

## **Dekolonizacja *Staphylococcus aureus* przed planowanym zabiegiem operacyjnym.**

dr Aleksandra Mączyńska, Academy Medical Training and Consulting

Opublikowane w listopadzie tego roku wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia: „Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection” rekomendują, żeby pacjenci przed planowanym kardiochirurgicznym i ortopedycznym zabiegiem operacyjnym, w przypadku stwierdzenia nosicielstwa *Staphylococcus aureus* byli eradykowani z zastosowaniem donosowej 2% mupirocyny z kombinacją lub bez prysznicą z chlorheksydną CHG (zalecenie silne, umiarkowana jakość dowodów). Jako warunkowe zalecenie z umiarkowaną jakością dowodów, panel ekspertów sugeruje rozważenie zastosowania tego samego protokołu postępowania także w przypadku stwierdzenia nosicielstwa *Staphylococcus aureus* w przypadku innych zabiegów operacyjnych.

Zaraz po publikacji tych wytycznych ukazały się komentarze na temat trudności ich wykonania w praktyce i sugestii, że może w takim razie powinniśmy eradykować wszystkich pacjentów przed planowanym zabiegiem operacyjnym, bez wykonywania badań przesiewowych. Jednakże wprowadzenie strategii leczenia wszystkich pacjentów spowoduje leczenie dużej grupy pacjentów bez wskazań, co jest nieetyczne i może zwiększyć prawdopodobieństwo występowania oporności na mupirycynę.

Żeby wprowadzić skuteczny protokół postępowania w przypadku nosicielstwa *Staphylococcus aureus* ograniczający zakażenia miejsca operowanego (ZMO), należy badania nosicielstwa i eradykację wykonać przed planowanym zabiegiem operacyjnym. Ile właściwie potrzebujemy czasu?

- oczekiwanie na wynik – 3 dni
- protokół eradykacji – 5 dni
- ponowne badanie w kierunku nosicielstwa – 48 godzin po zakończonej eradykacji
- oczekiwanie na wynik – 3 dni
- jeżeli w pierwszym wyniku badania stwierdziliśmy MRSA, po zastosowaniu eradykacji i ponownym uzyskaniu wyniku pozytywnego rekomendowane jest

powtórzenie protokołu eradykacji. Praktyka w tym przypadku jest różna, albo stosujemy ponownie 2% mupirocynę i CHG, lub stosujemy zamiennie donosowo Chlorhexidine dihydrochloride 0,1%/Neomycin sulfate 0,5% i mydło antybakteryjne z dichlorowodorkiem octenidyny.

Podsumowując, potrzebujemy przynajmniej dwa tygodnie. W przypadku nieskutecznej eradykacji i ponownego wdrożenia protokołu kolejny tydzień. Zatem konieczne jest wykonanie badań w kierunku nosicielstwa w profilaktyce ZMO w trakcie zaplanowanej wizyty przedoperacyjnej.

Bardzo ważne jest wdrożenie właściwego postępowania, jeśli decydujemy się na wykonywanie badań przesiewowych u wszystkich pacjentów przed planowanym zabiegiem operacyjnym. Jestem ciekawa Państwa opinii, co do wykonalności tych rekomendacji.

Literatura:

1. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection 2016.
2. WHO Surgical Site Infection Prevention Guidelines. Web Appendix 3. Summary of a systematic review on decolonization with mupirocin ointment with or without chlorhexidine gluconate body wash for the prevention of Staphylococcus aureus infection in nasal carriers undergoing surgery. Dostępne na: <http://www.who.int/gpsc/appendix3.pdf?ua=1>
3. Borten Mark. WHO guideline on SSI prevention: more clear than feasible? November 2016.