



U.O.a. PREVENZIONE RISCHIO INFETTIVO

Scheda per indagine conoscitiva infezioni da ASPERGILLO

Data: ___/___/___ REPARTO_ _____ Rilevatore: _____

COGNOME E NOME: _____ DATA DI NASCITA: ___/___/___ M |___| F|___|

Ricovero in reparto il ___/___/___ Ricovero in ospedale il ___/___/___ Trasferito da _____

Dimesso/Exitus |___| Data___/___/___ Trasferito |___| Data___/___/___ Reparto: _____

Fattori di rischio

Malattia neoplasica	___	Neutropenia	___	Cirrosi epatica	___	Utilizzo di Corticosteroidi	___
Trapianto Midollo osseo	___	Prolungata terapia immunosoppressiva	___	IRC	___		
Trauma	___	Patologia oncoematologica	___	BPCO	___		
HIV/CD4_____	___	Prolungata terapia antimicotica	___	Trapianto di organo	___		
ALTR0: _____							

Sintomi

Tosse	___	Emoftoe	___	Febbre	___	Segni Neurologici	___
Cefalea	___	Altro	___	Altro	___	Altro	___

Diagnostica	RX/TAC	Data: ___/___/___	___ POS. ___ NEG.	REFERTO: _____		
	RX/TAC	Data: ___/___/___	___ POS. ___ NEG.	REFERTO: _____		
	RX/TAC	Data: ___/___/___	___ POS. ___ NEG.	REFERTO: _____		
	BRONCO	Data: ___/___/___	___ SI ___ NO	REFERTO: _____		
	BIOPSIA	Data: ___/___/___	___ SI ___ NO	REFERTO: _____		
	BAL	Data: ___/___/___	___ SI ___ NO	Colturale: _____	Ag CITOLOGICO	Esito: _____
	ESCREATO	Data: ___/___/___	___ SI ___ NO	Colturale: _____	Ag CITOLOGICO	Esito: _____
	LIQUOR	Data: ___/___/___	___ SI ___ NO	Colturale: _____	Ag CITOLOGICO	Esito: _____
	RICERCA Ag su SIERO	Data: ___/___/___	POS ___ NEG ___			
		___/___/___	POS ___ NEG ___			
ALTR0						

Autopsia	Data: ___/___/___	Referto: _____ _____
-----------------	-------------------	-------------------------

Terapia: 1. _____ 2. _____ 3. _____

DIAGNOSI DI ASPERGILLOSI POLMONARE INVASIVA

<input type="checkbox"/> Caso negativo per API	<input type="checkbox"/> infezione broncopolmonare da:
<input type="checkbox"/> PAZIENTE COLONIZZATO	<input type="checkbox"/> API definita <input type="checkbox"/> API probabile <input type="checkbox"/> API possibile
ORIGINE INFEZIONE	<input type="checkbox"/> nosocomiale <input type="checkbox"/> indeterminata <input type="checkbox"/> comunitaria

IL MEDICO:

DATA:

NOTE.



U.O.a. PREVENZIONE RISCHIO INFETTIVO

QUADRI RX /TC SOSPETTI PER PATOLOGIA POLMONARE DA ASPERGILLO

- 1. Aspergilloma.** RX: massa di densità liquida all' interno di cavità sferoidale e separata dalla stessa da uno spazio gassoso . Può associarsi a quadro di patologia polmonare cronica (enfisema bollosa, esiti TB, Sarcoidosi; Malattia Fibrotica Polmonare);
- 2. Aspergilloso Invasiva Cronica Necrotizzante** (secondaria a preesistente infezione, aspergilloma). Possono essere associati i quadri radiologici presenti in 1 e 3
- 3. Aspergilloso Polmonare Invasiva. (API)** RX: opacità pleuro – parenchimali bilaterali e basali; presenza di cavità . TC: "halo sign" (edema ed emorragia attorno a zona ischemica); "crescent sign" (semiluna alla periferia del tessuto infartuate). I segni possono essere presenti anche in corso di altre infezioni
- 4. Aspergilloso Broncopolmonare Allergica (APBA) RX:** anamnesi positiva per infiltrati polmonari transitori e/o stabili; aree di consolidazione transitorie, bilaterali e prevalenti ai lobi superiori; presenza di "ring sign" e di "tram lines"

SORVEGLIANZA ASPERGILLOSI POLMONARE INVASIVA (API) NOSOCOMIALE

CRITERI/ DEFINIZIONI	COMMENTO
PAZIENTI	
Pazienti da sottoporre a sorveglianza	Immunocompromessi, tra cui pazienti con malattie ematologiche, tumori solidi, sottoposti a trapianto di midollo, di organo solido, pazienti con politrauma. Inoltre: pazienti con granulocitopenia, in terapia steroidea o terapia antibatterica ad ampio spettro
AMBIENTE	
Filtri ad alta efficienza (HEPA)	Efficienza filtrazione 95%
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGIA	
Servizio Microbiologia	Rivalutazione periodica di tutte le colture pervenute in laboratorio
Tasso di isolamento	Colture positive per Aspergillus / N° di colture micologiche
Tasso di colonizzazione da Aspergillus	Pazienti colonizzati(API -)/ N° pazienti - giorno
Tasso API con coltura +	Tasso API coltura + / N° pazienti giorno Tasso API coltura + / N° trapianti organo solido /midollo/ etc
Servizio anatomia patologica	Dati istopatologici compatibili con infezione da Aspergillus
Pazienti da sottoporre a monitoraggio a partenza dal LAB	Pazienti con coltura positiva o con antigene sierico positivo
VALUTAZIONE CLINICA	
Evidenza clinica di API	Sospetto formulato dal medico e dati strumentali (RX e TC*) compatibili con il sospetto di API, in assenza di altro patogeno
API definita	Evidenza clinica, istopatologia e coltura positiva
API probabile	Evidenza clinica, ma non istopatologica, e coltura positiva.
API possibile	Evidenza clinica e antigene positivo
Caso negativo	Caso senza evidenza clinica
Paziente colonizzato	Paziente con coltura positiva, ma senza evidenza clinica o istopatologica di API
API nosocomiale	API definita, non presente né in incubazione al momento del ricovero, ma comparsa dopo 7 o più giorni di ospedalizzazione, oppure che si verifica entro le due settimane dalla dimissione e con almeno un precedente campione colturale negativo
API di origine indeterminata	API definita, non presente né in incubazione al momento del ricovero, ma comparsa dopo 7 o più giorni di ospedalizzazione, oppure che si verifica entro le due settimane dalla dimissione, ma senza precedente campione colturale negativo
API acquisita in comunità	Evidenza clinica di infezione presente al ricovero, che si manifesta nella prima settimana, oppure dopo due settimane dalla dimissione
Mortalità attribuibile	Morte per API definita . N° morti x API/totale morti con API
Mortalità cruda	Morte per caso-paziente (pazienti con API, API probabile e API possibile) N° morti per API/ totale pazienti con API definita, probabile, possibile.

* presenza di escavazione, noduli, lesioni d'aspetto cuneiforme

Bibliografia

- Rham FS et al. Nosocomial Aspergillosis: how much prediction for which patients? ICHE 1989; 10: 296-98
- Walsh TJ et al. Nosocomial Aspergillosis : environmental, microbiology, hospital epidemiology, diagnosis and treatment. Eur J E pidemiol 1989;5:131-142
- Pegues CF et al. The epidemiology of invasive pulmonary aspergillosis at a large teaching Hospital. ICHE 2001 ; 22 :370-74
- Patterson JE et al. Hospital epidemiologic surveillance for invasive aspergillosis : patient demographics and the utility of antigen detection. ICHE 1997;104-08