P040

BATTERIOLOGIA

CONTRIBUTO DELLA PCR REAL-TIME NELLA DIAGNOSI MICROBIOLOGICA DI KINGELLA KINGAE IN PAZIENTI PEDIATRICI

B. Lucignano [1], M. Onori [1], L. Mancinelli [1], M. Agosta [1], M. Argentieri [1], L. Pansani [1], A.M. Sisto [1], M.T. D'Urbano [1], V. Cetra [1], F. Di Leva [1], F. Bubola [1], A. Angelaccio [1], G. Ferri [1], S. Tredici [1], P. Bernaschi [1]

[1]*UOS di Microbiologia, Dipartimento dei Laboratori, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma*

INTRODUZIONE

Le infezioni osteoarticolari rappresentano una significativa causa di morbilità nei bambini in tutto il mondo, con un alto tasso di sequele anche gravi e di lunga durata. Frequentemente, le infezioni sono causate da microrganismi provenienti dalle vie respiratorie; in particolare, nei bambini al di sotto dei 5 anni di vita, le infezioni da Kingella kingae, raramente diagnosticate in laboratorio, risultano la principale causa in più del 50% dei casi. La colonizzazione del tratto respiratorio superiore è comune dopo sei mesi di vita, diminuisce nei bambini più grandi e costituisce un prerequisito per lo sviluppo di infezioni invasive. Quando adeguatamente diagnosticate, hanno un decorso clinico benigno e breve, che non richiede una procedura chirurgica, spesso necessaria per patogeni più virulenti resistenti alla terapia antibiotica.
Il nostro obiettivo principale è quello di migliorare la diagnosi microbiologica di infezione da K. kingae, con una conseguente ottimizzazione dell'indirizzo terapeutico e riduzione della degenza ospedaliera.
Obiettivo secondario è valutare l'incidenza di K.kingae nelle infezioni osteoarticolari, correlandone la presenza alla flora batterica del cavo orale.

METODI

Sono stati raccolti 55 campioni biologici da 21 pazienti di età inferiore a 5 anni e 10 pazienti di età compresa tra 6 e 16 anni, con diagnosi di sospetta infezione osteoarticolare.
I campioni sono stati analizzati con le metodiche colturali standardizzate per la ricerca dei principali patogeni causa di infezioni osteoarticolari, utilizzando terreni di coltura per comuni patogeni. Contemporaneamente, su tutti i campioni è stata eseguita una PCR Real Time specifica per la ricerca di K. kingae.

RISULTATI

I 55 campioni biologici (26 campioni di sangue, 26 tamponi faringei, 2 biopsie e 1 pus) sono risultati negativi all'esame colturale per la ricerca di K.kingae. Al contrario, la PCR Real Time ha rilevato la positività in 11 tamponi faringei.
Tutte le positività rilevate nei campioni respiratori sono state riscontrate in 20 pazienti con meno di 5 anni (55%). Nei pazienti di età superiore non sono stati rilevate positività.

CONCLUSIONI

I dati raccolti sono preliminari, ma evidenziano che K.kingae è presente nel tratto respiratorio di bambini fino a 5 anni di età, rafforzandone il possibile ruolo come agente eziologico di infezione osteoarticolare in pazienti compresi in questa fascia di età.
Riteniamo pertanto che la ricerca di K.kingae, attraverso un saggio molecolare, possa contribuire ad una più accurata diagnosi di infezione osteoarticolare, indirizzando ad una terapia antibiotica mirata, con conseguente diminuzione del tempo di ospedalizzazione.