

Seminario Pandora ID-25

"Late presenter (LP) e INR: due facce della stessa medaglia?"

COSMIN LUCIAN CIUBOTARIU
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Presentazione del caso – accesso in PS

- Maschio, 50 anni.
- Anamnesi patologica remota: tenosinovite stenosante
- Anamnesi patologica prossima:
 - Da una settimana febbre, astenia, tosse produttiva, dolore toracico, perdita di peso (15 kg in un mese)
 - Esami ematochimici: WBC 15.550/mmc (PMN 88%), PCR 289 mg/l, Hb 9.6 g/dl, Na 129 mmol/l, creatinina 0.74 mg/dl.
 - EGAa in aria ambiente: pH 7.48, pO2 68 mmHg, pCO2 33 mmHg, HCO3 25 mmol/l, Lac 1.1
 - TNF SARS-CoV-2, influenza: negativi.
 - RX torace: addensamento lobo superiore destro

Accesso in
Pronto
Soccorso



Presentazione del caso - Ricovero

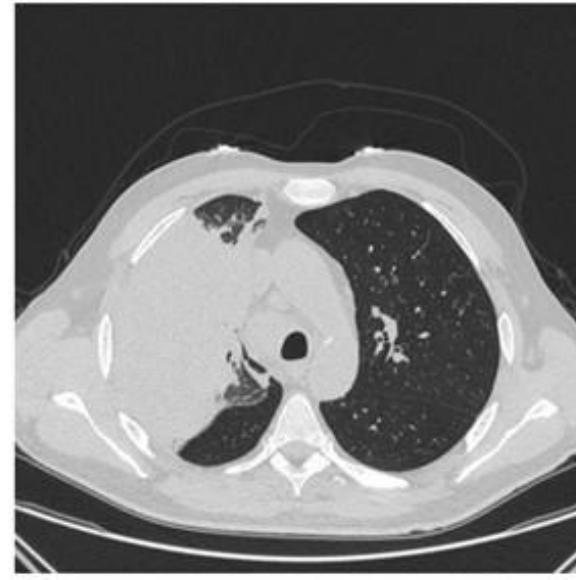
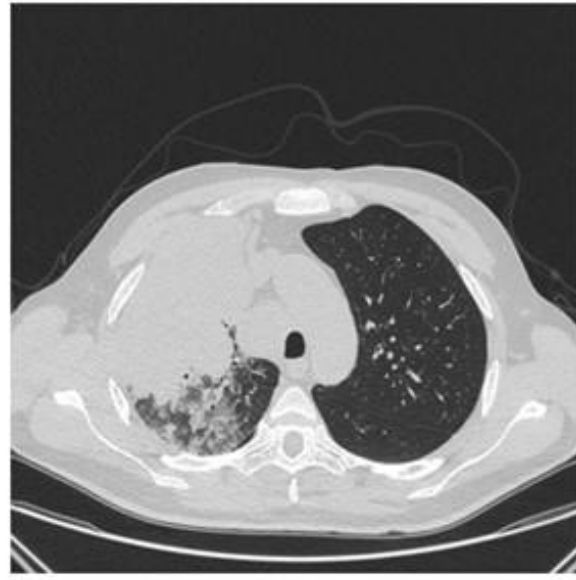
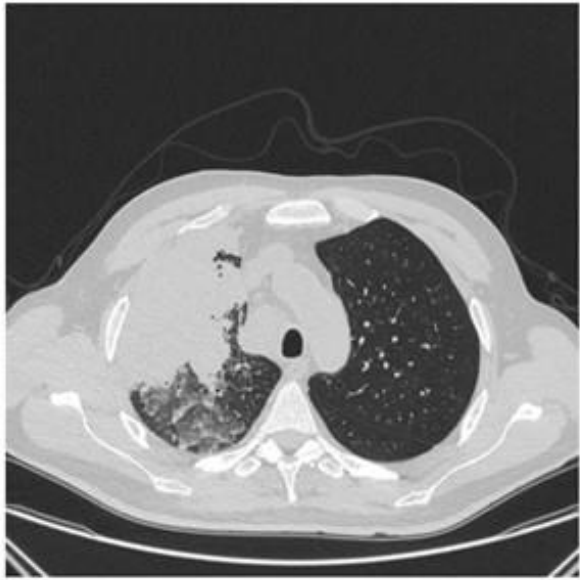
- Ceftriaxone + azitromicina. Non ossigenoterapia.
- Tamponi nasofaringei patogeni respiratori, antigeni urinari Legionella/Pneumococco: negativi.
- Emocolture (2 set) negative.

Ceftriaxone +
azitromicina

Ricovero

20/12/2024

Presentazione del caso – TC torace



Consolidamento lobo
superiore destro

Opacizzazioni ground-glass
intraalobulari

Linfoadenopatie
mediastiniche

Ceftriaxone +
azitromicina

Ricovero

20/12/2024

Presentazione del caso - BAL

- Fibrobroncoscopia + broncolavaggio alveolare + agobiopsia mediastinica EBUS
 - PCR patogeni respiratori virali + batterici negativi.
 - esami colturali per funghi, batteri negativi.
 - microscopico negativo per BAAR, PCR negative per M. tb complex negativa.

Ceftriaxone +
azitromicina

Ricovero

20/12/2024

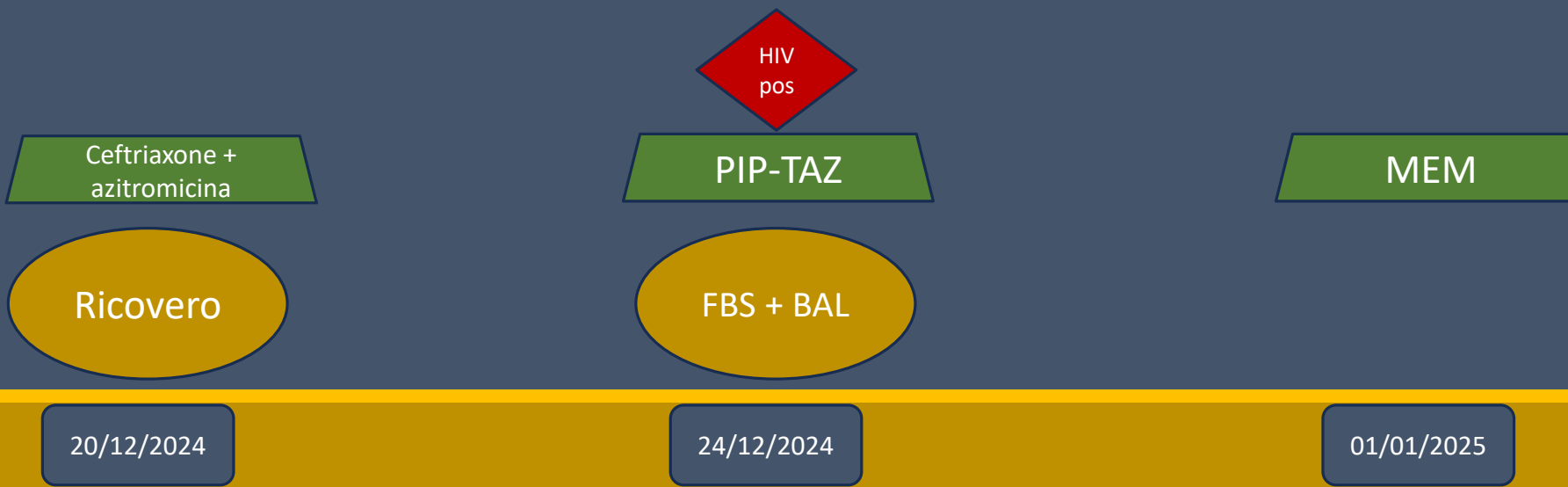
PIP-TAZ

FBS + BAL

24/12/2024

Presentazione del caso – test HIV

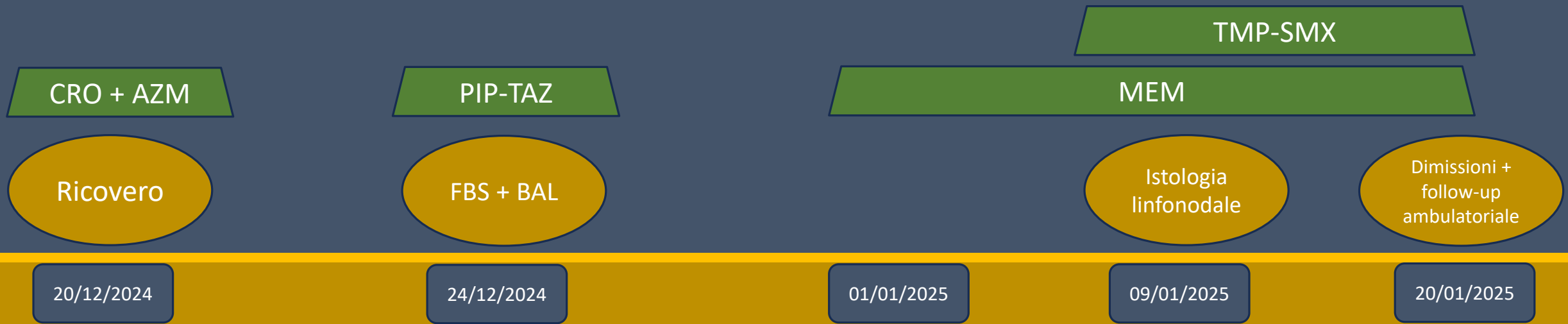
- Test HIV Ag-Ab positivo, HIV-RNA 180.000 copie/ml, CD4+ 52/mmc, CD4/CD8 ratio 0.09. Test resistenza negativo.
 - PCR *P. jirovecii*, Ag *Cryptococcus*, Quantiferon-TB, galattomannano negativi.
- TC total body: confermate lesioni polmonari, non lesioni addominali o encefaliche.
- Avviata terapia con BIC/FTC/TAF e profilassi con cotrimoxazolo.
- Persistenza sintomi (febbre 39°C, tosse): switch a meropenem



Presentazione del caso

Istologia linfonodo mediastinico (09/01):

- Microscopico: elementi filamentosi Gram-positivi suggestivi per ***Nocardia spp.***
- PCR per ***Nocardia spp*** positiva
- PCR pan-micobatterica negativa
- Avviata terapia antibiotica con cotrimoxazolo a dosaggio pieno, associata a meropenem.
- Colturale per *M. avium* positivo



Nocardia spp. - descrizione

- **Microbiologia:** Bacilli Gram-positivi, lievemente alcol-acido-resistenti (DD *M. tb. complex*). Filamenti ramificati simil-ife (DD miceti, *Actinomyces*). Lenta crescita.

- **Epidemiologia:** batterio ubiquitario (suolo, polvere, dispositivi medicali contaminati). Trasmissione aerea / inoculazione cutanea. Prevalenza 0.35 casi/100.000.

- **Clinica:**

- Fattori di rischio: immunodeficienza, pneumopatie croniche
 - AIDS: prevalenza 140x. Trapianto midollo osseo 340x.
- Esordio lento, insidioso
- Localizzazioni: polmonare (50-80%), cutanea, disseminata, SNC, altra (oculare, viscerale, ossea, etc)

- **Terapia:**

- TMP-SMX + amikacina/imipenem (polmonite grave, malattia disseminata, SNC)
- TMP-SMX (quadri cutanei, polmonite lieve/moderata)
 - Regimi alternativi: linezolid.
- Durata
 - 3 mesi (cutanea)
 - 6 mesi (polmonare)
 - 12 mesi (disseminata / SNC)



TMP-SMX

Ricovero

RX torace

20/12/2024
- 20/01/2025

09/01/2025

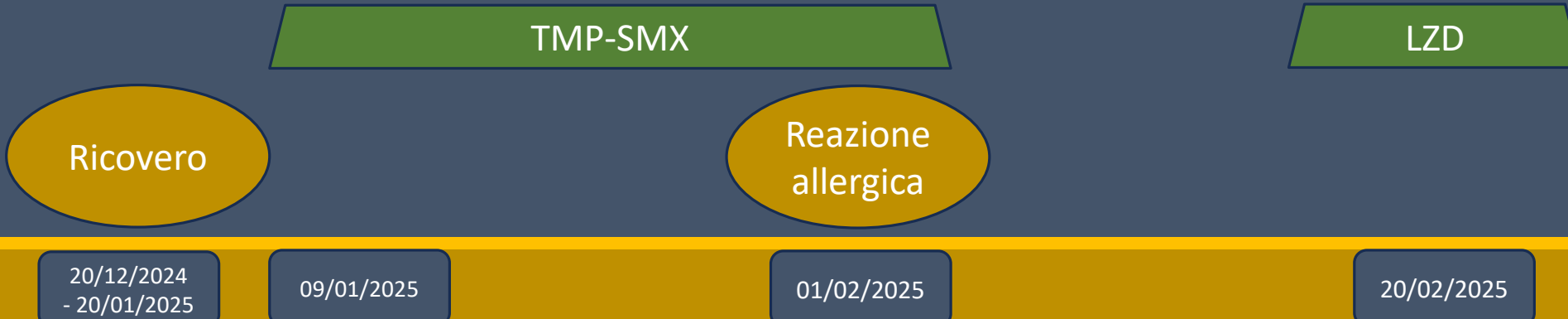
29/01/2025

Nocardiosi polmonare – follow-up

Grave reazione allergica al cotrimoxazolo

- Sintomi: febbre 39°C, faringodinia, tosse
- Esame obiettivo: esantema simil-eritema polimorfo pruriginoso, distribuito su tutto il corpo compreso il capo, i palmi e le piante dei piedi. Iperemia congiuntivale bilaterale.
- Eosinofilia 1240/mmc (14.6%), PCR 25 mg/l
- Ricovero. Terapia steroidea e antistaminica. Stop cotrimoxazolo. Profilassi *P. jirovecii*: atovaquone.

Avviata terapia con linezolid 600 mg x 2

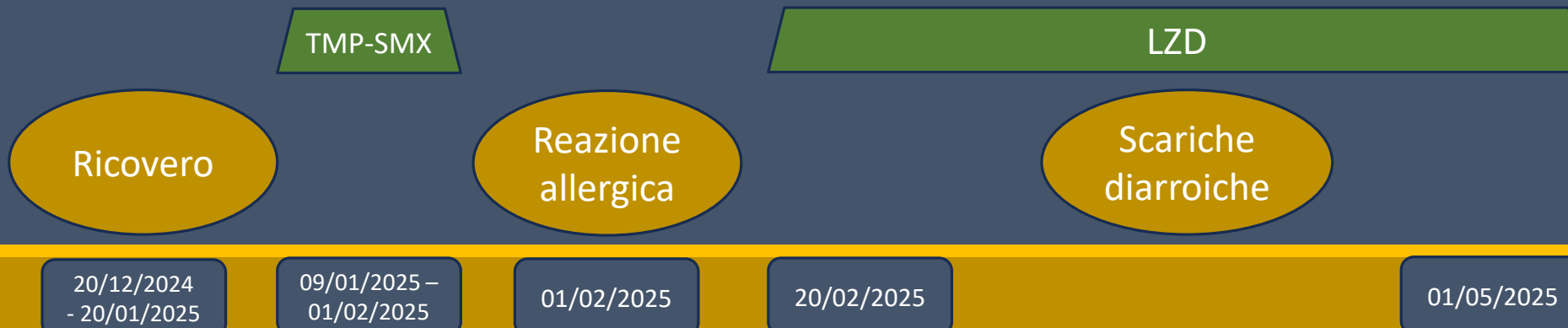


Nocardiosi polmonare – follow-up

- Diarrea ad andamento episodico persistente (5-10 scariche die, no muco, no sangue)
- Coprocoltura, ricerca molecolare patogeni gastroenterici, parassitologico su campioni fecali, *C. Difficile*, CMV-DNA negativi. Diagnostica micobatteri su feci: negativa.
- Parestesie arti superiori (TDM LZD in range).

Stop linezolid. Stop atovaquone (CD4 216/mmc). Durata totale terapia per nocardiosi: 3 mesi.

- Iniziale riduzione scariche diarroiche.



Nocardiosi polmonare – follow-up

- Comparsa tosse secca/produttiva persistente

- TC torace: riduzione della componente solida del noto addensamento parenchimale. In corrispondenza del segmento del lobo polmonare inferiore omolaterale, comparsa di lesione solida nodulare di margini irregolari di 1.5 cm con enhancement dopo mdc al lobo inferiore destro.

- Fibrobroncoscopia + lavaggio broncoalveolare: microscopico per BAAR, PCR e colturali per *M. tb. complex* negativi. Ricerca cellule tumorali maligne negativa. Colturale positivo per *S. marcescens*.

Tosse autorisolta.

TMP-SMX

LZD

Ricovero

Reazione
allergica

TC torace

FBS + BAL

20/12/2024
- 20/01/2025

09/01/2025 –
01/02/2025

31/01/2025

20/02/2025 –
01/05/2025

09/05/2025

27/05/2025

Follow-up ambulatoriale – sintomi gastroenterici

Ripresa episodi di diarrea (4-5 volte die, non sangue o muco). Non febbre.

Colonscopia totale: Diverticolosi del sigma. Lieve ileo-colite attiva destra di tipo acuto. Istologia: non evidente colite microscopica. Presenza di granulociti eosinofili in 4/5 campioni biopsiati.

Visita gastroenterologica: sospetta colite eosinofila. Consigliato budesonide per 3 mesi, a scalare.

Ultima visita infettivologica (04/09): miglioramento clinico, lieve riduzione della scariche. Buona compliance alla terapia. Parametri immunovirologici: CD4+ 273/mmc (10%), HIV-RNA <20 NR. In attesa nuova TC torace di controllo.

TMP-SMX

LZD

Ricovero

Reazione
allergica

FBS + BAL

Colonscopia

Visita
gastroenterologica

20/12/2024
- 20/01/2025

09/01/2025 –
01/02/2025

31/01/2025

20/02/2025 –
01/05/2025

27/05/2025

03/07/2025

30/08/2025

GRAZIE PER L'ATTENZIONE
