

ro limitato di cloni, con diversa distribuzione geografica, distinguibili mediante profilo di macrorestrizione PFGE o meglio profilo allelico Multilocus Sequence Typing. Nel Nord America le infezioni da CA-MRSA sono dovute prevalentemente ai cloni USA 300 e USA 400, in Europa al clone ST80 e nell'area del Sud-Ovest Pacifico al clone ST30. Ceppi CA-MRSA tipici sono stati ritrovati in tutti i paesi in cui sono stati attivamente ricercati, anche in paesi con bassa prevalenza di ceppi MRSA ospedalieri, quali i paesi del Nord Europa. Per quanto riguarda l'Italia, benchè vi siano sporadiche segnalazioni di infezioni da MRSA acquisite in comunità, non vi sono ampi studi sulla circolazione di tipici CA-MRSA. Noi abbiamo dimostrato che un ceppo produttore di tossina di P-V, appartenete al clone Sud-Ovest Pacifico ST30, aveva causato un quadro di polmonite necrotizzante in una giovane donna. Inoltre, abbiamo dimostrato la colonizzazione nasale da ceppi CA-MRSA con SCCmec di tipo IV ma P-V negativi, in residenti ed operatori di una casa di riposo. Sono in via di realizzazione studi più ampi per verificare la frequenza di infezioni e/o colonizzazioni da CA-MRSA nel nostro paese.

S6.5

IL CLINICO FRA MRSA E CA-MRSA

Venditti M.

*Dipartimento di Medicina Clinica - Policlinico Umberto I.
Università "La Sapienza" - Roma*

L'isolamento di *Staphylococcus aureus* meticillina-resistente (MRSA) è stato ritenuto per decenni un marker affidabile della origine nosocomiale delle relative infezioni. In tal senso questo microorganismo è ancora oggi tra le principali cause di gravi complicanze della degenza ospedaliera quali la polmonite, in particolare associata a ventilazione meccanica (gravata di mortalità ca. 50%), sepsi associate a catetere venoso centrale (complicabile con endocardite nel 20-25% dei casi) o ad altri dispositivi intra ed extravascolari, ed infezioni su ferita chirurgica associate o meno a corpo estraneo. Recentemente, tuttavia, l'evoluzione della assistenza medica ha comportato un significativo aumento della gestione domiciliare, con occasionali controlli ambulatoriali o in regime di "day hospital", fino a brevi ricoveri, di pazienti con vario stato di malattia cronica: basti pensare ai soggetti in terapia dialitica, gli emato-oncologici, i trapiantati d'organo ed un sempre crescente numero di anziani con polipatologie residenti in cronici. Ciò ha consentito la diffusione extranosocomiale di ceppi ospedalieri, multiantibioticoresistenti, di MRSA (HA-MRSA) in grado di causare nei suddetti pazienti "ad alto rischio" gravi infezioni ad insorgenza in comunità ("community-onset": CO-HA-

MRSA).

D'altro canto, sono anche sempre più frequenti le segnalazioni di infezioni in pazienti giovani, apparentemente in perfetta salute e senza i succitati fattori di rischio, causate da ceppi riconosciuti genotipicamente di origine comunitaria (CA-MRSA): si tratta di patogeni che sebbene meticillina resistenti non risultano multiantibioticoresistenti, e tuttavia capaci di un ventaglio di infezioni che vanno da innocue infezioni cutanee fino a gravissime sindromi a impronta necrotizzante, mediate dalla leucocidina di Panton-Valentine (PVL), quali la polmonite necrotizzante, la fascite necrotizzante e la sindrome di Waterhouse-Frideriksen.

In questo scenario, il clinico deve riconoscere precocemente l'etiologia stafilococcica potenzialmente meticillina-resistente sia dalla analisi dei fattori di rischio per i casi da CO-HA-MRSA, sia dalle conoscenze epidemiologiche di prevalenza di CA-MRSA nella area geografica di utenza dell'ospedale ove opera. Fondamentale potrebbe risultare il precoce riconoscimento delle sindromi necrotizzanti PVL-mediate che potrebbero essere più adeguatamente trattate con antibiotici che inibiscono la sintesi proteica (clindamicina o linezolid).

L'approccio terapeutico, include il drenaggio chirurgico delle raccolte ascessuali e terapie con vancomicina, teicoplanina, minociclina, clindamicina o linezolid, oltre nuovi interessanti farmaci quali la glycylglycina tygeciclina, o i nuovi glicopeptidi/lipopeptidi daptomicina, dalbavancina e telavancina.