

ti a necrosi superficiale con flogosi granulocitaria.

Quadro suggestivo per colite pseudomembranosa.

Contemporaneamente il laboratorio di microbiologia comunica la **positività** su un **campione di feci fresche** per le tossine di *Cd*.

Progressivamente viene scalato lo steroide e si introduce terapia con vancomicina 500 mg x 4 per os. Per 10 giorni più probiotici.

1/3 Rettoscopia: netto miglioramento del quadro endoscopico.

Permane lieve iperemia della mucosa con qualche pseudomembrana a livello del sigma, all'esame istologico: edema della lamina propria che localmente appare sclerotica. Focali erosioni superficiali. Reperto suggestivo per lesione ischemica.

9/3 ricompare diarrea con scariche di feci liquide e febbricola

Ricerca tossine e coltura *Cd*: **negativi**

Permane diarrea e febbre.

19/3 Ricerca delle tossine ed esame colturale per *Cd*: **positiva**

La paziente viene trattata metronidazolo 250mg 2 cp x 3 per 10 giorni e viene trasfusa per grave anemia.

26/3 soggettivamente la paziente sta bene, non diarrea, obiettività addominale negativa, Rx addome smdc: negativo

Ricerca tossine e coltura *Cd*: **negativi**

Emotrasfusioni.

5/4 permane benessere, alvo regolare. La paziente riprende il percorso riabilitativo che continua fino a quando viene dimessa in discrete condizioni generali e autonoma nel cammino con l'ausilio di un canadese.

Al domicilio mesalazina e probiotici. che ha continuato per circa 12 mesi.

A tutt'oggi benessere soggettivo e obiettivo.

Non più episodi diarroici.

**Considerazioni e conclusioni:** Nonostante le manifestazioni cliniche suggestive per un'infezione da *Cd*, peraltro confermata dall'esame istologico dei prelievi biotici, la ricerca delle tossine e l'esame colturale, per ben due volte ed in tempi diversi, risultavano negativi. Questi risultati, in netto contrasto con il quadro clinico generale del paziente, sono stati valutati ed analizzati attentamente dal laboratorio di microbiologia.

Si sono potuti escludere errori analitici da parte del laboratorio di microbiologia ma non gli errori preanalitici dovuti ad una errata conservazione ed invio del campione in laboratorio.

In una successiva indagine con il personale del reparto è emerso che i due campioni "negativi" erano stati raccolti la sera precedente dell'invio del campione al laboratorio di microbiologia e conservati a temperatura ambiente.

Per evitare successivi gravi errori preanalitici come quello verificatosi che ha ritardato l'impostazione di una corretta ed efficace terapia, sono stati pianificati eventi formativi rivolti a tutto il personale dell'Ente.

## S4.6

### CASO CLINICO: ANZIANI E INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

**Balzaretti M.**

*ASP Golgi-Redaelli, Milano*

Le vie urinarie sono la sede più frequente di infezione nel paziente anziano, in particolare nell'anziano degente in strutture protette quali RSA o Istituti di Riabilitazione. Per la diagnosi di infezione urinaria sintomatica vengono generalmente adottati i criteri CDC o i criteri di Mc Geer per la definizione e la sorveglianza delle infezioni nelle "long-term care facilities" (1,2)

I microrganismi isolati da coltura in pazienti anziani residenti in tali strutture sono caratterizzati da maggiore resistenza agli antibatterici rispetto ai ceppi isolati da anziani viventi in comunità. Le specie più frequentemente isolate sono *E.coli* e *P.mirabilis* e la prevalenza dei produttori di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL) varia sul territorio nazionale, anche se i dati raccolti si riferiscono prevalentemente a strutture del nord Italia.

Spesso tali ceppi producono ESBL di classe A, soprattutto di tipo CTX-M, ma sono in aumento gli isolati di *P.mirabilis* produttori di beta-lattamasi di classe C acquisite ed è stato segnalato il primo caso italiano di *P.mirabilis* produttore di una metallo beta-lattamasi di tipo VIM.

Diversi pazienti ricoverati in tali strutture, attraversando i nodi della rete, secondo i principi della continuità assistenziale, una volta tornati al domicilio possono diffondere resistenze, fino ad ora relegate alle strutture sanitarie o socio-sanitarie, anche in comunità. Ruolo cruciale acquista in tali strutture il laboratorio di microbiologia che deve essere in grado di segnalare tempestivamente e puntualmente al clinico i microrganismi con tali meccanismi di resistenza.

Di seguito si riporta il caso clinico che si discuterà nella sessione interattiva:

PP, di anni 73, ricoverato per esiti di frattura femore nel maggio 2007 presso il reparto di Riabilitazione Specialistica dell'Istituto Geriatrico P.Reddaelli di Milano, proveniente dalla divisione di Ortopedia di un ospedale milanese. All'ingresso il paziente presenta moderato deficit cognitivo, stato nutrizionale compromesso, sindrome da allettamento, ulcere da decubito in regione sacrale, diarrea. Il pz è portatore di catetere a dimora da 20gg, dal momento cioè del ricovero ospedaliero. Esami ematochimici all'ingresso: GB 10,5 con 85% di neutrofili, PCR 280 mg/L, tossina A del *C.difficile* positiva. L'urina ha pH alcalino; all'esame microscopico del sedimento si rileva la presenza di flora batterica e leucociti. Presenta un lieve rialzo termico (37.5°C) non segnalato alla dimissione ospedaliera e stato di agitazione.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Mc Geer A et al: Definition of infection for surveillance in long term care facilities. *Am J Infect Control* 19(1): 1-7, 1991
- 2) Infection control guidelines for long term care facilities. Missouri Department of Health and Senior Service, 2005