

Isolamenti di *Yersinia enterocolitica* in neonati prematuri

M. Fantasia Mazzotti, V. Giraldi, E. Filetici,
F. Mondello

Istituto Superiore Sanità - Roma

Nell'ambito di un'indagine iniziata nel novembre 1980, della durata di un anno, volta a definire la facies microbica dell'ambiente intestinale di neonati sottopeso che presentano o non sintomatologia gastroenterica, sono stati esaminati circa 480 campioni di feci raccolti da 140 neonati prematuri ricoverati nel reparto di un ospedale romano tra il novembre 1980 e il giugno 1981.

I neonati entrano in reparto, di norma, nella prima giornata di vita e vi restano dalle due alle otto settimane o più.

Campioni di feci sono stati prelevati al momento dell'ingresso in reparto e successivamente una volta a settimana per tutta la durata della degenza. Qui riferiamo solo le metodiche e i dati concernenti la ricerca di *Y.e.*. Ciascun campione di feci, raccolto con una spatola, nella quantità di 2g. circa, viene immediatamente immerso in containers a chiusura ermetica contenente Cary e Blair transport medium (Cary S.G. et al., 1964) e inviato in laboratorio; qui giunte le feci vengono trasferite in provetta, contenente Fluid *Yersinia* broth (W.H.O., 1977) che viene posta a +4°C per 2 settimane (arricchimento a freddo). Contemporaneamente si esegue una semina isolante su piastre di SS agar e di McConkey agar con aggiunta di Tween 80 allo 0,3% che vengono lasciate a temperatura ambiente e osservate quotidianamente. Dopo 14 giorni dal terreno di arricchimento si esegue una semina isolante su McConkey agar con Tween 80 allo 0,3%. Le colonie sospette, piccole, piatte, lisce, non fermentanti il lattosio con o senza alone di idrolisi vengono identificate mediante Api system 20 e test di mobilità a 24°C e 37°C e, dopo la conferma, inviate per la determinazione del sierotipo e del lisotipo all'Istituto Pasteur di Parigi.

I primi campioni risultati positivi per *Y.e.* sono quelli raccolti il 20.1.81 da due neonati ricoverati nel reparto rispettivamente da 9 e da 8 giorni.

Successivamente sono risultati positivi i campioni di feci di 6 neonati raccolti il 10.2.81 a distanza variabile da 10 a 45 giorni dal ricovero in reparto. Questi 6 stipiti e i 2 precedentemente isolati appartengono al chemiotipo 1, sierogruppo O:6, lisotipo X₂.

L'ultimo isolamento riguarda uno stipite di *Y.e.* chemiotipo 1, sierogruppo O:7,8, lisotipo X_O proveniente da un campione di feci raccolto il 24.3.81.

Tutti gli stipiti sono risultati indolo + e lipasi +.

Su richiesta è stato possibile esaminare solo i cam-

pioni di feci di 6 assistenti sanitarie su un totale di 20 addette al reparto, con risultato negativo. La prima ipotesi che avevamo formulato era stata che il bambino M.A., nato a Campobasso, ricoverato prima all'Ospedale romano avesse portato il germe che, sfuggito ad un primo esame dei primi campioni di feci si fosse poi diffuso nel reparto e avesse portato a morte il suddetto bambino già in condizioni precarie.

Appare però più probabile che questo piccolo sia venuto a morte per altre cause, dato anche il rilievo autotico di atrofia della mucosa intestinale che appare poco probabile attribuire a *Y.e.* e non essendo riportata in letteratura alcuna notizia relativa a rilievi autotici in casi mortali attribuiti a *Y.e.* Date invece le caratteristiche del ceppo isolato anche da altri neonati in buone condizioni di salute, che non sembra essere tra quelli descritti come patogeni per l'uomo, si può avanzare l'ipotesi che la *Y.e.* albergasse nell'acqua distillata (non sterile) che, acquistata in grandi contenitori, viene usata per umidificare le culle termostate dove sono accolti i piccoli bambini. Purtroppo non è stato possibile esaminare campioni di questa acqua. La capacità di *Y.e.* di crescere in acqua distillata è del resto già stata dimostrata (Highsmith A.K. et al. 1976). Resta il fatto che, se si può ipotizzare una fonte unica per i primi 8 casi, l'ultimo è invece nettamente distinto sia per le caratteristiche biosierofagiche sia per la data dell'isolamento, pur essendo anch'esso isolato da un neonato asintomatico. Si può aggiungere che il reparto di *Y.e.* era associato in 4 di questi neonati a *Aeromonas hydrophila* oltre che ai comuni enterobatteri.

Pur non avendo potuto condurre una indagine epidemiologica che potesse permettere di accertare la fonte da cui *Y.e.* si è diffusa, ci è sembrato utile, date le scarse notizie che riguardano la circolazione di questo germe in Italia, rendere noti i risultati da noi ottenuti che rivelano, se ancora ce ne fosse bisogno, quanto questo germe sia diffuso in ogni tipo di ambiente.

Si può concludere pertanto che, benché l'incidenza di *Yersinia enterocolitica* in Italia sia poco conosciuta, i dati riferiti testimoniano di una circolazione non certo irrilevante nel nostro paese. La sollecita segnalazione di casi di yersiniosi e l'invio di stipiti al Centro per gli Enterobatteri patogeni dell'Istituto Superiore di Sanità che provvederà per ora al con-

trolo e a mantenerli in collezione e in un prossimo futuro a determinare il biotipo e il sierotipo, permetterà di stabilire la reale incidenza del germe in Italia.

Bibliografia

- CARY S.G., BLAIR E.B. (1964) New transport medium for shipment of clinical specimens. I fecal specimens *J.Bacteriol* 88,96-99
- WHO (1977) Guidelines for health related monitoring of coastal water quality *Annex III*,134
- HIGHSMITH A.K. et al. (1976) Isolation of *Yersinia enterocolitica* from Well Water and Growth in Distilled Water *Appl.Environ.Microb.* 34, no. 6,745-750.

Enterite e ascesso mesenterico da *Yersinia enterocolitica* in un bambino affetto da Talassemia Mayor

P. Balestrazzi, G. Banchini, C. Frassi,
G.L. de Angelis, G. Giovanelli

Clinica Pediatrica - Università di Parma

Viene presentato il caso, raramente descritto, in cui l'infezione da Y.e. ha colpito un bambino affetto da Talassemia Mayor.

La malattia è esordita con i sintomi dell'enterite acuta, accompagnata da febbre, dolore addominale e progressiva compromissione delle condizioni generali del paziente. Successivamente sono comparsi anche segni clinici e radiologici di appendicopatia acuta e il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico. La diagnosi eziologica di Y.e. è stata sospettata al campo operatorio per la presenza di numerosi linfonodi mesenterici, a carattere ipertrofico e ascesualizzati, con un'appendice relativamente risparmiata.

La conferma diagnostica è venuta dall'isolamento della Y.e. nel contenuto purulento del materiale linfonodale aspirato nel corso dell'intervento.

Da quel momento è stata intrapresa una terapia antibiotica mirata sulla base dell'antibiogramma e la malattia è rapidamente evoluta verso la guarigione.

Questa nostra recente esperienza suggerisce alcune considerazioni cliniche di carattere pratico:

- 1) l'auspicabile consuetudine alla routinaria ricerca della Y.e. fra i germi responsabili di infezioni enteriche acute dell'infanzia e anche soprattutto ad un'età (dopo i 5 anni) in cui l'infezione decorre più spesso con i caratteri dell'appendicopatia acuta, il che può servire ad evitare un intervento chirurgico e i rischi sempre ad esso connessi;
- 2) una particolare attenzione verso questo germe soprattutto nel caso di pazienti con Talassemia Mayor per i quali sembra provato un più elevato rischio di complicanze spesso letali quali ad esempio la setticemia;
- 3) l'opportunità di instaurare al più presto un trattamento antibiotico mirato sulla base dell'antibiogramma a causa di possibili resistenze da parte della Y.e. verso alcuni antibiotici spesso impiegati come farmaci di prima scelta, nel sospetto di forme enteriche ad eziologia infettiva.