P095

Batteriologia

TRATTAMENTO DI UNA CELLULITE DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE KPC E DECOLONIZZAZIONE INTESTINALE CON CEFTAZIDIME/AVIBACTAM, MEROPENEM E FOSFOMICINA IN UN MIGRANTE: UN CASE REPORT

C. Pallotto [2], N. Carannante [1], G. Di Caprio [1], A. Grossi [1], M. Bernardo [3], G. Sodano [3], E. Falco [3], V. Maddaloni [3], C. Tascini [1]

[1]*Prima divisione di Malattie Infettive, Ospedale Cotugno, AORN dei Colli, Napoli*

[2]*Sezione di Malattie Infettive, Dipartimento di Medicina, Università di Perugia, Perugia*

[3]*Unità di Microbiologia e Virologia, Ospedale Cotugno, AORN dei Colli, Napoli*

INTRODUZIONE

Le infezioni da Klebsiella pneumoniae produttrice di carbapenemasi (KPC-Kp) rappresentano un problema globale ormai estesosi anche a paesi in via di sviluppo. Descriviamo il caso di un paziente bengalese, proveniente dalla Libia, con una cellulite da KPC-Kp.

METODI

Il paziente, appena giunto in Italia, è stato ricoverato in un ospedale periferico per una cellulite ulcerata di gamba sinistra da un tampone della quale, eseguito il giorno del ricovero, è stata isolata KPC-Kp. Una piccola lesione era già preente prima della partenza. Una volta trasferito presso la nostra UOC, sia da coltura di biopsia dell'ulcera sia da un nuovo tampone è stata isolata KPC-Kp, confermata anche da un test all'acido boronico (disk test Diatabs phenylboronic acid, Rosco Diagnostica, Taastrup, Denmark); KPC-Kp è risultata sensibile solo a tigeciclina, fosfomicina e amikacina, un pattern atipico nell'epidemiologia italiana dove KPC-Kp è in genere gentamicino-sensibile e amikacino-resitente. La produzione di KPC è stata inoltre confermata con un test molecolare (Xpert Carba-R, Cepheid, Sunnyvale, CA, USA), mentre gli enzimi VIM e OXA-48 sono stati esclusi con un test immunocromatografico (Resist-3 O.K.N. K-Set, Corisbio Concept, Gembloux, Belgium).

RISULTATI

Il paziente è stato trattato con successo con ceftazidime/avibactam in uso compassionevole, meropenem e fosfomicina sulla base di test di sinergismo. Dopo 10 giorni di terapia, le colture e i test molecolari sono risultati negativi da tampone sia dell'ulcera sia rettale.

CONCLUSIONI

I migranti possono essere colonizzati o avere infezioni da KPC-Kp o altri germi MDR anche senza fattori di rischio specifici. Inoltre, in Italia, dove è in corso un outbreak da KPC-Kp da circa 5 anni, un farmaco potenzialmente salvavita come ceftazidime/avibactam non è ancora facilmente disponibile. La procedura per l'uso compassionevole richiede diversi giorni e questo ritardo rischia di poter essere fatale nei casi più gravi.
La combinazione ceftazidime/avibactam-meropenem-fosfomicina ha eradicato KPC-Kp dall'intestino del paziente come confermato da 2 test fenotipici e uno molecolare. L'eradicazione di KPC-Kp dall'intestino di pazienti colonizzati è una delle sfide più importanti della medicina moderna. Allo stato attuale sia con trattamenti per os sia endovenosi sono stati ottenuti risultati solo parziali. Un trattamento ceftazidime/avibactam-based potrebbe essere molto utile anche in questo campo.