

M086

ESBL: PREVALENZA 2001-2002 IN SETTE OSPEDALI ROMANI (SEERBIO)

¹Meledandri M., ²Bove F., ³Carducci G., ⁴Malvatani S., ⁵Ghezzi M.C., ⁶Pietravalle M., ⁷Fontana C., ⁸Testore G.P.

¹ACO S.F.Neri UOC Microbiologia.. ²RMC-S. Eugenio ³OBPG-IRCCS Lab. Analisi Palidoro ⁴RMC-CTO - Microbiologia

⁵Uni. La Sapienza, S.S.An. Microbiol. I

⁶I.F.O. San Gallicano IRCCS, ⁷Uni. Tor Vergata-Microbiologia,

⁸Uni. Tor Vergata - M. Infettive.

Introduzione. Le β-lattamasi a spettro esteso (ESBL) rappresentano importanti meccanismi di resistenza nelle *Enterobacteriaceae*, la cui frequenza varia per area geografica. Riportiamo la prevalenza di ESBL nel 2001-2002, tra le *Enterobacteriaceae* di 7 microbiologie romane del gruppo di Studio sulle Resistenze Batteriche nelle Infezioni Ospedaliere (SEERBIO).

Materiali e Metodi. Identificazioni e antibiogrammi sono stati eseguiti nel 2001-02 su materiali clinici, mediante sistemi automatici, e riuniti in unico database. Gli isolati di *Enterobacteriaceae*, resistenti al ceftazidime e sensibili a cefoxitina, sono stati considerati produttori di ESBL. È stato escluso *Enterobacter*, poiché dotato di sistemi vari di resistenza.

Risultati. Sono state isolate 10.421 *Enterobacteriaceae*, appartenenti a 17 generi. Il 13% dei ceppi erano ESBL. I più isolati (89% del totale) sono stati i generi *Escherichia* (62%, ESBL 5%), *Proteus* (14%, ESBL 29%) e *Klebsiella* (13%, ESBL 14%). La prevalenza per area è stata: rianimazioni 32%, medicine 22%, chirurgia 19%, ambulatori 15%. I materiali sono stati urine (48%), espettorato (10%), sangue e t.vaginale (6%), pus (5%). Nelle rianimazioni i materiali sono stati urine (41%), broncoaspirato (34%), sangue (5%) e BAL (4%). I ceppi ESBL resistenti a ciprofloxacina, amoxicillina-acido clavulanico e cotrimoxazolo sono stati rispettivamente 52%, 67% e 37%. Nel 2002 è stata osservata una diminuzione di ESBL: *Escherichia* -1%, *Proteus* -8%, *Klebsiella* -12%.

Discussione. Il programma di sorveglianza SENTRY riporta una frequenza di *K. pneumoniae* ESBL del 45% in America Latina, contro il 7% degli Stati Uniti (con differenze locali). I nostri dati evidenziano una prevalenza del 13%, con un picco del 32% nelle rianimazioni, nonché una variazione annuale. Il genere più frequente è stato *Proteus*. I ceppi ESBL hanno presentato resistenza anche ad altri farmaci. È stata rilevante la frequenza di ESBL tra i pazienti esterni. Il nostro contributo riguarda circa 3.500 letti di ricovero in Roma e pone le basi per future valutazioni sull'andamento delle resistenze nella capitale.

M087

INCIDENZA DI INFEZIONI UROGENITALI DA MICOPLASMI IN PAZIENTI AMBULATORIALI, AUSL LE/I, LECCE

B. Ciannamea¹, G. Leo², M. Megha¹, G. Miragliotta³

¹Unità Operativa di Microbiologia e Virologia AUSL/LE, I

²Unità Operativa di Oncologia Sperimentale

³Cattedra di Microbiologia, Dipartimento MIDIM, Università degli Studi di Bari

Mycoplasma hominis ed *Ureaplasma urealyticum* vengono

isolati con elevata frequenza dal tratto urogenitale e sono associati a diverse sindromi cliniche quali uretriti non gonococciche, prostatiti, salpingiti, PID, pielonefriti, infertilità, parto pretermine e aborti ripetuti.

Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare la frequenza di isolamento di *M. hominis* ed *U. urealyticum* e la loro sensibilità antibiotica in vitro.

Sono stati presi in esame 1147 campioni (tamponi vaginali, uretrali, liquido seminale, urine) pervenuti al nostro laboratorio nel periodo gennaio 2002 - aprile 2003.

Il metodo utilizzato è il test "Mycoplasma IST 2" (bioMérieux) che permette di identificare *M. hominis* ed *U. urealyticum*, di definirne la carica e di valutare la sensibilità verso nove diversi antibiotici: 4 macrolidi (eritromicina, josamicina, azitromicina e claritromicina), 2 tetracicline (tetraciclina e doxiciclina), 2 fluorochinoloni (ofloxacina e ciprofloxacina), pristinamicina.

405/1147 (35,3%) prelievi prevalentemente endocervicali sono risultati positivi.

In particolare l'identificazione ha evidenziato infezione da *U. urealyticum* in 384 (94,8%), *M. hominis* in 14 (3,4%) e mista (*U. urealyticum* e *M. hominis*) in 7 (1,7%).

ANTIBIOTICI	Nr. batteri	Sensibili (%)	Intermedi (%)	Resist. (%)			
TETRACICLINA	405	399	99	1	0	3	1
DOXICICLINA	405	401	100	1	0	1	0
ERITROMICINA	405	340	84	1	0	47	12
JOSAMICINA	405	398	99	5	1	0	0
PRISTINAMICINA	405	401	100	0	0	1	0
OFLOXACINA	405	188	47	201	50	14	3
CIPROFLOXACINA	405	44	11	126	60	61	29
CLARITROMICINA	405	363	90	5	2	17	8
AZITROMICINA	405	325	80	30	14	11	5

Doxiciclina, tetraciclina, josamicina e pristinamicina sono risultati essere gli antibiotici più attivi in vitro.

M088

DIAGNOSI DI PROSTATITE CRONICA: IL RUOLO DEL LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA

Restelli A.*, Colombo R.*, Rosa I.*, Arcuri C.*, MagriV.°, Scarazatti E.*

*U.O Microbiologia, Istituti Clinici di Perfezionamento Milano,

°Ambulatorio Urologia, Istituti Clinici di Perfezionamento Milano

La prostatite cronica (PC) è una patologia urologica di frequente riscontro, la cui sintomatologia ha un notevole impatto sulle condizioni di vita dei pazienti. La diagnosi di tale patologia è spesso complessa e la terapia a volte non risolutiva. E' possibile distinguere una forma "batterica" in cui è possibile isolare il microrganismo in causa e una forma "abatterica" in cui non viene isolato alcun agente patogeno. Gli agenti patogeni di infezione svolgono un ruolo importante nella eziologia delle prostatiti croniche: tutte le tipologie di microrganismi sono rappresentate: batteri, protozoi, miceti, virus. Il test diagnostico che rappresenta il "gold standard" per la diagnosi di PC è il test di Stamey e Mears che prevede la raccolta frazionata di campioni d'urina (VB1, VB2 e VB3) e del secreto ottenuto in seguito a massaggio prostatico (EPS): la diagnosi di PC è confermata dalla presenza in VB3 ed EPS di microrganismi in carica significativamente superiore a quella di VB1 e VB2. Nel periodo in esame (anno 2002) abbiamo esaminato n° 235 pazienti con diagnosi clinica ed ecografica di prostatite cronica: nel 26% (61

pazienti) dei casi è stato rilevato un agente patogeno mentre nel 74% (174 pazienti) dei casi non è stato rilevato alcun microrganismo. I microrganismi isolati sono stati: *E. coli* ed altre Enterobatteriacee nel 33% dei casi, *E. faecalis* nel 19%, *U. urealyticum* nel 13%, *S. agalactiae* nel 12% *C. trachomatis* nel 9%, *Candida spp.* nel 6%, *Haemophilus spp.* nel 4%, stafilococchi nel 3% e *G.vaginalis* nel 1% dei casi. Per quanto concerne l'elevata percentuale di forme "abatteriche", in cui l'origine infettiva potrebbe essere misconosciuta, l'obiettivo futuro del laboratorio microbiologico è quello di introdurre e sviluppare nuove metodiche di biologia molecolare per l'identificazione di altri microrganismi di cui si ipotizza un ruolo eziologico nelle prostatiti croniche.

M089

DESCRIZIONE DI UN CASO DI MENINGOENCEFALITE DA LISTERIA MONOCYTOGENES

Tiddia F., Ferraguti P., Sanna M. P., Corona R., Costa D., Pautasso M.

Laboratorio di Analisi Chimico Clin. e Microbiologia - P. O. S. Giovanni di Dio - A. U.S.L. N. 8 - Cagliari

Listeria monocytogenes (LM) bacillo gram-positivo, asporigeno, aerobio facoltativo, mobile a 25°C è ampiamente distribuito in natura, causa aborti nei primi mesi di gravidanza, sepsi e meningiti nei neonati per trasmissione materno-fetale e quadri meningei anche in soggetti adulti immunocompromessi, trapiantati, in terapia corticosteroidica, neoplastici. **Scopo:** descrizione di un caso clinico di meningoencefalite da LM in paziente immunocompromesso.

Caso clinico: paziente maschio, di anni 62, ricoverato presso la Clinica Neurologica del P.O.S. Giovanni di Dio di Cagliari per improvvisa iperpiressia (39,5°), difficoltà nell'espressione verbale, cefalea, sonnolenza, lieve paresi dell'arto sup. dx., mioclonia. Operato sette mesi prima di angiosarcoma vertebrale con ripetizioni polmonari e sottoposto a ripetuti cicli di chemioterapia associata a cortisone. Dopo il ricovero, con sospetto diagnostico di meningoencefalite, vengono eseguiti ECG, EEG, TAC, RMN ed esame del liquor.

Materiali e metodi: l'esame citochimico del liquor mostrava lieve torbidità, con proteine (245 mg/dl) e glucosio (89 mg/dl) aumentati e cellularità quasi esclusivamente linfocitaria (170 cellule/μl). L'esame colturale standard, dopo 24 h, evidenziava su a. sangue Columbia in CO₂ al 5%, colonie piccole, grigie, traslucide, lievemente emolitiche. Al microscopio apparivano corti bastoncelli gram + disposti a palizzata. Arricchimento a freddo, motilità, tests biochimici e sierotipizzazione confermavano il sospetto di L.M. L'antibiogramma mostrava resistenza per: cefoxitina, ceftazidime, ceftriaxone, clindamicina, e sensibilità per: eritromicina, gentamicina, penicillina, piperacillina/tazob., trim./sulfam., claritromicina.

Risultati e conclusioni: Veniva instaurata terapia antibiotica con netilmicina e Piperacillina/Tazobactam con risposta rapida ed efficace, risoluzione dei disturbi di coscienza e RMN di controllo negativa.

Nonostante le ricerche restano oscure le modalità di contrazione dell'infezione.

M090

STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLE SEPSI NEONATALI DA STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Tiddia F., Ferraguti P., Sanna M. P., Angioni G., Farci R., Vacca M., Pautasso M.;

Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia - P. O. S. Giovanni di Dio - A. U.S.L. N. 8 - Cagliari

Lo Streptococco β emolitico di gruppo B (SGB) o *Streptococcus agalactiae* causa gravi infezioni neonatali (sepsi precoce o tardiva e meningiti). Primitivamente localizzato al tratto gastroenterico e successivamente all'apparato genitourinario, si trasmette da madre a feto per lo più al momento del parto. I neonati con patologia da SGB necessitano di lunghe degenze e costose terapie e i costi per il loro *management* sono ben superiori a quelli relativi allo *screening* delle gravide. L'attuazione di una politica di prevenzione delle infezioni neonatali da SGB incontra resistenze nel territorio regionale sardo nonostante ne sia documentata l'efficacia.

Obiettivi. E' stata messa a punto e verificata, nell'arco di 8 mesi, una procedura di coltura, isolamento e identificazione di SGB per rilevare la percentuale di positività e migliorare l'accuratezza diagnostica.

Materiali e Metodi. Da Ottobre 2002 a Maggio 2003, nelle gestanti a termine pervenute all'ambulatorio della Clinica Ostetrica del P. O. S. Giovanni di Dio di Cagliari, nelle procedure microbiologiche per l'isolamento di SGB, alla coltura del tampone vaginale (TV), sono stati aggiunti il tampone rettale (TR) e il tampone vagino-rettale (TVR). Su 173 donne alla 38°- 40° settimana di gestazione è stato applicato il nuovo protocollo: 1)- un TV esaminato secondo le procedure di routine; 2)- un TR seminato in Ag.sangue Columbia; 3)- un TVR seminato in Istant Granada Medium (IGM) e incubato a 37 °C per 18-48 ore.

Risultati. Sui 173 campioni esaminati le percentuali di isolamento di SGB sono: TV 6,3 % (11 positivi); TR 7,5 % (13 positivi), TVR 12,7 % (22 positivi).

Discussione e Conclusioni. Con l'esame colturale del TVR associato ad antibiotico profilassi intrapartum nessun neonato di madre colonizzata ha manifestato segni clinici di infezione precoce da SGB. Ciò dimostra: 1)- un significativo miglioramento della diagnostica microbiologica tradizionale legato all'uso di un terreno (IGM) che evidenzia la presenza di SGB già dopo 12-18 ore; 2)- una conferma, come raccomanda il CDC, della validità dello *screening* colturale eseguito sul solo tampone vagino-rettale.

M091

CEPPI DI S. PYOGENES ISOLATI DA TAMPONE FARINGEO: STUDIO DELLE SENSIBILITA' ANNI 2002-03

Cacciapuoti A., Cetta S., Colombini G., Franceschelli S., Corsi E., Banchi S.

Microbiologia Azienda Ospedaliera Senese, Via delle Scotte Siena

Sono stati presi in esame tutti i ceppi di *S. pyogenes* isolati da tampone faringeo per la prima volta e pervenuti al nostro servizio nel periodo febbraio 2002 aprile 2003. Le semine dei campioni sono state fatte su piastre CNA agar a cui è stato aggiunto un dischetto con Bacitracina. I ter-