



ΑΤΤΙΚΟΝ



Λοιμώξεις Ανώτερου Αναπνευστικού

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Λ. ΠΕΤΡΙΚΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ – ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Διευθυντής Δ' Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής
ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ

Περίπτωση 1η

Ιστορικό

- Ασθενής 16 ετών.
- Στις 20-3-2006 εμφανίζει **38,5°C** και δυσκαταποσία.
- Στη φυσική εξέταση ανευρίσκονται 2 πρόσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες δεξιά και 2 αριστερά, ευκίνητοι, υπόσκληροι, ευαίσθητοι στην ψηλάφηση .
- Στην επισκόπηση των αμυγδαλών διαπιστώνεται ερυθρός και εξοιδημένος φάρυγγας, διόγκωση των αμυγδαλών και άφθονο λευκωπό εξίδρωμα.



Ερώτηση 1: Τι θα κάνετε ;

1. Παρακολούθηση και επανεξέταση μετά 48 ώρες
2. Θα αρχίσετε αμέσως μια μακρολίδη
3. Θα χορηγήσετε αμέσως αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό ή αμπικιλλίνη-σουλμπακτάμη
4. Θα χορηγήσετε αμέσως μια κεφαλοσπορίνη
5. Αναζήτηση στρεπτοκοκκικού αντιγόνου με *Strept test*.

Το Strept test είναι θετικό

Ερώτηση 2: Τι αντιβιοτικό θα χορηγήσετε;

1. Μια νεώτερη μακρολίδη X 10ήμερο.
2. Μια κεφαλοσπορίνη x 5θήμερο.
3. Πενικιλίνη V x 10ήμερο
4. Αμοξυ-κλαβ x 10ήμερο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ GABHS

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟ	ΔΟΣΗ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Πενικιλίνη V	Παιδιά: 250mg x 2 ή 3	10 ημ.
	Ενήλικες: 250mg x 3 ή 4	10 ημ
Βεν. πενικιλίνη	1,2 x 10⁶ IU, IM	1 δόση
Μακρολίδη	Αναλόγως σκευάσματος	1 - 10 ημ.
Κεφαλοσπορίνη α-γενεάς	Αναλόγως σκευάσματος	10 ημ.

**Από το ιστορικό αναφέρονται
υποτροπιάζοντα επεισόδια
φαρυγγοαμυγδαλίτιδας**

Θεραπεία συμπτωματικών ασθενών με πολλαπλά, υποτροπιάζοντα επεισόδια

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟ	ΔΟΣΗ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Κλινδαμυκίνη	Παιδιά: 7-10 mg/kg x 3	10 ημ.
	Ενήλικες: 300 mg x 2	
Αμοξυκιλλίνη-κλαβουλανικό	Παιδιά: 13 mg/kg x 3 Ενήλικες: 625 mg x 2	10 ημ.
Πενικιλίνη V + ριφαμπικίνη	250 mg x 2 - 4 10 mg/kg x 2	10 ημ. 4 ημ.

Το Strept test είναι αρνητικό

- Δεν χορηγείται αντιβιοτικό και επανεξετάζεται ο ασθενής μετά 48ωρο.
- Ο πυρετός κυμαίνεται μεταξύ 38-39°C,
- Οι τραχηλικοί λεμφαδένες είναι περισσότεροι και η δυσκαταποσία εντονότερη
- Στη φυσική εξέταση διαπιστώνεται ότι από το αφθονότατο λευκωπό επίχρισμα δεν διακρίνονται οι αμυγδαλές.



Ερώτηση 3: Τι θα κάνετε;

1. Γενική αίματος και τύπο λευκών
2. Άμεση έναρξη αμοξυκιλλίνης ΡΟ
3. Άμεση έναρξη κεφαλοσπορίνης ΡΟ
4. Τίτλο ASTO
5. Έλεγχο για AIDS (!)
6. Έλεγχο για Λοιμώδη Μονοπυρήνωση

Λοιμώδης μονοπυρήνωση

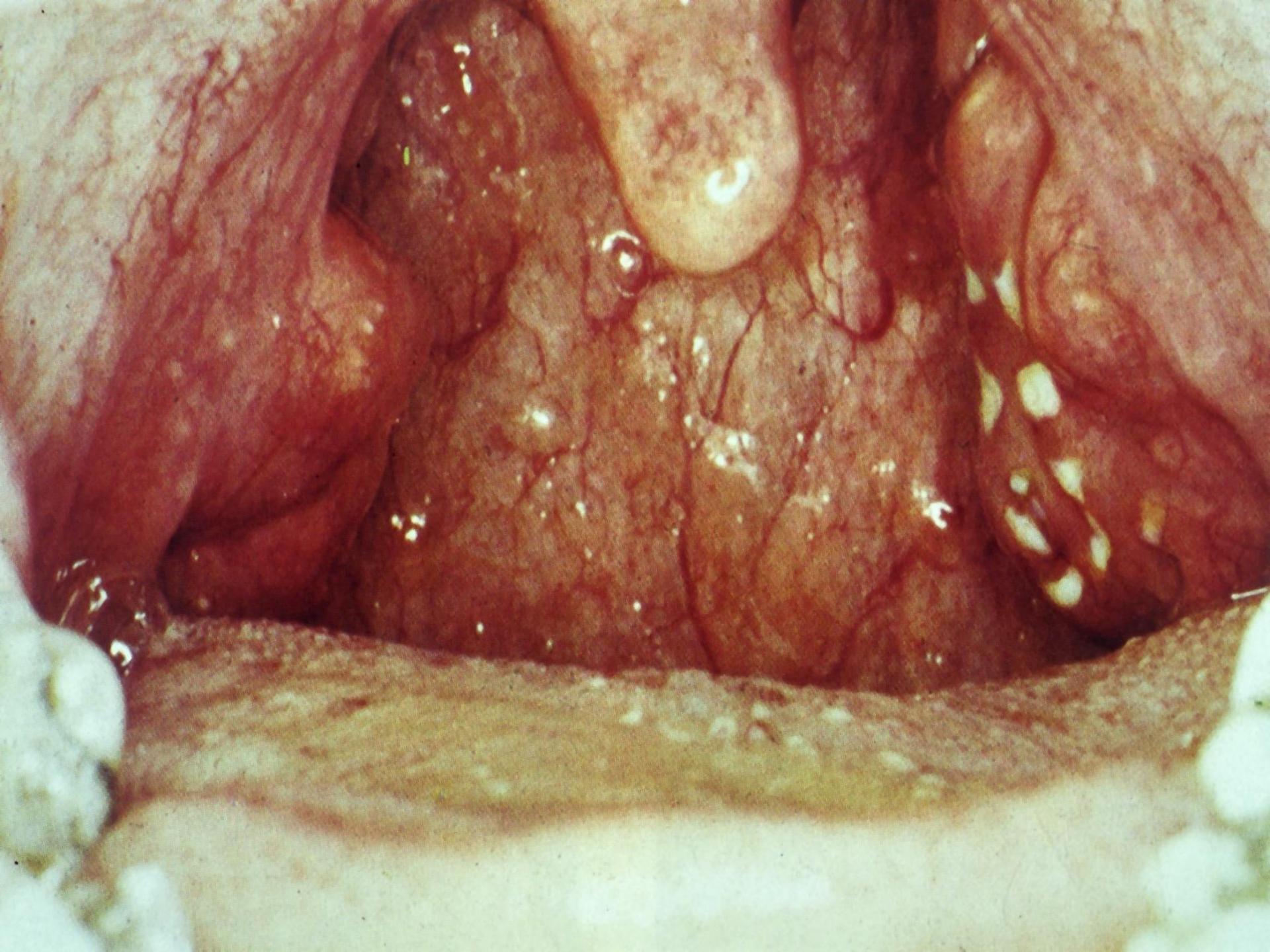
- Η παρουσία $\geq 10\%$ άτυπων λεμφοκυττάρων έχει 92% ειδικότητα.
- Σε ασθενή με τυπικά συμπτώματα δεν χρειάζεται άλλος εργαστηριακός έλεγχος.
- Το Monospot είναι αρνητικό στο $1/3$ των περιπτώσεων την 1η εβδομάδα της νόσου.
- Έχει 80% ευαισθησία την 2η εβδομάδα.
- Σε αμφίβολες περιπτώσεις \Rightarrow VCA-IgM

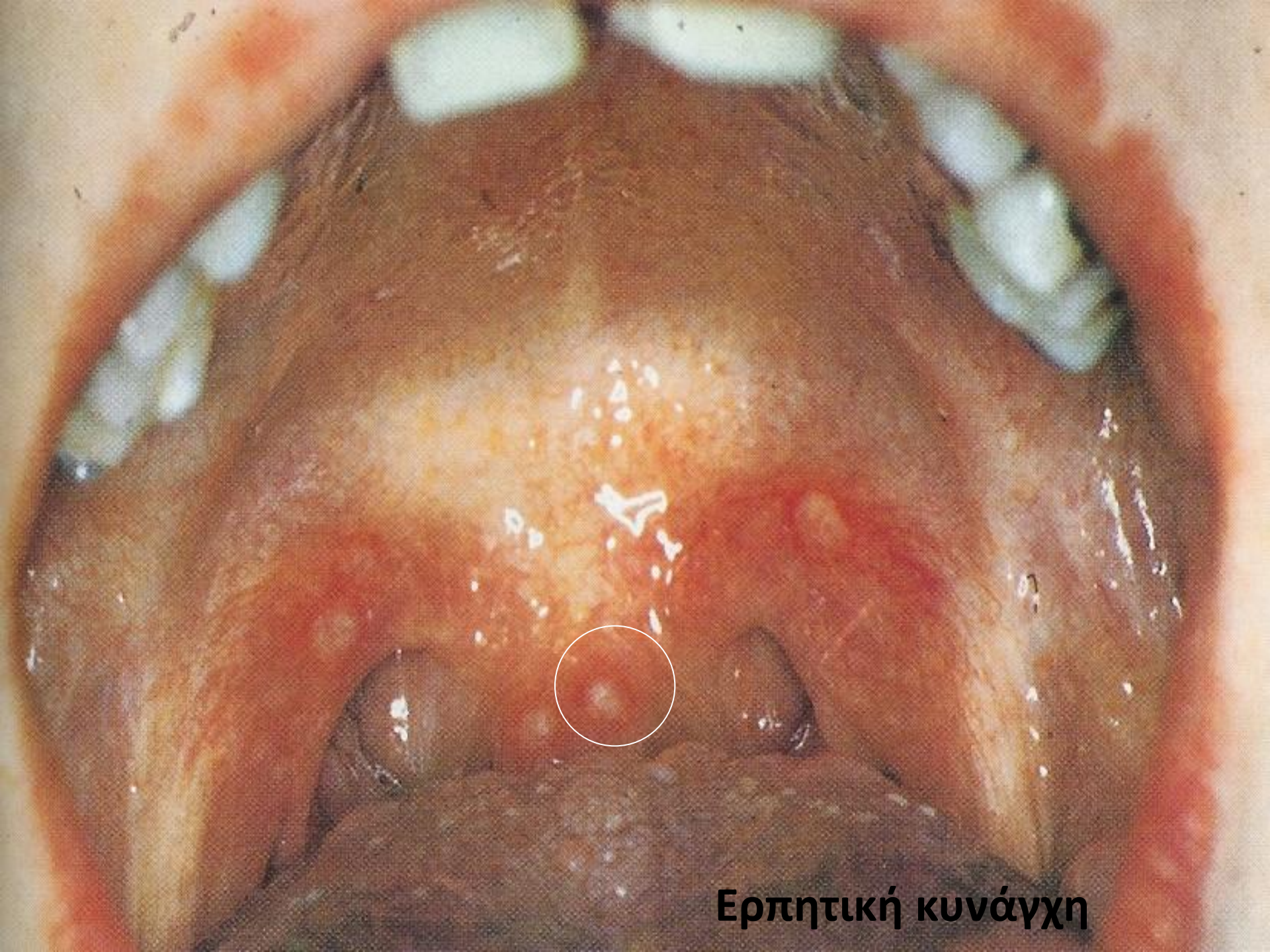
Ερώτηση 4: Το άφθονο εξίδρωμα στη φυσική εξέταση των αμυγδαλών είναι υπέρ:

1. Πυογόνου στρεπτοκόκκου
2. Ιού Coxsackie
3. Ιού Epstein-Barr
4. Κυτταρομεγαλοϊού
5. HIV πρωτολοιμώξεως
6. Κανενός εξ αυτών

S.O.S

Το είδος του επιχρίσματος δεν
εξασφαλίζει τη διάγνωση





Ερπητική κυνάγχη

Διάγνωση φαρυγγίτιδας από GABHS

*Κλασσικά Κριτήρια Centor**

- Εξίδρωμα στις αμυγδαλές
- Ευαίσθητοι, διογκωμένοι πρόσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες
- Απουσία βήχα (και ρινίτιδας)
- Πυρετός ($> 38^{\circ} \text{C}$)

** Centor RM, et al. Med Decis Making 1981;1:239-46*

Διάγνωση φαρυγγίτιδας από GABHS

Τροποποιημένη βαθμολογία *Centor**

- Διόγκωση ή εξίδρωμα αμυγδαλών (1 βαθμός)
- Ευαίσθητοι, διογκωμένοι πρόσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες (1 βαθμός)
- Απουσία βήχα (1 βαθμός)
- Θερμοκρασία > 38⁰ C (1 βαθμός)
- Ηλικία 3-14 ετών (1 βαθμός)
- Ηλικία 15- 45 ετών (0 βαθμοί)
- Ηλικία >45 ετών (-1 βαθμός)

* *Mclsaak W J, et al. JAMA, 2004;291:1587-95*

Αρχές αντιμετώπισης ασθενών με φαρυγγίτιδα

- Ασθενείς με κανένα ή μόνο ένα κριτήριο είναι απίθανο να έχουν GABHS λοίμωξη,
- Επομένως δεν χρειάζονται έλεγχο με καλλιέργεια και θεραπεία με αντιβιοτικά

Αρχές αντιμετώπισης ασθενών με φαρυγγίτιδα

Σε ασθενείς με ≥ 2 κριτήρια, είναι αποδεκτές οι παρακάτω στρατηγικές :

- Μην κάνετε κανένα test και δώστε αντιβιοτικά όταν υπάρχουν **3 ή 4** κριτήρια.
- Κάνετε **Strep-test** σε ασθενείς με **2 ή 3** κριτήρια και δώστε αντιβιοτικά όταν αυτό είναι θετικό.

Αρχές αντιμετώπισης ασθενών με φαρυγγίτιδα

Παιδιά με score ≥ 2 :

- Strept test που ακολουθείται από καλλιέργεια (εάν είναι αρνητικό)

Ερώτηση 5: Σύμφωνα με τα κριτήρια Centor ποίο από τα παρακάτω συμπτώματα και σημεία απομακρύνει από τη διάγνωση της στρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας;

1. Πυώδες εξίδρωμα στις αμυγδαλές
2. Πυρετός
3. Διογκωμένοι επώδυνοι πρόσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες
4. Παρουσία βήχα

Διάγνωση φαρυγγίτιδας από GABHS

*Κριτήρια Centor**

- Εξίδρωμα στις αμυγδαλές
- Ευαίσθητοι, διογκωμένοι πρόσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες
- Απουσία βήχα (και ρινίτιδας)
- Πυρετός

** Centor RM, et al. Med Decis Making 1981;1:239-46*

Αν ο ασθενής σας έχει:

- Ρινικό κατάρρου
(ρινίτιδα)
- Φαρυγγαλγία
- Βήχα
- Πυρετό
- Επιπεφυκίτιδα

Χαμηλό πυρετό
Κεφαλγία
Μυαλγία
Κακουχία



Τότε χωρίς αμφιβολία έχει:

Κοινό Κρυολόγημα

Το ΑΓΧΟΣ και Ο ΜΥΘΟΣ !

ΑΝ ΔΕΝ ΔΩΣΩ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ
ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΟΥ ΝΑ
ΠΑΘΕΙ ΡΕΥΜΑΤΙΚΟ ΠΥΡΕΤΟ ;

Ο κίνδυνος ρευματικού πυρετού

- Λίγα στελέχη είναι ρευματογόνα
- Ο ασθενής μπορεί να παραμείνει χωρίς αντιβιοτικά έως και **9 ημέρες** χωρίς κίνδυνο για ρευματικό πυρετό.

Ο κίνδυνος ρευματικού πυρετού

Στους ενήλικες δεν υπάρχει κίνδυνος ρευματικού πυρετού με προσβολή της καρδιάς μετά από στρεπτοκοκκική λοίμωξη εφ' όσον δεν προϋπάρχει ιστορικό ρευματικού πυρετού.

**Ερώτηση 6: Η πιθανότητα να απαιτεί η αμυγδαλίτιδα
θεραπεία 10 ημερών με πενικιλίνη V στους
ενηλίκους λόγω στρεπτοκοκκικής αιτιολογίας είναι:**

1. 10%

2. 15%

3. 20%

4. 30%

5. 50%

Οξεία φαρυγγοαμυγδαλίτιδα

- Σε ποσοστό $\leq 15\%$ η κυνάγχη οφείλεται σε β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο (**ενήλικες**).
- Σε ποσοστό $\geq 80\%$ είναι **ιογενής** και δεν πρέπει να χορηγούνται αντιβιοτικά.

Αντιμετώπιση της ΦΑ με βάση τα κριτήρια Centor

Βαθμολογία

Εργ.Έλεγχος

Θεραπεία

- 0 Όχι Όχι
- 1 Όχι Όχι
- 2 Strep test, Αν (+) → Πενικιλίνη V
- 3 Όχι ή Strep test Εμπειρική αγωγή με πενικιλίνη V **ή** αν γίνει Strep test, πενικιλίνη V μόνο αν αυτό είναι θετικό.
- >4 Όχι Εμπειρική αγωγή με πενικιλίνη V

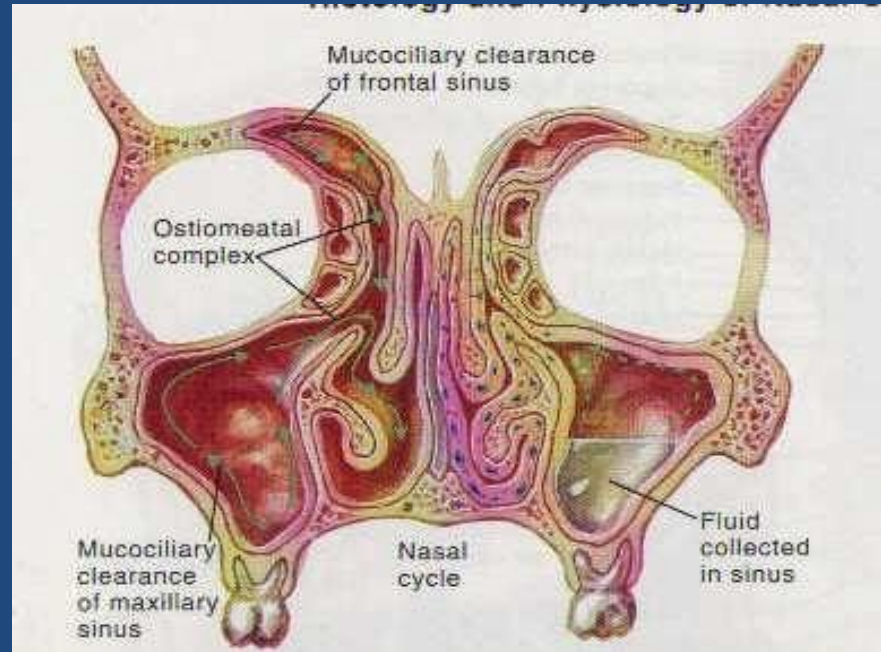
Περίπτωση 2

- Ασθενής 24 ετών
- Στις 10-3-2011 εμφανίζει πυρετό 37,5°C και δυσκαταποσία.
- Στη φυσική εξέταση τα παρίσθμια είναι εξέρυθρα.
- Την επομένη, προστίθενται: ρινικός κατάρρους, βήχας, και αίσθημα βάρους στο πρόσωπο.
- Δεν χορηγείται αντιβιοτικό παρά μόνο παρακεταμόλη
- Την 3η ημέρα ο ασθενής εμφανίζει ελαφρά κεφαλαλγία και πυώδεις ρινικές εκκρίσεις.
- Τίθεται η υποψία οξείας παραρρινοκολπίτιδας.

Ερώτηση: Τι θα κάνετε;

1. Ακτινογραφία παραρρινίων
2. Χορήγηση αμοξυκλαβ x 3 εβδομάδες
3. Χορήγηση αναπν. κινολόνης x 7 ημέρες
4. Αναμονή επί 4 ήμερο και επαναξιολόγηση
5. Καλλιέργεια ρινικού εκκρίματος

Διάγνωση Παραρρινοκολπίτιδας

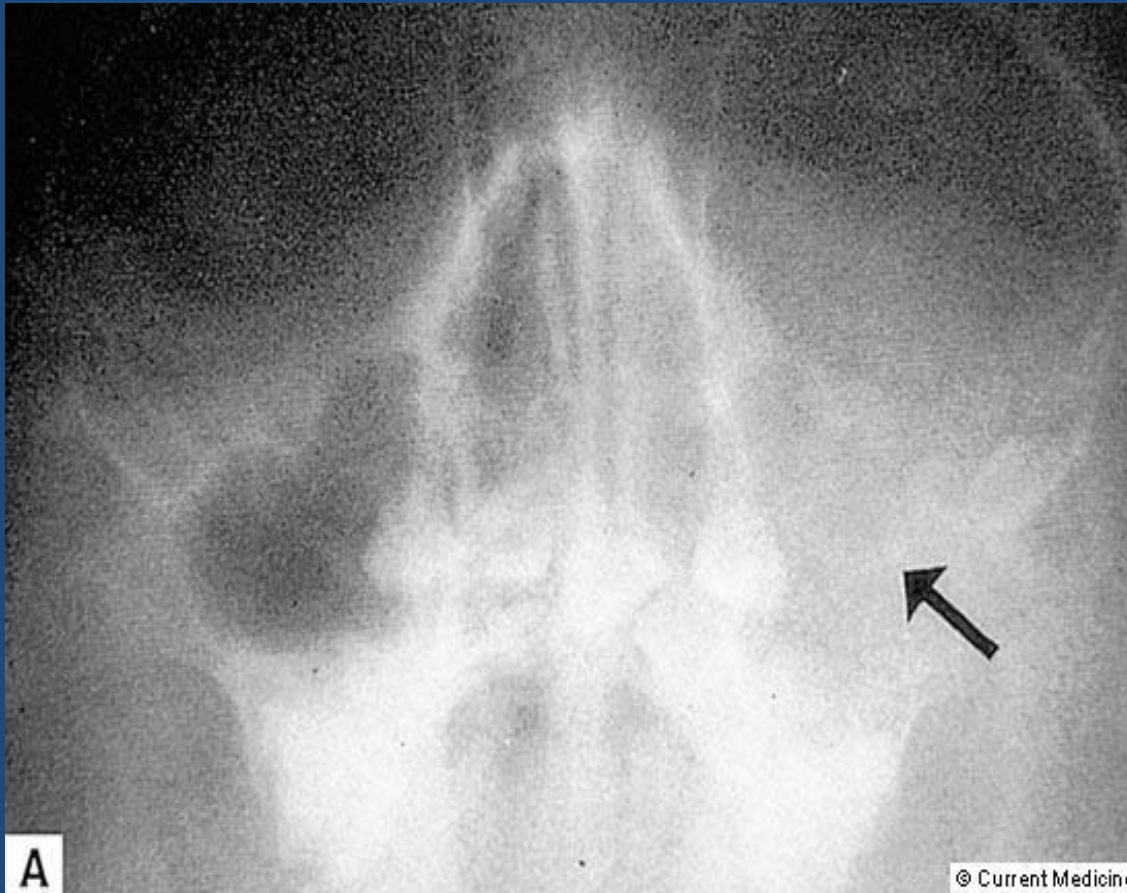


Η διάγνωση είναι κατά βάση
κλινική

Ευαισθησία και ειδικότητα κλινικών σημείων και συμπτωμάτων οξείας ρινοκολπίτιδας

Σημείο/σύμπτωμα	Ευαισθησία %	Ειδικότητα %
Ιστορικό πυώδους ρινικής έκκρισης	72	52
Βήχας	70	44
Πταρμοί	70	34
Μη ανταπόκριση σε αποσυμφορητικά	41	80
Οδονταλγία άνω γνάθου	18	93
Πυώδης έκκριση	51	76
Ευαισθησία κόλλπου	48	65
Θ >38°C	16	85

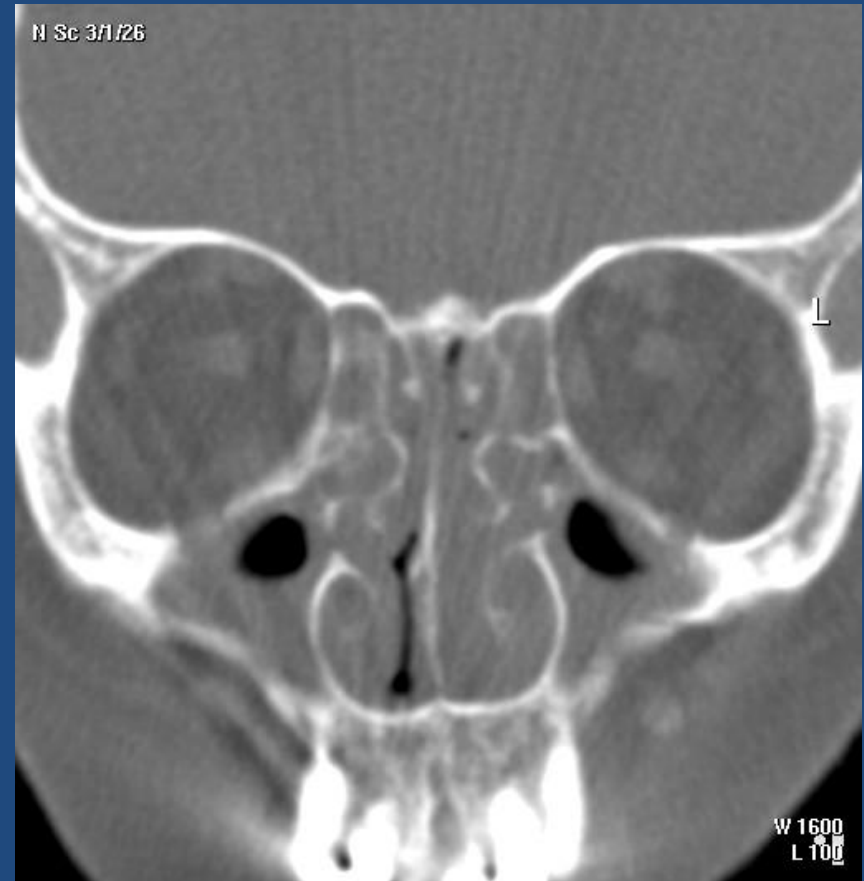
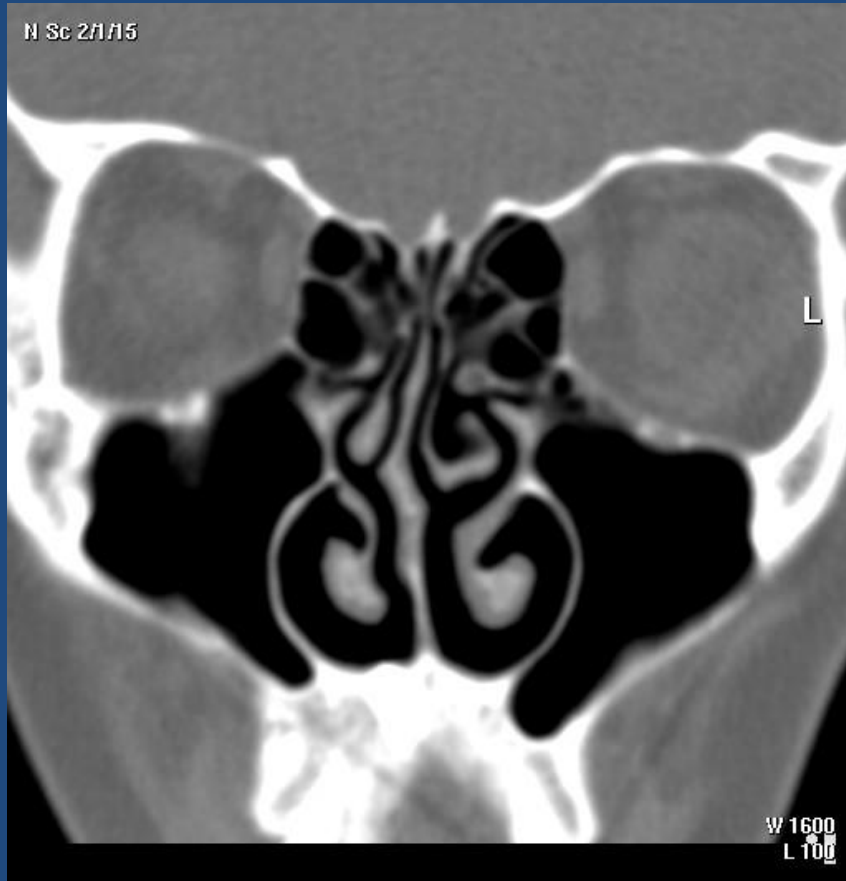
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΠΛΗ ΠΩΓΩΝΟΡΡΙΝΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ



ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΠΛΗ ΜΕΤΩΠΟΡΡΙΝΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ



ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ



Αρχές για την Ορθολογική Χρήση των Αντιβιοτικών στη Θεραπεία της Οξείας Παραρρινοκολπίτιδος των Ενηλίκων

- Η οξεία παραρρινοκολπίτιδα στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρεί χωρίς τη χορήγηση αντιβιοτικών.
- Αντιβιοτικά πρέπει να χορηγούνται μόνον:
 - (i) εφ' όσον τα συμπτώματα διαρκούν > 7 ημέρες και περιλαμβάνουν πόνο ή ευαισθησία στα ιγμόρια ή τους οδόντες και πυώδεις ρινικές εκκρίσεις ή ενωρίτερα αν υπάρχει ταχεία επιδείνωση των συμπτωμάτων.
 - (ii) επί σοβαρής κλινικής εικόνας (υψηλός πυρετός, οίδημα προσώπου), ανεξαρτήτως της χρονικής διάρκειας.

**Την 8^η ημέρα τα συμπτώματα
επιμένουν**

Τι θα χορηγούσατε κατά προτίμηση;

1. Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό
2. Κεφαλοσπορίνη β-γενεάς
3. Το 1 ή το 2
4. Μακρολίδη
5. Αναπνευστική κινολόνη
6. Κανένα αντιβιοτικό

Θεραπεία Ρινοκολπίτιδας

Μη σοβαρή νόσος, χωρίς ιστορικό λήψης αντιβιοτικών
το τελευταίο τρίμηνο:

- Αμοξικιλίνη
- Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό
- Κεφαλοσπορίνες

Επί αλλεργίας

- Δοξυκυκλίνη
- Κλαριθρομυκίνη
- Αζιθρομυκίνη

Περίπτωση 2 (συνέχεια)

- Ο ασθενής ανταποκρίνεται στη 10ήμερη θεραπεία με αντιβιοτικό.
- Ένα περίπου μήνα μετά παρουσιάζει υποτροπή των συμπτωμάτων.
- Τι αγωγή θα χορηγήσετε;

Τι αγωγή θα χορηγήσετε;

1. Αναπνευστική κινολόνη
2. Συνδυασμό β-λακτάμης με κλινδαμυκίνη
3. Κανένα από τα ανωτέρω
4. Ένα οποιοδήποτε εκ των ανωτέρω

Θεραπεία Ρινοκολπίτιδας

- Αποτυχία θεραπείας ή υποτροπή της νόσου
- Ιστορικό λήψης αντιβιοτικών το τελευταίο τρίμηνο
- Τοπική αντοχή πνευμονιοκόκκου >30%

Ενδείκνυται η χορήγηση:

- ✓ Αναπνευστικής κινολόνης
(λέβοφλοξασίνης, μόξιφλοξασίνης)
- ✓ Συνδυασμών β-λακταμών με κλινδαμυκίνη
- ✓ Κεφτριαξόνης

Η προτεινόμενη αντιμικροβιακή θεραπεία της ΟΒΡ παρατίθεται παρακάτω:

Αντιμικροβιακό	Ημερήσια δοσολογία (διάρκεια σε ημέρες)
1α. Ήπια νόσηση και μη πρόσφατη χρήση αντιβιοτικών ¹	
• Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό	625 mg x 3 (7), 1 g x 2
• Αμοξικιλίνη	1 g x 3 (7)
• Κεφουροξίμη αξετίλ	500 mg x 2 (10)
• Κεφπροζίλη	500 x 2 (10)
• Λορακαρμπέφη	400 mg x 2 (10)
• Κεφτιντορέν	400 mg x 2 (10)
1β. Όπως το 1α και ειδικότερα, σε αλλεργία στις β-λακτάμες	
• Δοξυκυκλίνη	100 mg x 2 (10)
• Αζιθρομυκίνη	500 mg x 1(3)
• Κλαριθρομυκίνη	500 mg x 2 (10)
2. Μέτριας βαρύτητας ή πρόσφατη χρήση αντιβιοτικών ² (το τελευταίο τρίμηνο)	
• Μοξιφλοξασίνη	400 mg x 1 (10)
• Λεβοφλοξασίνη	500 mg x 1 (10)
• Κεφτριαξόνη	1 g x 1, IM (5)
• Συνδυασμοί β-λακταμών με κλινδαμυκίνη*	300 x 4* (10)

¹Πρώτης γραμμής αντιμικροβιακά (βλέπε σχήμα)

²Δεύτερης γραμμής αντιμικροβιακά (βλέπε σχήμα).