

relazioni

SESSIONE 3

Simposio intersocietario AMCLI-FADOI

Mercoledì 3 ottobre 2007, ore 09.00 - 13.00, SALA BIANCA

PRIMA PARTE: LE POLMONITI NOSOCOMIALI

S3.1

EPIDEMIOLOGIA, EZIOLOGIA E DIAGNOSI MICROBIOLOGICA

Farina C.

Le infezioni delle basse vie respiratorie costituiscono un'importante causa di morbosità e di mortalità, costituendo la sesta causa di morte nel mondo. La loro frequenza è favorita dalla modalità di trasmissione: la porta di ingresso è rappresentata soprattutto dalle prime vie aeree. Numerosi sono gli agenti eziologici in causa: negli ultimi anni, poi, si è assistito a significative modifiche nella frequenza di isolamento dei patogeni responsabili, certamente dovuta anche al perfezionamento dei metodi diagnostici, al riconoscimento di nuovi patogeni, all'aumento dei soggetti immunocompromessi ed anziani, all'incremento delle tecniche intensivistiche, nonché alle nuove strategie terapeutiche.

L'identificazione del microorganismo responsabile delle infezioni respiratorie attraverso le indagini colturali non è sempre facile, per la difficoltà ad ottenere materiale rappresentativo. Per tale motivo la massima attenzione deve essere posta in fase pre-analitica nella scelta della tecnica di prelievo: ove possibile, dovranno essere preferite tecniche di prelievo protette di materiale respiratorio proveniente da distretti basali (BAL, BAL mirato con cateterino, *brushing* endobronchiale protetto) rispetto alle tecniche di prelievo di materiali ad elevato rischio di contaminazione microbica con germi residenti nel cavo orale a livello salivare (espettorato, aspirato bronchiale, lavaggio bronchiale). Per questi ultimi è pertanto fondamentale procedere alla valutazione, preliminarmente al prosieguo delle indagini microbiologiche, dello score di qualità (*Q score*), al fine di accertare la significatività del campione. In ogni caso l'esame microscopico è di assoluta rilevanza, potendo i morfotipi evidenziati con le opportune colorazioni predire – in caso di prelievi pro-

tetti distali - l'esito dell'esame colturale. Questo dovrà essere effettuato ricorrendo a criteri interpretativi quantitativi, essendo state stabilite precise correlazioni tra le cariche critiche ottenute con la coltura dei liquidi di lavaggio e quella di frustoli biotici di tessuto polmonare. Il protocollo di indagini microbiologiche, infine, deve tenere conto di volta in volta delle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dei pazienti, non escludendo tuttavia l'effettuazione di un protocollo standard minimo di indagini.

S3.2

DIAGNOSI DIFFERENZIALE, TERAPIA E PREVENZIONE DELLE HAP

Giusti M.

Direttore S.C. di Medicina Interna A
- Ospedale San Giovanni Bosco di Torino

Si definisce polmonite nosocomiale (HAP) un'infezione delle basse vie respiratorie che si sviluppa dopo le prime 48 ore di ricovero in ospedale. Può essere associata alla ventilazione meccanica (VAP) o può colpire pazienti non ventilati, degenti nei reparti non di terapia intensiva.

La via di penetrazione dei germi patogeni è generalmente quella inalatoria, ma nei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici o a manovre invasive è possibile anche la diffusione per via ematogena.

L'incidenza osservata è dell'ordine del 5-10 casi ogni 1.000 pazienti ricoverati, ma la frequenza aumenta di 6-20 volte nei pazienti ventilati meccanicamente.

Presso la Medicina Interna dell'Ospedale San Giovanni di Torino le infezioni delle basse vie respiratorie rappresentano globalmente il 16,2% dei ricoveri: 7,7% le riacutizzazioni di BPCO, 6,5% le polmoniti comunitarie (CAP), 1,1% le bronchiti acute, 0,8% le

polmoniti nosocomiali (HAP).

Il tasso di mortalità è alto e varia, secondo gli studi, tra il 30 ed il 70% dei casi.

Tra i fattori predisponenti endogeni meritano particolare attenzione l'età > di 65 anni, le comorbidità, la durata della degenza e le condizioni che alterano il meccanismo della deglutizione. Poiché i pazienti ricoverati in Medicina Interna sono nel 74% dei casi di età superiore ai 65 anni e nel 50% dei casi affetti da polipatie importanti con necessità di degenza prolungata (il 30% dei ricoveri totali necessita di una degenza superiore alle 2 settimane), è facilmente comprensibile come il rischio di contrarre una polmonite nosocomiale sia tutt'altro che teorico.

La presentazione clinica è tanto più subdola quanto più anziano e polipatologico è il paziente. La tachipnea, l'alterazione dello stato di coscienza, il deterioramento dello stato generale con perdita dell'appetito e la comparsa di incontinenza sfinterica sono frequenti sintomi d'esordio che possono comportare un ritardo di terapia per la notevole difficoltà della diagnosi differenziale. In base all'epoca di insorgenza la HAP può essere ad esordio precoce (<5 giorni dal ricovero) o ad esordio tardivo (>5 giorni dal ricovero).

Tale distinzione è fondamentale ai fini della scelta della terapia antibiotica empirica poiché nelle forme ad esordio precoce l'eziologia è molto simile alle polmoniti comunitarie mentre nelle forme ad esordio tardivo sono frequentemente in causa germi particolarmente virulenti spesso con resistenza multipla agli antibiotici. La conoscenza dell'incidenza e delle caratteristiche delle infezioni nosocomiali sono presupposti imprescindibili per istituire adeguati programmi di prevenzione e controllo che permettano di monitorare localmente l'insorgenza di resistenze batteriche e indirizzare correttamente l'impiego degli antibiotici.

SECONDA PARTE: LE DIARREE DA ANTIBIOTICI

S3.4

LA DIARREA E COLITE DA ANTIBIOTICI: PROBLEMI DI DIAGNOSI E TERAPIA

Cipollini F.

UO medicina Interna

- Ospedale Amandola (AP), ASUR Marche Zona T. 13

Si definisce diarrea da antibiotici una condizione clinica caratterizzata dalla presenza di almeno tre scariche alvine di feci liquide per la quale sia stata esclusa ogni plausibile causa, che insorge durante o dopo 4 – 6 settimane di un trattamento antibiotico e che sia confermata da specifiche indagini di laboratorio.

La diagnostica di laboratorio si avvale del test di agglutinazione al lattice per la ricerca degli antigeni batterici e di indagini immunoenzimatiche finalizzate alla ricerca della tossina del *C. difficile*.

Quest'ultimo, a fronte di una minore sensibilità è dotato di una maggiore specificità. Particolarmente indaginosi e comunque non alla portata di tutti i laboratori sono l'indagine coprocolturale e la ricerca della tossina B mediante valutazione dell'effetto citopatico su colture cellulari. Quest'ultimo è considerato il "gold standard" per la diagnosi di infezione.

Nei casi in cui il la tossina del *C. difficile* provoca un danno alla mucosa intestinale, l'endoscopia rappresenta un esame altamente sensibile e specifico: nei casi di colite da *C. difficile* la mucosa colica appare diffusamente iperemica ed edematosa e mostra delle pseudomembrane bianco-madreperlacee tenacemente adese (c.d. colite pseudomembranosa). La diagnosi differenziale è agevole con le gastroenteriti batteriche e virali (coprocoltura, esami sierologici), le malattie infiammatorie croniche intestinali (clinica, endoscopia, laboratorio), colon irritabile (clinica). Qualche problema può sorgere con le diarree da antibiotici non correlate al *C. difficile* (ad esempio le diarree osmotiche da penicilline) che hanno, diversamente a quelle da *C. difficile*, un decorso clinico estremamente favorevole e non complicato.

Le complicanze quali il megacolon tossico e la perforazione, fortunatamente rare, interessano quasi esclusivamente soggetti di età avanzata affetti da altre importanti condizioni patologiche.

La terapia delle diarree/coliti da *C. difficile* consiste nel sospendere il trattamento antibiotico, ristabilire l'equilibrio idro-elettrolitico: non è indicato l'uso di farmaci antiperistaltici (es. loperamide).

La terapia antimicrobica specifica si avvale di due farmaci di prima scelta: il metronidazolo e la vancomicina. Entrambi risultano efficaci nella risoluzione clinica e batteriologica e sono caratterizzate da una percentuale di recidive post-terapia quasi sovrapponibili (4-13%). Da qualche anno è stata proposta anche la teicoplanina, come terapia di seconda linea, che ha dimostrato una incidenza minore di recidive dopo la sospensione del trattamento.

Ma sicuramente un momento importante è costituito dalla prevenzione dell'infezione da *C. difficile* attuando tutte quelle misure idonee a ridurre il tasso di infezione: uso appropriato degli antibiotici, lavaggio accurato delle mani dopo ogni visita, isolamento enterico del paziente affetto, adeguata sanificazione e disinfezione delle degenze e strumentari ospedalieri e adeguata educazione di tutto il personale sulla epidemiologia e modalità di infezione.