

Differenze tra *Stafilococco Aureus* Meticillino Resistente (MRSA) ospedaliero e di comunità

a cura di M. Lazzerini

Dello stafilococco sappiamo che come ogni battere può selezionare dei meccanismi di resistenza antibiotica, e fin ora avevamo in mente due meccanismi: quello classico di produzione di beta-lattamasi, che caratterizza i germi non ospedalieri (che non sono sensibili alla penicillina, ma rimangono sensibili alla meticillina) e quello di mutazione del recettore della Penicillin Binding Protein (PBD), che caratterizza i germi ospedalieri, conferendo meticillino resistenza e spesso multiresistenza. Quindi nella nostra testa lo stafilococco meticillino resistente (MRSA) è un problema ospedaliero, mentre nelle infezioni stafilococciche di comunità ci preoccupiamo poco della resistenza batterica, ed in particolare di fronte ad un'infezione di comunità grave riteniamo corretto prescrivere l'oxacillina e invece della vancomicina in virtù della supposta efficacia, minor costo e minori effetti collaterali. Uno studio americano solleva il problema della meticillino resistenza in ambiente extra-ospedaliero. In realtà lo studio non fornisce dati di prevalenza, se non che su 12 laboratori per 1100 infezioni il 12% sono di comunità (l'85% sono culture d'infezioni ospedaliere). Manca quindi il numeratore per definire la prevalenza nella popolazione, che è probabilmente bassa. Il MRSA ospedaliero e di comunità condividono la meticillino-resistenza, ma sono frutto probabilmente (sicuramente) di mutazioni differenti, che avvengono in setting differenti, poiché tramite tipizzazione con migrazione in gel di elettroforesi risultano appartenere a cloni tendenzialmente diversi e poiché all'analisi genetica hanno esotossine tendenzialmente diverse. Il MRSA di comunità è riscontrato in fasce di età giovani, non "debilitate", frequentemente se con problemi dermatologici di base, e più tipicamente in infezioni cutanee e dei tessuti molli. E' resistente praticamente solo ai beta lattamici, mentre è sensibile nella maggior parte dei casi agli altri antibiotici (ciprofloxacina 79%, clindamicina 83%, tetraciclina 92%, gentamicina 94%, rifampicina 96%, CMZ 95%), non all'eritromicina (44%). L'articolo inoltre non ci fa sapere se nella resistenza è in ruolo un meccanismo di dose-dipendenza (sembrerebbe di no). Responsabile della resistenza potrebbe essere il gene *mecA*. La maggior parte delle infezioni erano state inizialmente trattate con antibiotico per il quale il germe era resistente (cioè un beta lattamico-non meglio specificato nell'articolo). La conclusione non è quella di dare la vancomicina a tutti, ma di prestare attenzione all'argomento, e di pensarci in caso d'infezione che non risponde ai comuni antibiotici. (Naimi TS, Le Dell KH, Como-sabetti K et al, JAMA 2003; 290:2976-2984)