

INFEZIONE POLMONARE DA ARTHROGRAPHIS KARLAE: DESCRIZIONE DI UN CASO IN UN PAZIENTE CON FIBROSI CISTICA

E. Fiscarelli¹, G. Ricciotti¹, M. Rossitto¹, V. Tuccio Guarna Assanti¹, G. Linardos¹, V. Lucidi²

¹*Microbiologia della Fibrosi Cistica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*

²*UOC Fibrosi Cistica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*

INTRODUZIONE

Al genere *Arthrographis* appartengono alcune specie di funghi filamentosi, comunemente isolati dal suolo e da materiale in decomposizione, raramente descritti come agenti patogeni in ambito umano. In particolare, *Arthrographis karlae* (AK), il quale può penetrare nell'organismo attraverso l'apparato respiratorio oppure attraverso inoculazione traumatica, è stato finora associato a solo 11 casi di infezione (onicomicosi, micetomi, sinusiti, cheratiti artriti, meningiti, endocarditi) e soprattutto in ospiti immunocompromessi. Descriviamo il primo caso di infezione polmonare sostenuta da AK in un paziente affetto da fibrosi cistica (FC).

METODI**Caso clinico**

Un ragazzo di 7 anni, affetto da FC ad espressione completa di malattia, omozigote per la mutazione $\Delta F508$, in follow-up presso il Centro FC dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, con colonizzazione cronica dell'albero bronchiale da *Stafilococco aureo* meticillino-sensibile, ha presentato un declino significativo della funzionalità polmonare (FEV1: 103%>84%) in associazione con il reperto radiologico di una estesa area di consolidamento del segmento linguare del polmone sinistro. Poiché non è stato osservato nessun miglioramento clinico con la terapia antibatterica convenzionale, il paziente è stato sottoposto a Broncolavaggio alveolare (BAL) con fini sia diagnostici che terapeutici.

RISULTATI

L'esame colturale del liquido di lavaggio broncoalveolare ha evidenziato, dopo 5 giorni di incubazione a 37°C, la crescita di alcune colonie di colore giallo-pallido, con aspetto lievitiforme. L'osservazione microscopica con cotton blue-lattofenolo, la spettrometria di massa (MALDI TOF-MS) e il sequenziamento della regione ITS1 hanno permesso la classificazione dell'isolato come *Arthrographis karlae*.

Dopo trattamento con itraconazolo (100mg/die) per 6 settimane, il paziente ha presentato completa risoluzione del quadro radiologico e recupero della funzionalità respiratoria.

CONCLUSIONI

L'apparato respiratorio dei pazienti con FC è frequentemente colonizzato da numerose specie microbiche, soprattutto batteri e miceti, la cui rilevanza clinica non è sempre facile da definire.

Nel caso da noi descritto, l'isolamento del microrganismo dal BAL e la risoluzione del quadro in seguito a trattamento con un antifungino sostengono il ruolo di AK come agente etiologico di polmonite piuttosto che come bystander.