



BOLLETTINO
EPIDEMIOLOGICO
NAZIONALE 82/44-45

11 NOVEMBRE 1982

SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA
IN COLLABORAZIONE CON DIREZ. IGIENE PUBBLICA-MINISTERO DELLA SANITA'

GONOCOCCHI PRODUTTORI DI BETA LATTAMASI

In uno studio retrospettivo condotto su 213 stipti di Neisseria gonorrhoeae isolati a Roma presso un ospedale dermosifilopatico dal gennaio 1980 all'aprile 1981 sono stati individuati tre stipti resistenti alla penicillina, produttori di beta lattamasi (PPNG). I 213 ceppi provenivano da 201 maschi, di cui 5,5% omosessuali e da 12 femmine, di età compresa tra i 17 e i 58 anni.

Il primo stipte PPNG è stato isolato nel gennaio '80 da un uomo di 25 anni di età, omosessuale, che si era infettato in Thailandia una settimana prima. Lo stipte è risultato sensibile a tetraciclina e ad una concentrazione di 16 µg/ml di spectinomina.

Nel giugno dello stesso anno un altro stipte, produttore di penicillina-si, è stato isolato da un uomo di 33 anni, che nel presunto periodo di contagio non si era mosso da Roma. Questo stipte ha mostrato diminuita sensibilità verso tetraciclina; è risultato invece sensibile alla concentrazione di 16 µg/ml di spectinomina.

Il terzo stipte è stato isolato nell'ottobre dell'80 da un uomo di 43 anni anch'esso presumibilmente contagiato a Roma. Lo stipte ha mostrato diminuita sensibilità verso la tetraciclina e resistenza alla concentrazione di 16 µg/ml di spectinomina.

Due stipti di PPNG furono isolati per la prima volta nel 1976 contemporaneamente in USA (da un uomo proveniente da una base militare nelle Filippine) (1), ed in Inghilterra (da una donna) (6). Da allora stipti di PPNG sono stati isolati in 42 Paesi del mondo (3).

La maggior parte dei ceppi è correlata ad infezioni importate dal sud-est asiatico o dalla costa occidentale dell'Africa dove PPNG sono endemici.

Pur considerando il numero non elevato di stipti esaminati a Roma e il ristretto arco di tempo dello studio (1 anno e 3 mesi) la percentuale di PPNG riscontrata (1,4%) è notevolmente più alta di quella segnalata in USA per l'anno 1980 (0,1) (4).

Come è noto nei ceppi di PPNG sono stati messi in evidenza due plasmidi a basso peso molecolare, uno correlato epidemiologicamente al sud-est asiatico, l'altro all'Africa occidentale. Inoltre il 43% degli stipti asiatici (e nessuno di quelli africani) alberga un plasmide coniugativo capace di trasferire il fattore R per la beta lattamasi ad altri gonococchi. La presenza di questo plasmide potrebbe spiegare l'ampia circolazione di PPNG in certe aree asiatiche (5). Dai risultati qui riportati emerge l'opportunità di stabilire un serio controllo sulle infezioni gonococciche. E' consigliabile eseguire culture dopo sette e quattordici giorni dalla fine del trattamento a conferma dell'avvenuta guarigione. Inoltre tutti gli stipti isolati da malati di ritorno dal sud-est asiatico e da malati con infezioni persistenti dovrebbero essere saggiati per la produzione di beta lattamasi anche con il semplice test colorimetrico mediante cartine attualmente in commercio. Si dovrebbe risalire ai contatti ogni volta che si isola uno stipte PPNG. Da questa indagine è inoltre emersa un'alta percentuale (12%) di stipti non sensibili alla concentrazione di 16 $\mu\text{g/ml}$ di spectinomicina, ma sensibili alla concentrazione di 32 $\mu\text{g/ml}$. Poiché in Italia si fa largo uso di questo antibiotico nella terapia delle forme anogenitali non complicate occorre una sorveglianza molto attenta all'insorgere di resistenza alla spectinomicina.

Per ora i casi riportati sono molto pochi: uno in USA resistente a più di 2048 $\mu\text{g/ml}$ (2) e tre in Inghilterra (7), (8).

Riportato da: Mirella Fantasia Mazzotti

Laboratorio di Batteriologia e Micologia Medica - ISS Roma -

Bibliografia

- 1) Ashford W.A., Golash R.G., Hemming V.G., Lancet, 1976, :657
- 2) Ashford W.A. et. al., Lancet, 1981, :1035.
- 3) BEN, 1981, 43:1.
- 4) Jaffe H.W. et. al., J. Infect. Dis., 1981, 144:191.
- 5) Perine P.L. et. al., Lancet, 1977, :993.
- 6) Phillips J., Lancet, 1976, :656.
- 7) CDR, 1981, 49:1.
- 8) CDR, 1982, 37:1.

I casi sopra riportati sono i primi di cui si abbia notizia in Italia. Data la continua diffusione di PPNG, segnalata anche dall'OMS, il numero di stipiti riportati sembra essere limitato solo dalle capacità dei locali laboratori di isolare e saggiare i ceppi di Neisseria gonorrhoeae.

La redazione del BEN sarà lieta di ricevere e pubblicare, segnalazioni di casi di infezioni con PPNG e relative indagini epidemiologiche.

Gli stipiti già identificati come produttori di beta lattamasi possono essere inviati per la determinazione del plasmide, corredati da alcune informazioni basilari (nome del laboratorio inviante, data e luogo dell'isolamento, data del prelievo, età e sesso del paziente, luogo presunto del contagio, diagnosi clinica) a: M. Fantasia Mazzotti, Reparto Batteriologia II, Lab. Batteriologia e Micologia Medica, Istituto Superiore di Sanità, Viale R. Elena 299, 00161 Roma. Tel. 4990/734.

LEGIONELLOSIDiagnosi retrospettiva mediante immunofluorescenza diretta su polmone

G.C., un uomo di 58 anni cardiopatico, fumatore, fu ricoverato in ospedale nel settembre 1981, dopo un periodo di ferie, per malessere generale, mialgie diffuse, dolori all'emitorace destro, tosse insistente con scarso espettorato rugginoso, febbre alta continua, difficoltà di ideazione e concentrazione mentale. La radiografia del torace mostrò trama accentuata alle basi, specie quella destra. Era presente leucocitosi con neutrofilia e linfopenia. Non vi fu alcuna risposta alla terapia antibiotica. Il quadro clinico fu caratterizzato da continuo peggioramento e dalla progressione del quadro pneumonico. Il paziente morì 7 giorni dopo per insufficienza respiratoria e collasso circolatorio.

L'immunofluorescenza diretta eseguita presso l'ISS nel settembre '82 con siero polivalente anti - Legionella pneumophila (sierogruppo 1-4) su tessuto polmonare ha dato risultato positivo (Prof. G. Carlon, Ospedale Prov.le S. Maria dei Battuti, Conegliano, TV - Dr. M. Castellani Pastoris, Laboratorio di Batteriologia e Micologia Medica, Istituto Superiore di Sanità, Roma).

Sierodiagnosi

G.A., un uomo di 45 anni, in vacanza a Rimini (FO) presso un appartamento privato il 15/7/82 si ammalò di polmonite. La diagnosi di legionellosi fu accertata presso l'Ospedale degli Infermi di Rimini dove era stato ricoverato il 19/7.

Il 30/7/82 il paziente fu trasferito all'Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano dove fu confermata la diagnosi, mediante la determinazione degli anticorpi sierici per Legionella pneumophila.

Il 15.7/82 il titolo anticorpale per L. pneumophila sierogruppo 1 risultò di 1:1024 ed il 12.8/82 di 1:256 (IFA test antigeni del CDC di Atlanta), manifestando così una significativa caduta della concentrazione di anticorpi. L'esito della malattia è stato favorevole. (Prof. C. Molinari e Prof. A. Visconti, Ospedale S. Carlo Borromeo, Milano)

Donna di 62 anni (M.G.) affetta da diabete mellito fu ricoverata in ospedale il 7 agosto 1982 dopo un soggiorno in località marina italiana, con

febbre elevata (39-40° C) perdurante da 10 giorni, astenia intensa, tosse stizzosa con scarso espettorato. Ai raggi X presentò estesa opacità al polmone destro. Veniva sottoposta ad antibiotico-terapia fino al giorno della dimissione avvenuta il 25 agosto '82 - su richiesta dell'interessata - con quadro radiologico sensibilmente ridotto (Prof. T. Tentori Montalto, Dr. C. Di Bartolomei, Ospedale Villa Betania, Roma).

All'immunofluorescenza indiretta veniva riscontrato un reciproco del titolo anticorpale per Legionella pneumophila sierogruppo 3 rispettivamente di 8.096 il 27.8.82 e di 2.048 il 5.9.82. (Dr. M. Castellani Pastoris, Lab. di Bacteriologia e Micologia Medica, ISS, Roma). (n.d.r. questo è il primo caso di infezione con sierogruppo 3 in Italia di cui l'ISS sia a conoscenza).

Uomo di 60 anni (A. D'A.) affetto da enfisema polmonare cronico ed ulcera peptica, fu ricoverato in Ospedale il 23.9.1982 per febbre elevata perdurante da 5 giorni, cianosi, polipnea, ottundimento del sensorio, tosse. Ai raggi X presentò addensamento inomogeneo diffuso del polmone destro e grossa opacità confluyente in sede medio polmonare. Nulla al polmone sinistro. Il 30.9.82 nonostante la terapia antibiotica (betalattamico + aminoglicosidico) il quadro si estese anche in campo polmonare sinistro. Fu ripetutamente negativo il reperto batterioscopico per bacillo di Koch. Tuttavia fu instaurata una terapia di rifampicina associata a streptomina ed isoniazide poi sospesa. La febbre scomparve in 3 giorni ed il 12.10.82 si osservò la quasi completa regressione del quadro radiologico. (Dr. N. Russo, OO. RR. Salerno).

All'immunofluorescenza indiretta è stata osservata una sieroconversione per Legionella pneumophila sierogruppo 1 da < 1:16 (29.9.82) a 1:512 (16.10.82). (Dr. M. Castellani Pastoris, Lab. di Bacteriologia e Micologia Medica, ISS, Roma)

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 26/10/82 AL 1/11/82

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPIDEMICA	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARLATINA	T.B.C. POLMONARE	T.B.C. EXTRAPOLM.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERITE	DISSENTERIA BACILL.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO	
ABRUZZO																						
BASILICATA	1	1	1			5	3	3		2		5							1			
CALABRIA	1				1	3	4								1							
CAMPANIA	94	15	2	3	29	15	13			3		19			5							
EMILIA ROMAGNA																						
FRIULI																						
LAZIO	59	6	4	4	24	24	30	2	7	14	1	57	23		6			1	9			
LIGURIA	18	6			9	3	2		3	4	1	15	3		1			1	1			
LOMBARDIA	84	4	2	2	73	14	83	6	1	4	2		13		2			1	7			
MARCHE	2			1	4	2			1			1			1							
MOLISE				1		2	14					9			1							
PIEMONTE																						
PUGLIA	40	15		1	1	8	21	3		1		35	1						2			
SARDEGNA	22	12		7	12	9	6	3	1			19									1	
SICILIA	25	8		1	14	1	12			3		5	12		4		1	1	2			
TOSCANA																						
UMBRIA	7				21	1	3					2	1									
VAL D'AOSTA	1						1	1				2										
VENETO	35			1	67	12	56	4	15	19	1	51	2				2	6				
BOLZANO	4			23	9		6	1	7	6		13	2									
TRENTO	6			4	3	22	7	1	1	1		5							1			
TOTALE	399	67		9	48	26	121	26	1	24	36	57	7	238	57	21		3	10	23		1

NOTE: Calabria: i dati si riferiscono alla provincia di Cosenza; Lazio: 48/59 USL; Liguria: 15/20 USL; Marche: 4/24 USL; Puglia: 54/55 USL; Sardegna: 15/22 USL; Umbria: 4/12 USL; Veneto: 34/35 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario. Le Regioni per le quali riportiamo i dati sono quelle che partecipano al sistema.

Il SIRMI è parzialmente finanziato dal CNR/Progetto Finalizzato Informatica.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 2/11/1982 AL 8/11/1982

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPID.	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARlattINA	T.B.C. POLMONARE	T.B.C. EXTRAPOL.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERITE	DISSENTERIA BAC.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO	
ABRUZZO																						
BASILICATA	8	1			1	1						1						1	3			
CALABRIA	16					3	1					2										
CAMPANIA	92	20		1	15	4	16			3		7			2			1				
EMILIA R.																						
FRIULI	7			6	9	10	8		3	1		12										
LAZIO	32		2	6	5	12	24	3	4	5		59	14		2					13		
LIGURIA	29	3	3	17	18	5	4		9	3	2	28	1		2					5		
LOMBARDIA	69	3	1	2	73	22	73	5	4	7		153	12		2					3		
MARCHE	4		1		1		8			1		9			1							
MOLISE	2														1							
PIEMONTE																						
PUGLIA	50	18	2	4	3	10	25	1	1			34			5		1			1		
SARDEGNA	25	1		4	1	6	5			3		14										
SICILIA	18	4	5		4	1	6	1	1			10			5					1		
TOSCANA	12				66	8	29	5	6	4		51								1		
UMBRIA				42	6	1	4			1		2	1		1							
VAL D'AOSTA							1															
VENETO	46			3	47	10	47	6	7	8	5	75	1		1		1			1		
BOLZANO	3			1	6	1	11	2	2			2										
TRENTO	4				5	28	3	2	1			7	1									
TOTALE	417	50	14	86	260	122	265	24	38	37	7	466	30		22		2	2	28			

NOTE: Calabria: solo Cosenza USL; Friuli: 7/12 USL; Lazio: 48/59 USL; Liguria: 14/20 USL;

Marche: 6/24 USL; Toscana: 15/40 USL; Umbria: 6/12 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario, parzialmente finanziato dal CNR/Progetto Finalizzato Informatica.

stampe

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESTITUIRE AL MITTENTE:

REPARTO MALATTIE INFETTIVE
LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA', V.LE REGINA ELENA-299, 00161 ROMA

INDICE

Gonococchi produttori di beta lattamasi	<u>pag.1</u>
Legionellosi	<u>pag.4</u>
Tabella delle notifiche - settimana 26/10-1/11/82	<u>pag.6</u>
Tabella delle notifiche - settimana 2-8/11/82	<u>pag.7</u>

INDEX

Isolates of Penicillinase-Producing Neisseria gonorrhoeae in Rome	<u>pag.1</u>
Legionellosis	<u>pag.4</u>
Table of notifications - week 26/10-1/11/82	<u>pag.6</u>
Table of notifications - week 2-8/11/82	<u>pag.7</u>

IL BEN E' COMPILATO NEL REPARTO MALATTIE INFETTIVE, LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA
E BIostatistica (DIRITTORE: A. ZANPIERI), I.S.S.; TEL.: 06/4950314-4954617-
4950607, ED E' RIPRODOTTO IN PROPRIO PRESSO IL SERVIZIO DOCUMENTAZIONE DELL'ISS.
NOTIZIE ED INFORMAZIONI DA RIPORTARE SUL BEN VANNO SEGNALATE ALLA DR. S.
SALMASO, REPARTO MALATTIE INFETTIVE, I.E.B., ISS.
GLI ARTICOLI E LE NOTIZIE RIPORTATE SUL BEN POSSONO ESSERE CITATE PREVIO
CONSENSO DELL'EDITORE, CONTATTABILE AI NUMERI TELEFONICI DIRETTI SU RIPORTATI.
CHIUNQUE VOGLIA RICEVERE IL BEN PUO' FARNE RICHIESTA ALL'INDIRIZZO SU RIPORTATO.