



Clinica de boli infecțioase (cond.: conf. dr. L. Kasza) din Tîrgu Mureș

PROBLEME ACTUALE ALE SEPTICEMIILOR STAFILOCOCICE

Rodica Pascu, Eva Szentkirályi, Elena Oprea, Carmen Gorgan
Paula Bakós, L. Kasza

Septicemiile stafilococice reprezentînd una din problemele importante ale patologiei infecțioase, sînt în atenția tuturor specialităților medicale și chirurgicale (5, 17, 19, 23).

În ciuda unor remarcabile progrese înregistrate de antibioterapia modernă în domeniul infecțiilor stafilococice, morbiditatea prin septicemii de această etiologie continuă să fie ridicată, iar letalitatea să depășească 25 % din cazuri. Se impune să subliniem frecvența crescută a septicemiilor stafilococice mascate, cu focare închistate și evoluție atipică și trenantă (9, 23).

Studiul de față se referă la 33 cazuri de septicemii stafilococice, internate în clinica de boli infecțioase din Tîrgu Mureș între anii 1971—1977.

Repartizarea cazurilor după sex, mediu de proveniență și decade de vîrstă poate fi urmărită în tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 1

SEX		MEDIU		V I R S T Ă					
M	F	U	R	1—10	11—20	21—30	31—40	41—50	Peste 51
13	20	14	19	1	1	14	4	6	7
39,4%	60,6%	42,4%	57,6%	3%	3%	42,4%	12,2%	18,2%	21,2%

Internarea bolnavilor în clinica noastră s-a făcut la intervale de timp diferite față de debutul bolii. Notăm faptul că numai 21,2% din cazuri s-au internat în prima săptămîină de la debut.

Poarta de intrare în raport cu sexul și grupa de vîrstă se desprinde din analiza *figurii nr. 1*. Procentajul cel mai mare a fost dat de poarta de intrare cutanată (33,3%) urmată de cea uterină (30,3%). La un număr de 7 cazuri (21,2%) nu s-a putut preciza poarta de intrare.

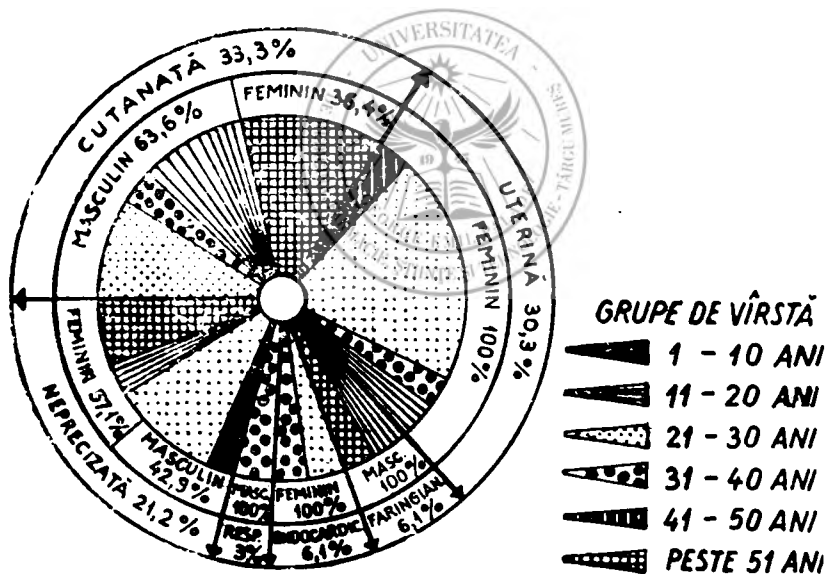


Fig. nr. 1: Poarta de intrare în raport cu sexul și grupa de vîrstă

Simptomatologia clinică a septicemiei stafilococice a fost diversă după cum rezultă din analiza *figurii nr. 2*. Subliniem prezența șocului infecțios la 26 cazuri (78,8%), cit și existența metastazelor septice multiple.

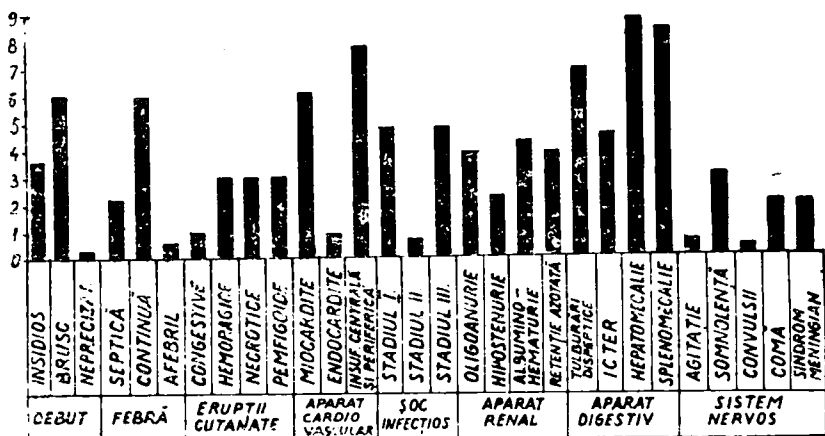


Fig. nr. 2: Simptome clinice principale

Un număr de 12 bolnavi (36,4%) au decedat, toți fiind internați în stare de șoc.

Examenul bacteriologic al septicemiilor stafilococice a evidențiat în 29 cazuri (87,9%) stafilococ aureu hemolitic, iar în 4 cazuri (12,1%) stafilococ epidermidis. Din analiza tabelului nr. 2 se desprinde faptul că la cei 33 de bolnavi s-au obținut 62 culturi pozitive din umori, secreții, metastaze septice sau din țesuturi prelevate la autopsii.

Tabelul nr. 2

	Hemo-cultură	Secreție nazo-faring.	Secreție vaginală	Meta-staze septice	Diverse țesuturi	Total
Stafilococ aureu hemolitic	21 41,2%	6 11,8%	9 17,6%	6 11,8%	9 17,6%	51 100%
Stafilococ epidermis	4 36,4%	3 27,3%	1 9%	—	3 27,3%	11 100%
Total	25 40,3%	9 14,5%	10 16,1%	6 9,7%	12 19,4%	62 100%

Testarea sensibilității la antibiotice s-a efectuat prin metoda difuzometrică descrisă de Kirby-Bauer (tabelul nr. 3).

Incidența crescută a septicemiilor stafilococice în grupa de vîrstă 21—30 ani, constituită exclusiv din femei, este explicată prin numărul mare al gravidelor și implicit al avorturilor spontane sau provocate, care

Tabelul nr. 3

	Beta-lactamine						Oligozaharide și amino-glicozide			Macro-lide	Poli-peptide					
	Penicilină	Oxacilină	Ampicilină	Cloxacilină	Carbencilină	Cefalosporine	Streptomice	Kanamicină	Gentamicină		Colimicină	Polimixină B				
Sub 10 mm	15	—	10	—	—	—	—	4	—	8	—	10	—	1	11	9
10—20 mm	8	8	7	—	—	—	3	7	—	—	—	6	5	13	5	3
Peste 20 mm	4	5	5	—	—	1	—	15	7	14	—	5	2	7	8	12

asigură poarta de intrare uterină. Tromboflebitele pelviene prezente la aceste cazuri constituie focare septice rezistente la tratament și deosebit de emboligene (6, 17). Neprecizarea porții de intrare se datorează în cea mai mare parte tratamentului antibiotic insuficient efectuat anterior internării. Scăderea rezistenței cît și prezența unor boli cronice consumptive explică procentul crescut al septicemiilor stafilococice la bolnavii de peste 51 ani (21,2 %).

Internarea tardivă a bolnavilor în clinica noastră s-a datorat insti-tuirii tratamentelor cu antibiotice, uneori neadequate sau insuficiente, în alte unități spitalicești sau la domiciliu. Imposibilitatea de a preciza rela-ția debut-internare la 5 bolnavi pare explicabilă prin faptul că unele sep-ticemii stafilococice, ca cele post-abortum, pot apărea la câteva săptămîni după avort, iar altele pot evolua atipic și trenant, cu tablou clinic mascat (9, 17, 19, 23).

Evoluția severă a cazurilor studiate s-a datorat internării tardive în clinică a majorității bolnavilor, cît și prezenței complicațiilor majore (șoc infecțios) și a metastazelor septice multiple. Deși se consideră șocul din infecțiile cu germeni gram-pozitivi mai „benign” decît cel din infecțiile cu germeni gram-negativi (21), cazuistica noastră subliniază totuși caracterul grav al șocului infecțios din septicemiile stafilococice. Pe lîngă aceste forme grave există cazuri de septicemii stafilococice care evoluează sub-acut, a căror frecvență este mai mare astăzi ca în trecut (10, 13, 16, 17).

Diagnosticul bacteriologic precoce este de o importanță hotărîtoare în tratamentul septicemiilor (1, 3, 15).

Sensibilitatea scăzută față de penicilină a tulpinilor de stafilococ izo-late la cazurile studiate, se explică prin producerea de penicilinază (4). Sensibilitatea maximă la aminozide justifică utilizarea lor în terapia ac-tuală a septicemiilor stafilococice, iar gentamicina, tobramicina, amika-

cina, sisomicina, putînd fi utilizate chiar ca monoterapie antibiotică (2, 11, 20). Eritromicina este un antibiotic util în infecțiile stafilococice de gravitate medie, iar septrinul și rifampicina, care dezvoltă la scurt timp rezistență, vor fi indicate numai în asociere cu alte antibiotice (5, 18). Deși au fost izolate in vitro, tulpini sensibile la cloramfenicol și tetraciclină, aceste antibiotice nu sînt eficiente în tratamentul septicemiilor stafilococice (16). În septicemiile stafilococice asocierile de antibiotice trebuie stabilite în raport cu antibiograma, cu specificul fiecărui antibiotic și cu starea bolnavilor. Se pot folosi următoarele asocieri: oxacilină + gentamicină; oxacilină + gentamicină + septrin; eritromicină + gentamicină + rifampicină; eritromicină + gentamicină (1, 5, 8, 9, 12, 18, 19). Stabilirea dozelor se va face în funcție de concentrația minimă bactericidă de antibiotice, precum și de aprecierea zilnică a nivelului de antibiotic din ser și din focarele septice. Antibioterapia va fi menținută timp de 2—6 săptămîni, în raport cu gravitatea cazului și cu evoluția clinică, și va fi întregită după necesități cu un tratament patogenetic. În acest sens, corticoterapia se asociază antibioterapiei la cazurile complicate cu șoc infecțios, formelor trenante cu focare torpide și închistate, cît și celor hiperergice. Subliniem importanța tratamentului insuficienței renale acute, a dezechilibrului hidroelectrolitic și a insuficienței cardiorespiratorii. Evident, orice tratament trebuie individualizat de la caz la caz.

Astăzi se admite în unanimitate că tratamentul septicemiilor stafilococice trebuie efectuat în secții de terapie intensivă și reanimare, în colaborare cu medicii de diverse specialități (7, 9, 14, 22).

Studiul de față permite stabilirea următoarelor concluzii:

1. Caracterul grav și de mare urgență al septicemiilor stafilococice.
2. Importanța deosebită a diagnosticului bacteriologic precoce.
3. Testarea sensibilității agentului patogen la antibiotice și exprimarea antibiogramei în concentrație minimă inhibitorie și în concentrație minimă bactericidă.
4. Determinarea nivelului de antibiotice din ser și din focare septice.
5. Baza terapiei septicemiilor stafilococice este constituită de tratamentul antimicrobian instituit precoce și intensiv în conformitate cu antibiograma. Acest tratament se va continua minimum 7—14 zile după afebrilitate. În formele severe, cu stafilococi puțin sensibili la antibioticele uzuale, se vor folosi asociații de antibiotice.
6. Tratamentul chirurgical al focarelor septice, asociat cu antibiotice, face parte din complexul de măsuri terapeutice instituit.
7. Complicațiile vor fi tratate de urgență printr-o colaborare strînsă a medicilor de diverse specialități.
8. Prognosticul grav al septicemiilor stafilococice impune măsuri profilactice energice: a) tratamentul corect al focarelor septice; b) combaterea prin toate mijloacele a avorturilor criminale; c) combaterea hospitalismului stafilococic prin aplicarea unei igiene riguroase, sterilizarea purtătorilor de stafilococi, asepsie și antisepsie în toate explorările și inter-

vențiile medico-chirurgicale; d) evitarea abuzului de antibiotice și a folosirii neraționale a corticoterapiei, în scopul evitării selectării tulpinilor stafilococice rezistente și scăderii capacității de apărare a organismului.

Sosit la redacție: 17 februarie 1979.

Bibliografie

1. Bals M. și colab.: Med. int. (1969), 21, 669; 2. Barza M., Scheife R. T.: Amer. J. Hosp. Pharm. (1977), 34, 723; 3. Bastin R., Vilde J.: Rev. Prat. (1969), 19, 1931; 4. Bouvet A., Le Pennec M.-P.: Rev. Prat. (1977), 27, 2761; 5. Bricaire F.: Rev. Med. (1977), 24, 1176; 6. Căruntu F. și colab.: Al III-lea Congres Național de Patologie Infecțioasă, Cluj-Napoca, 222; 7. Căruntu F. și colab.: Al III-lea Congres Național de Patologie Infecțioasă, Cluj-Napoca, 178; 8. Frottier J. și colab.: Sem. Hôp. Paris (1974), 50, 347; 9. Gavrilă I., Păscariu C.: Septicemiile, Ed. medicală, București, 1976; 10. Gorgan V. și colab.: Al. III-lea Congres Național de Patologie Infecțioasă, Cluj-Napoca, 1977, 148; 11. Jonsson M. și colab.: Infection (1977), 4, 433; 12. Musher D. M., McKenzie S. O.: Medicine (1977), 56, 383; 13. Palencsâr A. și colab.: Al III-lea Congres Național de Patologie Infecțioasă, Cluj-Napoca, 1977, 145; 14. Păun L.: Terapia intensivă în bolile infecțioase, Ed. medicală, București, 1971; 15. Rotter M.: Infection (1977), 5, 55; 16. Szentkirályi E. și colab.: Actualități în patologia infecțioasă, Iași, 1975, 125; 17. Szentkirályi E. și colab.: Al III-lea Congres Național de Patologie Infecțioasă, Cluj-Napoca, 1977, 221; 18. Taindel C. și colab.: Actualități în patologia infecțioasă, Iași, 1975, 97; 19. Ulianiv M. și colab.: Actualități în patologia infecțioasă, Iași, 1975, 131; 20. Vladivieso M., Bodey G., Amer. J. Med. Sci. (1977), 274, 177; 21. Vic-Dupont V. și colab.: Ann. Int. Med. (1970), 72, 645; 22. Voiculescu M. și colab.: Actualități în patologia infecțioasă, Iași, 1975, 1; 23. Voiculescu M. și colab.: Al III-lea Congres Național de Patologie Infecțioasă, Cluj-Napoca, 1977, 115.

Rodica Pascu, Eva Szentkirályi, Elena Oprea, Carmen Gorgan, Paula Bakos, L. Kasza

CURRENT PROBLEMS OF STAPHYLOCOCCAL SEPTICAEMIA

From clinical and bacteriological viewpoint the authors have studied 33 cases of staphylococcal septicaemia and have pointed out the following more important aspects: a) the female cases were prevalent (60%); b) the majority of cases had a delayed admission to the clinic (78.8% of the cases after one week from the onset); c) the primary infection affected the skin in 33.3% and the uterus in 30.3% of cases; d) the evolution was grave in 78.8% of cases, with infectious shock and multiple septic metastases; e) besides the acute forms there were also subacute forms in 21.2% of the cases; f) mortality was 36.4% of the cases; g) sensibility of isolated staphylococcus strains was maximum for kanamycin, erythromycin, gentamycin, oxacyllin and septrin; h) the basic treatment was antibiotic therapy, which was associated with a pathogenic therapy in each case separately.