P048

BATTERIOLOGIA

DIAGNOSI MICROBIOLOGICA E RADIOLOGICA NELLE INFEZIONI DISSEMINATE DA NOCARDIA FARCINICA

P.M. Placanica [1], S. Lauri [1], R. La Mancusa [1], S.P. Pirillo [2], M. Gaudio [1]
[1]*UOC Patologia Clinica A.O. San Giovanni Addolorata Roma*
[2]*UOC Radiodiagnostica A.O. San Giovanni Addolorata Roma*

INTRODUZIONE

Nocardia farcinica è un batterio gram positivo di cui è nota la sua particolare aggressività clinica. Provoca infezioni disseminate a partenza respiratoria in pazienti immunocompromessi o in trattamento con immunosoppressori e in presenza di comorbidità. Le caratteristiche colturali di Nocardia farcinica, quali la lenta crescita, il difficoltoso isolamento e identificazione potrebbero portare a errata diagnosi con gravi conseguenze sull'outcome del paziente.
Lo scopo di questo lavoro è quello di descrivere l'approccio diagnostico integrato in due casi di infezione disseminata da Nocardia farcinica

METODI

1° caso: Paziente donna di 68 anni affetta da multiple comorbidità, in terapia steroidea e Klacid per infezione polmonare, ricoverata per intervento chirurgico su ascesso cerebellare.
2° caso: Paziente uomo di 66 anni in terapia oncoematologica associata a steroidi. Per febbre persistente esegue Tac del polmone, che evidenza lesioni compatibili con infezione fungina (aspergillosi), non confermata da diagnosi microbiologica, trattata con voriconazolo per 6 mesi.
A distanza, entrambi i pazienti sviluppano, a carico di un arto inferiore una raccolta. La Tac e l'ecografia dell'arto evidenziano: nel 1° caso una raccolta di consistenza fluida, pluriconcamerata con pareti disomogenee; nel 2° caso un'ematoma muscolare che evolve in ascesso. I materiali raccolti da entrambi i pazienti vengono inviati per esame colturale.
Per l'esame colturale dei campioni biologici, in entrambi i casi, sono stati utilizzati i terreni: Agar sangue, Mac conckey, Sabouraud, Brain Hearth Infusion incubati a 37°C in aerobiosi, Schaedler a 37° C in anaerobiosi.
L'identificazione è stata eseguita mediante spettometria di massa (Maldi-tof Bruker), le prove di sensibilità in vitro mediante microdiluizione in brodo (Sensititre Thermo fisher).

RISULTATI

L'esame colturale dei materiali prelevati evidenzia assenza di crescita dopo 72h di incubazione delle piastre di Petri ed un intorbidimento del brodo di arricchimento. La subcoltura del brodo evidenzia la crescita di colonie con una morfologia piuttosto varia, di colore dal bianco all'arancione con consistenza secca o cerosa, identificate come Nocardia farcinica.
Le prove di sensibilità evidenziano la suscettibiltà a Tigeciclina e Linezolid e resistenza ad Ampicillina e Ampicillina-sulbactam in entrambi i casi. Levofloxacina risulta sensibile nel 1° caso e resistente nel 2°, Gentamicina resistente nel 1° caso e sensibile nel 2°.
Il 1° caso viene trattato con Meropenem in associazione a Bactrim per quattro settimane e, dopo riscontro radiologico negativo, con Bactrim e Minocin per un anno; il 2° caso con Bactrim per 6 mesi. Entrambi esitano in guarigione.

CONCLUSIONI

Dalla nostra esperienza si evince che un approccio integrato, microbiologico e radiologico, consente una diagnosi tempestiva e appropriata e garantisce un esito positivo per il paziente.