

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Luglio 2019

numero 7

### INFETTIVOLOGIA

#### OCCHIO ALL'OCCHIO

Maria Rita L. Genovese, Giulia Gortani

*IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste*

**Indirizzo per corrispondenza:** [genovese.mariarita@gmail.com](mailto:genovese.mariarita@gmail.com)

E. è un ragazzo di 15 anni affetto da malattia neuromuscolare, che viene sottoposto ad intervento di funduplicatio secondo Nissen e posizionamento PEG per disfagia ingravescente ed esofagite da reflusso.

Il post operatorio si è complicato con l'insorgenza di febbre elevata, che non risultava responsiva alla terapia antibiotica sistemica ad ampio spettro avviata. Il quadro si accompagnava a cefalea, gastroparesi, disionemia con ipokaliemia, con necessità di degenza in terapia intensiva.

Al 5° giorno di febbre il ragazzo iniziava a riferire la presenza di uno scotoma dell'occhio sinistro, per il quale, dopo valutazione del fundus oculi al letto del paziente, veniva sospettato un fenomeno di natura ischemica in corso di sepsi. Il ragazzo veniva pertanto sottoposto a RMN encefalo, con esito negativo.

Persistendo la febbre veniva ricercata la presenza di un ascesso profondo mediante TC total body, che risultava negativa. Non potendosi escludere un'etiologia fungina del quadro si avviava terapia empirica con fluconazolo, con progressiva defervescenza.

L'emocoltura risultava successivamente positiva per *Candida Albicans*. Persistendo lo scotoma il ragazzo veniva sottoposto a rivalutazione oculistica. L'esame del fundus mostrava la presenza, a carico della macula retinica, di un microessudato iuxta foveale superotemporale con screezio emorragico foveale adiacente. L'angio-OCT (Tomografia Oculare Computerizzata) negava la presenza di occlusioni vascolari, mostrando invece una lesione iperreflettente foveale degli strati retinici esterni, suggestiva di infezione oculare da candida.

In assenza di localizzazione vitreale e visto il complessivo miglioramento clinico del ragazzo si decideva di mantenere invariata la terapia con fluconazolo in atto. La

terapia veniva proseguita, come indicazioni della letteratura, per 6 settimane, con progressiva scomparsa dello scotoma e delle alterazioni retiniche al fundus oculi<sup>1</sup>.

Il coinvolgimento oculare nei pazienti ospedalizzati con sepsi da candida è stimato essere del 2-26% e la presenza di un catetere venoso centrale ne rappresenta il primo fattore di rischio. Il fungo raggiunge l'occhio con diffusione ematogena, coinvolgendo in prima battuta la corioide (coroidite) o la retina e la corioide (retinite-coroidite) e solo successivamente il vitreo.

In presenza di retinite-coroidite può essere utilizzata la sola terapia antifungina sistemica. In pazienti in cui è coinvolta la macula o il vitreo può essere raccomandata in aggiunta l'infiltrazione intra-vitrea con anfotericina B o voriconazolo per garantire un più rapido raggiungimento di elevata concentrazione del farmaco intraoculare. Nel nostro caso, pur essendoci un coinvolgimento della macula, valutando che la terapia era già in atto da giorni e che il quadro oculare non sembrava evolutivo, si è deciso di soprassedere a questa procedura. In caso di grave vitrite è necessaria anche la vitrectomia.

Siccome il calo del visus nell'endoftalmite da candida può verificarsi anche a distanza di giorni o settimane dall'iniziale candidemia, alcune linee guida raccomandano che tutti i pazienti con diagnosi di sepsi da candida siano precocemente sottoposti a valutazione del fundus oculi per una precoce diagnosi e eventuale adeguamento della terapia antifungina.

#### Bibliografia

1. Ramgopal S, Ivan Y, Medsing A, Saladino RA. Pediatric necrotizing pneumonia: a case report and a review of the literature. *Pediatr Emer Care* 2017;33(2): 112-5.