

(RHINO)SINUSITIS: ACUTE INFECTIE BIJ PATIENTEN MET NASOTRACHEALE OF NASOGASTRI- SCHE INTUBATIE

• **Klinische aspecten en commentaren**

- Nasotracheale of nasogastrische intubatie gedurende > 48 uur: sommige patiënten krijgen (al dan niet geïnfecteerde) otitis media met effusie of (rhino)sinusitis.
- De nasotracheale/nasogastrische tube moet verwijderd worden en, indien de koorts niet wijkt, moet een antibiotherapie worden opgestart.
- Geïsoleerde gisten: te beschouwen als kolonisatie.

• **Betrokken pathogenen**

Meestal polymicrobiële infectie.

- Gram-negatieve bacillen (inclusief *Pseudomonas aeruginosa*).
- Gram-positieve kokken.
- Fungi.

• **Empirische anti-infectieuze behandeling**

- Regimes.
 - Patiënten zonder risicofactoren voor infecties door methicilline resistente stafylokokken.
 - Eerste keuze: piperacilline-tazobactam.
 - Alternatieven.
 - ▲ Cefepime.
 - ▲ Ceftazidime.
 - ▲ Meropenem.
 - Patiënten met risicofactoren voor infecties door methicilline resistente stafylokokken.
 - Eerste keuze: vancomycine + piperacilline-tazobactam.
 - Alternatieven.
 - ▲ Vancomycine + cefepime.
 - ▲ Vancomycine + ceftazidime.
 - ▲ Vancomycine + meropenem.
- Standaard posologieën.
 - Cefepime: 2 g iv q8h.
 - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
 - Meropenem: 1 tot 2 g iv q8h.
 - Piperacilline-tazobactam: (4 g piperacilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.
 - Vancomycine: oplaaddosis van 25 tot 30 mg/kg iv, onmiddellijk gevolgd hetzij door een continu infuus getitreerd om serumconcentraties te bereiken van 20 tot 30 µg/ml hetzij door een intermitterend infuus q12h getitreerd om dalserumconcentraties te bereiken van 15 tot 20 µg/ml.
- Totale duur van de adequate (empirische + gedocumenteerde) anti-infectieuze behandeling: afhankelijk van de klinische en biologische evolutie.