

176

INFEZIONI OSPEDALIERE DA GERMI ESBL- PRODUTTORI.

Sala E., Spinelli M., Armitano S., Braga B., Martella E., Petrini P., Quarti C., Tomassini W., Villa L., Cimetti S.¹, Gangemi A.¹, Giana G.

Laboratorio analisi chimico- cliniche e Microbiologia,
¹Ufficio Epidemiologico Aziendale - P.O. Sant'Anna - Azienda
 Ospedaliera Sant'Anna - COMO

Introduzione. *ESBL* (*Extended Spectrum Beta Lactamases*) sono enzimi responsabili di resistenza a cefalosporine terza generazione e monobattami; non inibiscono cefamicine e carbapenemi. Primi riscontri in *E. coli* e *K. pneumoniae*, ma sono presenti in quasi tutte le *Enterobacteriaceae*. La presenza di *ESBL* causa fallimento del trattamento antibiotico, qualora sia utilizzata una delle suddette molecole. I primi riscontri di *ESBL* risalgono alla fine anni 70, dal 1983 circolano in Europa e dal 1988 negli USA: nel 2005 circa 200 diverse *ESBL* presenti in microrganismi diffusibili per contatto diretto o per ambiente contaminato.

Metodi. La diagnosi microbiologica della presenza di germi produttori di *ESBL* utilizza sistemi di microdiluzione in brodo e test di diffusione in piastra. Dal 2004 è attiva una sorveglianza delle infezioni ospedaliere a partenza dal laboratorio di microbiologia, basata sul rilievo di microrganismi sentinella, che comprende anche i germi *ESBL+*: sono presentati i dati raccolti dal gennaio 2005 al giugno 2007.

Risultati. Sono stati rilevati 104 germi *ESBL+* responsabili di infezioni ospedaliere comparse a distanza di oltre 48 ore dal ricovero: 48 nel 2005, 39 nel 2006 e 17 nei primi 6 mesi del 2007; in media 3,5 casi/mese. *E. coli* rappresenta il 47,1%, *P. mirabilis* il 32,7%, *K. pneumoniae* il 15,4%, *K. oxytoca* il 3,8% e *C. freundii* 1%. Materiale di isolamento: urine 72 (69,2%), pus-essudato 17 (16,3%), secrezioni basse vie aeree 6 (5,8%), sangue 3 (2,9%), altri materiali 6 (5,8%). I casi rilevati si distribuiscono nelle diverse UU.OO., maggiormente in Medicina geriatrica 20 casi (19,2%), Chirurgia 13 (12,5%) e Medicina generale 10 (9,6%). La mediana delle età è di 76 anni.

Conclusioni. *ESBL* rappresentano un importante meccanismo di resistenza dei batteri gram-negativi; il loro rilievo consente di governare un fenomeno che è costantemente presente, contenendo quindi la trasmissione delle infezioni da paziente a paziente e ottimizzando altresì l'uso degli antibiotici.

177

INCIDENZA E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE: ESPERIENZA E.O. OSPEDALI GALLIERA DI GENOVA NEL TRIENNIO 2004-2006

Usiglio D.¹, Lanata M.¹, Marrapodi A.¹, Cavanna E.¹, Sansone P.¹, Cenderello N.², Fabbri P.², Nelli M.², Crisalli M.P.³, Tramalloni R.², Cassola G.³, Mori M.¹,

¹Laboratorio Analisi

²Controllo Infezioni Ospedaliere Direzione Sanitaria

³Reparto Malattie Infettive

Introduzione. Per verificare l'efficacia del programma di sorveglianza abbiamo analizzato nel triennio i tassi d'incidenza delle infezioni ospedaliere e comunitarie da *Clostridium difficile* e i sospetti cluster epidemici valutando i dati nelle singole aree di degenza in rapporto a numero ricoveri e stagionalità.

Metodi. Ricerca tossine *Clostridium difficile* (Premier Toxins A&B ditta Meridian). Analisi schede compilate dal Gruppo Operativo Comitato Infezioni Ospedaliere per ogni nuovo caso d'infezione.

Risultati. Costante aumento (da 7 a 12,5 casi /1000 ricoveri) dell'incidenza delle infezioni da *Clostridium difficile*. Contenimento delle infezioni ospedaliere: media trimestrale intorno a 5-6 casi / 1000 ricoveri. Un solo picco nel 1° trimestre 2006 con 12,4 casi /1000 ricoveri.

Incremento costante nel periodo in esame delle infezioni comunitarie in media da 3 a 6 casi / 1000 ricoveri per frequente scambio di pazienti di età superiore ai 65 anni tra il nostro Ospedale, RSA e Lungodegenze.

Area Medicine: infezioni ospedaliere costanti ma infezioni comunitarie con un picco nel 2005.

Area Chirurgia: aumento infezioni ospedaliere nel 2006 probabilmente dovuto alla concentrazione di pazienti con più fattori di rischio.

Non è stata dimostrata una stagionalità dell'infezione: picchi d'incidenza si sono verificati in periodi dell'anno diversi nell'arco del triennio studiato.

Conclusioni. Il programma di sorveglianza delle infezioni da *Clostridium difficile* sembra adeguato nel contenere le infezioni ospedaliere ma da migliorare per quanto riguarda la prevenzione dei fattori predisponenti all'infezione, nell'area chirurgica e nel nostro bacino d'utenza esterno.