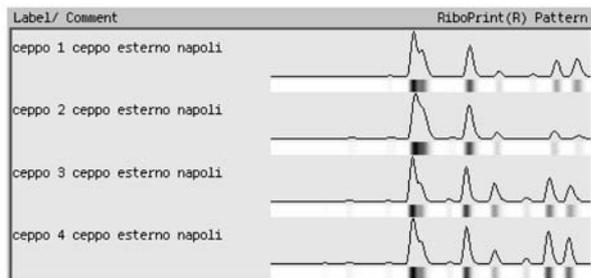


modalità di diffusione: un ceppo ambientale può aver dato origine ad un altro responsabile di un evento infettivo in T.I. (ceppi 1 e 3). Un ceppo identico al n.3 (ceppo 4) compare dopo pochi giorni in Chirurgia: tali risultati, insieme alle altre informazioni raccolte in questo caso, sembrano indicare che la trasmissione mediata da operatori sanitari del ceppo 3 da un reparto all'altro sia un evento quanto meno possibile.

Fig. 1



P088

CHEMIOSENSIBILITA' DI ACINETOBACTER BAUMANII RESPONSABILI DI EPISODI EPIDEMICI IN REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA.

Sarnelli B., Abate R., Morelli M.L., Ingala F.

Laboratorio di Patologia Clinica e Microbiologia - P.O. "Ascalesi"
Via E. a Forcella 31 - 80139 Napoli

Introduzione. La frequente circolazione di *Acinetobacter baumannii* nei reparti di Terapia intensiva è ampiamente documentata da molteplici e diffuse evidenze che hanno dimostrato il ruolo di tale patogeno, tipicamente a circolazione nosocomiale, nel determinare un elevato tasso di mortalità in tali eventi morbosi, dovuto al sempre più frequente riscontro di ceppi multiresistenti.

Obiettivi. La nostra esperienza, nel corso del biennio 2002-2003, è caratterizzata dal riscontro nei degenti in Terapia intensiva di eventi infettivi sostenuti da *A. baumannii*, sia sporadici che tipicamente epidemici, in cui si ripresentavano costantemente particolari profili di resistenza, sostanzialmente invariabili, alla maggior parte dei chemioterapici saggiati. Analoghe espressioni resistotipiche sono state riscontrate in isolamenti ambientali effettuati negli stessi reparti. È apparso, pertanto, utile il loro confronto relativo alle MIC delle poche molecole verso cui essi non mostravano resistenza, anche al fine di valutare una eventuale omogeneità dell'espressione fenotipica che avvalorasse o meno l'ipotesi della circolazione solo di pochi ceppi, se non di un unico ceppo, ipotesi da verificare con metodi biomolecolari.

Materiali e metodi. Sono stati presi in considerazione 56 isolamenti di *A. baumannii* da 36 degenti in Terapia intensiva nel biennio 2002-2003, tutti identificati con il sistema Id 32 GN® Biomerieux. I campioni di provenienza umana erano: 9 emocolture, 11 urine, 10 cateteri vescicali, 3 cateteri venosi, 14 broncoaspirati, 5 liquidi pleurici e 3 liquidi peritoneali. Gli isolamenti ambientali di *A. baumannii* erano in tutto 5, provenienti da superfici di lavoro o da impianti di condizionamento.

Dopo uno screening iniziale, effettuato saggiando la sensibilità ai diversi antibiotici contenuti nelle gallerie ATB G- e ATB PSE® Biomerieux, i ceppi non sensibili sono stati rivalutati con metodo di diffusione in agar secondo Kirby-Bauer. Le MIC di Imipenem, Meropenem, Amikacina e Colistina,

verso cui la maggior parte dei ceppi non mostravano resistenza con i metodi di screening, sono state definite con metodo di gradiente di diffusione in agar ETEST® Biolife: da tutti i ceppi, utilizzando inoculi pari a 0.5 McFarland ottenuti da colture di 24h, sono stati allestiti gli Etest su Agar Mueller Hinton, incubando per 24 h a 37°C.

Risultati. Le tabelle 1 e 2 riassumono rispettivamente i risultati ottenuti per le principali classi di antibiotici (tab.1) e per le MIC di Imipenem, Meropenem, Amikacina e Colistina ottenute con l'ETEST (tab.2).

Conclusioni. Risulta ben evidenziato l'aspetto epidemiologico rappresentato dalla costante colonizzazione ambientale e umana dei reparti di Terapia intensiva da parte di ceppi nosocomiali multiresistenti di *A. baumannii* (derivanti dai ben noti fattori di selezione). Le basse misure di dispersione nella distribuzione delle MIC di Carbapenemi, Amikacina e Colistina riscontrate nei nostri isolamenti, evidenziano un'elevata omogeneità di risposta. La stessa sostanziale sovrapposibilità dell'espressione fenotipica ottenuta nei diversi isolamenti, tale da proporre l'ipotesi dell'endemicità di pochi ceppi, ci ha suggerito la necessità di approfondire l'aspetto biomolecolare in un ulteriore studio, tuttora in corso.

Tabella 1

| | Sensibili n. (%) | Intermedi n. (%) | Resistenti n. (%) |
|------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Amoxicillina | 0 (0%) | 1 (1.8%) | 55 (98.2%) |
| Amoxicillina ac. Clav. | 0 (0%) | 1 (1.8%) | 55 (98.2%) |
| Piperacillina | 1 (1.8%) | 2 (3.6%) | 53 (94.6%) |
| Piperacillina Tazobac. | 2 (3.6%) | 4 (7.1%) | 50 (89.3%) |
| Ticarcillina | 0 (0%) | 1 (1.8%) | 55 (98.2%) |
| Ticarcillina ac. Clav. | 0 (0%) | 1 (1.8%) | 55 (98.2%) |
| Cefalotina | 0 (0%) | 0 (0%) | 56 (100%) |
| Cefoxitina | 0 (0%) | 0 (0%) | 56 (100%) |
| Cefotaxime | 1 (1.8%) | 1 (1.8%) | 54 (96.4%) |
| Cefepime | 0 (0%) | 0 (0%) | 56 (100%) |
| Cefuroxime | 0 (0%) | 0 (0%) | 56 (100%) |
| Ceftazidime | 2 (3.6%) | 5 (8.9%) | 49 (87.5%) |
| Tobramicina | 2 (3.6%) | 2 (3.6%) | 52 (92.8%) |
| Amikacina | 49 (87.5%) | 5 (8.9%) | 2 (3.6%) |
| Gentamicina | 2 (3.6%) | 2 (3.6%) | 52 (92.8%) |
| Netilmicina | 2 (3.6%) | 4 (7.1%) | 50 (89.3%) |
| Ciprofloxacina | 4 (7.1%) | 7 (12.5%) | 45 (80.4%) |
| Cotrimossazolo | 0 (0%) | 2 (3.6%) | 54 (96.4%) |
| Imipenem | 4 (7.1%) | 33 (59%) | 19 (33.9%) |
| Meropenem | 3 (5.4%) | 35 (62.5%) | 18 (32.1%) |
| Colistina | 56 (100%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Ampicillina Sulbact. | 2 (3.6%) | 23 (41.1%) | 31 (55.3%) |

Tabella 2

| | Media (mg/l) | Deviazione standard | C.V. (%) |
|---------------|-----------------|------------------------|-------------|
| MIC Imipenem | 7.3 | 0.42 | 5.75 |
| MIC Meropenem | 6.2 | 0.33 | 5.32 |
| MIC Amikacina | 8.1 | 0.27 | 3.33 |
| MIC Colistina | 0.95 | 0.09 | 9.16 |