

Základy antimikrobiální terapie 8

Aminoglykosidy Infekce krevního řečiště

28. 4. 2020

Renata Tejkalová

Mikrobiologický ústav LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Antibiotika-rozdělení

A) ATB inhibující syntézu buněčné stěny
(peptidoglykanu)

beta-laktamy
glykopeptidy

B) ATB inhibující metabolismus DNA

(fluoro)chinolony
rifampicin

C) ATB inhibující proteosyntézu

makrolidy (+ azalidy + ketolidy)

linkosamidy

tetracykliny

chloramfenikol

oxazolidinony

+ aminoglykosidy

D) ATB inhibující různé metabolické dráhy

E) ATB poškozující buněčnou membránu

kolistin

Rozdělení AG

- streptomycin

- ostatní AG:

neomycinová sk.

NEO,

kanamycinová sk.

KAN, TOB, AMI

gentamicinová sk.

GEN, NET, ISE

- (spektinomycin)

Mechanismus účinku

- působení na 30 S podjednotku ribozomu na začátku bakteriální proteosyntézy (**inhibice syntézy proteinů**)
- dezintegrace zevní membrány buněčné stěny G- bakterií

rychlý baktericidní účinek na bakterie, jak v klidové tak v růstové fázi

Koncept Pk/Pd

$Pd = \text{efekt} / \text{čas}$

$Pk = \text{koncentrace} / \text{čas}$

$Pd/Pk = \text{efekt} / \text{koncentrace}$

- a) time-dependent killing
- b) concentration-dependent killing
- c) AUC-dependent killing

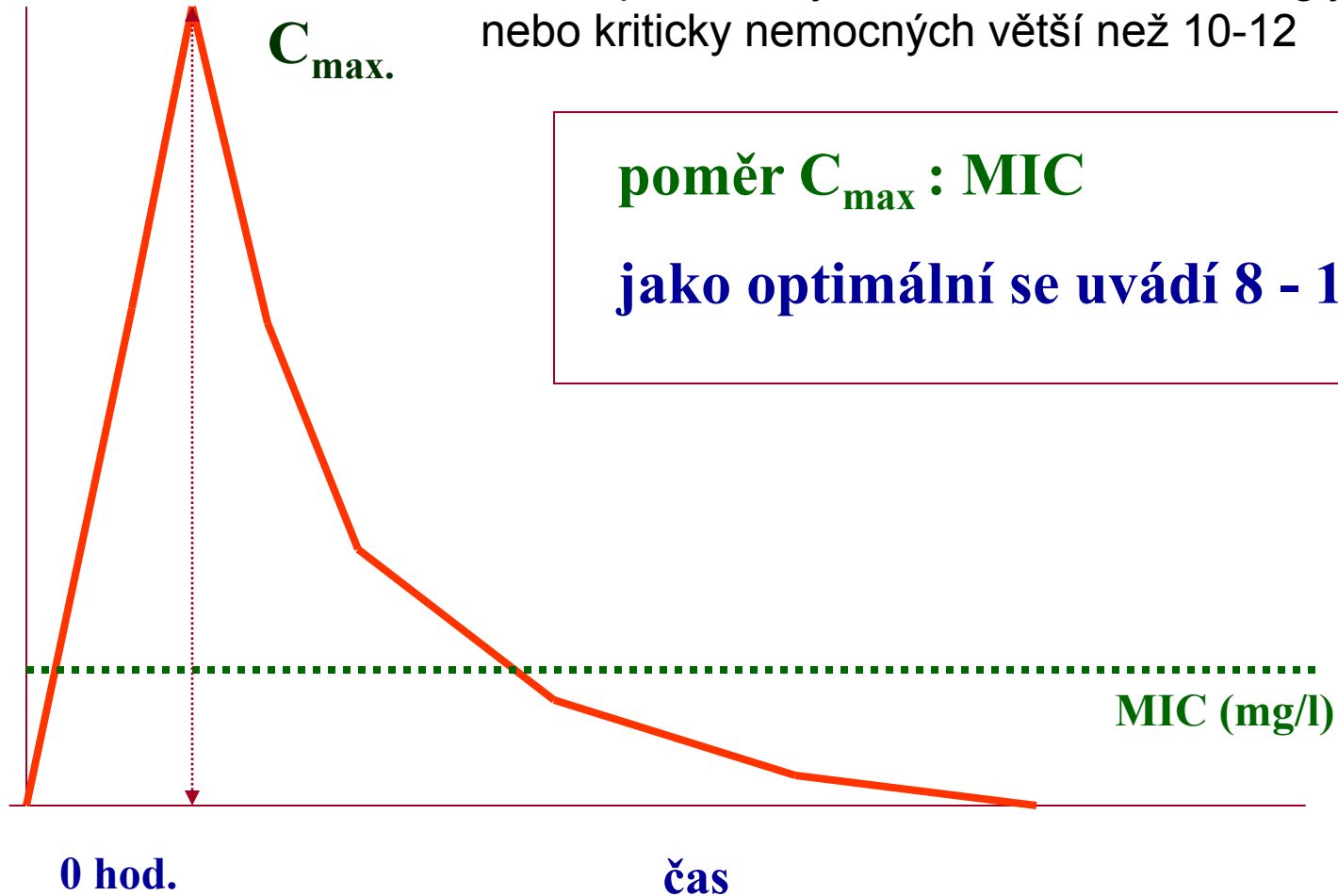
- Závislost účinku na čase a minimální postantibiotický efekt T / MIC
- Závislost účinku na ploše pod křivkou (poměr $AUC/MIC = AUIC$ (area under the inhibitory curve) a významný postantibiotický efekt
- Závislost účinku na koncentraci a dlouhý postantibiotický efekt C_{max} / MIC

Účinek závislý na koncentraci

Účinnost antibiotika závisí na **hodnotě poměru maximální plazmatické koncentrace a MIC 90 (C_{max}/MIC_{90})**

K dosažení optimálního účinku je třeba, aby hodnota tohoto poměru byla větší než 8. U aminoglykosidů nebo kriticky nemocných větší než 10-12

koncentrace (mg/l)



Farmakokinetika AMG

- nevstřebávají se z GIT
- distribuce \sim ECT ($V_d 0,25-0,3$ l/kg)
- vazba na bílkoviny: 10-20 %
- špatný průnik přes biologické bariéry (hematolikvorovou a hematoencefalickou bariéru)
- nejsou v lidském organismu metabolizovány a vylučují se v nezměněné formě ledvinami, glomerulární filtrací, přičemž více než 90 % je eliminováno během 24 hodin
- biol. poločas: 2,0-2,5 hod
- průnik do tkání: 10-30 %
- do exsudátů: 20-50 %
- do likvoru (při zánětu): 10-30 %
- vylučování močí – GF (99 %) AG jsou vylučovány ještě měsíc po skončení léčby (kumulace v ledvinách)

Spektrum účinku

dobrá účinnost: enterobakterie
nefermentující G-
stafylokoky (mimo STM)
mykobakteria (jen STM, AMI)

účinek v synergii s betalaktamy (navzdory rezistenci in vitro),
rozlišovat diskový test a vysokou rezistenci:
streptokoky
enterokoky

neúčinné: anaerobní bakterie
všechny opouzdřené bakterie
intracelulárně žijící bakterie

Použití AMG I.

a) rychlý cidní účinek (akutní sepse)

G-, stafylokoky

- rychlé snížení bakteriální nálože
- vysoké dávkování, krátká doba léčby
 - eliminace mikrobů z ECT
 - snížení rizika rezistence
- význam první dávky
- režim once daily snižuje toxicitu

AMG ničí citlivé bakterie rychleji než β -laktamová antibiotika nebo glykopeptidy. Tento účinek je závislý na vrcholové koncentraci c_{\max} , respektive na poměru c_{\max}/MIC . Za optimální se považuje dosažení koncentrací odpovídajících šesti- až desetinásobku MIC. Při takovém dávkování je současně minimalizováno riziko, že bakterie vyvinou rezistenci k aminoglykosidům.

Použití AMG II.

b) podpora stěnového ATB (synergie)

G+, event. rezistentní Gram-

- nižší dávkování, dlouhá léčba
- dříve podávání vícekrát denně, dnes 1x

Synergie je nejnápadnější u enterokoků a neopouzdřených kmenů streptokoků

c) léčba IMC

- po léčbě **přetrvává výskyt AMG** v moči velmi dlouho, **vyluč. až >20 dní**
 - léčebný efekt nemusí být optimální, navzdory relativně vysoké koncentraci (biofilm)
 - ochrana před ascendentní infekcí
 - negativní výsledek kultivace

Lokální podání AMG

AMG nealergizují, nedráždí tkáně ...

- p.o. (průjmy vyvolané neinvazivními mikroby)
- inhalačně (VAP, chronické infekce DCD)
- výplachy tělesných dutin
- otitis externa
- hnisavá konjunktivitida
- rány (Framykoin)
- impregnace implantátů

Výběr přípravku

STM: TBC a mykobakteriózy (nižší MIC);

endokarditida vyvolaná enterokoky rezistentními na GEN

GEN: sepse způsobené citlivými bakteriemi

AMI: sepse a závažné infekce, způsobené bakteriemi rezistentními na GEN;

TBC, mykobakteriózy, nokardióza

obava z nefro-a ototoxicity

TOB: 2-5x vyšší účinnost na PSAE než GEN výhodné u inhalačního podávání

Dávkování AMG

a) Akutní sepse → rychlý cidní účinek:

GEN, TOB, NET: 5 mg/kg/den, v 1 dávce loading dose: 7 mg/kg

KAN, AMI: 15 -20 mg/kg/den, v 1 dávce

Dávkování platí pro standardní farmakokinetiku !!

Při léčbě <5 dní není nutné měřit hladiny.

b) Potřeba synergie → dlouhodobá léčba (1-3 týdny)

GEN, TOB, NET: 3 mg/kg/den, více dávek

STM, KAN, AMI: 15 mg/kg/den, více dávek

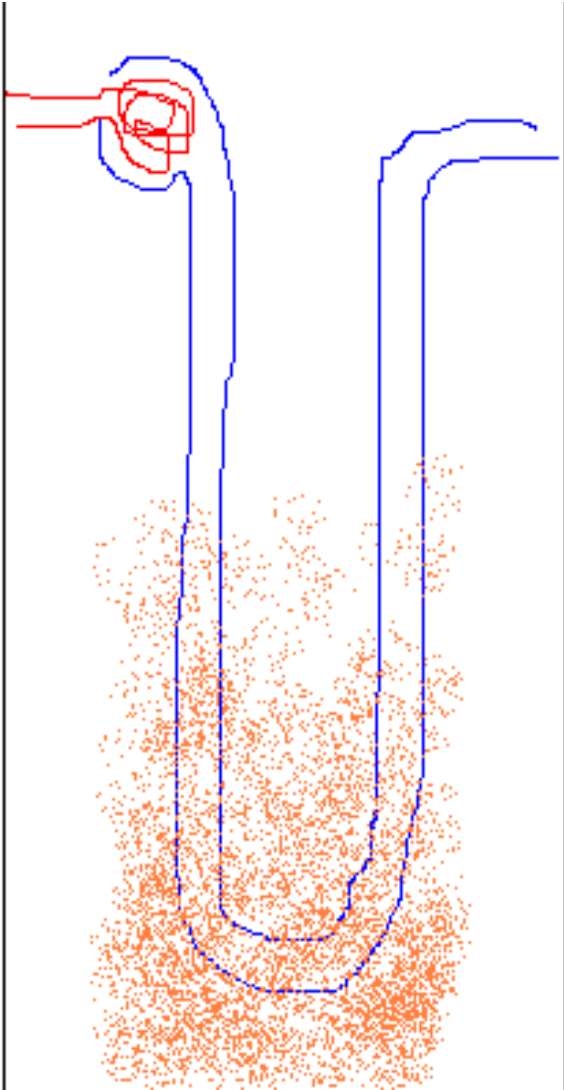
Dávkování platí pro standardní farmakokinetiku

Vždy je potřeba měřit hladiny (kumulace AMG)

Nežádoucí účinky

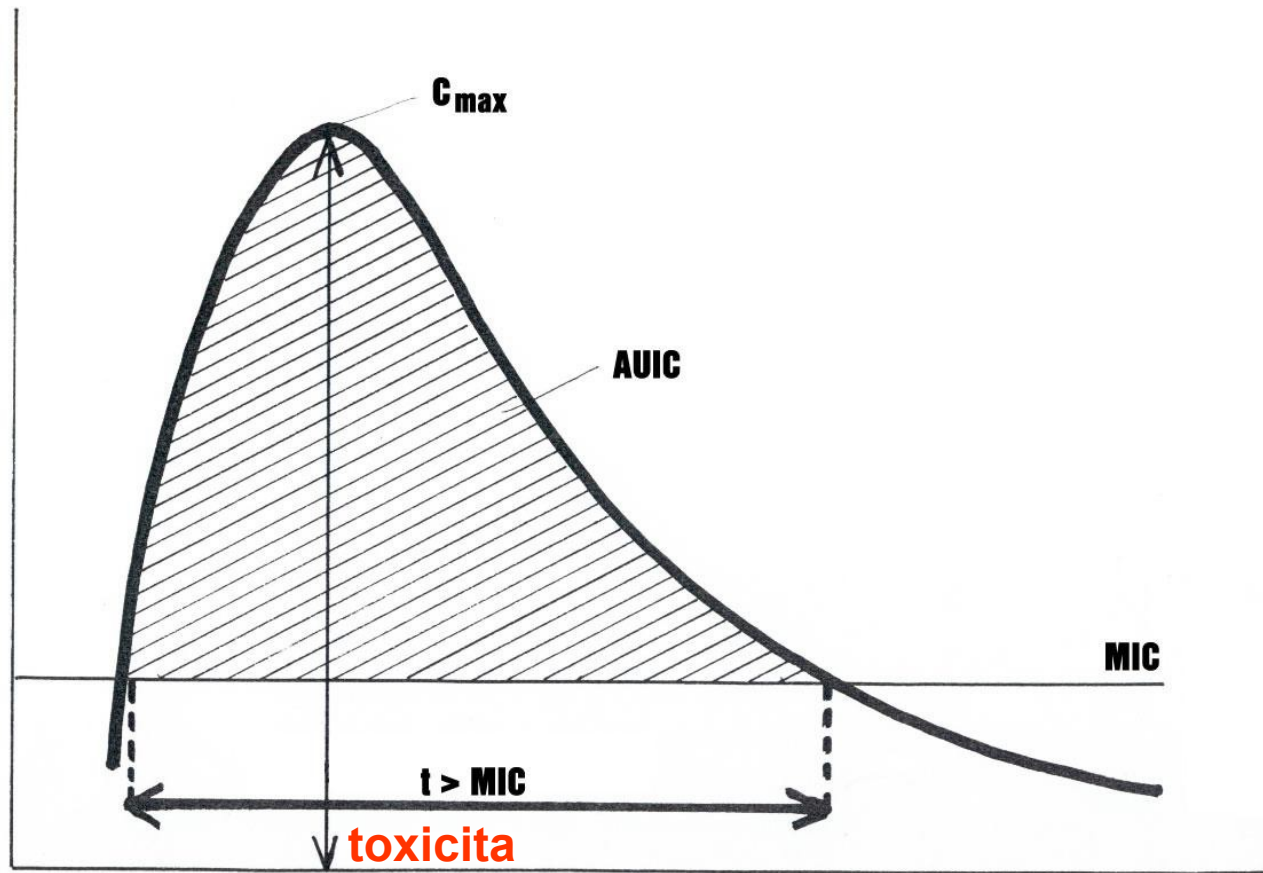
- **poškození vestibulárního systému (ototoxicita)**- irreverzibilní děj, často po opakované expozici. Vysvětluje se průnikem AMG do perilymfy vnitřního ucha. AMG poškozují senzorický epitel kochleárního i vestibulárního ústrojí. Toto poškození je kumulativní a objevuje se s latencí
- **nefrotoxicita**- je způsobena vstřebáváním AMG z primární moče epiteliálními buňkami proximálních tubulů. Po vstřebání se molekuly antibiotika hromadí v lysozomech a zde blokují odbourávání fosfolipidů. Tak dochází nejprve k zahlcení a rozpadu lysozomů a s tím spojenému výpadku funkce tubulárních buněk; pokračuje-li proces dále, propadnou tubulární buňky nekróze a dojde k renálnímu selhání. Pozor na kombinace: AG + Vanko, + AMP B, + clinda,+ cef I. gen.,+ furosemid
Je kumulativní, krátká léčba(cca 5 dnů) je relativně bezpečná.
- **neuromuskulární** blokáda - při rychlé aplikaci vysokých dávek i.v., obvykle na JIP při kombinaci AG s dalšími léky
- alergické reakce

Toxicita AG

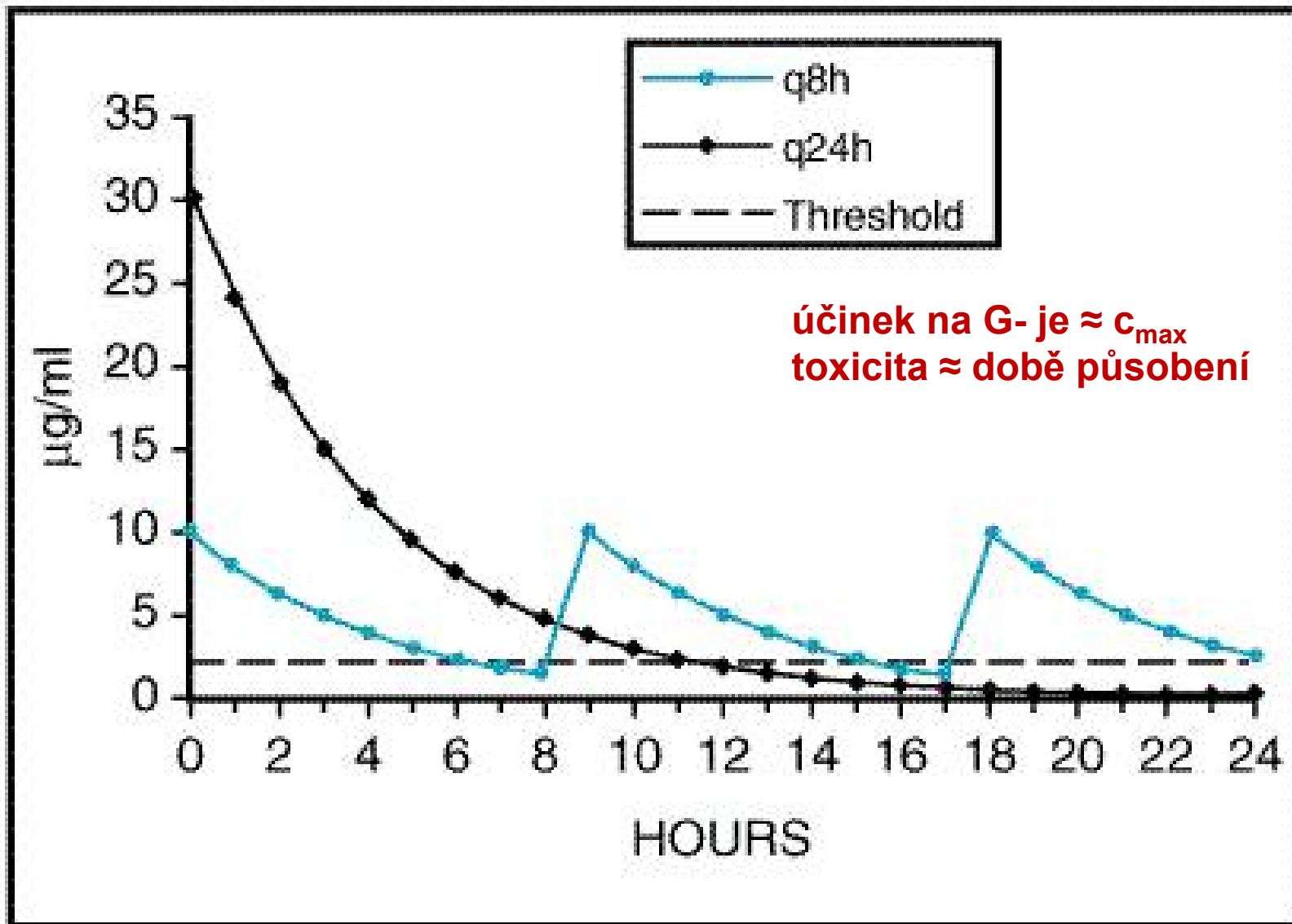


- vychytávání z primární moči je saturabilní děj \Rightarrow toxicita závisí na čase nikoli na koncentraci. **Nefrotoxicita AMG závisí na době jejich vylučování do moči, nikoli na výšce hladin v moči.**
- kumulace AMG v buňkách pomalé vylučování
- hrozí nekróza tubul.buněk
- renální porucha je reverzibilní

Účinek a toxicita AMG



Aminoglykosidy



podávání 1x denně; měření hladin

Aminoglykosidy

- ATB určená pro **nemocniční použití**
- **Baktericidní**
- Závislé **na koncentraci**
- **Významný postantibiotický efekt** při léčbě G- infekcí (dávkování 1x denně), při terapii G+ infekcí je naopak postantibiotický efekt zanedbatelný (dávkování intermitentní)
- V současné době považovány za ATB **vhodné pro úvodní krátkodobou aplikaci pro rychlé zvládnutí bakteremické fáze, vhodná kombinace s jinými skupinami ATB**
- Pouze v **i.v. formě**

Měření hladin

Několik denních dávek:

měří se maximum (účinnost) a minimum (toxicita)

GEN: max: 4-10 mg/l, min: 1-2 mg/l

AMI: max: 15-30 mg/l min: < 5 mg/l

Podávání once daily:

měří se jen minimum (toxicita)

GEN < 1 mg/l, AMI < 3 mg/l

nebo hodnocení koncentrace podle nomogramu

Stanovení hladin toxických antibiotik

Cílem je **správné nastavení dávkování antibiotik** s úzkým terapeutickým oknem ošetřujícím lékařem u pacientů *bez rizikových faktorů (RF) rozvoje toxicity* v anamnéze a načasování prvního odběru krve ke stanovení hladin

Rizikové faktory toxicity:

- preexistující nefropatie, nestabilní renální funkce, významná retence tekutin
- použití nebo plán použití dialýzy ledvin
- kriticky nemocní
- použití ECMO
- věk nad 65 let
- morbidní obezita (BMI nad 40 kg/m²) nebo kachexie
- podávání dalších nefrotoxických léčiv: imunosupresiva, nesteroidní antirevmatika, iódová kontrastní látka, diuretika, ...)

Režim 1-krát denně načasování odběrů ke stanovení hladin
Ref. Cmin (udolní hladinu nabrat 30 minut před podáním)
Cmax (peak pokud je indikován 30 - 60 minut po vykapání infuze)

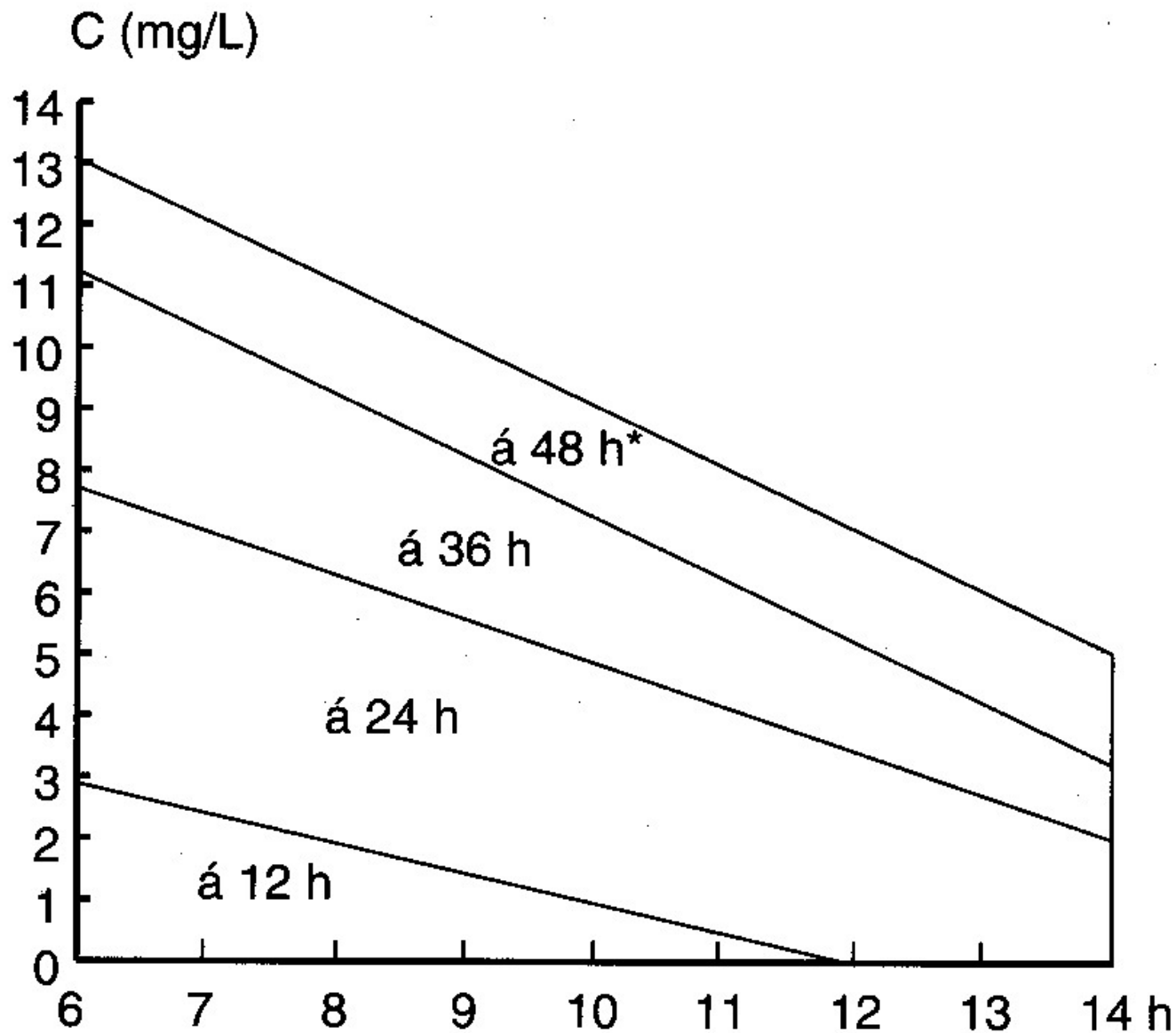
Gentamicin 30 minut před podáním 2. nebo 3. dávky

Ref. Cmin	Cmax
pod 2 umol/L (1 mg/L)	do 52,25 umol/L (do 25 mg/L)

Amikacin 30 minut před podáním 2. nebo 3. dávky

Ref. Cmin	Cmax
pod 7 umol/L (4 mg/L)	do 85,5 umol/L (do 50 mg/L)

Měření hladin - Hartfordův nomogram



Význam monitorování

redukce toxicity

snížení nefrotoxicity

kratší doba léčby / hospitalizace

snížení nákladů

Jak omezit toxicitu AG ?

- nepodávat při renální insuficienci
- nepodávat u starých osob, poruch sluchu
- dobrá hydratace, dobrá diuréza
- normokalémie
- nekombinovat s nefrotoxickými léky
- při once daily podávat ráno
- při monitorování kreatininu reagovat na vzestup hladin i v rámci fyziol. hodnot
- po 2-týdenní léčbě nepodávat 6 týdnů

Kdy nepoužívat AG

AG nepůsobí nebo špatně působí na

- anaerobní bakterie
- opouzdřené bakterie
- intracelulárně uložené bakterie

AG se nevylučují nebo málo vylučují na sliznice

- bronchopneumonie
- gastrointestinální infekce

Infekce krevního řečiště

Cíle a význam mikrobiologického vyšetření IKŘ

Cíle:

- průkaz původce infekce z krve
- průkaz původce infekce z primárního zdroje
- identifikace primárního zdroje

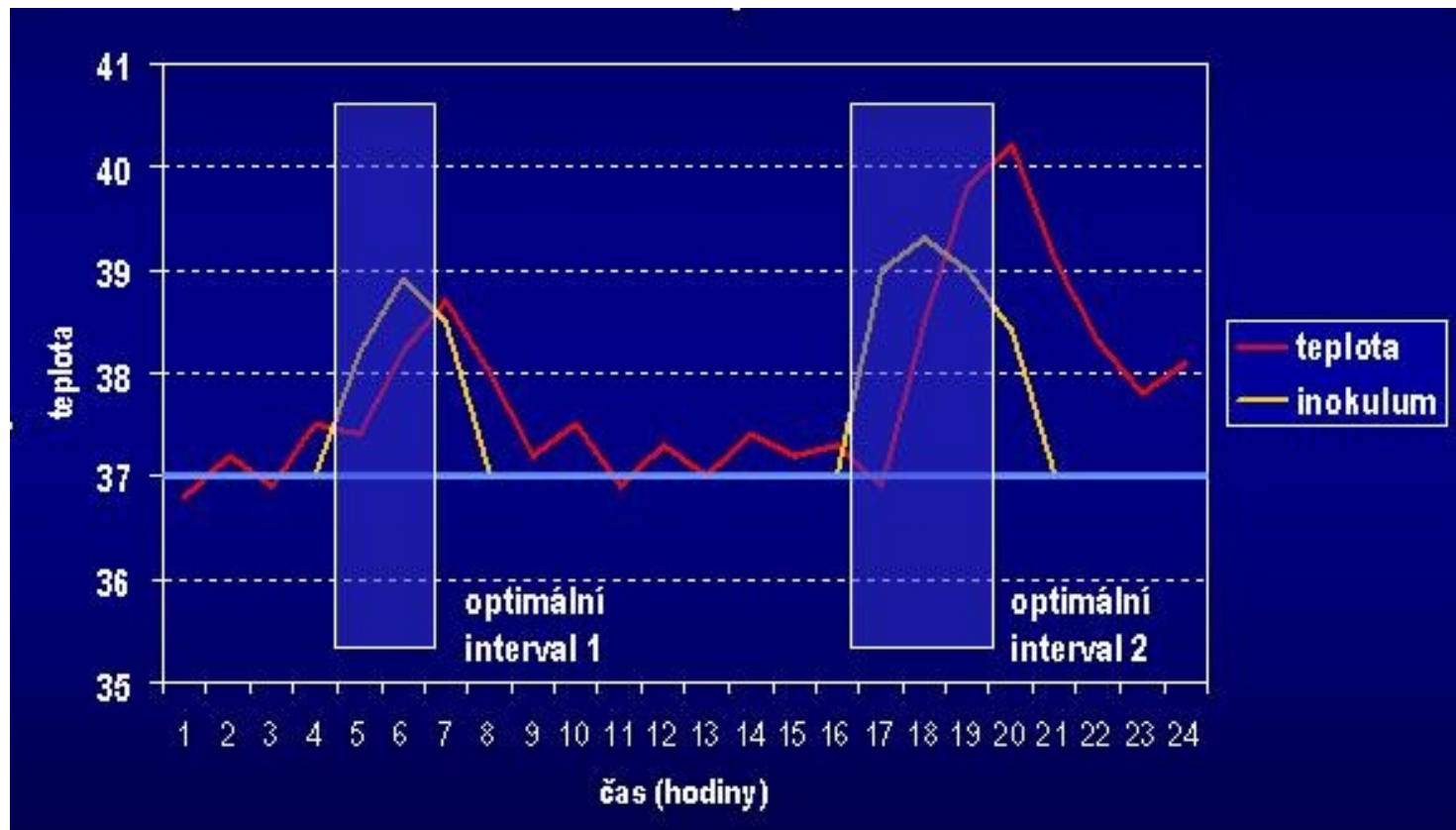
Význam:

- průkaz etiologie infekčního procesu při známé diagnose
- podnět pro další diferenciálně diagnostický postup

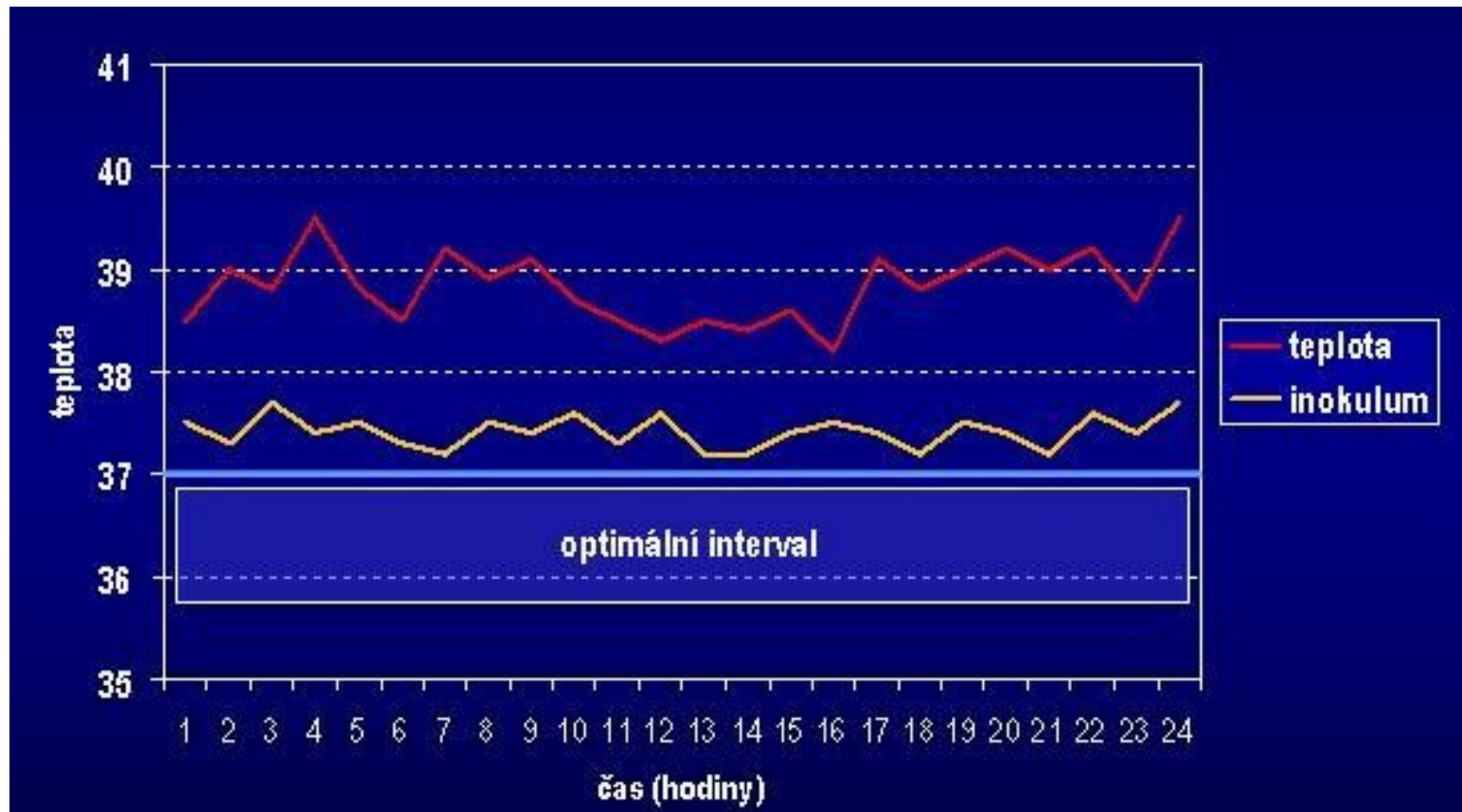
Hemokultivační vyšetření - optimální parametry

- optimální **načasování** odběru hemokultur
- optimální **počet** hemokultur
- optimální **objem** vzorku krve
- optimální **místo** odběru hemokultury
- odběr hemokultur a podávání **antibiotik**

Optimální načasování odběru hemokultur intermitentní bakteriémie



Optimální načasování odběru hemokultur kontinuální bakteriémie



Optimální objem odebrané krve

- **koncentrace mikrobiálního inokula v periferní krvi:**
u dospělých obvykle do 1 CFU na 1ml odebrané krve
 - u malých dětí je obvykle koncentrace inokula vyšší
- **význam optimálního objemu krve pro hemokultivaci:**
zvýšení objemu odebrané krve ze 40 na 60ml zvýšilo výtěžnost hemokultivace o 10% (Maki D, et al.)
 - ředění krve bujonem 1:5 až 1:10 vede k optimálnímu zotavení mikrobiálního inokula
- **dospělí** **20 až 30 ml na jeden odběr (40 až 60 ml celkem)**
- **děti** **1 až 5 ml na jeden odběr (podle věku)**

Optimální počet hemokultur

- 1 hemokultura denně - zcela výjimečně (**v ambulanci**)
- 2 - 3 hemokultury denně-optimum
- 4 hemokultury denně - maximum (**2 epizody**)
- **95% bakteriemií je detekováno 2 až 3 hemokulturami**

Optimální místo pro odběr hemokultury

- **odběr venepunkcí periferní žíly**
 - standardní způsob odběru
 - opakované odběry se provádějí optimálně z různých míst
 - neodebírat z periferních žilních kanyl (kontaminace !!!)
- **odběr z cévního katétru**
 - pouze při suspekci na katéetrovou infekci
 - jinak pouze v případě, není-li možná venepunkce (nouzové řešení!!!)

Odběr hemokultury a používání antibiotik

- optimálně odběr **před zahájením antibiotické léčby**
 - vždy u nemocného s klinickou suspekci na IKŘ
 - optimální způsob odběru bez negativního ovlivnění růstu inokula
 - vysoká pravděpodobnost průkazu bakteriemie
- odběr v průběhu antibiotické léčby
 - odběr načasovat **před podáním další dávky ATB** (je-li to možné)
 - při klinicky selhávající léčbě odebrat hemokultury před změnou ATB
 - použít média s inhibitory antibiotik
- **antibiotické „okno“**
 - krátkodobé vysazení aplikace antibiotik k provedení hemokultivace

Dokumentace k hemokultivačnímu vyšetření

Údaje nezbytné pro **správnou interpretaci** výsledku vyšetření:

- klinická diagnosa ve vztahu k indikaci vyšetření
- datum a přesný čas odběru
- teplota při odběru
- místo odběru (venepunkce, cévní katétr s přesnou identifikací katétru!!!)
- antibiotická léčba

Interpretace pozitivních nálezů v HK

Význam kvantifikace nálezu pro odlišení kontaminace

- relativně vysoká kvantita inokula = bakteriémie
- relativně nízká kvantita inokula = kontaminace
- možnost identifikace katéetrového původu infekce

Metody kvantifikace inokula:

- **hodnocení detekčního času**
 - **čím větší je inokulum v hemokultuře, tím kratší je detekční čas**

Sdělování výsledků vyšetření

- urgentní charakter všech vzorků vyšetřovaných při IKŘ
- aktivní sdělování (klinický mikrobiolog ošetřujícímu lékaři)
- průběžné sdělování dílčích výsledků
- sdělování pečlivě interpretovaných výsledků
- optimální forma je **klinicko - mikrobiologická konzultace**
- návrh dalších vyšetření a doporučení optimální léčby

Automatizované HK systémy

v ČR od r. 1993

- urychlení detekce
- ↓ rizika kontaminace HK
- ↓ rizika pro personál
- úspora materiálu i času
- kvalitní média



Vyšetřování hemokultur

system Bact Alert

typy lahviček:

aerobní + ATB	zelená
aerobní bez ATB	modrá
anaerobní	oranžová
mykotické	šedé

telefonická konzultace s klinikem



Technika odběru

- kvalifikovaný personál, evt. speciální sestry
- nádobky používat nevychlazené (pokojevá teplota)
- odběr ze žíly, ne z arterie (neodebírat také ze žilního katétru, leda při susp. katérové infekci !)
- dezinfekce kůže: otřít a pak nechat zaschnout !
- nepalpovat znovu žílu po dezinfekci
- venepunkce jedním vpichem
- neměnit jehlu při vstřikování krve do nádobky
- na nádobce i průvodce uvést čas a místo odběru
- nádobky do doby transportu nechat při pokojové teplotě, nevystavovat slunci a horku
- neprovádět kožní stěr před venepunkcí