

Riccardo Candido¹, Ciro Abete², Alessandra Senese¹, Natja Valenti¹, Giovanna Cristiano¹, Flavio Cesaro¹, Anita Costanzo¹, Claudia Sara Cimmino¹, Rosaletizia Della Corte³, Andrea Masoni³, Roberta Brugnone⁴, Marianna Candido⁵

La listeriosi è un'infezione dovuta principalmente al consumo di alimenti contaminati dal batterio **Listeria monocytogenes**. Il germe è molto diffuso nell'ambiente – suolo, acqua, vegetazione –, pertanto può facilmente contaminare latte, verdure, formaggi, carni, pesce. I segni e i sintomi della malattia variano a seconda della persona infetta e della parte del corpo interessata dall'infezione. Le persone di età superiore ai 65 anni e i più fragili, tra cui i malati di tumore, diabete, HIV e Aids, i trapiantati, le persone in terapia con cortisone e affetti da altre patologie concomitanti o con dipendenze da alcool, possono sviluppare la malattia nelle sue forme più gravi: meningite, setticemia ed encefalite.

Case report

Lena giunge in PS per improvviso scadimento delle condizioni generali da circa tre ore, pochi minuti dopo che aveva assunto una compressa di paracetamolo per cefalea. Quest'ultima, insorta il giorno precedente, aveva dominato la sintomatologia d'esordio per poi lasciare spazio ad un severissimo rallentamento ideomotorio: la paziente si presentava confusa, disorientata, disartrica, tendente al sopore. Le viene assegnato un codice giallo.

TRIAGE

L'esame ABCDE non mostrava nulla di rilevante. La paziente si presentava confusa, disorientata, disartrica, tendente al sopore. L'esame neurologico veniva condotto con difficoltà. **EGA arterioso**: assenza di alterzioni dell'equilibrio elettrolitico e acido-base. **Rx torace**: aspetto lievemente addensato del parenchima polmonare in sede basale destra. **TC cranio**: segni di vasculopatia cerebrale cronica. **Esami ematochimici**: leucocitosi neutrofila con lieve incremento della proteina C reattiva.

CLINICA ED ESAMI

Durante l'osservazione clinica si apprezzava un ulteriore peggioramento dello stato di coscienza con picco febbrile di 39 °C; perciò, si praticava prelievo venoso periferico (2 set) per esame emoculturale, si raccoglieva campione urinario per esame chimico-fisico e colturale. Consulenza neurologica: stato di confusione mentale secondario ad uno stato settico da probabile polmonite; perciò si suggeriva di praticare TC del torace.

EVOLUZIONE

Il liquor aveva un aspetto ad acqua di roccia. **Esame chimico fisico**: rialzo delle proteine totali: 181 mg/dl. **Dosaggio di GFAP e UCH-L1 su siero**: 53 pg/ml e 514.4 pg/ml. **Dosaggio di GFAP e UCH-L1 su liquor**: 3302.3 pg/ml e 2674.7 pg/ml. **Multiplex PCR per la ricerca degli acidi nucleici di batteri, virus e miceti**: + Listeria Monocytogenes. **Terapia**:
- Ampicillina: 2 gr in bolo EV ogni 4 ore;
- Gentamicina: 1 mg/Kg EV ogni 8 ore.

RACHICENTESI

Cartella Clinica Numero : 0 Codice Paziente : 20250418295 Data Prelievo : 23/04/2025 12:19	Esame Chimico-Fisico Liquido Cerebrospinale	
Reparto: UOC MEDICINA D URGENZA PS	Volume	3 mL
Multiplex PCR per la ricerca degli acidi	Aspetto	OPALESCENTE Limpido
Campione: Liquor.	Colore pre-centrifugazione	ACQUA DI ROCCIA
Metodo: Film Array ME PANEL	Colore post-centrifugazione	ACQUA DI ROCCIA Acqua di roccia
Batteri	Glucosio	↑ 93 mg/dL 50 - 80
Escherichia coli K1 Non rilevato	Proteine Totali	↑ 181,9 mg/dL 15 - 60
Haemophilus influenzae Non rilevato	AST (GOT)	7 U/L -
Listeria monocytogenes Rilevato ←	ALT (GPT)	6 U/L -
Neisseria meningitidis Non rilevato	LDH	34 U/L -
Streptococcus agalactiae Non rilevato	Na+ (Sodio)	↓ 141 mmol/L -
Streptococcus pneumoniae Non rilevato	K+ (Potassio)	2,6 mmol/L -
Virus	Cloro [Cl-]	122 mmol/L -
	Microalbumina	1130,0 mg/L -

Dosag.	Risult.	Interpret.	Segnal.
TBI	1	Positive	
GFAP	3302.3 pg/mL	Positive	
UCH-L1	2674.7 pg/mL	Positive	
***** Fine rapporto *****			

Conclusioni

La diagnosi di encefalite in Pronto Soccorso può risultare particolarmente complessa soprattutto nella popolazione anziana dove le diverse comorbidità (demenza senile in primis) possono destare confusione nell'identificazione e nel corretto inquadramento dei sintomi. Questi ultimi sono dotati di una scarsissima specificità. In questo contesto, è fondamentale un'opera di "sensibilizzazione" del medico di PS che deve essere allenato a porre il dubbio clinico che deve essere sempre seguito da una puntura lombare a scopo diagnostico.

Il dosaggio dei biomarcatori del trauma cranico (GFAP e UCH-L1) nel liquor sta trovando impiego, ancora con molta difficoltà, principalmente nelle encefaliti a genesi autoimmune. Il cospicuo aumento di entrambi i marcatori evidenziato in questo caso clinico (e anche in molti altri casi di encefalite gestiti nel nostro PS) suggerisce un potenziale ruolo da protagonista di questi marcatori anche nelle encefaliti su base infettiva e costituisce la premessa per la raccolta di un campione di pazienti più ampio al fine di valutarne il potenziale diagnostico.

Affiliazioni

1. Dirigente Medico, U.O.C. Medicina d'Emergenza-Urgenza, Ospedale C.T.O., A.O.R.N. dei Colli, Napoli; 2. Specializzando Medicina d'Emergenza-Urgenze – Università di Napoli «Federico II»; 3. Infermiere, U.O.C. Medicina d'Emergenza-Urgenza, Ospedale C.T.O., A.O.R.N. dei Colli, Napoli; 4. Dirigente Biologo, U.O.S.D. Patologia Clinica, Ospedale C.T.O., A.O.R.N. dei Colli, Napoli; 5. Medico Chirurgo volontaria presso U.O.C. Medicina d'Emergenza-Urgenza, Ospedale C.T.O., A.O.R.N. dei Colli, Napoli

Contatti

Riccardo Candido: riccardo.candido7@gmail.com – riccardoc22@yahoo.it

CASO CLINICO – Malattie infettive