P057

Batteriologia

MIOSITE E OSTEOMIELITE DA MRSA PVL+ CON QUADRO SETTICO IN PAZIENTE DI ETA' PEDIATRICA

P. Bono [1], A. Grancini [1], A. Restelli [1], E. Prandi [3], S. Azzari [3], S. Piconi [2], M. Musitelli [1], A. Arosio [1], A. Biffi [1], C. Vignati [1], M. Arghittu [1], F. Ceriotti [1]

[1]*Laboratorio Analisi Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico*

[2]*Malattie Infettive - H. Sacco*

[3]*UO Anestesia – terapia Intensiva Pediatrica Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico*

INTRODUZIONE

Le infezioni da S. aureus meticillino-resistente (MRSA) negli ultimi anni sembrano aumentare in ambito comunitario, come la presenza del gene che codifica per la Leucocidina Panton-Valentine (PVL+). Si descrive l'insolito caso di una miosite con osteomielite in sepsi, sostenuta da MRSA produttore di PVL in una bimba di tre anni giunta in reparto di Rianimazione Pediatrica della Fondazione da altro ospedale per iperpiressia incoercibile (>40°) non responsiva a paracetamolo e zoppia.

METODI

I materiali prelevati in sede intraoperatoria sono stati seminati secondo il protocollo adottato presso il nostro laboratorio. I ceppi isolati da emocolture pediatriche, processate con BacT/Alert (BioMérieux), e dal pus dell'ascesso sono stati identificati con Vitek MS (BioMérieux) e in seguito tipizzazati come MRSA e PVL+ utilizzando il kit RealCycler SAMAPV (Progenie molecular). L'ATB è stato eseguito con Vitek 2 e la MIC di Vancomicina verificata con metodo in microdiluizione UMIC (Arnika).

RISULTATI

La bimba giunge con tumefazione della coscia sinistra con cute integra, tesa, calda e dolente, marcata elevazione degli indici di flogosi (PCR 57 mg/dl,PCT 19 ng/ml,GB 27000/mm3), sopore e oliguria. La RMN dell'anca sx evidenzia un quadro compatibile con miosite e osteomielite per cui si interviene chirurgicamente. La terapia con Ceftriaxone è sostituita con Vancomicina in seguito a rilevamento di meticillino resistenza, quindi viene aggiunta Clindamicina per PVL+. Vancomicina (MIC 2 mg/dl) è poi sostituita con Daptomicina con progressivo miglioramento degli indici di flogosi e del quadro clinico, per cui la bimba viene estubata e trasferita in reparto.

CONCLUSIONI

In letteratura sono descritte rare gravi infezioni da SA-PVL+ con principale localizzazione cutanea o polmonare ed è segnalato che in contesto di osteomielite in pediatria, la PVL+ è prevalentemente associata a MRSA. Nel nostro caso la sepsi non sembra aver origine cutanea: dall'anamnesi la paziente presentava faringodinia con zaffi tonsillari bilaterali e febbre. Il rapido miglioramento si è osservato dopo svuotamento dell'ascesso e introduzione di terapia antibiotica (Clindamicina) atta a indurre un decremento della produzione di PVL, nonché sostituzione di Vancomicina con Daptomicina. Dal caso clinico descritto emerge l'importanza di eseguire tempestivamente indagini colturali soprattutto in presenza di scarsa risposta a terapia empirica, di ricorrere a strategie rapide molecolari, che permettono l'identificazione di agenti patogeni particolarmente aggressivi e resistenti e di approfondire la situazione immunologica della paziente che potrebbe spiegare la gravità del quadro ed una eventuale incontrollata diffusione del patogeno da una possibile primaria localizzazione faringea.