

SOSPETTO CASO DI SINDROME UREMICO EMOLITICA ASSOCIATA A SEPSI DA PSEUDOMONAS AERUGINOSA

C. Casalini¹, A. Montaguti¹, T. Pescio¹, L. Passariello¹, G. Casalini² e C. Fontaneto²

¹Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione, DISC, Università di Genova

²U.O. Anestesia e Rianimazione, DEA, IRCCS San Martino IST

Mail: carlotta.fontaneto@gmail.com

Introduzione: la sepsi rappresenta una delle principali cause di morte in area critica; la sindrome uremico emolitica (haemolyticuremicsyndrome HUS) costituisce una complicanza grave di alcuni quadri settici, in particolare associati ad infezione da E. Coli produttori di Shigatoxin (STEC)

Presentazione del caso: Donna di 72 anni affetta da colelitiasi, giunge in pronto soccorso per dispnea ed ipotensione severa insorte alcune ore prima. All'arrivo la paziente presenta porpora diffusa al tronco e ai fianchi, stato di shock refrattario al carico volemico ed alla terapia inotropica, con esami ematochimici suggestivi per sepsi.

Diagnosi: Si eseguono esami ematochimici completi (emocromo-coagulazione-biochimica-dosaggio troponine- PCR- procalcitonina), EGA seriati per il controllo della lattatemia, emocolture, prelievo di liquor per esame fisico-chimico e colturale, ricerca antigeni urinari di pneumococco e legionella, ricerca su sangue di HSV1, HSV2, VZV, CMV, EBV, Adenovirus ed Enterovirus, EAA test. Si riscontrano anemia ingravescente, piastrinopenia, alterazioni della coagulazione (APTT 107sec, ipofibrinogenemia), insufficienza renale acuta con creatinina in aumento (3,3 mg/dL) e iperpotassiemia (K 7,4 mmol/L), PCR72,9 mg/L, procalcitonina 53,43 mcg/L, iperlattatemia (Lac 20 mmol/L), antigenemie urinarie negative, EAA test positivo per la ricerca di endotossine. La paziente viene sottoposta a TC total body con MdC che evidenzia ectasia del coledoco e diverticolosi del colon. La ricerca di schistociti su striscio periferico nel sospetto di Sindrome di Moschowitz risulta negativa, ma non significativa per l'esclusione della diagnosi. Le emocolture risultano positive per PseudomonasAeruginosa soltanto alcuni giorni dopo l'invio del materiale.

Trattamento: la paziente viene intubata e ventilata meccanicamente. Si procede a riempimento volemico con cristalloidi e soluzione albuminata 4%, infusione continua di bicarbonati, sostegno di circolo con noradrenalina i.c.. Si somministrano CaCl 600 mg, Antitrombina III 2000 U.I., complesso protrombinico 1500 U.I., 2 unità di plasma. Si inizia terapia antibiotica empirica con ceftriaxone 2000 mg associato a desametasone 8 mg nel sospetto di purpurafulminans da N. Meningitidis.

Outcome: peggioramento progressivo del quadro clinico, per cui la paziente si avvia ad exitus per arresto cardiocircolatorio asistolico non responsivo alle misure rianimatorie cinque ore dopo l'accesso al DEA.

Discussione e conclusioni: la sindrome uremico emolitica è una complicanza frequentemente letale dei quadri settici per lo più associata ad infezione da E. Coli produttore di STEC e caratterizzata da anemia, piastrinopenia, insufficienza renale acuta e microangiopatia. Sebbene la più comune causa di HUS sia l'infezione da E. Coli produttore di STEC, infezioni batteriche causate da S. Pneumoniae e Salmonella sono causa di HUS così come infezioni virali. In letteratura è descritto un solo caso di HUS associata ad infezione da Pseudomonas in età pediatrica. La paziente non presentava una anamnesi suggestiva da possibile infezione da Pseudomonas e l'unica fonte verosimile dell'infezione, alla luce dei dati già in nostro possesso, risulta essere la diverticolosi del colon. L'infezione è confermata dagli esami colturali che non hanno rilevato la presenza di nessun altro microorganismo.