

UTILIZZO DELLA BATTERICIDIA NELLA SEPSI DA STAPHYLOCOCCUS AUREUS

V. Biscaro¹, P. Coato¹, R. Rigoli¹

¹U.O. di Microbiologia e Virologia, Osp. Cà Foncello, Treviso

INTRODUZIONE

Nel caso di sepsi da *Staphylococcus aureus* l'oxacillina può essere considerata farmaco di prima scelta nei pazienti con ceppi sensibili. Nei ceppi resistenti ad oxacillina la scelta terapeutica da adottare è dibattuta. Farmaci quali daptomicina o linezolid possono essere considerati valida alternativa e, in presenza di MIC della vancomicina maggiori a 1, farmaci di prima scelta. Nei casi gravi da infezione da *S. aureus* risulta doveroso chiedersi se uno strumento quale la minima concentrazione battericida (MBC), oltre la MIC, possa rendere più mirata la terapia antibiotica e ridurre i fallimenti terapeutici. Obiettivo del nostro studio è stato quello di analizzare l'andamento clinico e microbiologico di un campione di 16 pazienti aventi sepsi da *S. aureus*.

METODI

Studio retrospettivo di 16 pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Treviso aventi sepsi da *S. aureus*. Criteri di inclusione: presenza di diagnosi di SIRS associata ad almeno due emocolture positive; definita infezione ospedaliera (HA) se contratta nel corso del ricovero in ospedale almeno dopo 48 ore dal ricovero; infezione comunitaria (CA) se presente entro le prime 48 dal ricovero. Abbiamo valutato: sesso, età, durata della terapia e del ricovero, portatori di dispositivi associati. Per ciascuno abbiamo valutato la terapia empirica e le eventuali modifiche dopo la comunicazione della positività e dopo refertazione dell'antibiogramma. Abbiamo eseguito MIC e MBC per ogni germe isolato.

RISULTATI

16 pazienti con sepsi da *S. aureus* con età media di 68. La media di durata della terapia è stata di 23 giorni. 9 MSSA: in 4 CA-MSSA la terapia empirica è stata modificata dopo l'informazione della positività. In 2 HA-MSSA è stata modificata dopo comunicazione di positività. La distribuzione delle MIC della vancomicina è stata: 2 MIC 0,5 e 7 MIC 1. 7 MRSA: in 5 CA-MRSA, il glicopeptide è stata la molecola scelta come terapia mirata. Le MIC dei pazienti trattati con teicoplanina risultavano essere di 0,5 per uno e di 0,25 per i restanti tre. La MIC della vancomicina era di 1 in tre casi e di 0,5 nel quarto. Nei 2 HA-MRSA, il primo caso è stato trattato inizialmente con teicoplanina ma con persistenza di emocolture positive. La MBC del glicopeptide dimostrava MIC 0,25 e MBC di 32 pertanto la terapia è stata modificata con daptomicina. Nel secondo caso è stato necessario modificare da vancomicina a daptomicina per persistenza di emocolture positive nonostante la vancomicina fosse data a dosaggio adeguato ed avente MIC 0.5 e MBC 0.5. Abbiamo valutato la correlazione esistente tra le MIC e le MBC nei 16 casi esaminati. Per la teicoplanina abbiamo osservato una sovrapposizione di MBC/MIC in 11/16 casi (68%), mentre nella vancomicina la sovrapposizione si è verificata nel 93% e per la daptomicina nel 87%. Per il linezolid in 2 casi vi è stata sovrapposibilità mentre in 10 casi si è verificata una distanza di almeno 4 diluizioni.

CONCLUSIONI

Il criterio terapeutico non è uniforme. Rimane ancora di difficile attuazione la escalation in caso di MSSA, applicata nella nostra casistica solo al 22% dei pazienti con MSSA. La MBC è risultata strumento necessario per comprendere alcuni casi di fallimento terapeutico in presenza di terapia antibiotica mirata con MIC.