

Stefano Antonella*¹, Zanon Stefania*², Michielon Matteo^{5,3}, Ottolitri Ketti⁴, Cappelletto Alessandra*¹, Saieva Anna Maria*⁵

*Istituto Oncologico Veneto IRCCS, Padova, ¹Medico di Direzione Medica, ²Infermiera Epidemiologa, Risk Manager, ⁵Direttore Sanitario
⁵Università degli Studi di Padova, ³Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva

Parole chiave: infezioni sito chirurgico, protesica mammaria, Staphylococcus Aureus

Introduzione

Le infezioni del sito chirurgico (SSI) causate da Staphylococcus Aureus meticillino-sensibile (MSSA) o meticillino-resistente (MRSA) sono un problema rilevante nelle strutture sanitarie dove si effettuano interventi di chirurgia protesica, come l'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS. L'incidenza in letteratura è tra l'1% e il 43%, variabilità data dai molteplici fattori di rischio che contribuiscono ad una maggiore insorgenza di SSI soprattutto tra i pazienti oncologici immunocompromessi. Altri fattori di rischio sono invece legati a: doccia preoperatoria, antisepsi della cute, profilassi antibiotica, sterilizzazione degli strumenti chirurgici, uso di materiale protesico, etc. È stato dimostrato che gran parte delle SSI ha origine dalla flora batterica endogena e il trasporto nasale di S. Aureus è un fattore di rischio ben definito per l'insorgenza di SSI. Infatti già dal 2016 l'OMS nelle "Linee Guida Globali per la prevenzione delle SSI" raccomanda di «Eseguire la bonifica della colonizzazione da S. Aureus in tutti i pazienti che devono eseguire un intervento di chirurgia cardiotoracica o ortopedica (forte/moderata). Per tutti gli altri interventi, ogni ospedale può valutare l'opportunità, in termini organizzativi e di rapporto costo-beneficio, di eseguire la bonifica (condizionata/moderata)». Considerato il rischio elevato di SSI del paziente oncologico che si sottopone ad interventi di chirurgia protesica, l'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS ha impostato un protocollo di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico basato su screening e decolonizzazione.

Il Protocollo di Screening e Decolonizzazione

Nel secondo semestre 2020 l'incidenza di infezioni del sito chirurgico è stata dell'11% nei pazienti sottoposti ad intervento di ricostruzione mammaria in esiti di patologia oncologica (17/146). Sulla base di questi dati a partire dal secondo semestre del 2021 è stato introdotto il protocollo di screening con tampone nasale per la ricerca di MRSA e MSSA in tutti i pazienti candidati ad intervento di ricostruzione mammaria con protesi o espansore. I prelievi sono stati effettuati in pre-ricovero e i positivi sono stati sottoposti a decolonizzazione con Mupirocina 2% unguento nasale (un'applicazione in ciascuna narice tre volte al giorno) associata a doccia con Clorexidina 4% in soluzione saponosa (una volta al giorno per 5 giorni prima dell'intervento).

I Risultati e le Conclusioni

Negli ultimi due anni di applicazione del protocollo (2022 e 2023) sono stati effettuati 564 screening in pazienti poi sottoposti a interventi di ricostruzione mammaria con protesi o espansore. Il 20% dei pazienti valutati (111/564) è risultato positivo alla ricerca di S. Aureus.

La percentuale di ricoveri per infezione della protesi/espansore è passata dall'11% nel 2020 (pre-protocollo) al 4% nel 2022 e a meno dell'1% nel 2023 dopo l'introduzione del protocollo di screening e decolonizzazione.

L'infezione del sito chirurgico dopo intervento di chirurgia protesica costituisce un serio problema clinico soprattutto nei pazienti immunocompromessi, pertanto l'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS ha valutato positivamente in termini di costo-beneficio l'introduzione dello screening e la decolonizzazione di S. Aureus in tutti i pazienti che devono eseguire un intervento di chirurgia ricostruttiva mammaria in esiti di patologia oncologica, riducendo il numero di ricoveri per infezione della protesi, migliorando la qualità della vita del paziente oncologico e riducendo i costi per la struttura sanitaria.