

La daptomicina nel trattamento dell'*exit site* in dialisi peritoneale: case report

*Melfitano, D. Mezzopane, M. Liuzzi, P. Delli Carri,
L. Gesualdo*

U.O. di Nefrologia e Dialisi Universitaria, OORR Foggia

Anamnesi patologica remota

- **Paziente maschio, 35 anni, razza caucasica, affetto da uremia cronica terminale in trattamento peritoneo dialitico automatizzato da 36 mesi**
- **Due precedenti episodi di peritonite da *S. aureus* meticillino-resistente trattati al proprio domicilio con tobramicina e ceftazidime per via intraperitoneale**

Anamnesi patologica prossima

Novembre 2007:

si presenta presso la nostra UO per bruciori cutanei e fastidio a livello dell'*exit site*

Esame obiettivo dell'infezione dell'*exit site* (ESI):

tumefazione e arrossamento con secrezione sieropurulenta

Esami microbiologici:

tampone cutaneo dell'ESI e conta cellulare con coltura del liquido peritoneale

Terapia empirica:

vancomicina 1 g alla settimana per via endovenosa e medicazioni topiche dell'ESI con ipoclorito di Na al 10%

Risultati microbiologici

Referto microbiologico dopo una settimana:

**positività per *S. aureus* sensibile alla
vancomicina**

Sviluppo del caso

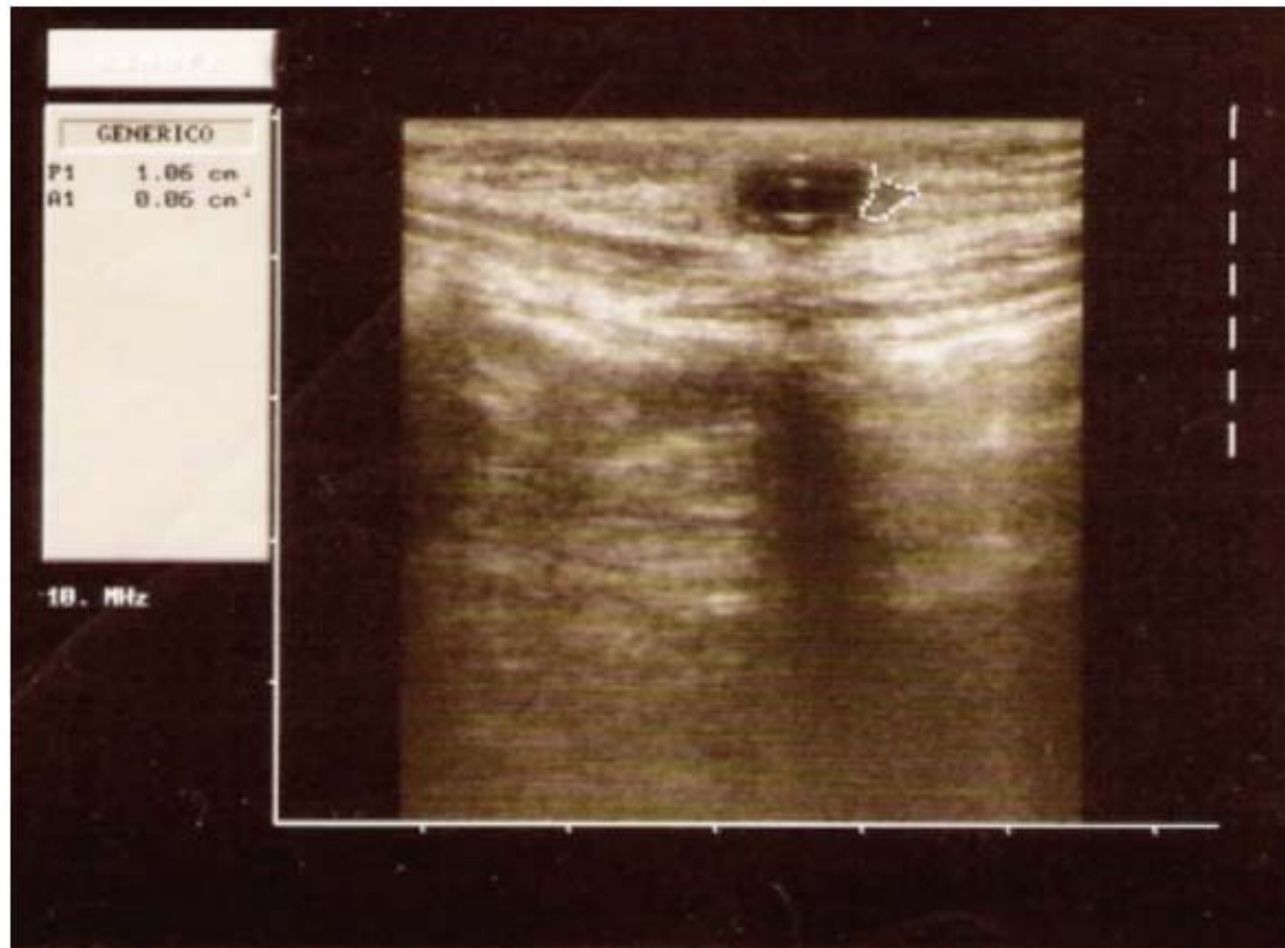
Dopo un mese ...

il paziente si ripresenta con sintomatologia dell'ESI sovrapponibile a quella precedente e obiettività clinica immutata (arrossamento, tumefazione e secrezione sieropurulenta)

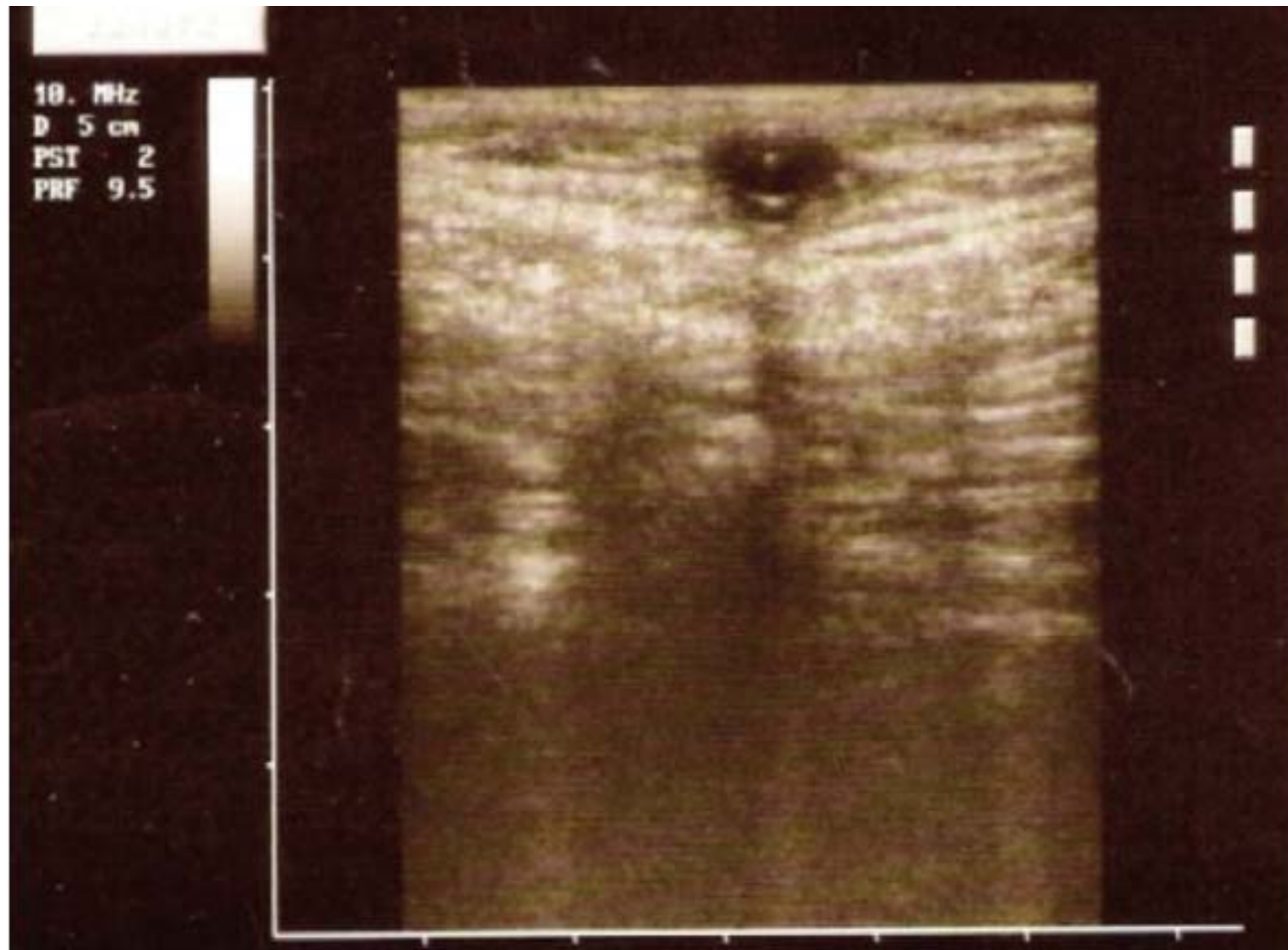
Si effettuano:

- tampone cutaneo
- ETG del tunnel sottocutaneo: area ipoecogena, di dimensioni >1 mm, localizzata vicino alla cuffia esterna

ETG del tunnel sottocutaneo



ETG del tunnel sottocutaneo



Terapia

**daptomicina 4 mg/Kg ev
a giorni alterni per 15 giorni**

Evoluzione clinica

Al termine del ciclo di terapia (15 gg):

- **controllo ecografico del tunnel sottocutaneo e del secondo anello: scomparsa della piccola area ipoecogena**
- **il paziente riferisce completa risoluzione della sintomatologia clinica**

ETG del tunnel sottocutaneo dopo terapia con daptomicina



Discussione

- L'ESI è una delle maggiori cause di *drop out* peritoneale, spesso complicata da infezioni peritoneali recidivanti
- L'eradicazione della ESI è molto difficoltosa poiché la concentrazione di diversi antibiotici raggiunta nei tessuti molli non supera il valore di MIC dei principali patogeni responsabili; spesso è necessario il ricorso a piccole manovre chirurgiche come il *cuff shaving* o l'esteriorizzazione del catetere peritoneale
- La terapia antibiotica spesso deve essere protratta per mesi, con problemi di resistenze antimicrobiche e rischio di peritoniti di origine fungine

Conclusioni

- **Attualmente, daptomicina rappresenta una nuova e promettente opzione terapeutica per le infezioni del tunnel sottocutaneo e dell'*exit site*. Infatti, ha evidenziato buoni risultati nel trattamento di infezioni dei CVC**
- **Le proprietà battericide di daptomicina sembrano essere superiori a quelle di vancomicina e linezolid nei confronti di *Staphylococcus aureus* produttore di biofilm**
- **Inoltre, possiede una buona penetrazione nei liquidi infiammatori**

Bibliografia essenziale

- Churchill DN et al. *Perit. Dial. Int.* 1989, 9: 159-163
- Maiorca R et al. *Lancet* 1983 ; 2: 642-644
- Copley JB. *Am. J. Kidney Dis.* 1987 ; 10: 401-407
- Khanna R. *Perit. Dial. Int.* 1988; 8: 119-123.
- Khanna R. In Nolph K.D, ed . Peritoneal dialysis. Kluver Academic Publishers, 1989: 319-342
- Keane WF. et al. *Perit. Dial. Bull.* 1987: Apr-Jun: 5568
- Vas SI. In Nolph KD: Kluver Academic Publishers 1989: 261-288
- Prowant BF. et al. *ANNA. J.* 1988; 15: 219-222.
- Coles GA. In Coles GA ed Manual of peritoneal dialysis . Kluver Academic Publisher, 1988: 80-81.
- Pierratos A. *Perit. Dial. Bull.* 1984; 1: 2-3.
- Holley JL et al. In Khanna R, Nolph KD et al, eds. Advances in CAPD. Toronto: University of Toronto Press, 1988:4:177-80
- Abraham G et al. *Perit. Dial. Int.* 1988; 8: 211-216
- Piraino B et al. *Perit. Dial. Bull.* 1989; 9: 127-129.
- Piaino B et al. *Am. J. Kidney Disease* 1896; 8: 436-440.
- Oreopoulos DG et al. *Perit. Dial. Bull.* 1987; 7: 130-138.
- Keane WF et al. *Perit. Dial. Int.* 2000; 20: 396-411
- Vychytil A et al. *JASN* 1998; 290-296.
- Karahan OI et al. *Int. Urol. Nephrol.* 2005; 37 (2): 363-366.
- Flanigan M et al. *Perit. Dial. Int.* 1994; 14: 248-254.
- Luzar MA et al *Perit. Dial. Int.* 1990; 10: 25-29.
- Hermsen ED et al. *Antimicrob. Agents Chemother.* 2003; 47 (12); 3764-3767
- Goedecke VA et al. *Scand. J. Infect. Dis.* 2009; 41 (2): 155-157.