P069

Batteriologia

DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO DI SEPSI NEONATALE DA STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

A. Filosa [1], P. De Rosa [1], A. Fusco [1], A. Spanò [1], I. Abagnale [1]

[1]*Patologia Clinica O.O. R.R. Area Stabiese, Castellammare di Stabia, Italia*

INTRODUZIONE

Lo Streptococco di gruppo B (Streptococcus agalactiae, GBS) è la principale causa di infezione neonatale grave nei Paesi sviluppati. Il neonato è colonizzato durante il passaggio nel canale del parto. Il GBS può essere presente nel tratto gastrointestinale o genitale della donna. L'infezione vaginale nella paziente in gravidanza è, di solito, asintomatica. Al contrario, nel neonato l'infezione da GBS può produrre quadri clinici di estrema gravità: nelle forme ad esordio precoce (early onset disease) si può avere un quadro di sepsi, di polmonite o di meningite; nelle forme ad esordio tardivo (late onset disease), le principali manifestazioni cliniche sono rappresentate dall'osteomielite, dall'artrite settica, dalla cellulite o da altre infezioni localizzate. In Italia in base alle Linee Guida sulla Gravidanza Fisiologica, ISS 2011, viene effettuato lo screening prenatale con tampone vaginale e rettale in tutte le donne gravide tra 36 e 37 settimane di gravidanza. L'intervallo di tempo 36-37 settimane è stato scelto in quanto l'infezione/colonizzazione può essere transitoria ed è importante sapere lo stato nel periodo che precede il parto. La profilassi antibiotica intrapartum prevede la somministrazione di penicillina, ampicillina o cefazolina e.v. da almeno 4 ore prima del parto.

METODI

Il prelievo va effettuato al 1/3 inferiore della vagina e al retto, anche con unico prelievo. Va coltivato su terreni selettivi e cromogeni specifici, come STRB, e su agar-sangue addizionato di acido nalidixico e colistina (o gentamicina).

RISULTATI

Neonata di 4 giorni in data 15.08.2017 presenta agli esami: Procalcitonina di 57,95 ng/mL, PCR di 3,19 mg/mL ed emocoltura positiva per SBG, di cui viene fornito ATB diretto. In data 19.08 perviene richiesta di esame su liquor di esiguo volume: al colturale,il LCR non arricchito dà esito negativo; al chimico-fisico, il LCR appare torbido e xantocromico, con iperprotidorrachia, ipoglicorrachia e marcata neutrofilia. Su siero la Procalcitonina è 12,66 ng/mL e la PCR 1,49 mg/mL. In data 21.08 la neonata comincia ad assumere fenobarbital per le crisi convulsive. In data 25.08 dall'esame del LCR, non si rilevano sostanziali cambiamenti, mentre da siero si nota una marcata riduzione di Procalcitonina e PCR. La paziente è tutt'ora ricoverata in Terapia Intensiva Neonatale.

CONCLUSIONI

In caso di presenza di fattori di rischio o di mancate notizie sulla positività del tampone viene ormai solitamente effettuata una profilassi intrapartum con antibiotico idoneo. Tuttavia, anche in presenza di terapia antibiotica adeguata, lo sviluppo delle infezioni invasive è ancora collegato ad un elevato tasso di mortalità poiché non tutti i casi di malattia neonatale possono essere prevenuti: i bambini prematuri restano ad alto rischio di infezione. Per questo motivo la ricerca si rivolge a soluzioni alternative alla profilassi antibiotica, come la vaccinazione delle madri.