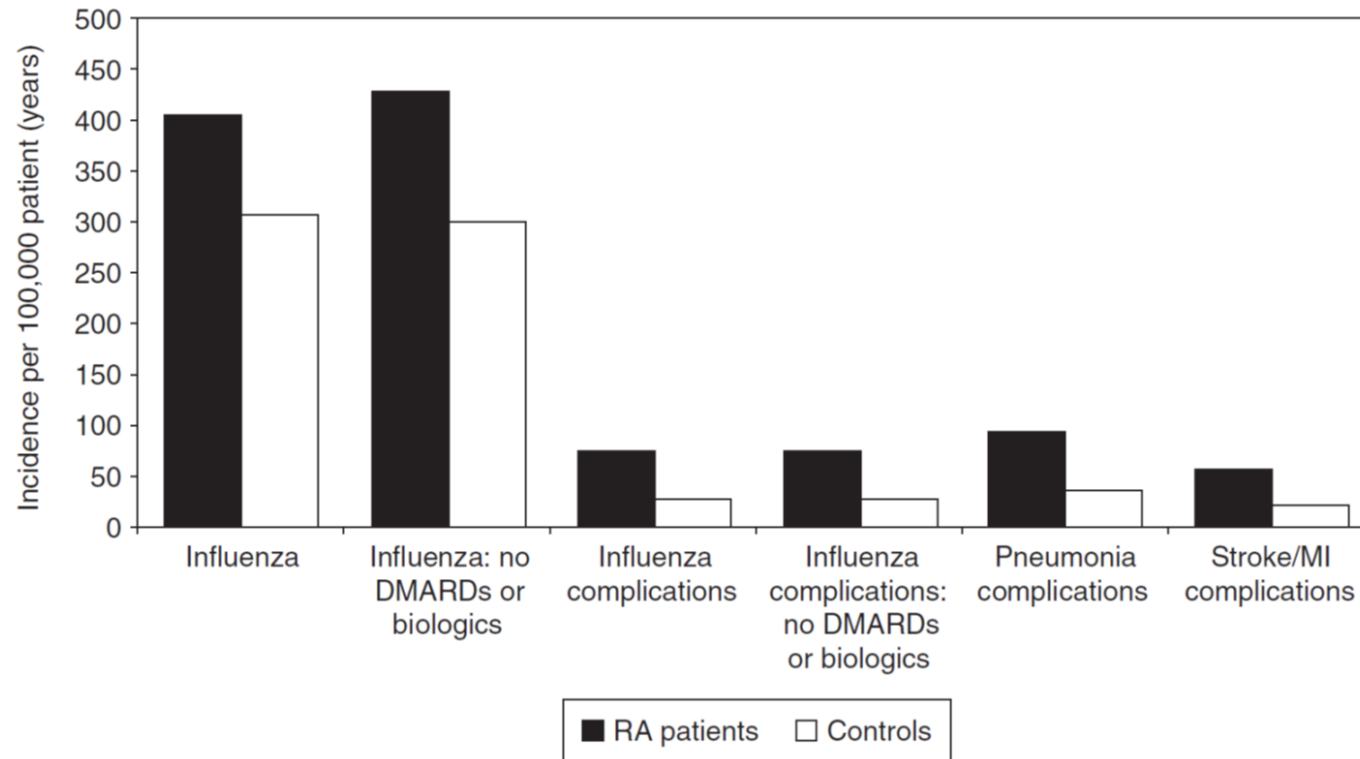
Διάγνωση

- Ανοσοφθορισμός ή PCR σε **BAL** ή δείγμα από επαγωγή πτυέλων
- Ανίχνευση [1,3], β-D γλυκάνης σε ορό – αρνητικό αποτέλεσμα έχει **NPV >90%**

Προφύλαξη – ισχύουσες συστάσεις

- **Πρεδνιζόνη $\geq 20\text{mg/d}$ για >4 εβδ**, ειδικά επί λοιπών παραγόντων κινδύνου (διαταραχές T-ανοσίας, συγχορήγηση κυτταροστατικών ή TNFi), **American Thoracic Society, expert opinion**
- **ANCA-αγγειίτιδες υπό Κυκλοφωσφαμίδη ή Rituximab**, ειδικά εάν συγχορηγούνται κορτικοειδή σε δόση >10mg/d (**EULAR, ERA-EDTA**)

Γρίπη



Blumentals et al. *BMC Musculoskel Dis.* 2012

Ρευματοπαθείς

- Αυξημένη επίπτωση γρίπης & σχετιζόμενων **επιπλοκών**
- Και σε ασθενείς χωρίς αγωγή με cs- ή bDMARDs
- Πιο εμφανής διαφορά (Vs γενικό πληθυσμό) – ηλικίες >60 έτη
- **Εμβολιασμός** – ασφαλές προληπτικό μέτρο έναντι στη γρίπη
- Μειωμένη εμβολιαστική κάλυψη σε ρευματοπαθείς – **ΣΑΦΕΣ ΟΦΕΛΟΣ**

Γρίπη, αντιϊικά

Σε περίοδο επιδημικής έξαρσης

- Επί παραγόντων κινδύνου για επιπλοκές/κακή έκβαση (ανοσοκαταστολή, εγκυμοσύνη, χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, ΧΝΝ, καρδιακή νόσος, νοσογόνος παχυσαρκία, χρόνια χρήση ασπιρίνης)
- Σε σοβαρή νόσο ή εγκατεστημένες επιπλοκές
- Χημειοπροφύλαξη μετά από έκθεση ατόμου με κίνδυνο επιπλοκών σε επιβεβαιωμένη γρίπη

Θεραπεία (ανεξαρτήτως ιστορικού εμβολιασμού)

- **Oseltamivir 75mg x 2, για 5 μέρες – ΕΝΑΡΞΗ ΤΟ ΣΥΝΤΟΜΟΤΕΡΟ ΔΥΝΑΤΟΝ (<48 ώρες)**

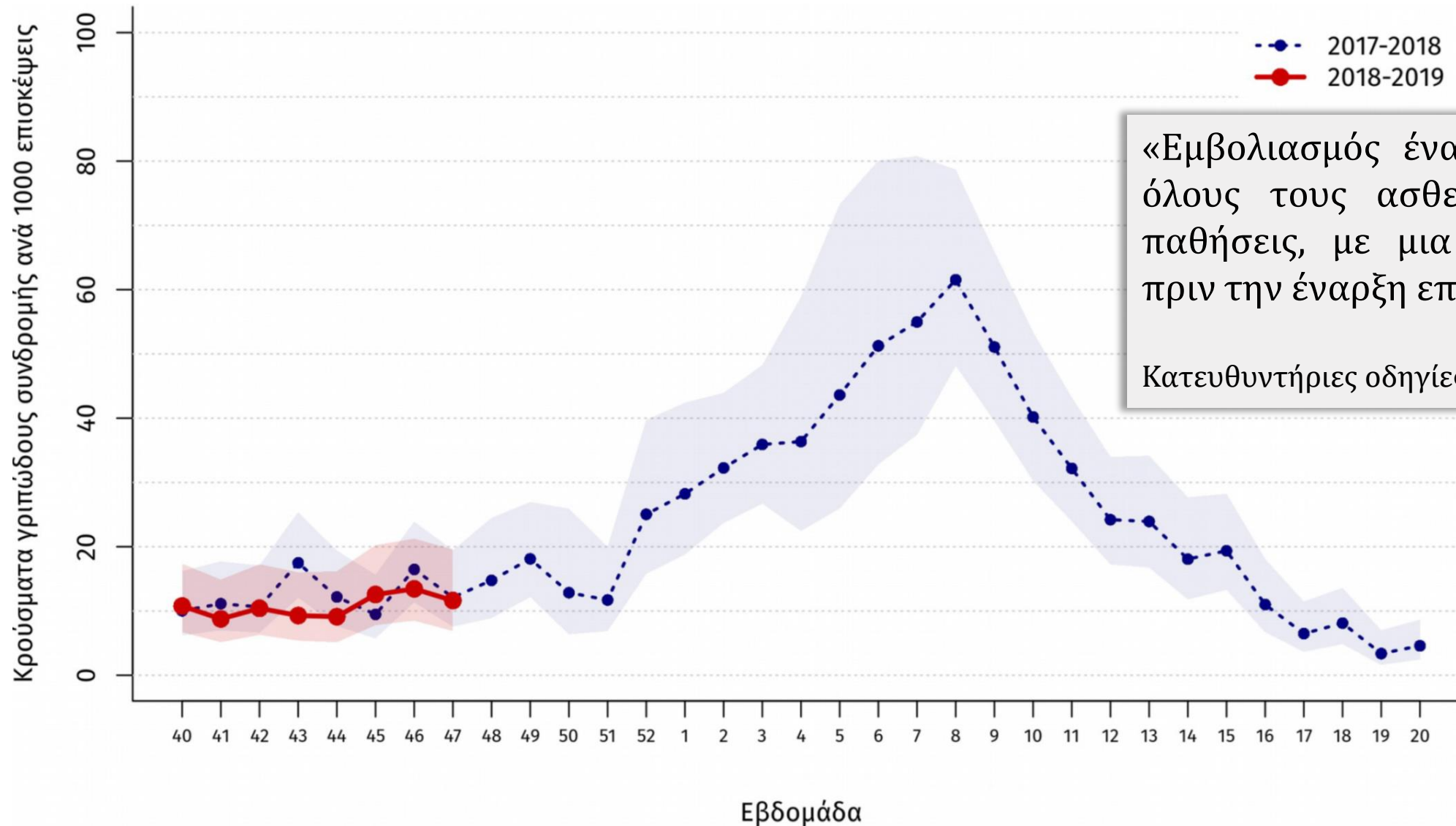
Χημειοπροφύλαξη

- **Oseltamivir 75mg x 1, για 7-10 μέρες**

Διάγνωση

- Δεν απαιτείται εργαστηριακή τεκμηρίωση – **κλινική διάγνωση, >80% ακρίβεια**
- Ανίχνευση αντιγόνου (ευαισθησία, περίπου 50%) ή PCR σε ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις

Γρίπη, εμβολιασμός



«Εμβολιασμός έναντι της γρίπης, για όλους τους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις, με μια δόση αντιγριπικού πριν την έναρξη επιδημικής περιόδου»

Κατευθυντήριες οδηγίες εμβολιασμού, ΕΡΕ

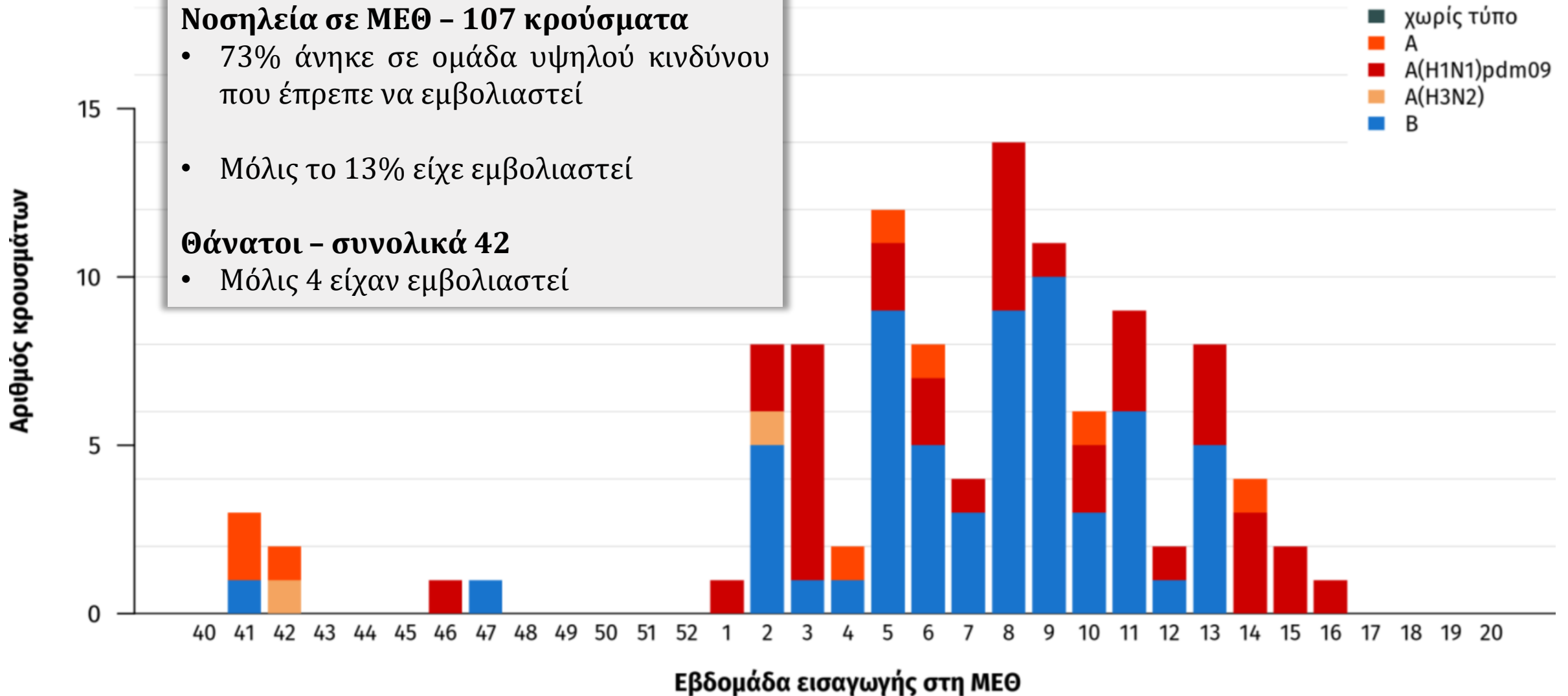
Γρίπη, εμβολιασμός 2017-2018

Νοσηλεία σε ΜΕΘ - 107 κρούσματα

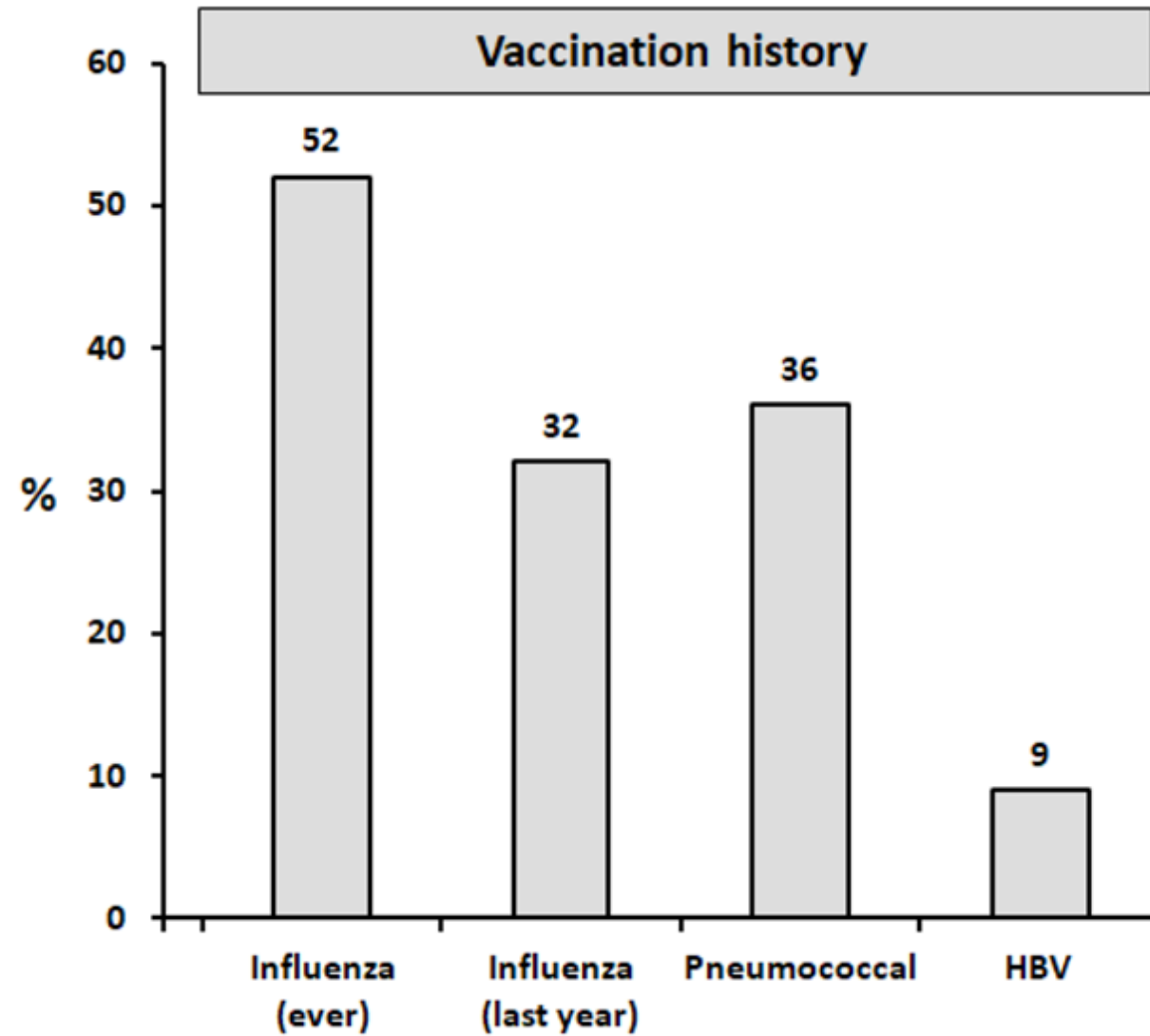
- 73% άνηκε σε ομάδα υψηλού κινδύνου που έπρεπε να εμβολιαστεί
- Μόλις το 13% είχε εμβολιαστεί

Θάνατοι - συνολικά 42

- Μόλις 4 είχαν εμβολιαστεί



Ρ.Α (n: 2.491) – Ελληνικά δεδομένα εμβολιασμού





ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

www.rheumatologycongress2018.gr

Ουρολοιμώξεις

Αθήνα, Δεκ. 2018

Ασυμπτωματική βακτηριουρία

Γυναίκες:

- Απουσία συμπτωμάτων, κ/α ούρων $\geq 10^5$ cfu/ml (ίδιο παθογόνο), σε μεσοδιάστημα 1 εβδομάδας

Άντρες:

- Απουσία συμπτωμάτων, θετική κ/α ούρων $\geq 10^5$ cfu/ml, σε ένα δείγμα

Η **πυουρία** παρουσία ασυμπτωματικής βακτηριουρίας - **ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Έλεγχος και θεραπεία **δεν ενδείκνυται για:**

- Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες χωρίς εγκυμοσύνη
- Διαβητικές γυναίκες
- Ηλικιωμένοι (κοινότητα ή οίκους ευγηρίας)
- Ασθενείς με τραυματισμούς στη σπονδυλική στήλη ή χρονίως καθετηριασμένοι ασθενείς

Έλεγχος και θεραπεία:

- Κύηση
- Προ επεμβάσεων που προδιαθέτουν σε τραυματισμό του ουροεπιθηλίου (κυστεοσκοπήσεις με λήψη βιοψίας, προστατεκτομή, διουρηθρική βιοψία προστάτη, κλπ)

Ασυμπτωματική βακτηριουρία - ρευματοπαθείς

Characteristics	ARD (n = 260)	Controls (n = 238)	P Value
Age, γ, mean (SD)	52.4 (14.6)	51.2 (16.5)	.346
Sexually active, No.	205	185	.828
Having ≥2 children, No.	28	22	.655
Diabetes mellitus, No.	19	25	.268
History of recurrent UTI, No.	6	4	.754
GFR, mL/min, mean (SD)	84.2 (34.3)	88.3 (32.1)	.170
Asymptomatic bacteriuria	24	22	1.000

Συχνότητα AB

- **9.1%** - παρόμοια με matched controls

Εξέλιξη σε ουρολοίμωξη

- **12.7% Vs 12.3%** των γυναικών χωρίς AB κατά τον αρχικό έλεγχο
- **8.5%** ομάδα ελέγχου (μη στατιστικά σημαντικό)
- Κυρίως κυστίτιδες, **κανένα επεισόδιο ουροσήψης**

Table 2. Characteristics of Women With Autoimmune Rheumatic Disease According to the Detection of Asymptomatic Bacteriuria

Characteristic	AB-Positive (n = 24)	AB-Negative (n = 236)	P Value
Type of ARD			
SLE	11	60	.05
Rheumatoid arthritis	2	64	.05
Sjögren syndrome	2	24	1.00
Vasculitis	4	24	.31
Seronegative arthritis	0	22	.24
Polymyositis/dermatomyositis	2	10	.31
Overlap syndromes ^b	0	10	.61
Other ^c	3	22	.71
Immunosuppressive treatment	22	221	.66
Corticosteroids	12	129	.67
Methotrexate	7	110	.13
Biological agents	2	46	.27
Azathioprine	4	35	.77
Hydroxychloroquine	9	48	.07

Οξεία πυελονεφρίτιδα

Οξεία μη επιπλεγμένη πυελονεφρίτιδα

- Πυρετός, ρίγος, οσφυϊκός πόνος, έμετοι, διάρροιες (20%), 1-2% - ουροσήςψη

Επιπλεγμένη λοίμωξη ουροποιητικού

- Ουρολοίμωξη παρουσία λειτουργικών ή ανατομικών ανωμαλιών του ουροποιητικού

Νοσοκομειακές ουρολοιμώξεις

Ουρολοιμώξεις σε **άντρες**

Αποφρακτική ουροπάθεια (π.χ. λιθίαση)

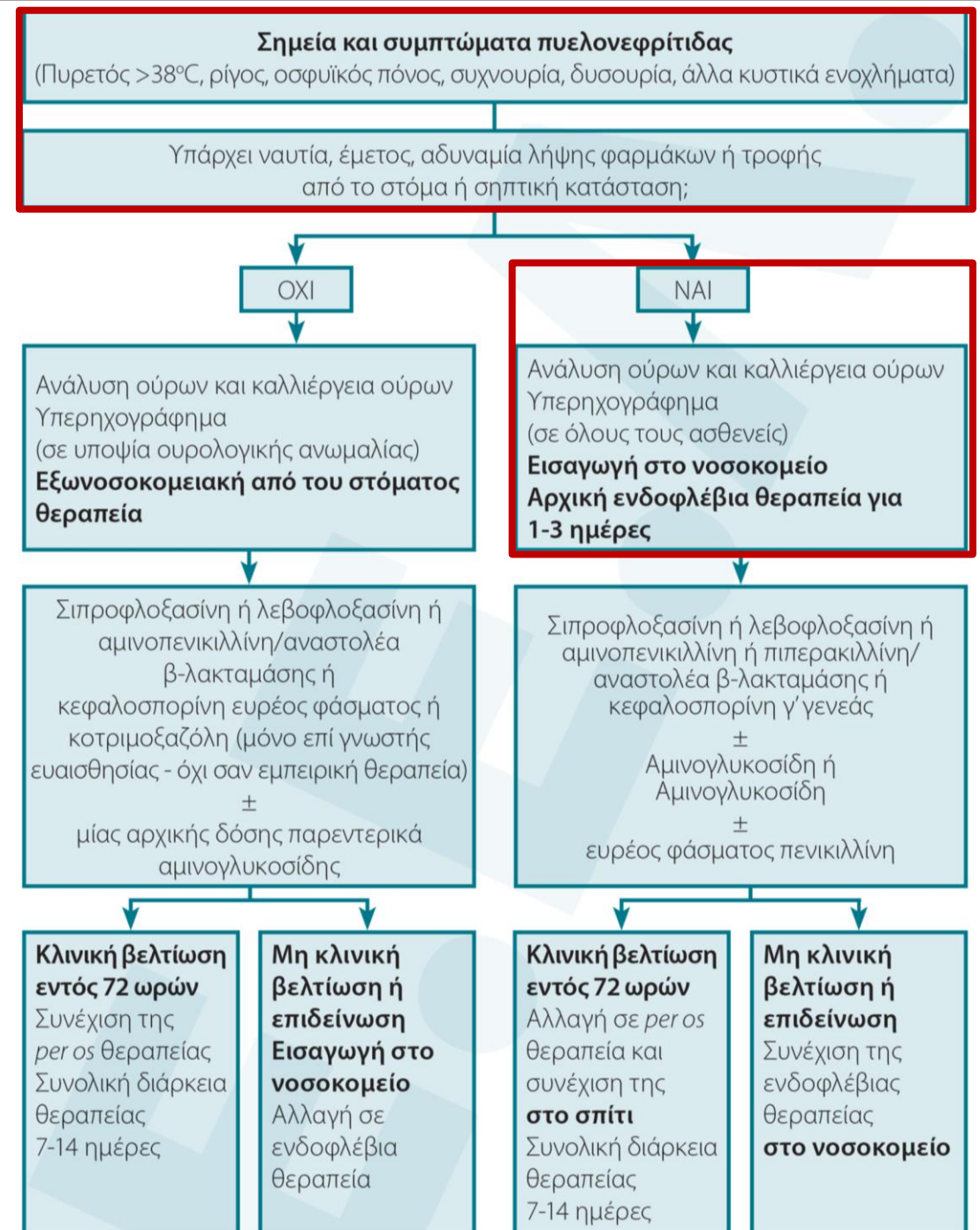
Ξένα σώματα (pig tail, καθετήρας)

Νευρογενής κύστη

Διαβήτης – ανοσοκαταστολή

Χειρουργική επέμβαση ουροποιητικού

Κύηση





ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

www.rheumatologycongress2018.gr

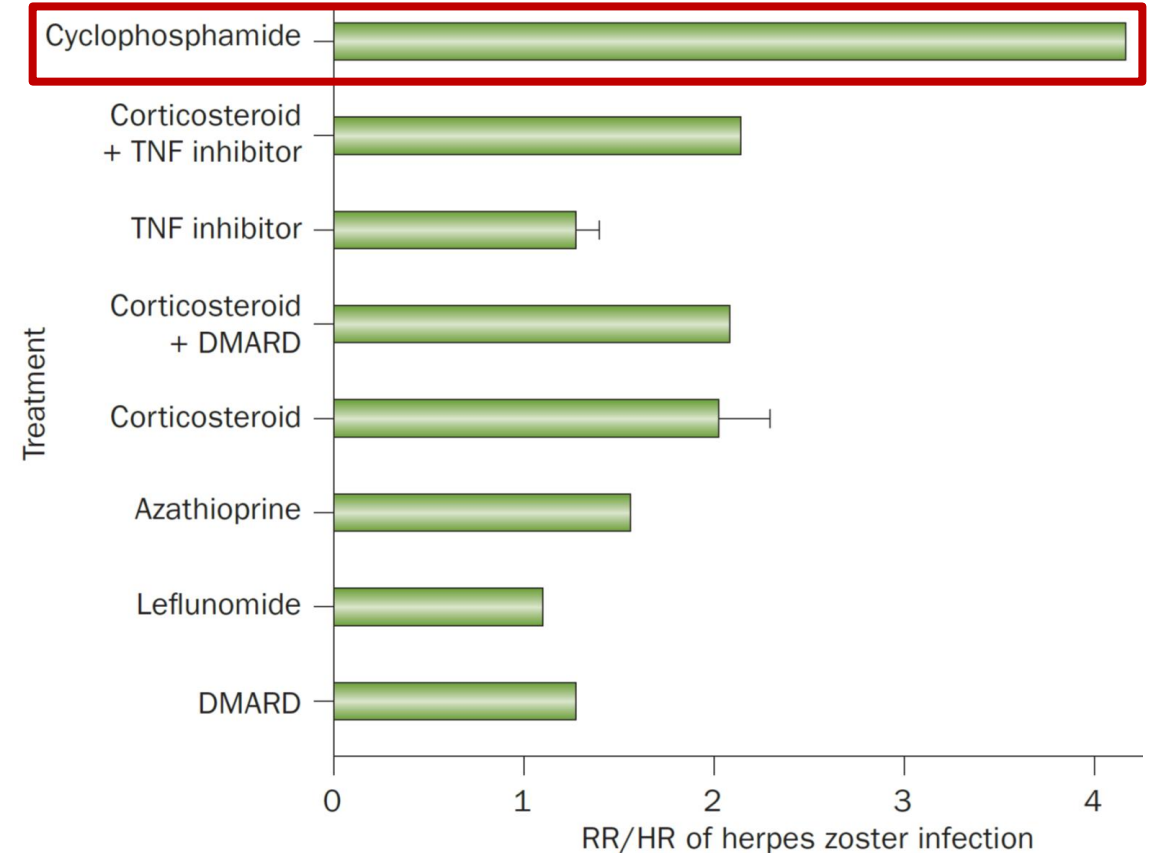
Έρπητας ζωστήρας

Αθήνα, Δεκ. 2018

Έρπητας ζωστήρας

Relative risk of zoster in patients with key risk factors of interest and other covariates

	Adjusted odds ratio (99% CI)*
Key risk factors of interest	
Rheumatoid arthritis	1.46 (1.38 to 1.55)
Systemic lupus erythematosus	1.72 (1.45 to 2.04)
Inflammatory bowel disease	1.36 (1.26 to 1.46)
Chronic obstructive pulmonary disease	1.32 (1.27 to 1.37)
Asthma	1.21 (1.17 to 1.25)
Chronic kidney disease	1.14 (1.09 to 1.18)
Depression	1.15 (1.10 to 1.20)
Diabetes	1.02 (0.99 to 1.05)
Other covariates	
HIV	5.07 (3.41 to 7.54)
Leukaemia	1.78 (1.39 to 2.28)
Lymphoma	3.90 (3.21 to 4.74)
Myeloma	2.16 (1.84 to 2.53)
Haematopoietic stem cell transplantation	13.46 (2.68 to 67.60)
Other unspecified cellular immune deficiencies	1.57 (1.10 to 2.22)



RA – κίνδυνος 2 φορές υψηλότερος, ηλικία, cs- και bDMARDs, κορτικοειδή, βαρύτητα της νόσου

ΣΕΛ/GPA – κίνδυνος μπορεί να αυξηθεί έως και 20 φορές για όσους λαμβάνουν **κυκλοφωσφαμίδη**

Έρπητας ζωστήρας & ρευματοπαθείς

Έγκαιρη αναγνώριση – επιπλοκές

- **Μεθερπητική νευραλγία:** 10-50% , μπορεί να διαρκεί και >3 μήνες από το εξάνθημα, μη ικανοποιητικός έλεγχος του πόνου σε 50%
- **Διάσπαρτη λοίμωξη** (>3 δερμοτόμια) – βακτηριακή επιμόλυνση (κυρίως *Staphylococcus aureus*)
- **Οφθαλμική** προσβολή (2.9%) ή προσβολή **ΚΝΣ** (<1%)

Θεραπεύω πάντα επί ανοσοκαταστολής (ανεξαρτήτως διάρκειας συμπτωμάτων)

- Μείωση διάρκειας συμπτωμάτων, μείωση επιπλοκών

Ήπιας – μέτριας βαρύτητας

- Βαλακυκλοβίρη – 1000mg po tid – 7 μέρες

Επιπλεγμένη νόσος – εισαγωγή

- Ακυκλοβίρη – 10mg/kg IV q8h, 7-14 μέρες

Έρπητας ζωστήρας & εμβολιασμός

Ζων εξασθενημένο – Zostavax

- Μείωση κινδύνου για ΗΖ κατά 51% & μεθερπητικής νευραλγίας 67% - προστασία έως και 7 έτη

Σύσταση για (ανεξαρτήτως ιστορικού έρπητα ζωστήρα):

- Εμβολιασμό με 1 δόση σε **ασθενείς ≥50 ετών & ρευματικές παθήσεις**
- Προ χορήγησης ανοσοκατασταλτικών (προ έναρξης bDMARDs, 2-4 εβδ. πριν)

Ανοσοκατασταλτική αγωγή, αντενδείκνυται σε:

- Κορτικοειδή $\geq 20\text{mg}$ πρεδνιζόνης ημερησίως
- Αγωγή με βιολογικούς παράγοντες (χορήγηση 1 μήνα μετά τη διακοπή τους)
- Κλινική ή εργαστηριακή ένδειξη διαταραχής της κυτταρικής ανοσίας

Έλεγχος για λανθάνουσα φυματίωση (TST/IGRAs)

- Να γίνεται 4 εβδ. μετά τον εμβολιασμό – θεωρητικός κίνδυνος ανεργίας

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

MAY 28, 2015

VOL. 372 NO. 22

Efficacy of an Adjuvanted Herpes Zoster Subunit Vaccine in Older Adults

Ανασυνδυασμένο εμβόλιο - Shingrix

- 97% αποτελεσματικότητα
- ≥50 ετών – χωρίς παρενέργειες
- Εξαιρετική αποτελεσματικότητα/ασφάλεια σε αιματολογικούς ασθενείς
- Χωρίς δεδομένα για ρευματοπαθείς

Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for Use of Herpes Zoster Vaccines

Kathleen L. Dooling, MD¹; Angela Guo, MPH¹; Manisha Patel, MD¹; Grace M. Lee, MD²; Kelly Moore, MD³; Edward A. Belongia, MD⁴;
Rafael Harpaz, MD¹

BOX. Recommendations for the use of herpes zoster vaccines

In October 2017, the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) made the following three recommendations:

1. Recombinant zoster vaccine (RZV) is recommended for the prevention of herpes zoster and related complications for immunocompetent adults aged ≥50 years.
2. RZV is recommended for the prevention of herpes zoster and related complications for immunocompetent adults who previously received zoster vaccine live (ZVL).
3. RZV is preferred over ZVL for the prevention of herpes zoster and related complications.

These recommendations serve as a supplement to the existing recommendations for the use of ZVL in immunocompetent adults aged ≥60 years.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

www.rheumatologycongress2018.gr

Λοιμώξεις δέρματος & μαλακών μορίων

Αθήνα, Δεκ. 2018

Ανεπίπλεκτες λοιμώξεις δέρματος & μαλακών μορίων

Β- αιμολυτικός
στρεπτόκοκκος:
75% των
περιπτώσεων

Θεραπεία: β- λακτάμες
πχ : αμοξικιλίνη,
αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό

Εναλλακτικά:
Κλινδαμυκίνη
Νεώτερες κινολόνες



Ερυσίπελας



Κυτταρίτιδα



Μυκητίαση
Terbinafine cr. x2 - 1εβδ.



**Δερματίτιδα
εκ στάσης**

Επιπλεγμένες λοιμώξεις

Ανάγκη κάλυψης MRSA

- Παρουσία πύου
- Μη ανταπόκριση σε β-λακταμικά ή πρόσφατη νοσηλεία
- Ειδικούς πληθυσμούς (ανοσοκαταστολή, IVDU, κλπ)

Από του στόματος αντιμικροβιακά

- Κλινδαμυκίνη, δοξυκυκλίνη, κοτριμοξαζόλη, λινεζολίδα (HA-MRSA)

Ενδείξεις νοσηλείας

- Συστηματικών σημείων – υψηλός πυρετός, υπόταση, οργανική ανεπάρκεια, σύγχυση
- Σημεία ιστικής νέκρωσης με έντονο άλγος (δυσανάλογο προς την έκταση της βλάβης)
- Ανοσοανεπάρκεια
- Μη ανταπόκριση σε από του στόματος αγωγή



**Νεκρωτική κυτταρίτιδα
ΕΠΕΙΓΟΝ**





ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

www.rheumatologycongress2018.gr

Σήψη και ο ρευματοπαθής ασθενής

Αθήνα, Δεκ. 2018

Ο σηπτικός ασθενής – SEPSIS 3

Sepsis: “Sepsis is defined as **life-threatening organ dysfunction** caused by a dysregulated host response to infection”

- Έμφραση στην απώλεια ομοιόστασης αναφορικά με την ανοσολογική απόκριση σε λοίμωξη
- Έμφραση στην αυξημένη θνητότητα συγκριτικά με μη επιπλεγμένες λοιμώξεις
- Έμφραση στην ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης και παρέμβασης

Κλινικά κριτήρια – αναγνώριση ασθενών με λοίμωξη & πιθανή σήψη

- SIRS Vs SOFA
- MEΘ – αλλαγή στο SOFA score ≥ 2 , ανώτερο SIRS για πρόβλεψη νοσοκομειακής θνητότητας
- Εκτός MEΘ – αλλαγή SOFA score παρόμοια με κριτήρια SIRS για πρόβλεψη θνητότητας

Organ dysfunction: “Identified as an acute change in total SOFA score ≥ 2 , consequent to infection”

Ο σηπτικός ασθενής – SEPSIS 3

Table 1. Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment Score^a

System	Score				
	0	1	2	3	4
Respiration					
Pao ₂ /Fio ₂ , mm Hg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with respiratory support	<100 (13.3) with respiratory support
Coagulation					
Platelets, ×10 ³ /μL	≥150	<150	<100	<50	<20
Liver					
Bilirubin (μmol/L)					
Cardiovascular					
Central nervous system					
Glasgow Coma Scale score ^c	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal					
Creatinine, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (110)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	>5.0 (440)
Urine output, mL/d				<500	<200

Δυσχερές για χρήση εκτός ΜΕΘ

Ανάγκη για πιο εύχρηστο μέσο έγκαιρης αναγνώρισης του σηπτικού ασθενή (εξωτερικό ιατρείο, επείγοντα, θάλαμος)

1^b

qSOFA (quick SOFA) – SEPSIS 3

qSOFA

- Αναπνευστική συχνότητα ≥ 22 /λεπτό
- Οξεία διαταραχή επιπέδου συνείδησης
- Συστολική αρτηριακή πίεση ≤ 100 mmHg

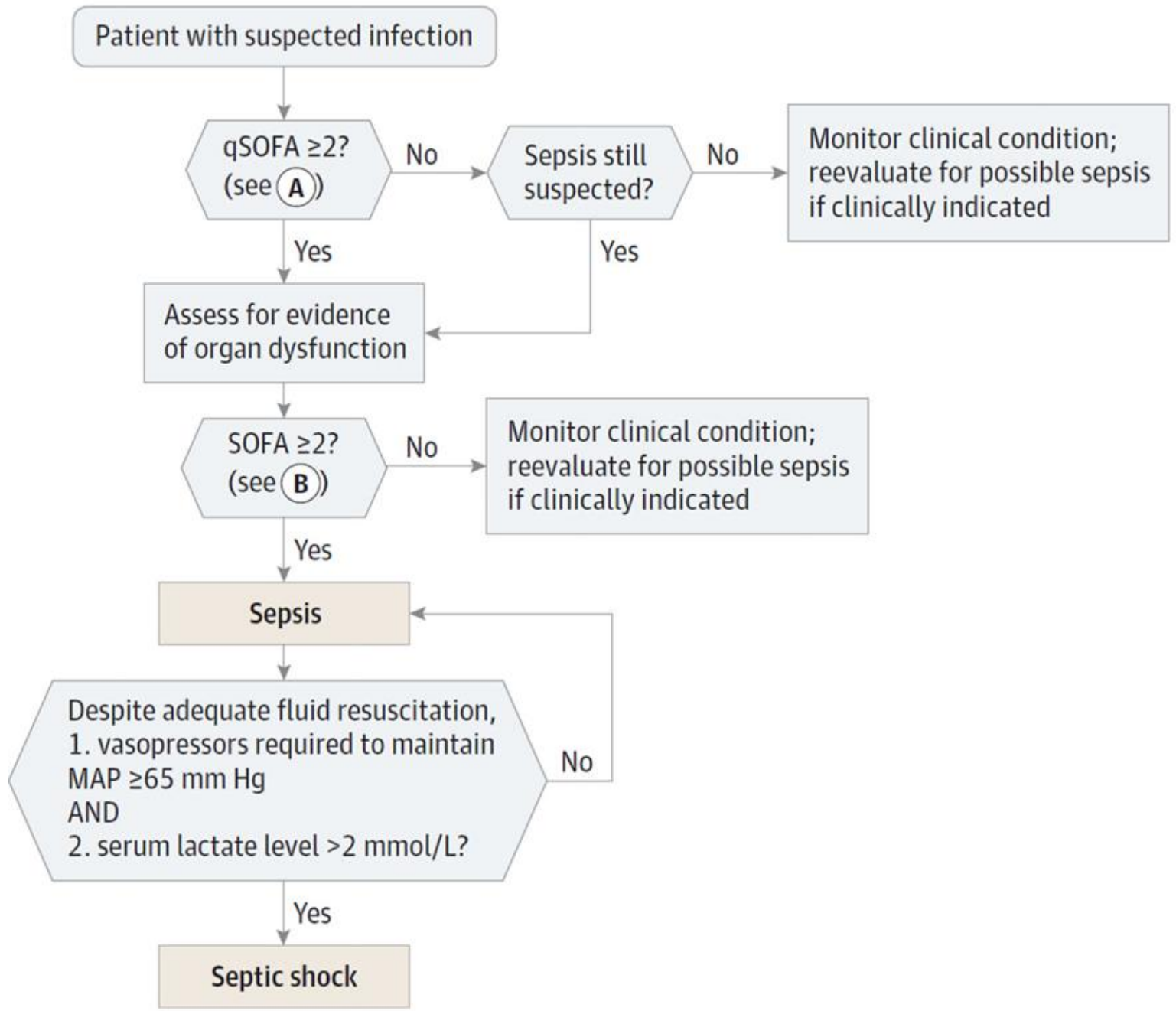
- Εύκολο, δεν απαιτεί εργαστηριακό έλεγχο, πολλαπλές αξιολογήσεις

qSOFA ≥ 2

1. Περαιτέρω έλεγχος για οργανική δυσλειτουργία
2. Διερεύνηση για πιθανή εστία λοίμωξης (έναρξη αντιμικροβιακών;)
3. Παραπομπή σε μονάδα αυξημένης φροντίδας ή πιο στενή παρακολούθηση

Septic shock: “subset of sepsis in which underlying circulatory and cellular/metabolic abnormalities are profound enough to substantially increase mortality”

- Σήψη με υπόταση που χρήζει αγγειοσυσπαστικών για διατήρηση ΜΑΠ ≥ 65 mmHg και επίπεδα γαλακτικού οξέως > 2 mmol/l παρά τη χορήγηση υγρών



- (A) qSOFA Variables**
- Respiratory rate
 - Mental status
 - Systolic blood pressure

- (B) SOFA Variables**
- PaO₂/FiO₂ ratio
 - Glasgow Coma Scale score
 - Mean arterial pressure
 - Administration of vasopressors with type and dose rate of infusion
 - Serum creatinine or urine output
 - Bilirubin
 - Platelet count

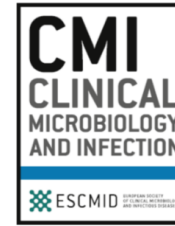


ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: www.clinicalmicrobiologyandinfection.com



Original article

Validation of the new Sepsis-3 definitions: proposal for improvement in early risk identification

	Death	Survival	Total
qSOFA \geq 2	528	755	1283
	Sens 60.8% (57.5-61.1%) PPV 41.2% (38.5-42.9%)		
qSOFA <2	340	1813	2153
	Spec= 70.6% (68.9-72.3%) NPV= 84.2% (82.7-85.7%)		
	868	2568	3436

EXTENDED REPORT

Impact of treatment with biologic DMARDs on the risk of sepsis or mortality after serious infection in patients with rheumatoid arthritis

Table 3 Results of the GEE model for longitudinal multinomial regression on the risks of sepsis (n=137) and death (n=53) after SI (n=1017)

	Sepsis		Death	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Age (by 10 years)	1.41	1.15 to 1.74	2.47	1.61 to 3.79
Sex (male vs female)	0.99	0.63 to 1.55	1.45	0.74 to 2.83
FFbH (by 10% improvement)	0.92	0.84 to 1.00	0.86	0.76 to 0.98
GC (<5 mg/day=reference)	Ref.	.	Ref.	.
GC (5 to <10 mg/day vs ref.)	1.26	0.82 to 1.93	0.93	0.47 to 1.83
GC (≥ 10 mg/day vs ref.)	1.66	0.96 to 2.88	2.40	1.04 to 5.55
csDMARD	Ref.	.	Ref.	.
TNFi	0.64	0.42 to 0.97	0.48	0.24 to 0.95
Other bDMARD	0.45	0.25 to 0.80	0.16	0.05 to 0.54
Heart failure (yes vs no)	1.38	0.74 to 2.56	3.56	1.73 to 7.33
Chronic renal disease (yes vs no)	1.93	1.19 to 3.14	1.51	0.72 to 3.17

Rheumatoid arthritis German biologics registry – RABBIT

Ασθενείς με Ρ.Α & σοβαρή λοίμωξη

- Υψηλότερος κίνδυνος για σήψη: ηλικία, ιστορικό ΧΝΝ & καρδιακή ανεπάρκειας, υψηλές δόσεις κορτικοειδών

Ασθενείς υπό TNFi & bDMARDs

- Χαμηλότερος κίνδυνος για σήψη
- TNFi – χαμηλότερη θνητότητα από σήψη

Ιστορικό διακοπής TNFi, >30 μέρες

- Παρόμοιος κίνδυνος με όσους δεν έλαβαν ποτέ TNFi

The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 Update

Bundle Element	Grade of Recommendation and Level of Evidence
Measure lactate level. Re-measure if initial lactate is > 2 mmol/L	Weak recommendation, low quality of evidence
Obtain blood cultures prior to administration of antibiotics	Best practice statement
Administer broad-spectrum antibiotics	Strong recommendation, moderate quality of evidence
Rapidly administer 30 mL/kg crystalloid for hypotension or lactate \geq 4 mmol/L	Strong recommendation, low quality of evidence
Apply vasopressors if patient is hypotensive during or after fluid resuscitation to maintain mean arterial pressure \geq 65 mm Hg	Strong recommendation, moderate quality of evidence

Mitchel M. Levy et. al. *Crit Care Med.* 2018

IDSA POSITION STATEMENT:

Why IDSA Did Not Endorse the Surviving Sepsis Campaign Guidelines

Henry Masur. *IDSA sepsis task force.* 2017



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

www.rheumatologycongress2018.gr

Σας ευχαριστώ πολύ για την προσοχή σας

Αθήνα, Δεκ. 2018