

CASE-REPORT: UNCASO DI PANCRETAITE DA CMV IN CORSO DI TERAPIA CON COTRIMOSSAZOLO PER PCP

Punzi R., Boffa N., Masullo A., D'Aniello F., Mazzeo M.

U.O. S.C. M. Infettive dell'Azienda Ospedaliera R.N. "OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" Salerno; Direttore: Maurizio Mazzeo

Paziente di circa 60 aa., trasferito presso la nostra U.O. dalla Rianimazione di un ospedale della nostra provincia con diagnosi di insufficienza respiratoria acuta, febbre e recente riscontro di sieropositività per HIV-Ab con metodica ELISA, FR: omo.

Giunge alla nostra osservazione in condizioni cliniche scadute, polipnoico, febbrile, con candidosi orale, paO_2 63.8, ph 7.472, G.B 3400, Hb 11.4, leucociti 3.400, linfociti totali 600.

L'esame TC torace, eseguito in regime d'urgenza, mostra diffuso ispessimento interstiziale con aspetto confluyente in sede parailare bilaterale e parieto basale sin. Qualche piccola bolla aerea si apprezza in in campo polmonare sup. a dx.

Il Test W.B. dà conferma di sieropositività per HIV, la carica virale risulta elevata (610.000 copie/ml AMPLICOR Roche), l'esame delle sottopopolazioni linfocitarie dimostra grave compromissione dell'immunità cellulo-mediata (Linfociti CD4+ 2% 12/mmc; linfociti CD8+ 76%; CD4+/CD8+ 0.03).

All'ingresso il paziente inizia terapia con ceftriaxone, cotrimossazolo ai dosaggi consigliati per PCP, fluconazolo, metilprednisolone, ranitidina, ossigenoterapia.

Le condizioni cliniche del paziente migliorano gradualmente già dai primi giorni di terapia, con modificazione del quadro obiettivo, strumentale ed emogasanalitico che consentono una graduale riduzione ed infine sospensione della terapia corticosteroidica, della terapia con ceftriaxone e fluconazolo.

Dopo circa 2 settimane dal ricovero, in considerazione delle migliorate condizioni cliniche ma a cagione della compromissione immunitaria, viene instaurata terapia ARV con ZDV, 3TC, LPV-RTV.

Dopo circa 2 giorni esordio di sintomatologia dolorosa addominale, alvo stitico, marcato incremento dell'amilasi e delle lipasi; quadro ecografico e radiologico compatibile con diagnosi di pancreatite acuta.

Viene sospesa dopo solo 48 ore la terapia ARV; il paziente inizia alimentazione parenterale, terapia generale di supporto, e dopo riscontro di CMV-DNA su campione ematico con metodica PCR (19.100 copie/ml) inizia terapia parenterale con ganciclovir con risoluzione pronta della sintomatologia addominale, ripresa della cenestesi, più lenta normalizzazione dei valori degli enzimi pancreatici e negativizzazione del CMV-DNA.

Dopo circa una settimana il paziente ricomincia terapia ARV con 3TC, NFV, TNF e dopo quattro settimane interrompe la terapia con ganciclovir.

Descriviamo la storia clinica di questo paziente con marcata compromissione immunitaria che ha presentato due infezioni opportunistiche maggiori, polmonite da PC e pancreatite da CMV.

E' interessante sottolineare l'esordio dell'infezione della patologia extraoculare da CMV in corso di terapia per PCP presumibilmente per numerosi fattori etiopatogenetici.

Poiché l'esordio della pancreatite è avvenuto circa 48 ore dopo l'inizio di una terapia HAART, riteniamo che tale periodo sia troppo breve per parlare di "sindrome da immunorestorazione".