

polmoniti nosocomiali (HAP).

Il tasso di mortalità è alto e varia, secondo gli studi, tra il 30 ed il 70% dei casi.

Tra i fattori predisponenti endogeni meritano particolare attenzione l'età > di 65 anni, le comorbidità, la durata della degenza e le condizioni che alterano il meccanismo della deglutizione. Poiché i pazienti ricoverati in Medicina Interna sono nel 74% dei casi di età superiore ai 65 anni e nel 50% dei casi affetti da polipatologie importanti con necessità di degenza prolungata (il 30% dei ricoveri totali necessita di una degenza superiore alle 2 settimane), è facilmente comprensibile come il rischio di contrarre una polmonite nosocomiale sia tutt'altro che teorico.

La presentazione clinica è tanto più subdola quanto più anziano e polipatologico è il paziente. La tachipnea, l'alterazione dello stato di coscienza, il deterioramento dello stato generale con perdita dell'appetito e la comparsa di incontinenza sfinterica sono frequenti sintomi d'esordio che possono comportare un ritardo di terapia per la notevole difficoltà della diagnosi differenziale. In base all'epoca di insorgenza la HAP può essere ad esordio precoce (<5 giorni dal ricovero) o ad esordio tardivo (>5 giorni dal ricovero).

Tale distinzione è fondamentale ai fini della scelta della terapia antibiotica empirica poiché nelle forme ad esordio precoce l'eziologia è molto simile alle polmoniti comunitarie mentre nelle forme ad esordio tardivo sono frequentemente in causa germi particolarmente virulenti spesso con resistenza multipla agli antibiotici. La conoscenza dell'incidenza e delle caratteristiche delle infezioni nosocomiali sono presupposti imprescindibili per istituire adeguati programmi di prevenzione e controllo che permettano di monitorare localmente l'insorgenza di resistenze batteriche e indirizzare correttamente l'impiego degli antibiotici.

SECONDA PARTE: LE DIARREE DA ANTIBIOTICI

S3.4

LA DIARREA E COLITE DA ANTIBIOTICI: PROBLEMI DI DIAGNOSI E TERAPIA

Cipollini F.

UO medicina Interna

- Ospedale Amandola (AP), ASUR Marche Zona T. 13

Si definisce diarrea da antibiotici una condizione clinica caratterizzata dalla presenza di almeno tre scariche alvine di feci liquide per la quale sia stata esclusa ogni plausibile causa, che insorge durante o dopo 4 – 6 settimane di un trattamento antibiotico e che sia confermata da specifiche indagini di laboratorio.

La diagnostica di laboratorio si avvale del test di agglutinazione al lattice per la ricerca degli antigeni batterici e di indagini immunoenzimatiche finalizzate alla ricerca della tossina del *C. difficile*.

Quest'ultimo, a fronte di una minore sensibilità è dotato di una maggiore specificità. Particolarmente indaginosi e comunque non alla portata di tutti i laboratori sono l'indagine coprocolturale e la ricerca della tossina B mediante valutazione dell'effetto citopatico su colture cellulari. Quest'ultimo è considerato il "gold standard" per la diagnosi di infezione.

Nei casi in cui il la tossina del *C. difficile* provoca un danno alla mucosa intestinale, l'endoscopia rappresenta un esame altamente sensibile e specifico: nei casi di colite da *C. difficile* la mucosa colica appare diffusamente iperemica ed edematosa e mostra delle pseudomembrane bianco-madreperlacee tenacemente adese (c.d. colite pseudomembranosa). La diagnosi differenziale è agevole con le gastroenteriti batteriche e virali (coprocoltura, esami sierologici), le malattie infiammatorie croniche intestinali (clinica, endoscopia, laboratorio), colon irritabile (clinica). Qualche problema può sorgere con le diarree da antibiotici non correlate al *C. difficile* (ad esempio le diarree osmotiche da penicilline) che hanno, diversamente a quelle da *C. difficile*, un decorso clinico estremamente favorevole e non complicato.

Le complicanze quali il megacolon tossico e la perforazione, fortunatamente rare, interessano quasi esclusivamente soggetti di età avanzata affetti da altre importanti condizioni patologiche.

La terapia delle diarree/coliti da *C. difficile* consiste nel sospendere il trattamento antibiotico, ristabilire l'equilibrio idro-elettrolitico: non è indicato l'uso di farmaci antiperistaltici (es. loperamide).

La terapia antimicrobica specifica si avvale di due farmaci di prima scelta: il metronidazolo e la vancomicina. Entrambi risultano efficaci nella risoluzione clinica e batteriologica e sono caratterizzate da una percentuale di recidive post-terapia quasi sovrapponibili (4-13%). Da qualche anno è stata proposta anche la teicoplanina, come terapia di seconda linea, che ha dimostrato una incidenza minore di recidive dopo la sospensione del trattamento.

Ma sicuramente un momento importante è costituito dalla prevenzione dell'infezione da *C. difficile* attuando tutte quelle misure idonee a ridurre il tasso di infezione: uso appropriato degli antibiotici, lavaggio accurato delle mani dopo ogni visita, isolamento enterico del paziente affetto, adeguata sanificazione e disinfezione delle degenze e strumentari ospedalieri e adeguata educazione di tutto il personale sulla epidemiologia e modalità di infezione.