



MUCORMICOSI RINO-OCULO-CEREBRALE: CASO CLINICO

M. Nieto Yabar; F. Zornada; A. Tomasini

Introduzione

La mucormicosi è un' infezione funginea spesso fatale causata più frequentemente da miceti appartenenti alla famiglia delle Mucoraceae. Di seguito verrà descritto un caso clinico di un paziente trattato nel nostro Istituto.

Caso clinico:

Paziente di 38 anni affetto da ipertensione arteriosa e diabete misconosciuto. In data 6/9/2014 ricovero in ospedale periferico per insorgenza di astenia e febbre in un quadro grave di chetoacidosi diabetica (glicemia 456 mg/dl). Comparsa inoltre di algie all'occhio destro, diplopia ed edema. Visita otorinolaringoiatrica e oculistica documentano un quadro di cellulite orbitaria e oftalmoplegia destra. Viene sottoposto a intervento chirurgico d'urgenza di etmoidectomia parziale e decompressione della parete mediale dell' orbita destra. Nel sospetto di mucormicosi è ricoverato presso il reparto di malattie infettive di Trieste in data 9/9/2014 e successivamente trasferito in Medicina d'Urgenza per peggioramento del quadro clinico. Una successiva consulenza oculistica evidenzia gravissimo calo del visus associato a necrosi parziale retinica ed edema palpebrale bilaterale. Eseguo Tac Cranio che mostra una cellulite orbitaria con possibile estensione endocranica in sede frontale e RMN che conferma la presenza di edema a livello del lobo frontale destro, presenza di materiale solido nel contesto del seno mascellare destro e iperintensità delle meningi frontali senza sicura presenza di raccolte. Si pone indicazione a intervento chirurgico otorinolaringoiatrico in regime d'urgenza: etmoidectomia totale, sfenoidotomia e senotomia frontale destra; si accoglie in UTI in data 11/9/2014 dopo Tac cranio di controllo postoperatoria. Da campioni tissutali intraoperatori attraverso esame istologico e microbiologico viene confermata la diagnosi di Mucormicosi rino-oculo-cerebrale. Alla luce di un nuovo peggioramento clinico viene incrementata la terapia antimicrotica con Ambisome (da 5 mg/kg/die a 10 mg/kg/die) associata a Ceftriaxone e Metronidazolo. Dopo consulto collegiale tra Neurochirurghi, Otorinolaringoiatri, Oculisti e Rianimatori si pone indicazione a ripetere la RMN cerebrale per la valutazione del proseguimento delle cure. RMN che evidenzia comparsa di focolai cerebratici in sede basi-frontale mesiale bilaterale, interessamento della leptomeninge compatibile con un quadro di meningite; aspetto di soffusione che interessa tutto l'ambito orbitario, il tessuto retroorbitario e parzialmente i muscoli estrinseci dell'occhio. Il paziente durante i primi giorni di degenza in UTI rimane sedato, intubato in VAM, stabile dal punto di vista emodinamico e respiratorio, con finestra neurologica in 4 giornata che descrive un paziente contattabile e collaborante (GCS 10: 3E,1Vt, 6M); difficile il controllo glicemico. Nonostante terapia medica adeguata, i controlli seriati di imaging mostrano un peggioramento del quadro cerebrale con delineata lesione ascessuale e coinvolgimento dei nuclei della base. In data 19/9/2014 viene posta indicazione chirurgica multidisciplinare a intervento di craniotomia bifrontale, cranializzazione dei seni frontali, evacuazione degli ascessi, ricostruzione del basicranio anteriore, exenteratio orbitae e revisione chirurgica nasosinusale. Decorso postoperatorio regolare, con stabilità emodinamica e respiratoria, si procede a estubazione. Paziente

sveglio, lucido e collaborante che residua solo ptosi palpebrale sinistra senza perdita del visus. Viene ridotto il dosaggio di Ambisome a 5 mg/kg/die e si associa Betametasona; in 3 giornate postoperatoria il paziente viene dimesso dalla Terapia Intensiva e trasferito nel reparto di Neurochirurgia il 23/9/2014. Durante la degenza in Neurochirurgia necessità di revisione di craniotomia con toilette chirurgica per recidiva di ascesso cerebrale. In data 10/10/2014 viene trasferito al reparto Malattie Infettive per stretto follow up. La degenza è complicata con trombosi su base fungina dell' asse carotideo destro; su consulenza da parte del chirurgo Vascolare viene sostituita la terapia anticoagulante con EBPM con ASA e consigliato controllo TAC a 6 mesi. A gennaio 2015 viene dimesso a domicilio con programmazione multidisciplinare di controlli ambulatoriali seriatati per i mesi successivi.

Conclusioni e Discussione

A sei mesi dalla diagnosi di Mucormicosi rino-oculo cerebrale il paziente è in buone condizioni di salute generale, senza deficit motori e alterazioni comportamentali legati agli interventi chirurgici a cui era stato precedentemente sottoposto.

La Mucormicosi è una malattia infettiva sporadica che si verifica in tutto il mondo causata più frequentemente da *Rhizopus Arrhizus*. Sono organismi ubiquitari del terreno e della vegetazione che possono causare Mucormicosi invasiva in pazienti con immunosoppressione, cheto acidosi diabetica, insufficienza renale, neoplasie ematologiche. Più frequentemente si manifesta a livello cutaneo, polmonare e cerebrale; quest' ultimo è un'estensione di un' infezione acuta delle cavità nasali, seni paranasali e delle orbite. La Mucormicosi rino-oculo-cerebrale compare in pazienti con fattori di rischio sopra descritti dopo inalazione di spore attraverso i seni paranasali. I sintomi di presentazione sono: febbre, congestione nasale con secrezione purulenta e cefalea. Il coinvolgimento orbitario prevede la comparsa di edema, ptosi palpebrale e calo fino a perdita del visus e frequente coinvolgimento del V nervo cranico. I sintomi neurologici compaiono con l'estensione della lesione al SNC con compromissione meningea e cerebrale. Per la diagnosi è necessario ottenere un campione del tessuto per l'esame microscopico diretto, lo studio istologico e l'esame culturale. Il trattamento prevede la somministrazione di Amfotericina B come prima scelta spesso associata a intervento chirurgico, stretto controllo glicemico con ripristino dell'immunocompetenza.

