

I NUOVI MOSTRI

FRONTIERE EZIOLOGICHE ATTUALI DELL'ENDOCARDITE INFETTIVA

M. Cardillo, R. Petrantonio, M.F. Saija, M.F. Sanfilippo, C. Comparato
Cardiologia Pediatrica. Ospedale G. Di Cristina, Palermo.

Introduzione

L'endocardite infettiva (EI) in età pediatrica è una patologia potenzialmente fatale, frequente nei bambini con cardiopatie congenite complesse e/o dispositivi protesici. Negli ultimi anni si è assistito all'emergere di microrganismi rari come causa di EI, spesso caratterizzati da presentazioni cliniche subdole, colture negative e resistenze terapeutiche, rendendo la diagnosi e il trattamento particolarmente complessi. Il presente lavoro offre un'analisi multidisciplinare del tema, arricchita da tre casi clinici che illustrano le difficoltà diagnostiche, la gestione terapeutica personalizzata e le implicazioni prognostiche di tale condizione.

Descrizione del caso

Riportiamo tre casi.

Il primo, un paziente con Criss Cross Heart sottoposto a posizionamento di BT shunt, sviluppa febbre recidivante dopo estrazione dentaria non sottoposta a profilassi antibiotica. Decorso caratterizzato da febbre ricorrente, episodi di sepsi apparentemente risolti dopo brevi cicli antibiotici, ma seguiti da recidive, e negatività persistente delle indagini strumentali e microbiologiche convenzionali. La diagnosi di EI da *Abiotrophia defectiva*, ottenuta solo tramite laboratorio di secondo livello con coltura simbiotica, ha richiesto un regime antibiotico sequenziale dapprima con daptomicina e successivamente con dalbavancina, antibiotico long acting, con esito positivo dopo prima resistenza documentata a ciclo convenzionale con gentamicina più ceftriaxone. Il caso sottolinea la discrepanza frequente tra sensibilità laboratoristica e risposta clinica nell'EI da *A. defectiva*, nonché l'importanza di individuare e bonificare precocemente le fonti infettive, nel caso specifico, una dentizione gravemente compromessa.

Il secondo caso coinvolge una bambina con malattia di Pompe portatrice di CVC con batteriemia da *Rothia dentocariosa*, in assenza di endocardite. L'antibiotico terapia mirata ha permesso la bonifica e il salvataggio del device. Questo caso ha evidenziato il ruolo dei dispositivi invasivi come potenziali fattori di rischio per EI nei bambini con patologie croniche e la necessità di strategie di sorveglianza attiva in tali pazienti.

Nel terzo caso, un paziente con DIV, sviluppa febbre con isolamento di *Granulicatella elegans* ed evidenza di endocardite. Dopo congruo ciclo di terapia antibiotica mirata, è stato sottoposto a correzione del DIV. Il caso clinico ribadisce la necessità di correzione chirurgica di DIV dopo un primo episodio di endocardite.

Batterio	Caratteristiche microbiologiche	Quadri clinici principali	Regimi antibiotici principali
<i>Abiotrophia defectiva</i>	Cocchi Gram-positivi, esigenze nutrizionali complesse (nutritivamente varianti streptococchi - NVS), crescita lenta, catalasi-negativi	Endocardite infettiva subacuta, infezioni protesiche, meningiti, osteomieliti	Penicillina G o ceftriaxone + gentamicina per 4-6 settimane (regime simile a quello per <i>Enterococcus faecalis</i>)
<i>Granulicatella elegans</i>	Cocchi Gram-positivi, morfologia pleomorfa, richiede timina e piridossina per crescere, microaerofila	Endocardite, aspsi, infezioni odontogene	Penicillina o ceftriaxone + gentamicina; talvolta necessaria vancomicina se sospetta resistenza
<i>Rothia dentocariosa</i>	Differoidi Gram-positivi o cocchi, aerobio/facoltativamente anaerobio, commensale orale, catalasi-variabile	Endocardite, infezioni dentarie, infezioni di impianti ortopedici, batteriemie, polmoniti	Penicillina, ampicillina, cefalosporine; Alternativa: vancomicina nei pazienti allergici o in caso di resistenza; spesso sensibile anche a carbapenemi e linezolid



Fig.1 : Endocardite su tricuspid in Criss Cross heart

Tab.1 Principali caratteristiche dei batteri presi in esame

Conclusioni

Le infezioni da batteri rari richiedano un elevato indice di sospetto clinico, strumenti diagnostici avanzati (tra cui spettrometria di massa MALDI-TOF e PCR), e un approccio terapeutico flessibile. La gestione multidisciplinare, che coinvolga cardiologi, infettivologi, microbiologi e cardiocirurghi, e l'adozione di linee guida che includano indicazioni specifiche per i germi difficili, appaiono fondamentali per migliorare la prognosi e ridurre le recidive. Infine, l'attenzione alla prevenzione, in particolare la profilassi odontoiatrica nei soggetti a rischio, resta un caposaldo per contenere l'incidenza.