STRATEGIEËN TER PREVENTIE VAN PERITONEALE DIALYSE GERELATEERDE INFECTIES; ALTERNATIEVEN I.V.M. VERMINDERDE BESCHIKBAARHEID VAN MUPIROCINE (NEUSZALF EN HUIDZALF)

Strategie	**Commentaar**
Mupirocine neuszalf 2% (20 mg/g) Dagelijks intranasaal gedurende 5-7 dagen bij dragers van *S. aureus*	Verminderd en mogelijk niet overal meer beschikbaar; Wisselende effectiviteit in vergelijking met dagelijks applicatie van mupirocine op de huidpoort[1-6]; *S. aureus* dragerschap dient maandelijks getest te worden middels neuskweken bij alle PD patiënten; Herinfectie met *S. Aureus* kan optreden na succesvolle eradicatie; Kan logistieke uitdaging zijn; Duur door frequente kweken.
Gentamicine crème 0.1% (1mg/g) Dagelijks op de huidpoort bij alle patiënten	Geassocieerd met minder huidpoortinfecties met gram-negatieve micro-organismen in vergelijking met mupirocine[7]; Even effectief als mupirocine in voorkomen van peritonitis en gram-positieve huidpoortinfecties[7]; Moet echter speciaal gemaakt worden door centrale bereidingsapotheek en is hierdoor duur; Levertijd minimaal 2 dagen; Na bereiding slechts 1 maand houdbaar; Kans op resistentievorming; Kans op allergische reacties.
Tobramycine oogzalf 0.3% (3mg/g) Dagelijks op de huidpoort bij alle patiënten	Farmacologisch even effectief als gentamicine, echter niet onderzocht; Makkelijker verkrijgbaar dan gentamicine crème; Goedkoper dan gentamicine crème; Kans op resistentievorming.
Fusidinezuur zalf 2% (20 mg/g) Dagelijks op de huidpoort bij alle patiënten	In 1 studie even effectief gebleken als mupirocine[8]; Bevat butylhydroxytolueen en wolvet, hierbij kans op allergische reacties; Kans op resistentievorming.
Fusidinezuur hydrofiele crème 2% (20 mg/g) Dagelijks op de huidpoort bij alle patiënten	Dunner dan fusidinezuur zalf; Alternatief voor fusidinezuur zalf in geval van wolvet allergie; Bevat butylhydroxyanisol, hierbij kans op allergische reacties; Kans op resistentievorming.
Chloorhexidine crème 1% (10 mg/g) Dagelijks op de huidpoort bij alle patiënten	In 1 studie onderzocht[9]; mogelijk meer huidpoortinfecties in vergelijking met mupirocine maar geen verschil in voorkomen van peritonitis.

Referenties

(1) Perez-Fontan M, Garcia-Falcon T, Rosales M, Rodriguez-Carmona A, Adeva M, Rodriguez-Lozano I, et al. Treatment of Staphylococcus aureus nasal carriers in continuous ambulatory peritoneal dialysis with mupirocin: Long-term results. Am J Kidney Dis 1993;22(5):708-712.

(2) Crabtree JH, Hadnott LL, Burchette RJ, Siddiqi RA. Outcome and clinical implications of a surveillance and treatment program for Staphylococcus aureus nasal carriage in peritoneal dialysis patients. Adv Perit Dial 2000;16:271-275.

(3) Coles GA. Nasal mupirocin prevents Staphylococcus aureus exit-site infection during peritoneal dialysis. J Am Soc Nephrol 1996;7(11):2403-2408.

(4) Mylotte JM, Kahler L, Jackson E. "Pulse" nasal mupirocin maintenance regimen in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. Infect Control Hosp Epidemiol 1999;20(11):741-745.

(5) Davey P, Craig A-, Hau C, Malek M. Cost-effectiveness of prophylactic nasal mupirocin in patients undergoing peritoneal dialysis based on a randomized, placebo-controlled trial. J Antimicrob Chemother 1999;43(1):105-112.

(6) Sit D, Kadiroglu AK, Kayabasi H, Yilmaz ME. Prophylactic intranasal mupirocin ointment in the treatment of peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. Adv Ther 2007;24(2):387-393.

(7) Tsai CC, Yang PS, Liu CL, Wu CJ, Hsu YC, Cheng SP. Comparison of topical mupirocin and gentamicin in the prevention of peritoneal dialysis-related infections: A systematic review and meta-analysis. Am J Surg 2018;215(1):179-185.

(8) Danguilan RA, Evangelista LP, Abrenica MS, Rondilla SM. Comparative study of mupirocin and sodium fucidate in the prophylaxis of exit-site infections in CAPD patients. Perit Dial Int 2003;23(6):593-595.

(9) Htay H, Johnson DW, Wu SY, Oei EL, Foo MWY, Choo JCJ. Comparison of topical chlorhexidine and mupirocin for the prevention of exit-site infection in incident peritoneal dialysis patients. Perit Dial Int 2017;37(3):266-272.