



28° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHEMIOTERAPIA

Firenze, 26-28 novembre 2015

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Aula Magna NIC

Aula Magna Ex-Presidenza di Medicina

Programma e abstracts

Con il Patrocinio di



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



Azienda
Ospedaliero
Universitaria
Careggi



SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACOLOGIA

FIBROSI CISTICA E TERAPIA ANTIBIOTICA. ODI ET AMO

Michele Spinicci¹, Beatrice Borchi¹, Angelo Galano²,
Gian Maria Rossolini^{2,3}, Giampaolo Corti¹, Alessandro Bartoloni¹

¹SOD Malattie Infettive e Tropicali, AOU Careggi e Università degli Studi di Firenze

²SOD Laboratorio di Microbiologia e Virologia, AOU Careggi e Università degli Studi di Firenze

³UOC Microbiologia e Virologia, AOU Senese e Università degli Studi di Siena

Nei pazienti affetti da fibrosi cistica (FC) le riacutizzazioni polmonari di infezioni croniche sono la principale causa di morbilità e mortalità. La terapia antibiotica è volta a prevenire, eradicare e controllare le infezioni respiratorie.

L.M.L., maschio di 21 anni, affetto da FC ad espressività completa, infezione polmonare cronica da *Burkholderia cepacia* complex (genomovar II) e *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA), negli ultimi anni necessita di numerosi cicli di antibiotico-terapia, spesso in regime di ricovero per instabilità polmonare, rimanendo comunque in terapia continuativa con azitromicina per os e aztreonam per via aerosolica.

A dicembre 2012 viene ricoverato per sepsi correlata a catetere venoso centrale (CVC) da stafilococchi coagulasi-negativi (*S.hominis* e *S.epidermidis*), trattata con linezolid per via endovenosa e con daptomicina in lock-therapy.

A marzo 2015 si manifesta sepsi CVC-correlata a *Burkholderia multivorans* multiresistente (MDR), trattata con successo con la combinazione multiantibiotica di meropenem, cotrimossazolo, amikacina, ceftazidime e minociclina.

A settembre 2015 si ha un nuovo ricovero per comparsa di escreato scuro e peggioramento degli indici di funzionalità respiratoria, nonostante 20 giorni di terapia antibiotica orale con linezolid e cotrimossazolo. Viene quindi trattato con meropenem 2 g x 3, tobramicina 400 mg/die, sulfametossazolo/trimetoprim 1200/240 mg x 3, con soddisfacente risposta clinica. L'esame colturale su escreato ha condotto all'isolamento di *B.multivorans* e MRSA, che per la prima volta ha mostrato resistenza in vitro anche al linezolid (MIC, 16 mg/L). Il ceppo di MRSA è risultato portatore del gene di resistenza trasferibile cfr, che conferisce un fenotipo di multiresistenza a svariate classi di farmaci anti-ribosoma (fenicoli, lincosamidi, oxazolidinoni, pleuromutiline e streptogramina A) e rappresenta il primo isolato italiano con questa caratteristica.

La scelta dei regimi di terapia antibiotica dei pazienti con FC non può prescindere dal considerare, oltre ai patterns di suscettibilità dei vari patogeni isolati, le peculiarità farmacocinetiche indotte dalla malattia di base, la presenza di popolazioni batteriche miste e di stipiti produttori di biofilm. L'utilizzo massivo e costante di farmaci antibiotici ha da una parte contribuito all'aumento dell'aspettativa di vita, dall'altra espone alla progressiva selezione di microrganismi colonizzanti e/o infettanti MDR sempre più difficili da trattare.