

LA COMPLESSITA' DELLA DIAGNOSI E DELLA TERAPIA DELLE COMPLICANZE MICOTICHE POLMONARI IN FIBROSI CISTICA

E. Montemitro², E.V. Fiscarelli¹, G. Ricciotti¹, F. Alghisi², F. Majo², V. Lucidi²

¹Dipartimento dei Laboratori e di Diagnostica Immunologica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

²UOC Fibrosi Cistica, Dipartimento Pediatrie Specialistiche, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

INTRODUZIONE

Il trattamento ottimale delle complicanze polmonari della Fibrosi Cistica può migliorare la durata e la qualità della vita dei malati (Flume PA et al, Am J Respir Crit Care 2010). E' importante che il Laboratorio di Microbiologia si trovi preparato ad una adeguata diagnostica delle infezioni respiratorie. Oltre alla colonizzazione da parte di patogeni batterici (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Burkholderia cepacia*-complex), che rimangono la principale causa delle riacutizzazioni respiratorie, numerosi funghi possono colonizzare le vie aeree dei pazienti affetti da Fibrosi Cistica. Tra i funghi filamentosi *Aspergillus fumigatus* rimane la causa più frequente di colonizzazione delle vie aeree. Lo *Scedosporium apiospermum* è ora riconosciuto come un importante e pericoloso colonizzante in Fibrosi Cistica (Nagano Y et al, Arch Dis Child 2007 - Kaur J et al, PLoS One 2015).

METODI

Presentiamo il caso clinico di una paziente affetta da Fibrosi Cistica ad espressione clinica completa di malattia. Francesca ha 27 anni ed un buono stato nutrizionale (BMI 22). Insufficienza pancreatica. Genotipo F508del/1717-1G>A. Colonizzazione cronica polmonare da *Stenotrophomonas maltophilia* e *Mycobacterium abscessus*. A dicembre 2015 presenta come complicanza acuta respiratoria una emottisi massiva (>240ml) con necessità di ben due interventi di embolizzazione polmonare. Alla TC del torace compare una lesione escavata a livello della porzione inferiore del lobo superiore di sinistra. Evidenza all'esame colturale dell'espettorato di *Scedosporium apiospermum*. Peggioramento clinico con necessità di terapia antibiotica (linezolid) e antimicotica (amfotericina-B, voriconazolo) endovenosa pressochè continua fino all'esecuzione del Lavaggio Bronco Alveolare (BAL) diagnostico-terapeutico. Durante l'esame endoscopico si procede con l'instillazione endobronchiale di voriconazolo. Evidenza all'esame colturale del liquido broncoalveolare di *Mycobacterium abscessus* e *Scedosporium apiospermum*.

RISULTATI

Francesca ha presentato miglioramento clinico con recupero dei parametri di funzionalità respiratoria: FEV1 2.85 lt (94%) FVC 3.77 lt. Al controllo TC e RM del polmone dopo 2 mesi si evidenzia risoluzione pressochè completa della lesione escavata con risoluzione delle atelettasie basali polmonari. Prosegue terapia per bocca con azitromicina, minociclina e posaconazolo. Si conferma all'esame colturale dell'espettorato la presenza di *Scedosporium apiospermum* (poche colonie).

CONCLUSIONI

In patologie croniche complesse come la Fibrosi Cistica, il microbiologo ed il clinico rappresentano due figure fondamentali nella gestione delle complicanze infettive respiratorie. Nella dinamicità della malattia e nella complessità della gestione bisogna puntare sulle competenze specifiche per garantire la sicurezza del paziente. Il microbiologo deve aiutare il clinico a sfruttare completamente le potenzialità del laboratorio ed il clinico deve essere disponibile a confrontarsi sui risultati delle indagini richieste, tenendo sempre presente l'andamento clinico del paziente.