

**PRIMO CASO DI INFEZIONE DA OCEANOBACILLUS SPP. ISOLATO DA UNA VALVOLA CARDIACA IN PAZIENTE CON INSUFFICIENZA AORTICA SEVERA**

E. Parisio<sup>3</sup>, G. Camarlinghi<sup>3</sup>, A. Antonelli<sup>1</sup>, M. Coppi<sup>1</sup>, E. Venturini<sup>4</sup>, C. Vettori<sup>3</sup>, M. Nardone<sup>3</sup>, G. Rossolini<sup>2</sup>, R. Mattei<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dip. di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze

<sup>2</sup>Dip. di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze; Lab. di Microbiologia e Virologia, Azienda Osp. Univ. Careggi, Firenze

<sup>3</sup>Unità Operativa Complessa Analisi Chimico-Cliniche P.O. San Luca, Azienda Usl Nord Ovest, Lucca

<sup>4</sup>Unità Operativa Semplice di Riabilitazione Cardiologica, Osp. Civile Cecina

**INTRODUZIONE**

Il genere *Oceanobacillus* comprende diverse specie batteriche alofile isolate prevalentemente da ambienti marini, ma anche alimenti o come colonizzante nell'uomo. Nel seguente lavoro viene descritto il primo caso di infezione da *Oceanobacillus* spp. isolato da valvola aortica in un paziente con insufficienza aortica severa e prolasso del lembo non coronarico.

**METODI**

A Maggio 2018 un uomo di 69 anni (fumatore, diabetico ed iperteso) veniva ricoverato presso il P.O. di Piombino per ipertensione da sospetta infezione delle vie urinarie, in seguito ad una cistostomia. Successivamente alla comparsa di insufficienza respiratoria con fibrillazione atriale parossistica, veniva trasferito presso il P.O. di Livorno. L'ecocardiogramma metteva in evidenza un'insufficienza aortica severa con prolasso del lembo non coronarico e presenza di vegetazioni su tutti i lembi. Veniva effettuata terapia con linezolid 600 mg x 2 ev e cotrimossazolo 800/160 1fl x 4 in SF 250 ml. A fronte di intervento di sostituzione valvolare aortica veniva trasferito all'Ospedale del Cuore "G. Pasquinucci" di Massa. Tre lembi di valvola aortica venivano inviati presso la Microbiologia di Lucca e seminati, dopo arricchimento di 24 ore in brodo, su piastre non selettive e selettive. L'identificazione è stata eseguita tramite sequenziamento del 16S rDNA utilizzando primer universali. L'antibiogramma è stato effettuato mediante E-test e l'interpretazione dei risultati è stata effettuata dopo 18±2 ore a 35±1°C. Il paziente veniva inviato presso la U.O.S di Riabilitazione Cardiologica del P.O. di Cecina dove continuava la terapia antibiotica, con miglioramento dei parametri di flogosi e costante apiressia.

**RISULTATI**

La coltura di un lembo valvolare su tre, dopo 24 ore di incubazione in aerobiosi, evidenziava una crescita batterica su agar sangue, PVX, Schaedler agar e Brilliance STAPH24 agar. Le colonie apparivano di piccole dimensioni, a margini regolari, mucose e lisce. L'esame microscopico evidenziava la presenza di bacilli Gram-positivi mobili. Nessuna identificazione è stata ottenuta mediante MALDI-TOF VITEK-MS, mentre il sequenziamento del 16S rDNA indicava un'identità del 99% con *Oceanobacillus* spp. L'antibiogramma indicava una MIC <0,05 mg/L per tutti i β-lattamici saggiati (penicilline, cefalosporine a spettro esteso e carbapenemi), <0,5 mg/L per i fluorochinoloni, >256 mg/L alla clindamicina, 0.04 mg/L al cotrimossazolo e 0,5 mg/L al linezolid.

**CONCLUSIONI**

In questo lavoro riportiamo il primo caso di isolamento umano di *Oceanobacillus* spp. responsabile di endocardite infettiva in un paziente a rischio coronarico.