Corso Precongressuale C – Le infezioni da non dimenticare nel paziente trapiantato

KPC

S. Ambretti [1]
[1]*U.O. Microbiologia - Policlinico S.Orsola-Malpighi - Bologna*

Gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi per produzione di enzimi ad attività carbapenemasica (enterobatteri produttori di carbapenemasi, CPE) rappresentano attualmente la principale criticità nell'ambito dei microrganismi multi-drug resistant (MDRo). Fin dal 2010, l'epidemiologia italiana si è caratterizzata per una rapida ed imponente diffusione di ceppi di Klebsiella pneumoniae produttori di carbapenemasi KPC (KPC-Kp). Le infezioni sostenute da organismi con questo profilo di resistenza, che spesso è estremo, interessando la totalità o quasi dei farmaci attualmente disponibili (fenotipo XDR), rappresentano un evento di difficile gestione clinica, tanto più quando interessano pazienti ad elevato livello di criticità. Per questo motivo, la diffusione KPC-Kp rappresenta una problematica significativa per tutto il percorso assistenziale che caratterizza l'attività trapiantologica. Numerosi studi indicano infatti come l'acquisizione della colonizzazione e lo sviluppo di una successiva infezione invasiva siano fattori con impatto negativo su diversi parametri di outcome clinico (morbidità, mortalità) ed assistenziale (durata del ricovero) per i pazienti sottoposti a trapianto di organo solido o a trapianto di cellule staminali ematopoietiche. Questa categoria di pazienti rientra tra quelle maggiormente esposte al rischio di colonizzarsi con MDRo in ambito ospedaliero, presentano molti dei principali fattori di rischio (necessità di procedure invasive, utilizzo di device, chirurgia complessa, lunghi periodi di ospedalizzazione). Inoltre, nel periodo post-trapianto, il trattamento immunosoppressivo anti-rigetto rende più probabile e frequente il passaggio dallo stato di colonizzazione a quello di infezione. La limitata efficienza del sistema immunitario rende ancora più complessa la gestione delle infezioni gravi (in particolare batteriemie-sepsi e polmoniti) in assenza di antibiotici efficaci, e questa combinazione di elementi giustifica i livelli elevati di mortalità, che per i trapianti di midollo allogenico secondo alcuni studi possono arrivare addirittura al 60%. Più in generale la problematica riguarda tutto il percorso trapiantologico. Infatti, considerando l'epidemiologia peculiare del nostro paese, è tutt'altro che irrilevante il rischio che un donatore possa risultare colonizzato o infetto da KPC-Kp e possa quindi rappresentare una potenziale fonte di trasmissione del patogeno al ricevente. Ad oggi peraltro, i casi di trasmissione da donatore descritti e confermati con metodiche molecolari affidabili sono sporadici, mentre la sfida principale resta quella di ridurre il rischio di trasmissione ai riceventi, sia nel periodo che precede, che in quello che segue il trapianto. Nel contesto delle attività di prevenzione, sorveglianza e diagnosi delle colonizzazioni e infezioni da KPC-Kp, il ruolo del microbiologo è fondamentale sia per quello che riguarda la l'individuazione precoce ed affidabile dei pazienti colonizzati, sia per la diagnosi rapida delle infezioni clinicamente significative.