

comunicazioni orali

SESSIONE 7

L'impatto della diagnostica microbiologica nell'assistenza: aspetti tecnici e clinici

Venerdì 14 Ottobre 2005, ore 9.00 - 13.00, Sala B

CO7.2

SEPSI PEDIATRICA DA ACINETOBACTER JUNII/JOHNSONII: UN CASO DIFFICILE

**Viganò EF., Zuccotti G.*, Agrappi C., Clerici P.,
Colombo A., De Paschale M., Mirri P.,
Vasconi E., Bortignon A.**

U.O. Microbiologia,

** Pediatria Ospedale Civile di Legnano, Via Candiani 2,
20025 Legnano (MI)*

Caso clinico: B.A. di 18 mesi e peso 8,7 Kg.

31/5/2005: ricovero per astenia, vomito e grave ipopotassiemia (1,3 mEq) da acidosi tubulare distale.

Non febbre. Non segni di infezione.

Dimissione il 6/6/05

9/6/05: ore 22,30 nuovo ricovero per diarrea e vomito. Febricola per 8 ore poi apiressia.

16/6/05: febbre a 39°C ; prelievo per emocoltura e urino-coltura e terapia con Ceftriaxone 250 mg x 2;

17/6/05: emocoltura aerobia positiva dopo 9 ore per

Gram negativi ; modificata la terapia con Gentamicina + Amoxiclavulanico.

18/6/05: ATB diretto con Vitek 2 non interpretabile per ID non completa; dalla sottocoltura BG- ossidasi negativi e lattosio deboli. Viene ripetuto Vitek 2 che ancora non identifica il ceppo ma conferma l'ATB preliminare con MIC di 1 per Gentamicina, 4 per Amoxiclavulanico, 8 per Cefotaxime e Ceftazidime, < 1 per Imipenem e Ciprofloxacina. Ricerca ESBL negativa.

20/6/05: Dopo una iniziale risposta alla terapia, con PCR che scende da 15,9 a 4,7 , di nuovo febbre a 39°C associata a leucopenia e piastrinopenia. Vengono allestite ID con API 20E, API NE, SCEPTOR . Nel pomeriggio dopo colloquio con la Microbiologia vengono prelevate 2 emocolture ed iniziata terapia con Imipenem 120mg x 4. Rapido miglioramento della sintomatologia clinica e sfiebramento..

21/6/05: ID con API NE positiva per CAP,ADI,MLT, CIT: identificazione A.junii/johsonii

ID con API20E (nessuna reazione) : Acinetobact.spp

ID con Sceptor (nessuna reazione) : A. lwoffii.

ATB con E test conferma le MIC per Amoxiclavulanico e Gentamicina, Ceftriaxone 6mg, Imipenem 0,125 mg).

A.junii/johnsonii è stato isolato anche nelle feci e nelle due emocolture inviate il 20/6/05.

23/6/06: non febbre, PCR a 3,1. Continua Imipenem

Conclusioni

A.junii è descritto come responsabile di sepsi in età pediatrica: il nostro caso ha evidenziato sia la difficoltà alla identificazione che la resistenza alla terapia con antibiotici efficaci in vitro ma con MIC elevate.
