

Ασθενής με νόσο του Crohn που  
εμφανίζει σοβαρή λοίμωξη  
σχετιζόμενη με την φαρμακευτική  
αγωγή της νόσου

**ΒΡΑΔΕΛΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ**

**ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΔΠΘ**

**ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ**

**Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**



# ΟΡΙΣΜΟΙ

**Η ΣΟΒΑΡΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΗ ΑΛΛΑ Η  
ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΣΟΒΑΡΗ**

# Ορισμοί (σοβαρή δεν είναι ευκαιριακή)



## ΣΟΒΑΡΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

- αυτή που οδηγεί σε παρατεταμένη νοσηλεία, καταλήγει σε σημαντική αναπηρία, είναι ευκαιριακή και απειλητική για τη ζωή ή ακόμη και θανατηφόρος ή απλά λοίμωξη που απαιτεί νοσηλεία και ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών
- Κατατάσσονται ανάλογα με την εντόπιση (αναπνευστικό, γαστρεντερικό, ουροποιητικό, δέρμα, μυοσκελετικό, μύτη-αυτιά-λαιμός) εκτός εάν υπάρχει μικροβαιμία και σήψη

## ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

- συνήθως σοβαρή και προοδευτική λοίμωξη από μικρο-οργανισμό ο οποίος έχει περιορισμένη ή καμία παθογόνο ικανότητα κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, αλλά είναι ικανός να προκαλέσει σοβαρή σαν αποτέλεσμα μίας νόσου ή της θεραπείας αυτής
- περιλαμβάνει ιογενείς λοιμώξεις (cytomegalovirus [CMV], Epstein-Barr virus, herpes simplex virus και varicella zoster), βακτηριακές λοιμώξεις (φυματίωση, στρεπτοκοκκική λοίμωξη) και μυκητιασικές λοιμώξεις (histoplasmosis, aspergillosis, candidiasis και blastomycosis)

# CROHNS ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΛΟΙΜΩΞΗ



- Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ ίσως δεν λαμβάνουν προληπτικά μέτρα κατά των λοιμώξεων σε σύγκριση με άλλους χρόνιους ασθενείς και αυτό συμβαίνει μάλλον γιατί ο θεράπων ιατρός είναι γαστρεντερολόγος και ίσως επισκέπτονται σπάνια τον παθολόγο τους



**Selby L, et al. Inflamm Bowel Dis 2008**  
**Wasan SK, et al. Inflamm Bowel Dis 2011**



# ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

# ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

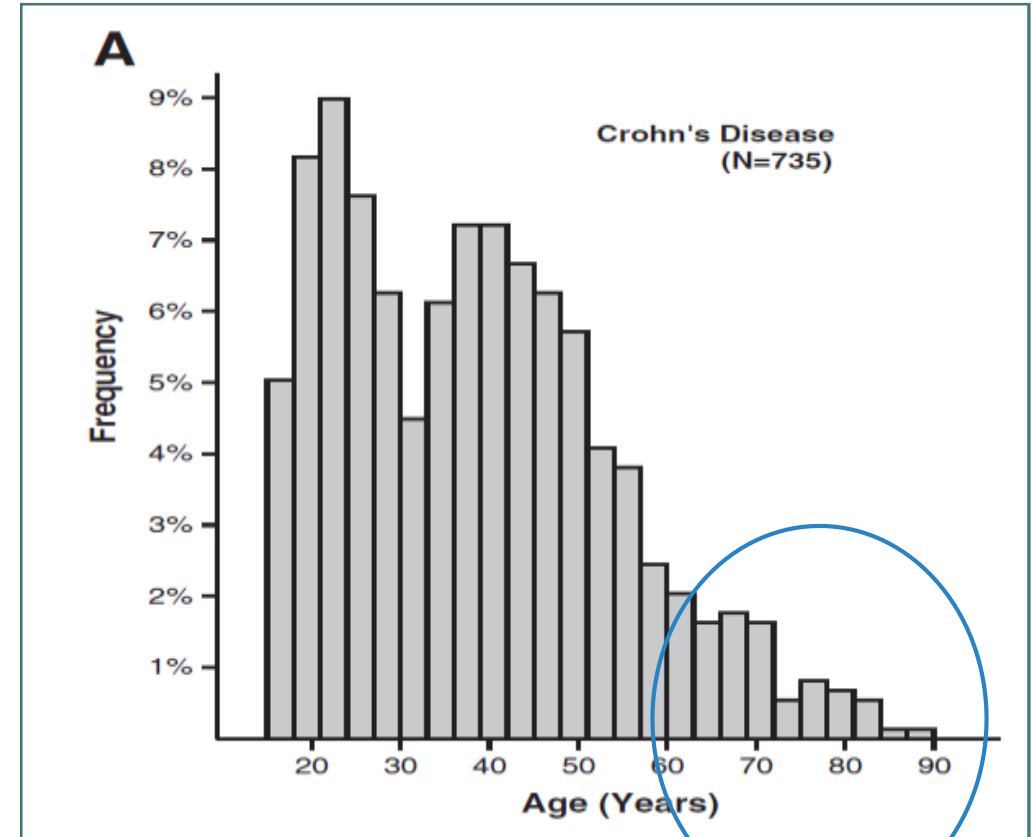
- **Ανοσοκατασταλτική θεραπεία**
- Ενεργότητα της νόσου
- Ηλικία
- Δυσθρεψία
- Έκθεση σε νοσοκομειακά παθογόνα
- Εγχείρηση



**Rahier JF, et al. J Crohns Colitis 2009**  
**Chandra RK. Proc Natl Acad Sci U S A. 1996**  
**Koo S, et al. Infect Dis Clin North Am. 2010**

# ΗΛΙΚΙΑ

- 10-15% των πρωτο-διαγνωσθέντων CD ασθενών και 10-30% του πληθυσμού των ασθενών με ΙΦΝΕ είναι >60 έτη
- Η ηλικία (>60 έτη) ως ανεξάρτητος παράγοντας σοβαρής λοίμωξης (HR 1.7; 95% CI 1.1–2.8)



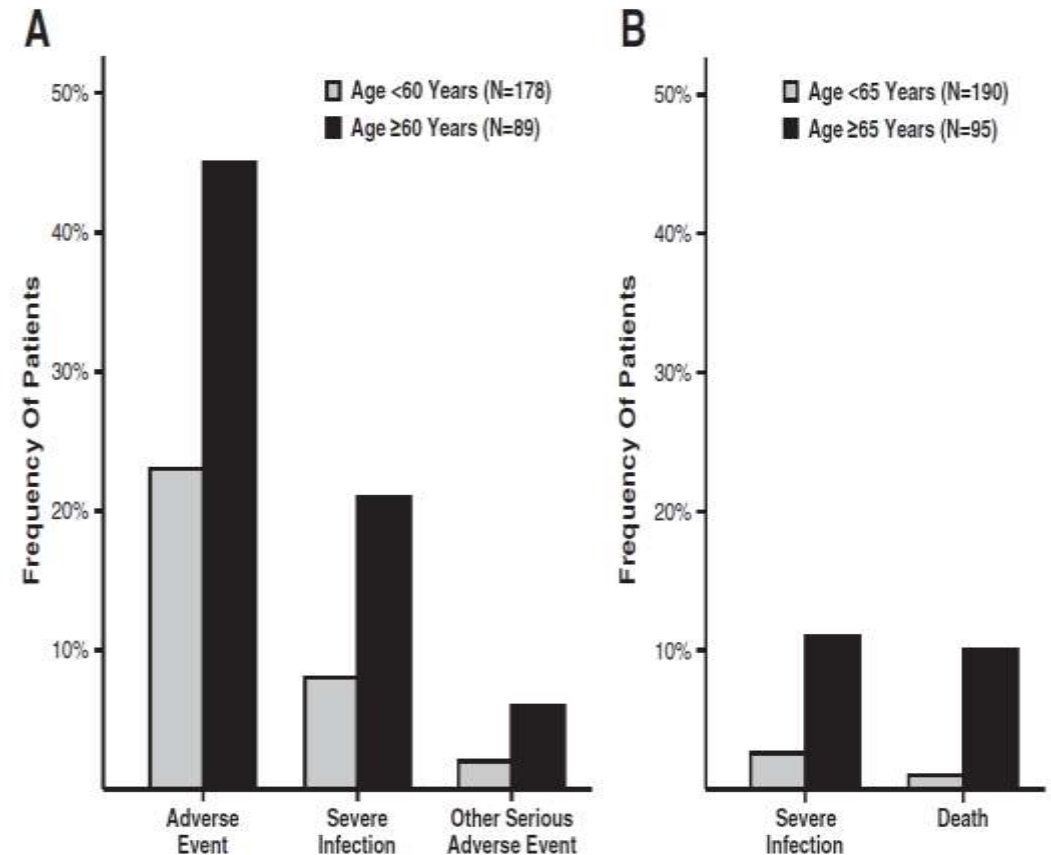
Lapidus A, et al. Gut 1997

Loftus CG, et al. Inflamm Bowel Dis 2007

Toruner M, et al. Gastroenterology 2008

# ΗΛΙΚΙΑ

- Αυξημένος κίνδυνος για σοβαρή λοίμωξη
  1. Συνοδά νοσήματα
  2. Σχετιζόμενη με την ηλικία ανοσολογική δυσλειτουργία (λειτουργικές διαταραχές των T-κυττάρων)
  3. Καθυστερημένη διάγνωση λόγω μη ειδικών συμπτωμάτων
  4. Τα στεροειδή αυξάνουν τον κίνδυνο



# ΟΜΑΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ



- Ηλικιωμένοι (>66 έτη)
- Πολλαπλές συν-νοσηρότητες (συνοδές παθήσεις)
- Συγχορήγηση στεροειδών
- Μακρύ ιστορικό της νόσου

Οι νέοι «υγιείς» ασθενείς βρίσκονται σε λιγότερο κίνδυνο

# CROHNS ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ



## ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Στεροειδή

≥ 20mg prednisone για ≥ 2 εβδομάδες

Ανοσορυθμιστικά

Θειοπουρίνες (AZA, 6MP), Μεθοτρεξάτη

Βιολογικοί

Anti-TNF-α (Infliximab, adalimumab, golimumab), Leucocyte adhesion inhibitors (vedolizumab), IL-12/23 antagonist

**Στεροειδή, Θειοπουρίνες, IFX σχετίζονται με αύξηση των λοιμώξεων κατά 3.4, 3.1 και 4.4 αντίστοιχα και ο συνδυασμός 2 ή περισσότερων αυξάνει τον κίνδυνο έως και 14.5 φορές**

	No. of studies	Fixed-effects model		Random-effects model		Tests of homogeneity			Tests of publication bias	
		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	Q value (df)	P value	I <sup>2</sup> (%)	Begg's P value	Egger's P value
Serious infections										
All studies	44	0.89	(0.71–1.12)	0.86	(0.67–1.10)	30.8 (43)	.92	0	.68	.97
Studies at low RoB	14	0.56	(0.35–0.90)	0.49	(0.29–0.85)	10.5 (13)	.65	0	.23	.22
Opportunistic infections										
All studies	24	1.90	(1.21–3.01)	1.65	(1.00–2.71)	16.0 (23)	.85	0	.50	.76
Studies at low RoB	6	2.32	(0.86–6.27)	1.98	(0.64–6.14)	4.2 (5)	.53	0	.71	.30
TB										
All studies	9	2.04	(0.71–5.89)	2.00	(0.64–6.25)	2.3 (8)	.97	0	.18	.10
Any infection										
All studies	47	1.19	(1.10–1.29)	1.18	(1.07–1.30)	62.2 (46)	.06	26	.43	.43
Studies at low RoB	14	1.13	(0.98–1.29)	1.12	(0.97–1.29)	11.1 (13)	.60	0	.23	.40
Malignancies										
All studies	23	0.90	(0.54–1.50)	0.81	(0.46–1.45)	13.3 (22)	.92	0	.19	.21
Excluding non-melanoma skin cancers	18	0.83	(0.45–1.52)	0.78	(0.39–1.56)	10.2 (17)	.89	0	.08	.29

df, degrees of freedom.

Clinical Gastroenterology and Hepatology 2016;14:1385–1397

## SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES

Fasiha Kanwal, Section Editor

# Biologic Therapies and Risk of Infection and Malignancy in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Network Meta-analysis

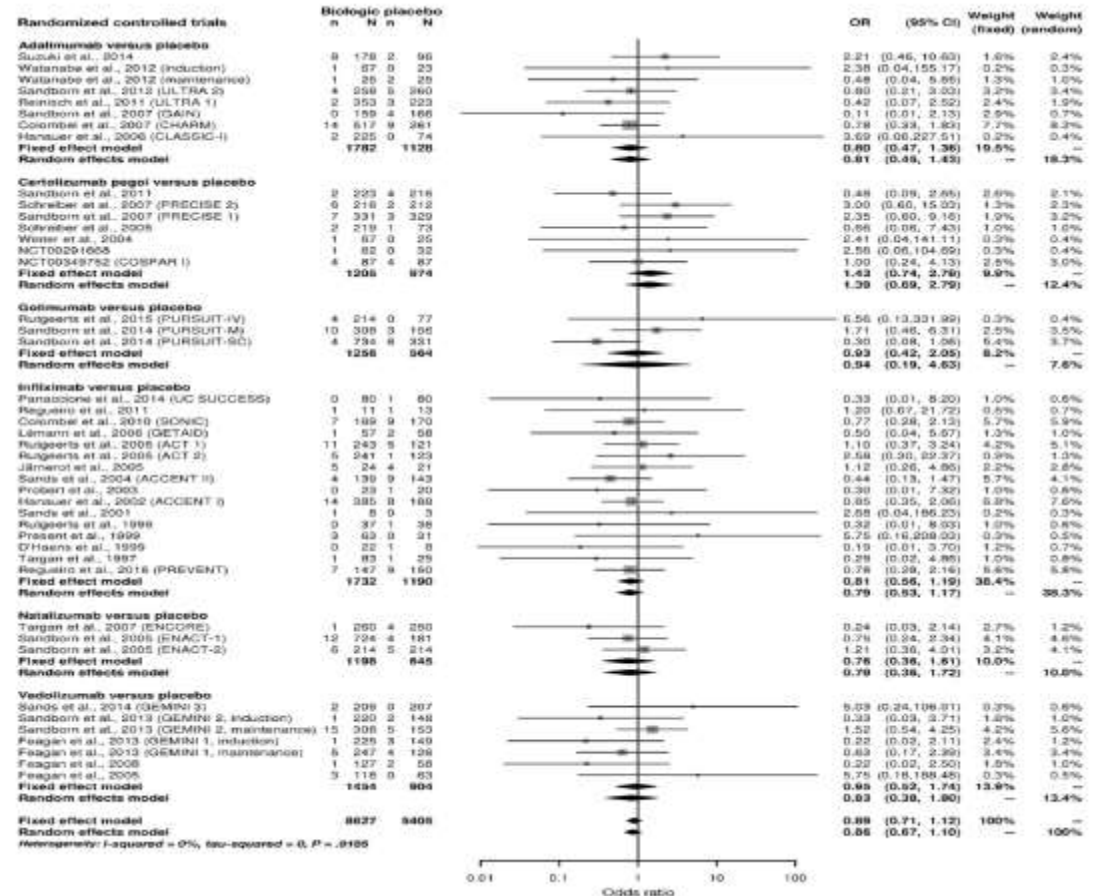


Stefanos Bonovas,\* Gionata Fiorino,\* Mariangela Allocca,\* Theodore Lytras,<sup>‡,§,||</sup> Georgios K. Nikolopoulos,<sup>||</sup> Laurent Peyrin-Biroulet,<sup>¶</sup> and Silvio Danese<sup>#</sup>

# ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



- Η χρήση βιολογικών δεν σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής λοίμωξης (OR, 0.89; 95% CI, 0.71–1.12) αλλά με αυξημένο κίνδυνο ευκαιριακών λοιμώξεων
- Οι μελέτες παρατήρησης σε σύγκριση με τις τυχαιοποιημένες μελέτες αδυνατούν να καταγραφούν με λεπτομέρεια τις πολύπλοκες και σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με ή χωρίς βιολογικούς παράγοντες που έχουν σχέση με το αποτέλεσμα



# ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



- 190.694 ασθενείς (2009-2014), 8561 σοβαρές λοιμώξεις, 674 ευκαιριακές λοιμώξεις.
- Η συνδυασμένη θεραπεία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής λοίμωξης σε σύγκριση με την anti-TNF μονοθεραπεία (HR, 1.23; 95% CI, 1.05–1.45).
- Η anti-TNF μονοθεραπεία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής λοίμωξης σε σύγκριση με την μονοθεραπεία με θειοπουρίνες (HR, 1.71; 95% CI, 1.56–1.88).
- Αντίστροφα, η μονοθεραπεία με θειοπουρίνες σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ευκαιριακής λοίμωξης σε σύγκριση με την anti-TNF μονοθεραπεία (HR, 0.57, 95% CI, 0.38–0.87).

	Unexposed to thiopurines and anti-TNFs 719 407 person-years	Exposed to thiopurine monotherapy 109 177 person-years	Exposed to anti-TNF monotherapy 57 835 person-years	Exposed to combination therapy 11 143 person-years
Serious infections, overall	6067 (8.4)	1149 (10.5)	1095 (18.9)	250 (22.4)
Pulmonary infections	1554 (2.2)	230 (2.1)	236 (4.1)	55 (4.9)
GI infections	1372 (1.9)	286 (2.6)	213 (3.7)	54 (4.8)
Skin infections	994 (1.4)	201 (1.8)	234 (4.0)	47 (4.2)
Urinary tract infections	918 (1.3)	142 (1.3)	148 (2.6)	25 (2.2)
ENT infections	174 (0.2)	41 (0.4)	39 (0.7)	9 (0.8)
Musculoskeletal infections	161 (0.2)	27 (0.2)	24 (0.4)	8 (0.7)
Other infections	894 (1.2)	222 (2.0)	201 (3.5)	52 (4.7)
Opportunistic infections, overall	322 (0.4)	187 (1.7)	119 (2.1)	46 (4.1)
Viral infections	84 (0.1)	122 (1.1)	41 (0.7)	15 (1.3)
Mycobacterial infections	87 (0.1)	32 (0.3)	36 (0.6)	16 (1.4)
Bacterial infections	96 (0.1)	21 (0.2)	31 (0.5)	12 (1.1)
Fungal infections	51 (0.1)	12 (0.1)	10 (0.2)	3 (0.3)

# ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



**Table 5.** Incidence of serious and opportunistic infections according to age category at cohort entry

	Unexposed to thiopurines and anti-TNFs	Exposed to thiopurine monotherapy	Exposed to anti-TNF monotherapy	Exposed to combination therapy
	18-64 years: 627 683 PY ≥ 65 years: 91 724 PY	18-64 years: 102 593 PY ≥ 65 years: 6584 PY	18-64 years: 55 975 PY ≥ 65 years: 1860 PY	18-64 years: 10 905 PY ≥ 65 years: 238 PY
<b>Serious infections, overall</b>				
18-64 years	3954 (6.3)	972 (9.5)	996 (17.8)	238 (21.8)
≥ 65 years	2113 (23.0)	177 (26.9)	99 (53.2)	12 (50.5)
<b>Opportunistic infections, overall</b>				
18-64 years	231 (0.4)	169 (1.6)	108 (1.9)	44 (4.0)
≥ 65 years	91 (1.0)	18 (2.7)	11 (5.9)	2 (8.4)

Numbers are n (incidence rates/1000 PY [person-years])

**Supplementary table 7:** Multivariable Adjusted hazard ratios (and 95% confidence interval) <sup>a</sup> of serious and opportunistic infections according to treatment exposure by IBD subtype and in sensitivity analyses

	Exposed to combination therapy versus anti-TNF monotherapy	Exposed to combination therapy versus thiopurine monotherapy	Exposed to anti-TNF monotherapy versus thiopurine monotherapy
<b>Serious infections, overall</b>	1.23 (1.05-1.45)	2.11 (1.80-2.48)	1.71 (1.56-1.88)
IBD subtype			
Crohn's disease	1.17 (0.96-1.43)	2.00 (1.64-2.44)	1.70 (1.52-1.91)
Ulcerative colitis	1.32 (1.00-1.74)	2.48 (1.91-3.22)	1.88 (1.58-2.25)
Analysis excluding patients with serious infection within 6 months prior to start of follow-up	1.22 (1.03-1.45)	2.13 (1.80-2.52)	1.74 (1.58-1.93)
Analysis non censoring patients with non-melanoma skin cancer during follow-up	1.24 (1.05-1.45)	2.12 (1.81-2.48)	1.71 (1.56-1.88)
Analysis restricted to incident patients	1.41 (1.07-1.84)	2.29 (1.76-2.98)	1.63 (1.36-1.94)
Analysis including patients with a medical history of cancer and patients with a non-confirmed IBD diagnosis <sup>b</sup>	1.26 (1.07-1.48)	2.21 (1.89-2.59)	1.75 (1.59-1.93)
Serious infections, excluding GI infections	1.21 (1.01-1.45)	2.21 (1.84-2.64)	1.82 (1.63-2.03)
<b>Opportunistic infections, overall</b>	1.96 (1.32-2.91)	2.11 (1.45-3.08)	1.08 (0.83-1.40)
IBD subtype			
Crohn's disease	1.88 (1.13-3.13)	1.91 (1.17-3.12)	1.02 (0.74-1.39)
Ulcerative colitis	1.91 (1.01-3.61)	2.73 (1.54-4.85)	1.43 (0.89-2.29)
Analysis excluding patients with serious infection within 6 months prior to start of follow-up	1.99 (1.33-2.98)	2.17 (1.47-3.19)	1.09 (0.83-1.44)
Analysis non censoring patients with non-melanoma skin cancer during follow-up	1.94 (1.31-2.88)	2.10 (1.45-3.06)	1.08 (0.83-1.41)
Analysis restricted to incident patients	1.84 (0.99-3.43)	1.92 (1.05-3.51)	1.04 (0.65-1.68)
Analysis including patients with a medical history of cancer and patients with a non-confirmed IBD diagnosis <sup>b</sup>	1.97 (1.33-2.91)	2.21 (1.53-3.20)	1.12 (0.86-1.46)
Analysis excluding pneumococcal infections as opportunistic infections	2.12 (1.42-3.17)	2.07 (1.42-3.03)	0.98 (0.74-1.29)
Opportunistic infections, excluding mycobacterial infections	1.85 (1.15-2.98)	1.65 (1.06-2.58)	0.89 (0.66-1.21)

<sup>a</sup> For the predictors the multivariable model adjusted for, see the Covariates subsection of the Methods section. <sup>b</sup> Patients with only one single hospital discharge IBD diagnosis and no pharmacy claim for any of the following IBD medications: aminosalicylates, enteral budesonide, thiopurines and anti-TNFs, were considered to have a non-confirmed diagnosis of IBD

**Ο κίνδυνος σοβαρών και ευκαιριακών λοιμώξεων είναι υψηλότερος στην συνδυασμένη θεραπεία παρά μονοθεραπεία με θειοπουρίνες ή anti-TNF**



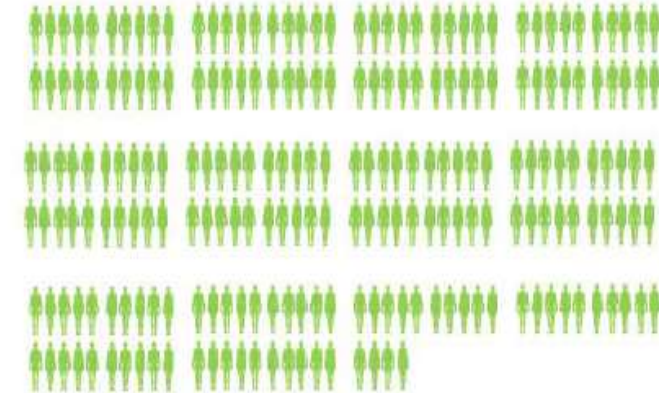
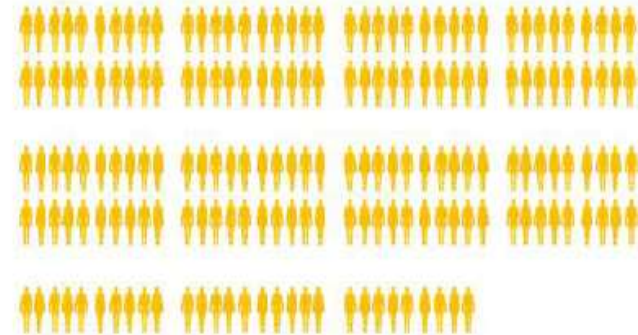
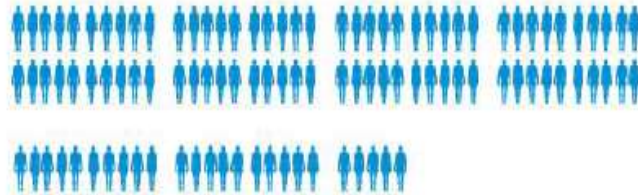
Incidence rates per 10 000 person-years (unadjusted)

Thiopurine monotherapy

Anti-TNF monotherapy

Combination therapy

Serious infections



Opportunistic infections



Viral



Bacterial



Σοβαρές λοιμώξεις που δεν  
προσομοιάζουν σε έξαρση της  
ΝΟΣΟΥ



# Φυματίωση



- Πνευμονική φυματίωση-βήχας, καταβολή, απώλεια βάρους, πυρετός, νυχτερινοί ιδρώτες, δύσπνοια, αιμόπτυση
- 50% που σχετίζονται με anti-TNF έχουν εξω-πνευμονική εντόπιση

- 4πλή θεραπεία (INH, rifampicin, ethambutol, pyrazinamide)

# Στρεπτόκοκκος πνευμονίας



Πνευμονία-πυρετός, παραγωγικός βήχας  
Μηνιγγίτιδα-πυρετός, σημεία μηνιγγισμού, διαταραχή επιπέδου συνείδησης

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 14 ημέρες
- Πνευμονία κινολόνες moxifloxacin 400mg/ημ, levofloxacin 750 mg/ημ) ή amoxicillin–clavulanate 2 gx2, ή ceftriaxone 1 g/ημ μαζί με μακρολίδη (azithromycin 500 mg και μετά 250mgx1x4ημ ή clarithromycin 250 mgx2)
- Μηνιγγίτιδα- vancomycin iv 15–20 mg/kg x2, ceftriaxone iv 2g x2, dexamethasone iv 10 mgx4x4ημ

# Legionella



Πυρετός, κεφαλαλγία, μυαλγία, παραγωγικός βήχας

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 5-21 ημέρες
- Κινολόνες (levofloxacin 750 mgx1, azithromycin αρχικά 1 g και μετά 500 mgx1)

FDA drug safety communication: drug labels for tumor necrosis factor-alpha (TNF $\alpha$ ) blockers now include warnings about infections with Legionella and Listeria bacteria.  
Silver Spring, MD: US Food and Drug Administration; 2011.

# Nocardia



Λοίμωξη αναπνευστικού-ομοιάζει με φυματίωση με βήχα και πυρετό  
Λοίμωξη ΚΝΣ-κεφαλαλγία, λήθαργος, σύγχυση, σπασμοί  
Δερματική λοίμωξη-έλκη, πυόδερμα, κυτταρίτιδα, οζίδια

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 3 εβδομάδες-12 μήνες
- TMP-SMX iv 15 mg/kg/ημ για 3-6 εβδομάδες και μετά per os (εναλλακτικά imipenem 500mgx4 και amikacin 7.5 mg/kg x2)

# Histoplasmosis



Μη ειδικά συμπτώματα (βήχας, δύσπνοια, πυρετος, καταβολή)

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 6-12 εβδομάδες ανάλογα με την σοβαρότητα
  - Itraconazole 200-400mg/ημ, amphotericin 0.7-1mg/kg/ημ,

# Coccidiomycosis



Πλευροδυνία, βήχας και πυρετός

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 3-12 μήνες
- Fluconazole 400–800 mg/ημ, amphotericin B 0.5–1 mg/kg/ημ

# Candidiasis



Ποικίλη συμπτωματολογία ανάλογα με την εντόπιση

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 14 ημέρες
- Fluconazole 800mg δόση φόρτισης και μετά 400mg/ημ, amphotericin B 0.5–1 mg/kg/ημ

# Aspergillosis



Λοίμωξη αναπνευστικού, δερματική λοίμωξη ή εξωπνευμονική εντόπιση

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 6-12 εβδομάδες
- Voriconazole 4 mg/kg x2

# Cryptococcosis



Λοίμωξη αναπνευστικού, μυκηταιμία, δερματική λοίμωξη, λοίμωξη ΚΝΣ

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 8 εβδομάδες
- fluconazole 400 mg/ημ, amphotericin B iv 3–4 mg/kg/ημ

# Varicella zoster virus (VZV)

Ανεμευλογιά και σε επανεργοποίηση ερπητικές βλάβες  
Σε ανοσοκατασταλμένους-ηπατίτιδα, πνευμονία, εγκεφαλίτιδα και αιμορραγικές επιπλοκές

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- acyclovir, valacyclovir, famciclovir, foscarnet

# Herpes simplex virus (HSV)



Σε ανοσοκατασταλμένους εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, οισοφαγίτιδα, κολίτιδα και ηπατίτιδα

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- acyclovir, valacyclovir, famciclovir

# Epstein-Barr virus (EBV)



Ασυμπτωματικός, λοιμώδης μονοπυρήνωση

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Συνήθως καμμία θεραπεία ή acyclovir, ganciclovir

# HBV



- 2/3 των ασθενών με αναζωπύρωση της λοίμωξης θα αναπτύξουν ηπατική ανεπάρκεια
- Η αναζωπύρωση σπάνια θα ξεκινήσει στην φάση της μέγιστης ανοσοκαταστολής αλλά στην περίοδο της μείωσης αυτής όταν και το ανοσοσυστήμα είναι ικανό να αντιδράσει στον πολλαπλασιασμό του ιού και να καταστρέψει τα μολυσμένα ηπατοκύτταρα

# Cytomegalovirus (CMV)



Σε ανοσοκατασταλμένους κολίτιδα, ηπατίτιδα, πνευμονία

- Διακοπή της θεραπείας σε σοβαρή νόσο
- ganciclovir iv για 2–3 εβδομάδες ή foscarnet iv για 2 εβδομάδες

Σοβαρές λοιμώξεις που  
προσομοιάζουν σε έξαρση της  
νόσου



# Clostridium difficile



Συνήθως διάρροια, πυρετός, ναύτια, έμετοι και λευκοκυττάρωση  
Σε σοβαρές περιπτώσεις οξεία σοβαρή κολίτιδα, τοξικό megacolon

- Διακοπή της θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 10-14 ημέρες

# Listeria monocytogenes



Ηπια συμπτώματα (διάρροια, πυρετός, μυαλγίες), σε ασθενείς υπό anti-TNF μπορεί σήψη, μηνιγγίτιδα

- Διακοπή θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 14 ημέρες
  - Ampicillin iv 2g x 6 και penicillin G iv 4 μux 6, TMP-SMX iv 10-20mg/kg/ημ σε 2-4 δόσεις
  - Σε ανοσοκατασταλμένους προσθήκη γενταμυκίνης
  - 3-6 εβδομάδες σε βακτηραιμία και 4-8 εβδομάδες σε λοίμωξη του ΚΝΣ

# Salmonella



Τυφοειδής πυρετος, διάρροια, κοιλιακό άλγος, βακτηραιμία, σήψη, μηνιγγίτιδα

- Διακοπή θεραπείας κατά την ενεργό λοίμωξη
- Αντιβιοτικά για 14 ημέρες
- κινολόνες (cipro 500mgx2, levo 500mgx2), TMP-SMX 160 mg/800 mg x2, amoxicillin 500mgx3, ceftriaxone iv1–2gx1, cefotaxime iv 2gx3



	<b>ΙΟΓΕΝΗΣ</b> EBV, HSV, CMV, HIV HBV, HCV, HPV	<b>ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ</b> ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟΣ/ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟΣ/ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΟ	<b>ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ</b> ΙΣΤΟΠΛΑΣΜΑ ΚΟΚΚΙΔΙΟΜΥΚΩΣΗ	<b>ΆΛΛΕΣ</b> Cdiff
ΘΕΙΟΠΟΥΡΙΝΕΣ	<ul style="list-style-type: none"><li>Πιθανά διακοπή θεραπείας</li><li>Θεραπεία ιογενούς λοίμωξης</li><li>Απόφαση σε ποιον θα επαναχορηγηθεί AZA/6MP</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Διακοπή θεραπείας</li><li>Θεραπεία μικροβιακής λοίμωξης</li><li>Απόφαση σε ποιον θα επαναχορηγηθεί AZA/6MP</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Διακοπή θεραπείας</li><li>Θεραπεία λοίμωξης</li><li>Επαναχορήγηση μετά το τέλος της λοίμωξης</li></ul>	Πιθανά συνέχιση
ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	<ul style="list-style-type: none"><li>Πιθανά συνέχιση αγωγής εκτός HBV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Διακοπή θεραπείας</li><li>Θεραπεία μικροβιακής λοίμωξης</li><li>Απόφαση σε ποιον θα επαναχορηγηθεί</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Διακοπή θεραπείας</li><li>Θεραπεία λοίμωξης</li><li>Επαναχορήγηση μετά το τέλος της λοίμωξης</li></ul>	Πιθανά συνέχιση

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ

