

Una strana sepsi.....

A young elephant is the central focus of the image, standing on a patch of green grass. Its mouth is wide open, and it appears to be looking directly at the camera. The elephant's skin is a dark grey color. In the background, there are concrete steps leading up to a building with a light-colored wall. To the left, there are some wooden logs and a wooden structure, possibly a fence or part of a building. The overall scene is outdoors and appears to be a zoo or a sanctuary.

Ferrara 20-06-2013

**D.ssa Caterina Valdatta
UO Malattie Infettive
Ospedale G. da Saliceto
Piacenza**

- Paziente di anni 72, maschio, caucasico
- Anamnesi patologica remota: 30 anni fa asportazione di polipo nasale, fistolectomia rettale, artroprotesi d'anca destra nel 2001, artroprotesi d'anca sx nel 2006. IMA nel 2005
- Anamnesi oncologica:
 - 2009 ADK colon G2 pT3 N0 B2, sottoposto ad emicolectomia destra.
 - 2011: riscontro di secondarismo epatico unico e di epatectomia parziale. Seguivano 12 cicli di chemioterapia secondo schema Folfox (da marzo a settembre 2011, posizionamento di port-a-cath da febbraio 2011)
 - febbraio 2012: ricovero presso l'Oncologia di Piacenza per anemia severa ed IRA, riscontro di MGUS...test di Coombs diretto positivo. Eco addome negativa. Dimesso con terapia steroidea.

- in Aprile 2012 comparsa di febbre, poi vera e propria iperpiressia con brivido, con ricovero presso altra medicina. Eseguiti:
 - rx torace: negativo per lesioni pleuro-parenchimali
 - ecocardio TT: non vegetazioni.
 - ecografia addome: nds

Avviata terapia empirica con **ceftazidime**, **teicoplanina**, **levofloxacin** ed **itraconazolo**, senza defervescenza.

Emocolture: **sviluppo di St. hominis**, da port-a-cath e da vena periferica.

Durante la degenza comparsa improvvisa di pancitopenia: (GB 2170/mmc, Hb 8.5 g/dl, PLT 80000); tra gli altri rilievi **PCR 151 mg/dl (normalità 0-10 mg/dl)**, **procalcitonina 4.17 ng/ml**.

- Dato il riscontro di pancitopenia, non presente ad esami ematochimici precedenti (effettuati circa due mesi prima), il paziente è trasferito presso la nostra UO nel sospetto di sepsi grave.
- In merito ai dati microbiologici durante la degenza sono state prelevate ulteriori emocolture, con **isolamento su più campioni di St. hominis hominis (da vena periferica e da CVC)** e rimodulata la terapia in atto a favore di ***oxacillina*** (dal 16 al 23/04) e ***amikacina*** (dal 17 al 22/04).
- Tamponi di sorveglianza: **isolamento di *Candida glabrata* e *Candida famata***
- Si sospende terapia steroidea in via precauzionale

Altri dati di laboratorio:

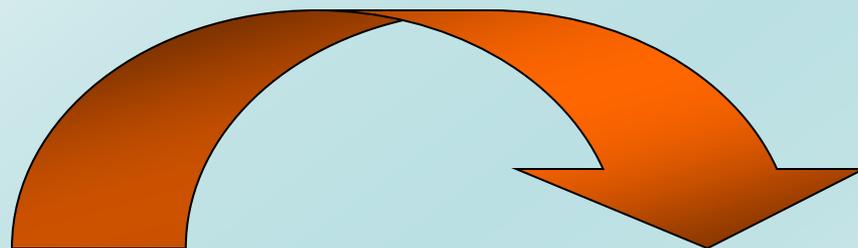
- AST 45 U/l, ALT 78 U/l
- LDH 317 U/l (limiti: 120-240)
- Beta-2-microglobulina: 7.76 mg/l
- Gamma-GT: 161 U/l
- Fosfatasi alcalina: 437 U/l
- Ferritina: 17832 ng/ml.
- **Ipergammaglobulinemia** alla foresi (37.6%) con incremento delle IgG (2402 mg/dl), non componenti monoclonali
- Immunofissazione nella norma

- Fattore reumatoide nei limiti
- Sangue occulto fecale positivo su due campioni su tre
- Autoanticorpi (AMA, ANA, ASMA) negativi
- Negativa la sierologia per Parvovirus B19
- Negativa la ricerca degli antigeni sierici di Aspergillo e Criptococco

E dunque.....



- Nei giorni successivi la curva termica persiste alterata, con puntate febbrili sempre superiori a 38°C, sempre accompagnata da marcata pancitopenia e comparsa di alcuni episodi di epistassi.



- Pertanto, dal 23/04 la terapia antibiotica è stata nuovamente modificata con avvio di ***meropenem***, ***vancomicina*** e ***caspofungin***.

- In considerazione della splenomegalia e data la gravità della pancitopenia (GB fino a 670 cell/mmc) che ha richiesto emotrasfusioni ripetute e somministrazione di fattore di crescita granulocitario, nel sospetto di mielopatia in data 23/04 si è proceduto a BOM, che ha dato esito a **quadro compatibile con sepsi in atto.**
- Nella ricerca di foci infettivi sono stati eseguiti i seguenti esami strumentali:
 - ecografia addominale: non lesioni focali epatiche, **splenomegalia (diametro bipolare 16 cm).**
 - Ecocardio TT: non vegetazioni endocarditiche. Minimo scollamento pericardico a carico dell'apice del V sx da tessuto adiposo.
 - ECG: nei limiti

- TC torace: non addensamenti parenchimali a focolaio in atto, né segni di interstiziopatia. Falda di versamento pleurico posteriore bilaterale con componente scissurale a destra dello spessore massimo di 3.5 cm. Non linfadenomegalie mediastiniche.
- TC massiccio faciale: regolare pneumatizzazione del seno frontale e sfenoidale. Nella norma la pneumatizzazione dei seni mascellari. Modesto ispessimento mucoso con minima velatura di alcune cellule a carico dell'etmoide e con presenza, nell'etmoide dx, posteriormente, di piccoli ispessimenti di tipo polipoide. Regolari i turbinati nasali.

- Visita ORL: secrezione nasale mucosa in parte rappresa in croste, la cui rimozione non provoca stillicidio ematico.
- Visita oncologica: non segni di recidiva della patologia oncologica. Utile rimozione di port-a-cath. Prosegue follow up ambulatoriale.

Non evidenziandosi altre fonti di infezioni, in data 08/05 si è proceduto a rimozione del port-a-cath (in sede da circa un anno), **non eseguito esame colturale**. Trasferito in Ematologia per gli ulteriori accertamenti in merito alla problematica midollare, nei giorni successivi si è assistito a progressivo miglioramento delle condizioni generali, scomparsa della febbre e miglioramento del quadro pancitopenico.

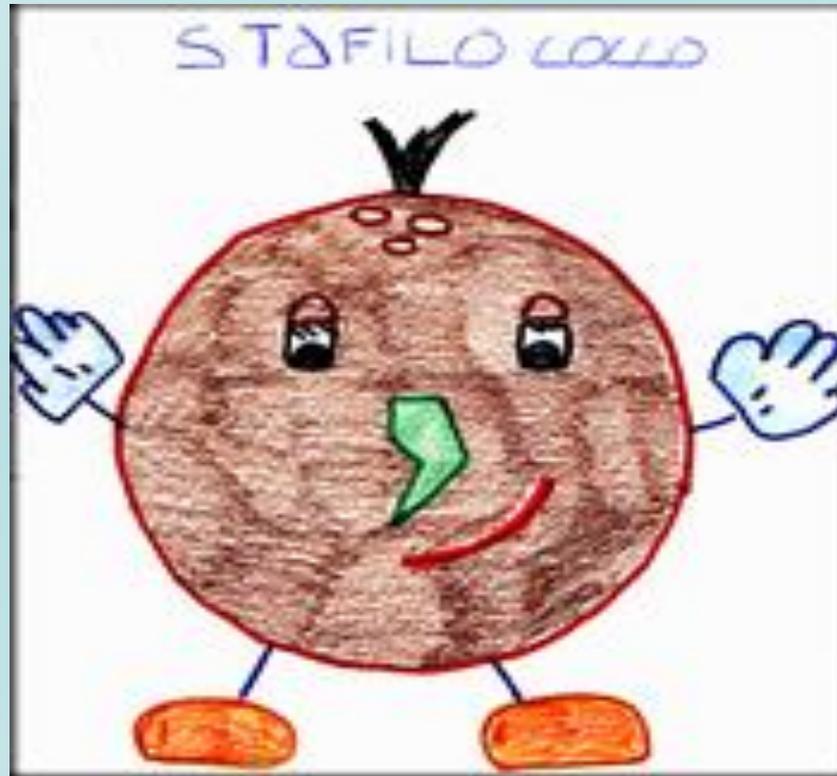
- Durante la degenza in Ematologia, dopo la normalizzazione della curva termica, è stata ripristinata la terapia steroidea, che il paziente ha poi proseguito a domicilio con posologia a scalare.....



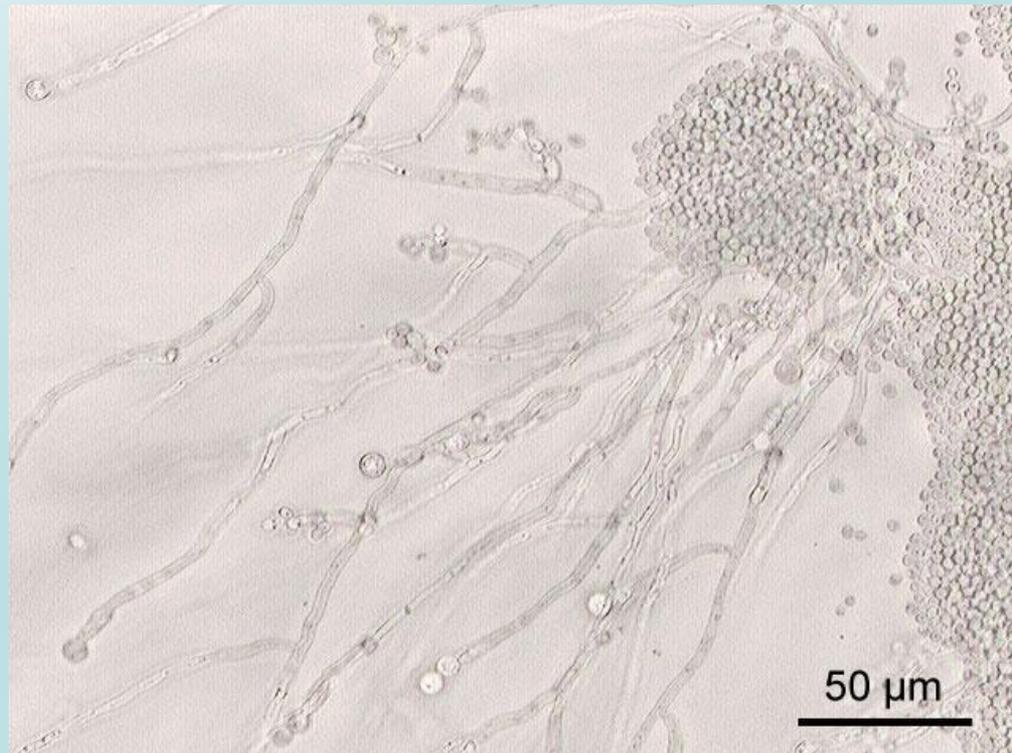
- Sembra fatta.....

Ipotesi diagnostiche:

- Sepsi da *St. hominis hominis*? Isolato da **più campioni (da emocoltura periferica e da CVC)**, sfebbramento dopo rimozione di porth-a-cath, forse contaminato.....



- Sepsi fungina? Alcuni tamponi di sorveglianza positivi, ma nessun isolamento emoculturale, tuttavia praticate almeno 2 settimane di caspofungin.....



In merito al quadro ematologico....

- La BOM ha mostrato quadro compatibile con **sepsi in atto**....probabilmente su un midollo in precedenza compromesso dalla chemioterapia la noxa infettiva ha provocato la grave pancitopenia....
- Durante la degenza sono stati più volte rilevati elevati valori di procalcitonina (ancora più della PCR), correlati a rischio di sepsi grave
- Il paziente è stato considerato un immunocompromesso.....

Come è andata a finire?

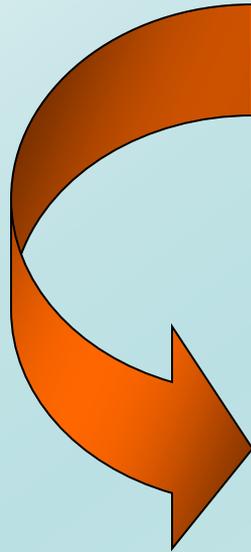
- Dopo circa 10 gg di relativo benessere, ricomparsa della febbre e peggioramento del quadro pancitopenico, soprattutto in merito alla leucopenia (**GB totali 340 cell/mmc, neutrofili 30....**con Hb 10.1 g/dl e PLT 90000/mmc.)



Cosa avreste fatto?

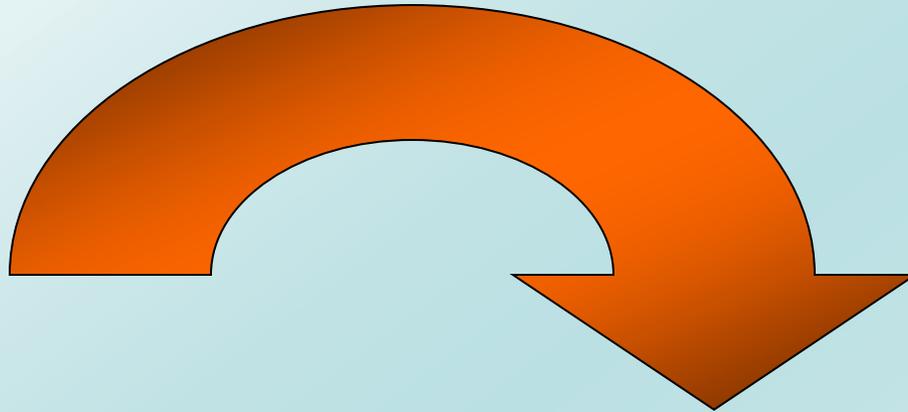
- Nuova BOM?
- TC total-body?
- PET?
- Scintigrafia?
- Altro?

- Alcuni giorni dopo la dimissione il paziente ha ripresentato febbre e ulteriore peggioramento della pancitopenia.....

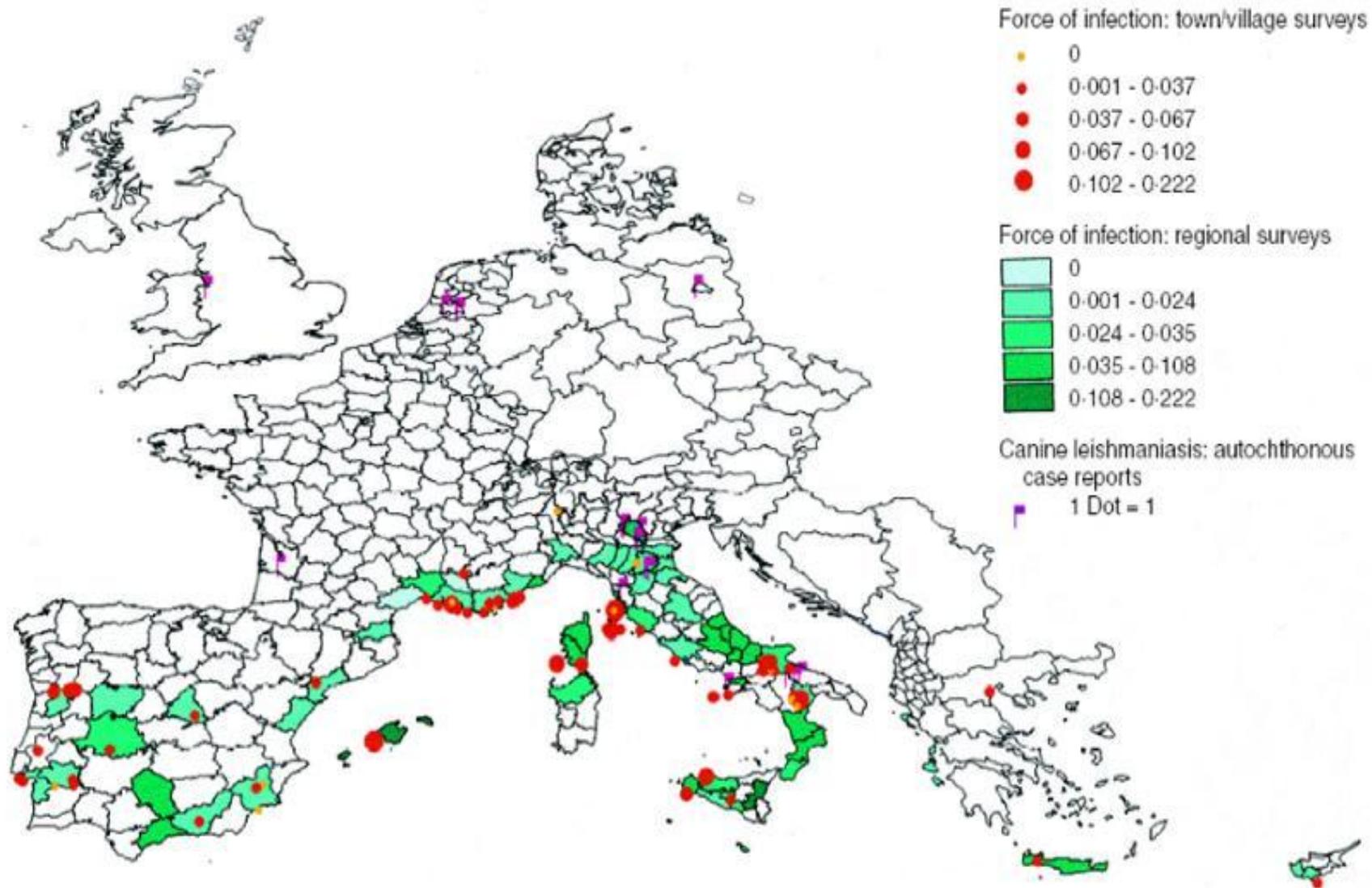


- Oltre a ripetizione delle emocolture eseguita sierologia per Leishmania spp.....

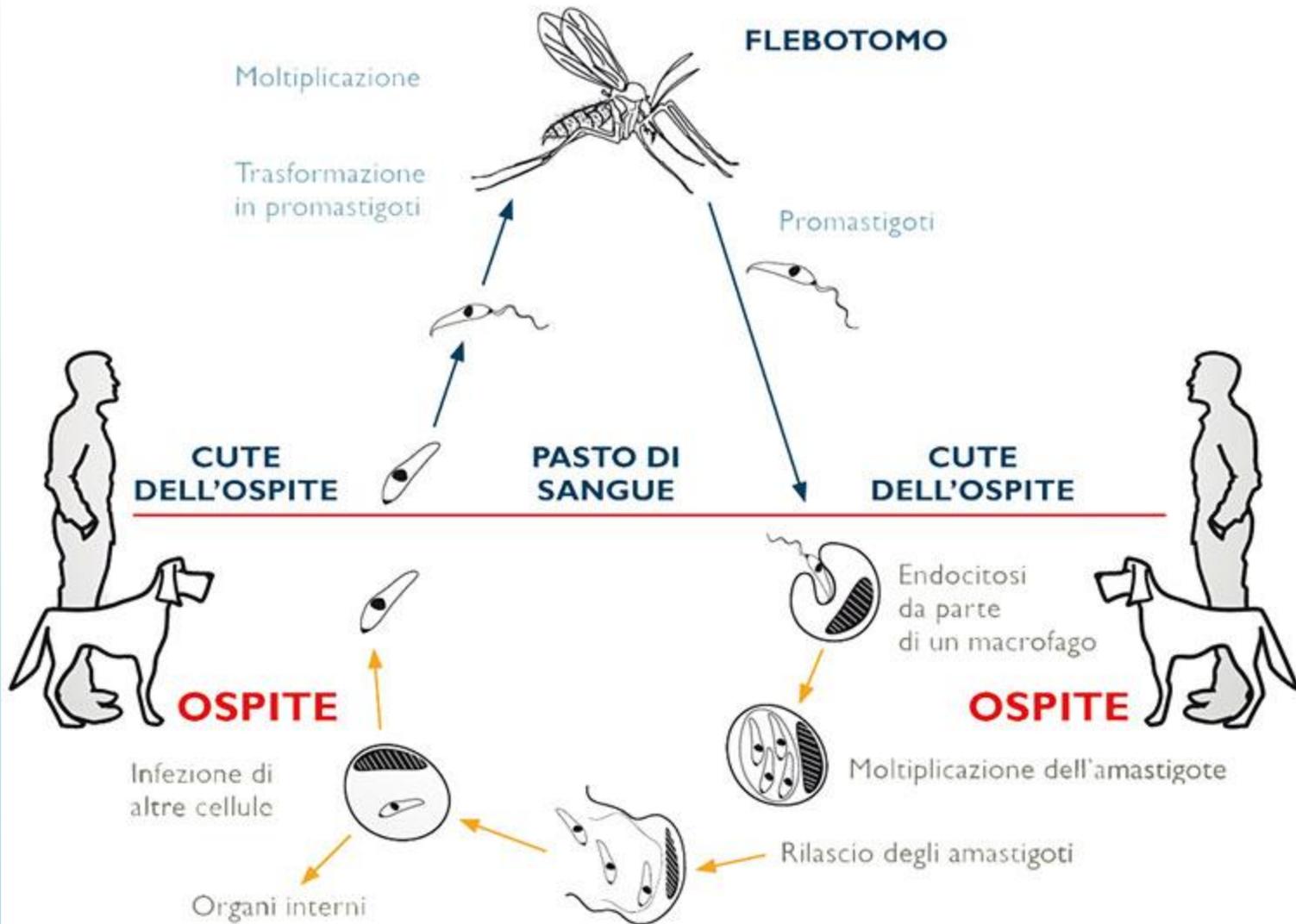
- Risultata....**POSITIVA!!!!**



- Effettuata terapia con ***amfotericina B***, con successo (persistente febbramento e risoluzione della pancitopenia)



Ciclo di vita di *L. infantum* (adattato da Roze, 2005)





GRAZIE PER L'ATTENZIONE