

**CPE: 18 MESI DI SORVEGLIANZA**

A. Filosa<sup>1</sup>, I. Abagnale<sup>1</sup>, R.M. Casillo<sup>1</sup>, A. Mosca<sup>1</sup>, A. Spanò<sup>1</sup>, P. De Rosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Patologia Clinica O.O. R.R. Area Stabiese, Castellammare di Stabia, Italia

**INTRODUZIONE**

La grande capacità degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) di diffondersi causando epidemie, di difficile trattamento ed elevata mortalità, è un grave problema di salute pubblica. È fondamentale identificare i pazienti colonizzati per limitare la diffusione di CPE. All'ingresso in ospedale, vanno sottoposti a test di screening i pazienti già noti come positivi, quelli considerati ad alto rischio o provenienti da altre strutture e quelli recentemente sottoposti a terapie con antibiotici a largo spettro. La produzione di carbapenemasi è sospettata in presenza di una ridotta sensibilità al meropenem (MIC  $\geq 0,5$  mg/L, diametro dell'alone di inibizione  $\leq 25$  mm). Qualora il test di screening sia positivo, l'informazione deve essere rapidamente fornita al reparto (prima dell'esito dei test di conferma) al fine di implementare immediatamente le precauzioni da contatto a scopo cautelativo.

**METODI**

Il protocollo adottato per la rilevazione dei colonizzati da CPE al momento del ricovero (come da documento CoSA-AMCLI, 2012b) prevede l'esecuzione in Terapia Intensiva di un tampone rettale, seminato, in laboratorio, direttamente su terreni selettivi e cromogeni specifici per CPE e su Agar McConkey con dischetto di Meropenem (MPM) da 10 µg. Le colonie evidenziate come sospette sono caratterizzate attraverso identificazione, antibiogramma e, per confermare la presenza di carbapenemasi e riconoscerne il tipo (KPC, MBL, OXA-48), test fenotipici, di tipo rapido cromatografico con card o di sinergia mediante combinazione su dischetto (MPM, MPM + acido dipicolinico, MPM + acido boronico e temocillina). Il laboratorio deve notificare al reparto la negatività o la sospetta positività entro 48 ore dal prelievo.

**RISULTATI**

Nel periodo di osservazione che va da gennaio 2017 a giugno 2018 sono stati eseguiti 285 tamponi rettali di sorveglianza. Sono stati individuati 51 pazienti colonizzati da CPE (~18 % dei tamponi rettali di screening). Dei 51 pazienti colonizzati, 23 (~45 % dei pazienti colonizzati) hanno sviluppato batteriemia da CPE. Nei casi di batteriemie da CPE si invia tempestivamente copia del referto alla Direzione Sanitaria Aziendale (secondo la Deliberazione della Giunta Regionale n° 186/2005).

**CONCLUSIONI**

Dall'analisi dei risultati emerge la necessità di ottimizzare le procedure di screening al momento del ricovero, implementare le precauzioni da contatto e rafforzare tutte le misure di carattere assistenziale al fine di controllare la trasmissione dei CPE. Un corretto approccio terapeutico ai soli pazienti infetti (non ai colonizzati) è parte integrante delle misure di controllo delle infezioni da CPE. L'uso estensivo della terapia di combinazione è dibattuto, così come la scelta ottimale degli antibiotici. Tenendo conto della elevata mortalità correlata alle infezioni da CPE, tuttavia, un trattamento antibiotico di associazione con due o tre farmaci e l'uso di dosaggi elevati appaiono una condizione obbligata, almeno nelle infezioni gravi.