

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

UNA SEPSI NEONATALE PRECOCE DA *LISTERIA*

Maria Rita Genovese

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: genovese.mariarita@gmail.com

Primogenito di genitori vegani, nato a 32 settimane da taglio cesareo di emergenza per movimenti fetali ridotti/assenti e un tracciato cardiocografico patologico dal giorno precedente la nascita. L'ecografia prenatale eseguita il giorno della nascita mostrava iperecogenicità intestinale e versamento peritoneale. La gravidanza è decorsa con sospetto di infezione da Herpes genitalis a 29 settimane di gestazione trattato con aciclovir. Non è stata eseguita la profilassi steroidea prenatale. Liquido amniotico tinto.

Alla nascita il piccolo si presentava molto ipototonico, iporeattivo e bradicardico, per cui è stato ventilato con maschera i primi 4 min di vita con FiO₂ 0,40 e rapida ripresa della frequenza cardiaca ai primi atti ventilatori; al 5° min viene messo in nCPAP la SpO₂ era pari al 95%, a 8 min FiO₂ ridotta a 0,21 e trasferito in Terapia Intensiva neonatale. L'indice di Apgar era 3-7-9 a 1'-5'-10' rispettivamente; il peso di 1959 g.

La dinamica respiratoria del piccolo va peggiorando, con maggior necessità di ossigeno e presenza di acidosi respiratoria; viene intubato e posto in ventilazione meccanica. Eseguita una Rx, mostrava un quadro di verosimile malattia delle membrane ialine di 2° grado e nessun livello idroaereo all'addome. Viene somministrata una dose di surfactante di 400 mg che ottiene solo un parziale beneficio.

L'emocromo mostrava una leucopenia (Gb 4040/mm³ con neutrofilii 1190/mm³), con Hb e piastrine nella norma, una lieve iposodiemia, aumento di LDH AST e troponina compatibili con l'asfissia.

Dato il quadro, l'anamnesi e l'emocromo si sospetta una

sepsi neonatale, per cui viene eseguita emocoltura e avviata antibiotico terapia con ampicillina e aminoglicosidico.

A 18 ore di vita l'ipotono si tramuta in ipertono assiale con arti inferiori prevalentemente in estensione.

Il monitoraggio cerebrale continuo e le ecografie del sistema nervoso centrale seriate risultano nella norma.

A 24 ore di vita si ha il riscontro di positività per *Listeria monocitogenes* sia dall'emocoltura che dal campione di placenta. Viene adeguata dunque la dose di ampicillina a 200 mg/kg/die e sospeso l'aminoglicosidico.

In terza giornata vengono eseguite una seconda emocoltura e una puntura lombare che fortunatamente risultano negative.

Il piccolo effettua la terapia antibiotica per 14 giorni, durante i quali la dinamica respiratoria ha un netto miglioramento. Viene estubato e già a 30 ore di vita respira autonomamente in aria ambiente.

La diagnosi dunque è **sepsi precoce da *Listeria* senza meningite** con sindrome da distress respiratorio (da verosimile polmonite da *Listeria*).

Il piccolo si manterrà stabile per tutta la degenza, con ottimi parametri vitali e buone condizioni generali fino alla dimissione, peso in crescita e buona autonomia alimentare. Eseguita RM a un mese che non mostra alcuna alterazione.

La listeriosi è 18 volte più comune in stato di gravidanza, soprattutto durante il terzo trimestre; nella maggior parte dei casi la gravida è febbrile e presenta uno stato "settico". L'infezione transplacentare può anche essere causa di aborto spontaneo o morte intrauterina.