

una catena d'eventi che hanno reso la resistenza agli antibiotici uno dei problemi sanitari di maggiore rilevanza mondiale. Inoltre, i ceppi MRSA sono divenuti una delle principali cause di infezione in ambiente ospedaliero. Questo studio ha come obiettivo la valutazione dell'antibiotico-resistenza di ceppi del genere *Staphylococcus*, appartenenti alle specie maggiormente isolate presso l'Ospedale di Latina e responsabili di infezioni invasive. La finalità di tale lavoro è comprendere meglio le basi epidemiologiche e biologiche del fenomeno.

Materiali e metodi Sono stati isolati, nel periodo che va dal 01/08/2002 al 31/07/2003, presso il Laboratorio Analisi dell'Ospedale "S. M. Goretti" di Latina, 311 stipti di *Staphylococcus* spp.: 87 ceppi, pari al 27,97% del totale, rappresentati da stafilococchi coagulasi-positivi e 224 ceppi, pari al 72,03%, identificati come stafilococchi coagulasi-negativi. I ceppi sono stati isolati da materiali vari (tamponi faringei, tamponi urogenitali, t. auricolari, urine, sangue, espettorato) provenienti da pazienti ospedalizzati. Tutti gli stipti sono stati identificati in base a proprietà biochimiche attraverso il sistema automatico Vitek (bioMérieux, Marcy-l'Étoile, France) utilizzando le card GPI e testando la sensibilità agli antibiotici con card GPS 523.

Risultati Gli stipti maggiormente isolati sono rappresentati dallo *Staphylococcus aureus* con 87 ceppi (27,97%) e dallo *Staphylococcus epidermidis* con 85 ceppi (27,33%). Minor frequenza d'isolamento è stata riscontrata per *Staphylococcus haemolyticus* con 39 ceppi (12,54%) e *Staphylococcus hominis* con 32 ceppi (10,29%). Tutti gli stipti isolati di *Staphylococcus aureus* sono risultati sensibili alla vancomicina e alla teicoplanina. La resistenza verso l'oxacillina (ceppi MRSA) è stata pari al 44,74%, mentre la resistenza verso i macrolidi (eritromicina) è risultata del 55,26%. La sensibilità verso i fluorochinoloni (ciprofloxacina) è risultata del 46,05%, mentre il 96,05% dei ceppi sono risultati sensibili al Trimetoprim/Sulfametossazolo. Le percentuali di antibiotico-resistenza in *Staphylococcus epidermidis* sono spesso risultate diverse da quelle di *Staphylococcus aureus*. Degna di nota è la resistenza verso l'oxacillina, pari all'85,71%, il doppio di quella dello *Staphylococcus aureus* (44,74%). Per quanto riguarda l'eritromicina la percentuale di ceppi resistenti è stata del 42,86%, mentre il 19,05% dei ceppi ha presentato una sensibilità intermedia. La resistenza al trimetoprim/sulfametossazolo è stata del 71,43%, mentre nello *Staphylococcus aureus* è risultata pari soltanto al 3,95%. Inoltre, è da notare la maggiore resistenza verso la ciprofloxacina (74,60%). Lo *Staphylococcus haemolyticus* ha mostrato una resistenza verso l'oxacillina pari all'84,62%; anche la resistenza verso la ciprofloxacina è stata elevata (79,49%) mentre il trimetoprim/sulfametossazolo è risultato sensibile nel 41,03% dei ceppi. L'eritromicina, infine, si è mostrata attiva soltanto verso il 17,85% dei ceppi testati. Gli stipti di *Staphylococcus hominis* hanno mostrato una resistenza elevata sia verso la ciprofloxacina (62,96%) che verso l'eritromicina (81,48%) e l'oxacillina (88,89%). Essi hanno presentato una elevata sensibilità verso la gentamicina (81,48%) e la clindamicina (96,30%).

Conclusioni Dal confronto di questi dati con quelli del territorio nazionale emerge l'estrema variabilità dell'antibiotico-resistenza con conseguente necessità di personalizzare la terapia sulla base di dati certi riferiti all'agente patogeno e alle caratteristiche dell'ospite, riducendo l'impiego di antibiotici di ultima generazione solo in quei casi in cui non sono disponibili terapie di pari efficacia basate sull'utilizzo di molecole meno recenti e di più consolidato uso.

P028

ISOLAMENTO DI *F. NECROPHORUM* COME CAUSA DI SINDROME DI LEMIERRE

Idda L.*, Castiglia N.*, Masala M.A.°, Burras M.°, Milia S.°, Puggioni M.F.°, Merella G.°, Cherchi G.B.*

* Laboratorio di Analisi chimico cliniche e Microbiologia Ospedale Civile "SS. Annunziata" Sassari
° Divisione di Medicina I Ospedale Civile "SS. Annunziata" Sassari

La sdr. di Lemierre costituisce una infrequente ma grave complicanza di infezione faringo-tonsillare. Il caso da noi osservato riguarda un paziente di sesso maschile, dell'età di venti anni, forte fumatore e bevitore, dedito all'uso di droghe leggere; nel settembre del 2003 in seguito all'improvvisa insorgenza di faringodinia con febbre continuo-remittente con acme di 40.7 °C, il medico curante prescriveva terapia antibiotica con amoxicillina, sostituita in terza giornata con piperacillina/tazobactan. Il quadro clinico andava arricchendosi di nuovi sintomi quali dispnea con tosse scarsamente produttiva e adenite laterocervicale sinistra. Si decideva a questo punto il ricovero in ambito internistico dove si accertava la presenza di un esteso focolaio polmonare medio-basale destro, leucocitosi neutrofila, incremento della VES. Veniva a questo punto intrapresa terapia antibiotica: claritromicina per os, che veniva sostituita, per insuccesso, con ciprofloxacina. Emocolture seriate e tamponi faringei eseguiti presso il Laboratorio del nosocomio presso il quale era avvenuto il ricovero davano esiti negativi, mentre aumentava la estesa tumefazione latero-cervicale; si evidenziava mediante TC collo e torace una trombosi pressochè completa della giugulare interna sn., estendentesi alla vena succlavia e brachiocefalica omolaterale con infiltrati diffusi a livello polmonare. Il paziente ormai polipnoico, obnubilato, in stato soporoso, veniva trasferito all'Ospedale Civile SS. Annunziata di Sassari presso il reparto di Rianimazione. Venivano qui eseguite emocolture seriate e colture dell'aspirato bronchiale, con copertura antibiotica e.v. ad ampio spettro: teicoplanina, imipenem, aztreonam, fluconazolo ed eparina a basso peso molecolare. Dopo due giorni di trattamento, in seguito al miglioramento delle condizioni generali, il paziente veniva trasferito presso il reparto di Medicina dove veniva fatta diagnosi di sdr. di Lemierre ed impostata terapia e.v. con piperacillina-tazobactan, metronidazolo, gentamicina ed eparina a basso peso molecolare. A conferma del sospetto diagnostico dall'Unità Operativa di Microbiologia del Laboratorio Analisi veniva comunicata la positività di una delle emocolture inviate: la identificazione di un *fusobacterium necrophorum*, confermata poi anche con metodiche molecolari presso l'Istituto Superiore di Sanità cui veniva inviato il ceppo, permetteva la definitiva conferma diagnostica, mentre il paziente andava incontro a rapido miglioramento delle condizioni generali.

P029

MIOCARDITE DA *L. MONOCYTOGENES* IN PAZIENTE CON OSTRUZIONE CORONARICA

Castiglia N.*, Idda L.*, Baule G.°, Melis A.°, Cherchi G.B.*

* Laboratorio di Analisi chimico cliniche e Microbiologia Ospedale Civile "SS. Annunziata" Sassari
° Divisione di Medicina III Ospedale Civile "SS. Annunziata" Sassari

Il caso clinico oggetto del presente lavoro riguarda un