

**MEDIASTINITE DA MYCOPLASMA HOMINIS COMPLICANTE UN ASCESSE TONSILLARE**

A. Grancini<sup>1</sup>, R.M. Colombo<sup>1</sup>, L. Daprai<sup>1</sup>, A. Dodaro<sup>1</sup>, A. Restelli<sup>1</sup>, C. Pozzi<sup>1</sup>, G. Breda<sup>3</sup>, G. Ruggeri<sup>2</sup>, M. Arghittu<sup>1</sup>, E. Torresani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia, Fondazione IRCCS "Cà Granda" Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

<sup>2</sup>U.O. Rianimazione Generale E. Vecla Fondazione IRCCS "Cà Granda" Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

<sup>3</sup>U.O. Rianimazione Generale E. Vecla, Fondazione IRCCS "Cà Granda" Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

**INTRODUZIONE**

*M. hominis* è un agente eziologico noto di infezioni del tratto uro-genitale. Inoltre, nell'1-3% di soggetti adulti sani, colonizza il tratto respiratorio superiore.

Sono segnalate infezioni extra-genitali in pazienti immunocompromessi, politraumatizzati o sottoposti a toracotomia per trapianti di organo solido o per interventi cardiaci.

Riportiamo il caso di un paziente di 59 anni che giunge in Terapia Intensiva generale, con ascesso tonsillare sinistro, complicato da mediastinite, empiema pleurico associato a probabile embolia polmonare verosimilmente settica di ramo segmentario dell'arteria polmonare destra e shock settico. Gli esami ematochimici mostrano GB=16900, PCR=388 mg/dl, PCT=9mg/dl. Il paziente è portatore di due drenaggi latero-cervicali sinistri posizionati durante l'intervento eseguito per lo svuotamento delle raccolte ascessuali. Le indagini colturali effettuate in quel contesto hanno evidenziato *Streptococco*  $\beta$ -emolitico gr. F. Successivamente viene sottoposto a toracotomia per lo svuotamento della raccolta mediastinica e posizionamento di drenaggi toracici.

**METODI**

Pervengono al laboratorio di microbiologia campioni multipli per esame colturale, sia per aerobi che anaerobi, del materiale purulento prelevato dal sito chirurgico e dal cavo pleurico, che vengono processati secondo le indicazioni microbiologiche standard. *M. hominis* è stato isolato su piastre di Agar Schaedler (anaerobiosi per 5 giorni), identificato mediante spettrometria di massa (Maldi-Tof MS, bioMérieux) e confermato con Mycoview (Zeakon Diagnostics – Francia).

**RISULTATI**

Durante la degenza è stata instaurata una terapia antibiotica iniziale con vancomicina e meropenem, poi sostituita da amoxicillina/acido clavulanico, quindi linezolid associato a meropenem ed infine vancomicina. Il decorso clinico mostra una lenta risoluzione del quadro settico e a 20 giorni dal ricovero si manifesta il primo riscontro microbiologico di *M. hominis*, confermato in due campioni successivi di liquido di drenaggio toracico. Il ceppo è risultato sensibile alle tetracicline e resistente a chinolonici e macrolidi.

**CONCLUSIONI**

Il paziente giunto alla nostra osservazione, non è stato trattato con una terapia antimicrobica mirata e la risoluzione dell'infezione, trattandosi di soggetto immunocompetente, è da ricondurre al drenaggio e "debridement" del sito infetto. Infatti, è riportato in letteratura, come alcuni pazienti rispondano al solo trattamento chirurgico, al contrario, individui sottoposti a trapianto d'organo solido (cuore e/o polmone), chirurgia cardiaca o terapie immunosoppressive, presentano un elevato tasso di mortalità (30% circa).

E' noto che l'isolamento di *Mycoplasma* spp è difficoltoso e la crescita, caratterizzata da piccole colonie traslucide difficilmente evidenziabili in terreni di coltura solidi, può sfuggire all'osservazione del microbiologo. Per questi motivi, i materiali purulenti con abbondante componente neutrofila e apparente assenza di batteri, meritano un approfondimento particolare che tenga conto anche di patogeni inusuali quali *M. hominis*.