

STRATEGIE DI CONTENIMENTO DELLE COLONIZZAZIONI DA KPC IN PAZIENTI RICOVERATI NEI REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA

s. Brossa¹, I. Fossati¹, j. De Matteis¹, r. Cavallo¹

¹AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, SC Microbiologia e Virologia U., Corso Bramante 88, 10126 Torino

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'ospedalizzazione stanno diventando un importante problema di sanità pubblica, specialmente per la diffusione di *Klebsiella pneumoniae* produttore di carbapenemasi KPC. La *Klebsiella*, normalmente ospitata nell'intestino umano, colpisce per lo più i pazienti ricoverati nelle terapie intensive.

Per contenere la diffusione di patogeni nosocomiali è necessario attuare strategie che vedono la collaborazione sinergica del reparto e del laboratorio di analisi.

La diagnosi di laboratorio delle colonizzazioni da KPC prevede la coltura e in caso di positività la conferma mediante test di Hodge, per un tempo minimo di risposta di 48 ore; mentre il test molecolare permette di isolare e trattare tempestivamente il paziente entro 1 ora dall'arrivo del campione.

Abbiamo iniziato questo progetto nel 2015 prendendo come reparto pilota la Cardiocirurgia TI in quanto nel 2014 c'era stata una situazione endemica di KPC costante con la presenza di cluster.

Lo studio consiste nel monitorare lo stato di colonizzazione da KPC nei pazienti all'ingresso in reparto, eseguendo un tampone rettale di screening e processandolo mediante il test molecolare CarbR (Cepheid).

Tale studio è stato condotto nei primi 6 mesi del 2015, con una pregressa sorveglianza attiva effettuata dalle ICI (infermieri addetti al controllo delle infezioni) sulle norme igieniche e di sicurezza da parte degli operatori sanitari.

METODI

Sono stati testati col metodo molecolare 151 tamponi rettali all'ingresso di pazienti della Cardiocirurgia TI e sono stati contemporaneamente seminati su terreni di coltura CRE. Solo per i campioni positivi alla coltura è stato effettuato il test di Hodge.

RISULTATI

dei 151 campioni, 147 sono risultati negativi all'ingresso e 2 sono risultati positivi per KPC; il 100% dei risultati ottenuti concordano con la coltura.

Dal confronto dei dati raccolti nei due anni è emerso che la percentuale dei tamponi rettali negativi in ingresso è rimasta pressoché invariata.

Nel 2014 in tale reparto tutti i pazienti entrati negativi alla KPC si sono successivamente colonizzati diffondendo nel reparto tale patogeno; i ceppi isolati sono stati successivamente tipizzati e clusterizzati risultando correlati tra loro. Nel 2015 invece i pazienti entrati negativi sono rimasti negati e gli unici due casi entrati positivi alla KPC sono rimasti autocolonizzati e quindi non correlati tra di loro. La risposta di refertazione e l'isolamento da contatto in tempi rapidi ha permesso il controllo e il contenimento della colonizzazione/infezione.

CONCLUSIONI

una corretta e attenta sorveglianza dei patogeni infettivi e multiresistenti permette di attivare precocemente provvedimenti per l'isolamento da contatto, controllare un eventuale cluster epidemico/epidemia. Riservare il test molecolare solo ai tamponi rettali di ingresso per i reparti a rischio e nei casi mirati permette di isolare i pazienti colonizzati in tempi brevi evitando la diffusione del patogeno all'interno dei reparti e diminuendo così anche i costi che ne derivano dall'ospedalizzazione prolungata e dalla terapia.