



CASI DIFFICILI IN PATOLOGIA INFETTIVA

Su un caso di infezione di device cardiaco

Rosario Cultrera

*Dip. Medico - UOC Malattie Infettive Universitaria
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara*

J Heart Valve Dis. 2014 Mar;23(2):219-21.

Ceftaroline for the treatment of prosthetic valve endocarditis due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

Pagani L, Bonnin P, Janssen C, Desjoyaux E, Vitrat V, Bru JP.

Abstract

The case is described of a frail patient who developed prosthetic valve endocarditis due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). Conventional antimicrobial treatments either failed or were contraindicated, and the patient was judged unsuitable for a further valve replacement. A salvage therapy with high doses of a new cephalosporin, ceftaroline, given three times daily was undertaken; subsequently, the patient had not relapsed at two months after completing a six-week course of ceftaroline.

Ceftaroline deserves major attention as an alternative choice in difficult-to-treat MRSA endocarditis.

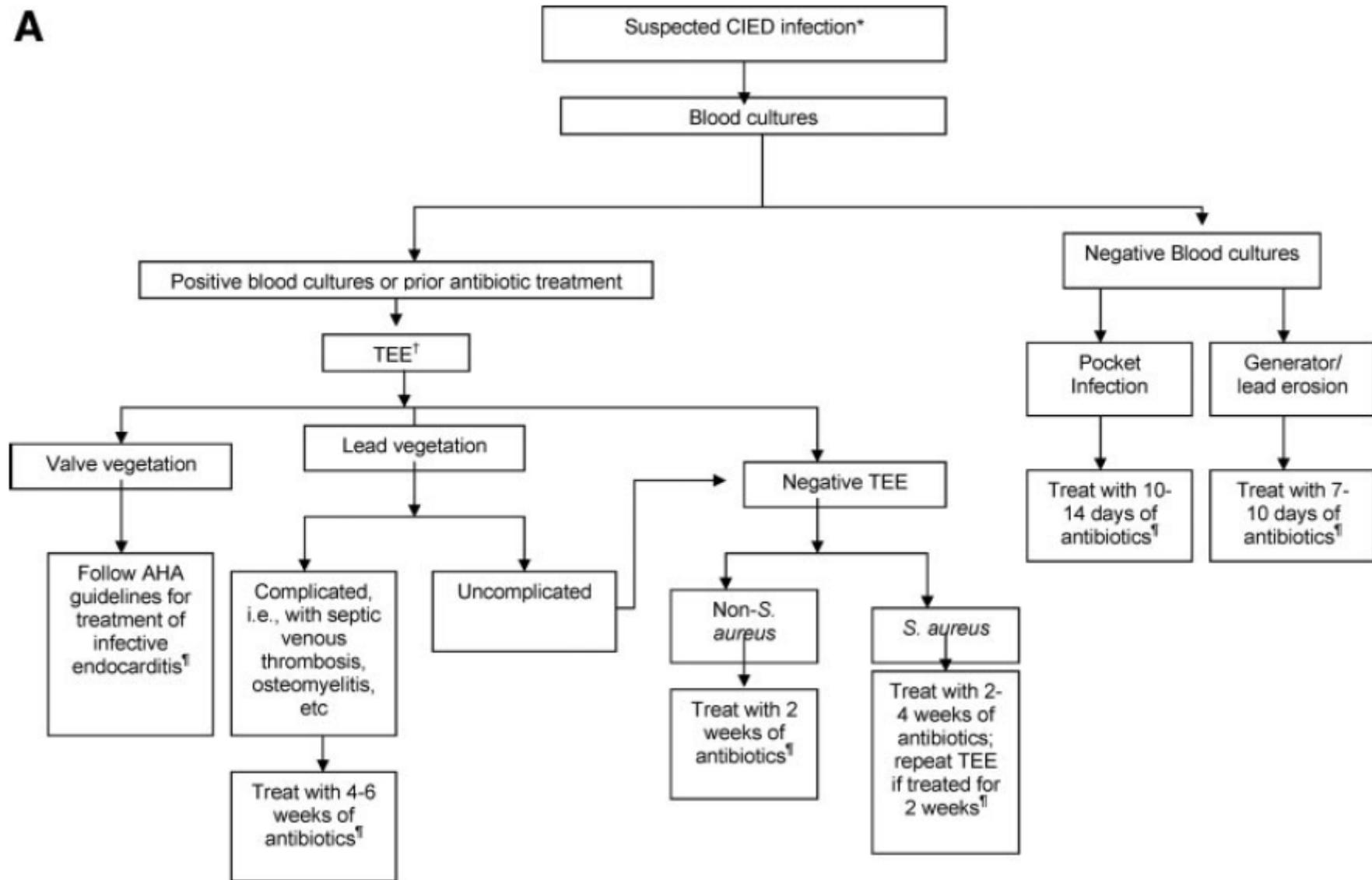


Guidelines for the diagnosis, prevention and management of implantable cardiac electronic device infection. Report of a joint Working Party project on behalf of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy (BSAC, host organization), British Heart Rhythm Society (BHRS), British Cardiovascular Society (BCS), British Heart Valve Society (BHVS) and British Society for Echocardiography (BSE)

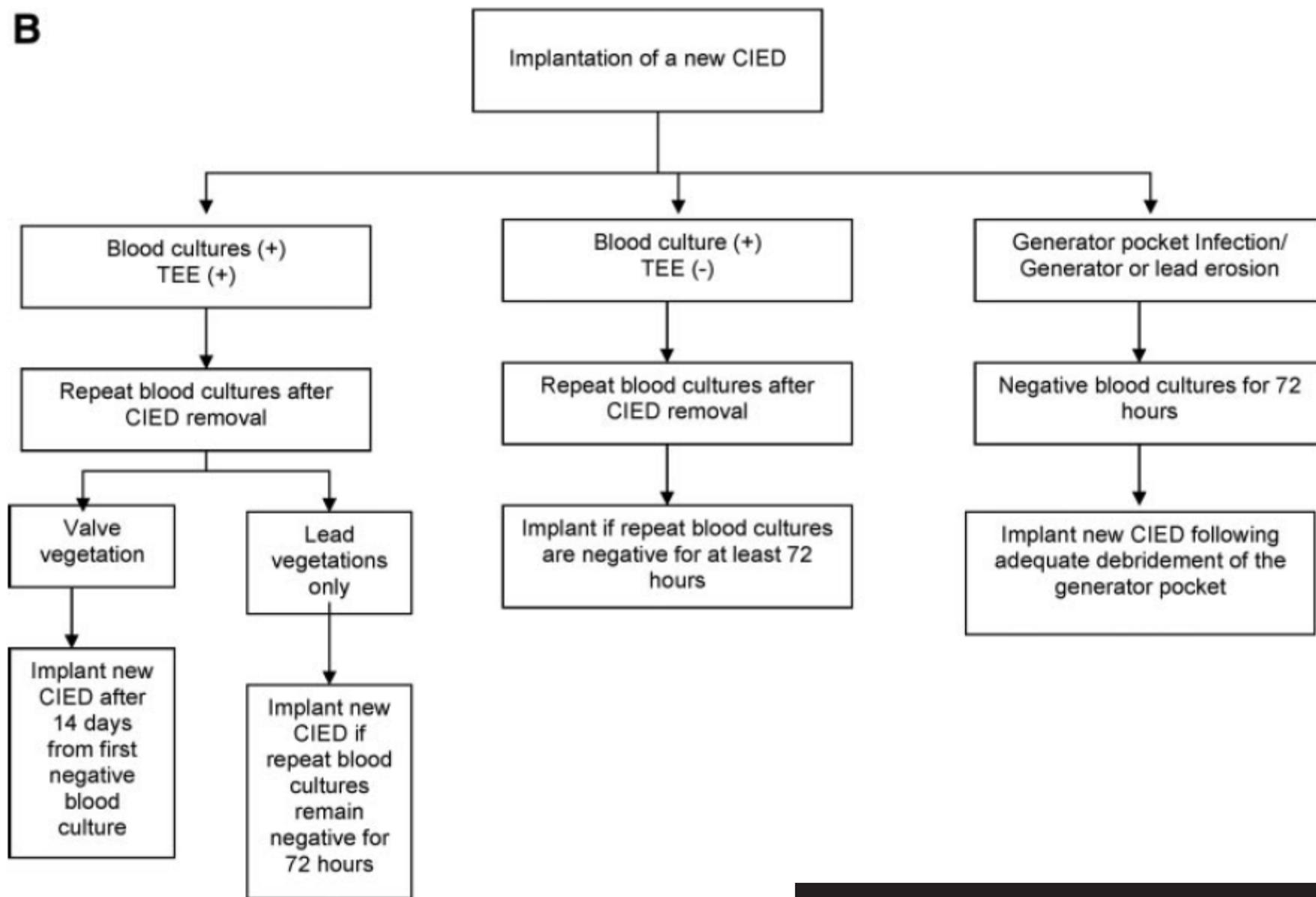
Jonathan A. T. Sandoe^{1*}, Gavin Barlow², John B. Chambers³, Michael Gammage⁴, Achyut Guleri⁵, Philip Howard¹, Ewan Olson⁶, John D. Perry⁷, Bernard D. Prendergast⁸, Michael J. Spry⁹, Richard P. Steeds¹⁰, Muzahir H. Tayebjee¹ and Richard Watkin¹¹

Loron S, et al. *BMJ Case Rep* 2014. doi:10.1136/bcr-2014-206907



A

B



**Update on Cardiovascular Implantable Electronic Device
Infections and Their Management**

A Scientific Statement From the American Heart Association

Endorsed by the Heart Rhythm Society

Classe I

Almeno 2 emocolture prima dell'inizio della terapia antibiotica (C)

Alla rimozione del CIED microscopico diretto e colturale del tessuto della tasca e della punta elettrocattetero (C)

Sospetta infezione CIED (emocolture positive o negative dopo recente terapia antibiotica): TEE (C)

Tutti gli adulti con sospetta infezione di CIED dovrebbero essere sottoposti a TEE (B)



**Update on Cardiovascular Implantable Electronic Device
Infections and Their Management**

A Scientific Statement From the American Heart Association

Endorsed by the Heart Rhythm Society

Classe IIa

I pazienti dovrebbero essere valutati dal cardiologo o infettivologo se hanno febbre o sepsi (C)

Classe III

L'aspirazione percutanea della tasca del generatore non dovrebbe essere effettuata (C)



**Update on Cardiovascular Implantable Electronic Device
Infections and Their Management**

A Scientific Statement From the American Heart Association

Endorsed by the Heart Rhythm Society

La rimozione completa del CIED è raccomandata nei pazienti con accertata diagnosi di infezione del CIED, come evidenza di endocardite su catetere o su valvola (IA)

La rimozione completa del CIED è raccomandata nei pazienti con accertata diagnosi di infezione della tasca del generatore, senza segni di coinvolgimento delle porzioni transvenose e degli elettrocatteteri (IB)

La rimozione completa del CIED è raccomandata nei pazienti con accertata diagnosi di endocardite su valvola senza definito coinvolgimento dell'elettrocattetere o del generatore (IB)

La rimozione completa del CIED è raccomandata nei pazienti con batteriemia occulta da *Staphylococcus aureus* (IB)

**Update on Cardiovascular Implantable Electronic Device
Infections and Their Management**

A Scientific Statement From the American Heart Association

Endorsed by the Heart Rhythm Society

Classe IIa

La rimozione completa del CIED è ragionevole nei pazienti con persistente batteriemia occulta da Gram negativi, anche se in terapia adeguata (B)

Classe III

La rimozione del CIED non è indicata per l'infezione superficiale o incisionale senza coinvolgimento del generatore o degli elettrocatteteri (C)

La rimozione del CIED non è indicata in recidiva batteriemia, secondaria a focolaio diverso dal CIED e per la quale è richiesta una terapia soppressiva antimicrobica a lungo termine (C)

**Update on Cardiovascular Implantable Electronic Device
Infections and Their Management**

A Scientific Statement From the American Heart Association

Endorsed by the Heart Rhythm Society

Classe I

Ogni paziente dovrebbe essere valutato accuratamente per determinare se è necessario ancora l'impianto di un nuovo CIED (C)

La sostituzione del CIED non deve essere ipsilaterale al sito d'estrazione. Preferibile l'impianto controlaterale, in v. iliaca o epicardico (C)

Classe IIa

Emocolture positive prima dell'estrazione del CIED: il nuovo impianto può essere eseguito quando le emocolture risultano negative per almeno 72 ore dopo l'espianto del CIED infetto (C)

L'impianto transvenoso degli elettrocateri deve essere ritardato di almeno 14 giorni dopo l'estrazione del CIED, se vi è infezione valvolare (C)



**Update on Cardiovascular Implantable Electronic Device
Infections and Their Management**

A Scientific Statement From the American Heart Association

Endorsed by the Heart Rhythm Society

Classe I

La terapia antibiotica dovrebbe essere scelta sul pattern di sensibilità ottenuta (B)

La terapia antibiotica dovrebbe essere effettuata per almeno 10-14 giorni dopo la rimozione del CIED se infezione della tasca (C)

La terapia antibiotica dovrebbe essere effettuata per almeno 14 giorni dopo la rimozione del CIED se vi è batteriemia (C)

La terapia antibiotica dovrebbe essere effettuata da 4 a 6 settimane per infezioni complicate (C)

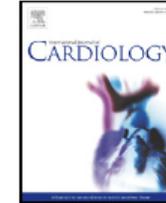




Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Cardiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijcard



Review

¹⁸F-FDG-positron emission tomography (PET) has a role to play in the diagnosis and therapy of infective endocarditis and cardiac device infection

B. Cherie Millar ^a, Bernard D. Prendergast ^b, Abass Alavi ^c, John E. Moore ^{a,*}

JACC Vol. 60, No. 15, 2012
October 9, 2012:1430–7

Clinical Utility of ¹⁸F-FDG Positron Emission Tomography and Computed Tomography in Patients With Suspected Cardiovascular Implantable Electronic Device Infection

Large vegetation in a 60-year-old man with *Enterococcus faecalis* cardiac implantable electronic device infection

Sandrine Loron,¹ Arnaud Dulac,^{2,3} Olivier Jegaden,^{2,4} Tristan Ferry^{1,2,5}

BMJ Case Rep 2014. doi:10.1136/bcr-2014-206907



Lack of upward creep of glycopeptide MICs for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) isolated in the UK and Ireland 2001–07

R. Reynolds^{1*}, R. Hope², M. Warner², A. P. MacGowan¹, D. M. Livermore^{2,3} and M. J. Ellington⁴ on behalf of the BSAC Extended Working Party on Resistance Surveillance†

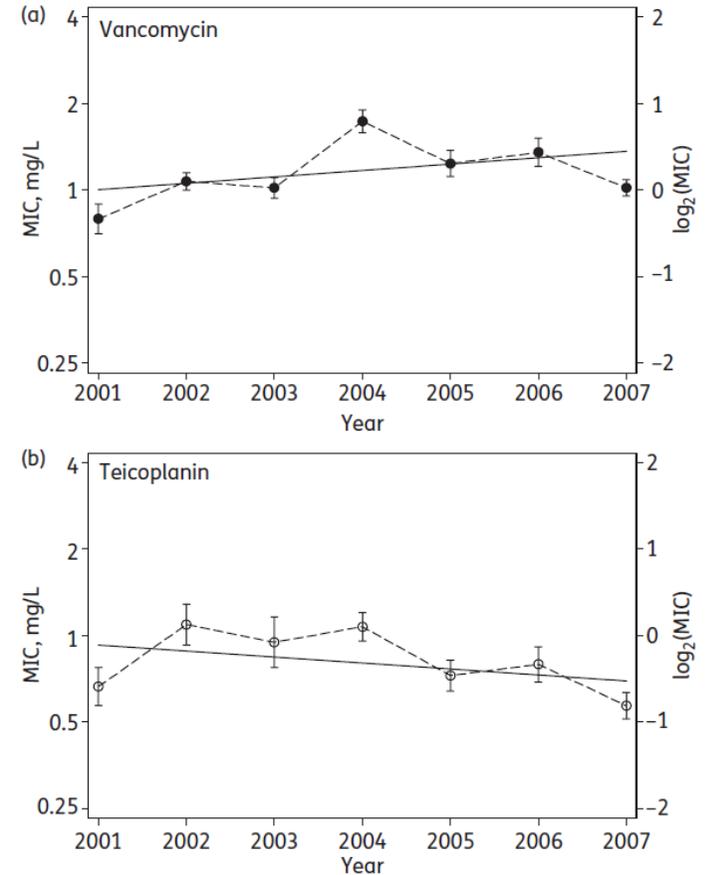


Figure 4. Appearance of MIC creep in original results. The points are conventional geometric means in each year based on the original MICs for the 271 MRSA, with bars showing 95% CI; the heavy black trend line is estimated by linear regression of $\log_2(\text{MIC})$ on time for the individual isolates.

J Antimicrob Chemother 2013

doi:10.1093/jac/dkt247

Advance Access publication 20 June 2013

Evaluation of vancomycin and daptomycin MIC trends for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* blood isolates over an 11 year period

Banu Sancak^{1*}, Server Yağcı², Hasan Cenk Mirza³ and Gülşen Hasçelik¹





università di ferrara

malattie infettive



università di ferrara

malattie infettive



università di ferrara

malattie infettive