

gitidis (2/3 ceppo C:2b, 1/3 ceppo 2a); 3 *S. pneumoniae* e 1 *E. faecalis*. Per quest'ultimo, l'agente eziologico della meningite correlava con condizioni igieniche estremamente precarie del pz. L'età media dei pazienti era di 44 anni (range 17-76aa). Tutti i pazienti sono sopravvissuti, ad eccezione di un unico caso fulminante di meningite da *S. pneumoniae*.

Conclusioni. L'eziologia delle meningiti batteriche nell'area spezzina per l'anno 2005 indica la prevalenza di *N. meningitidis* e *S. pneumoniae*, con un solo caso eccezionale di meningite da *E. faecalis*. In conclusione i nostri dati non si discostano da quelli nazionali riportati dall'ISS, per i quali i due patogeni sopracitati sono responsabili del 61% di tutte le meningiti in Italia (anno 2005). Tuttavia, i dati sembrerebbero indicare un'incidenza media di circa 3,5 casi/100.000 abitanti nella provincia di La Spezia, che rifletterebbe l'andamento stesso della Liguria (circa 2,5 casi/100.000 abitanti) anche se lievemente più alto.

053

CHERATITE SEVERA DA *FUSARIUM PROLIFERATUM* IN PORTATORE DI LENTI A CONTATTO GIORNALIERE

Casella P.¹, Di Giacomo N.², Farina C.³, Lombardi G.⁴

¹SMEL, A.O. "Ospedale di Vercate" Presidio di Vercate, Via C. Battisti 23, 20059 Vercate.

²Divisione di Oculistica, A.O. "Ospedale di Vercate" Presidio di Vercate, Via C. Battisti 23, 20059 Vercate.

³U.O. Microbiologia A.O. "Ospedale S. Carlo Borromeo", via Pio II 3, 20153 Milano.

⁴Laboratorio di Microbiologia A.O. "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi" viale Borri 57, 21100 Varese.

Introduzione. Raramente tra i fattori di rischio delle cheratiti microbiche è descritto l'uso di lenti a contatto. I funghi ne sono causa soprattutto nei paesi a clima caldo, di queste il 25-62% è sostenuto da *Fusarium* spp. Descriviamo un caso di cheratite severa da *Fusarium proliferatum* in portatrice di lenti a contatto giornaliere.

Metodi. Lo scraping corneale venne seminato in Agar sangue, Agar cioccolato (incubazione CO₂ 10%) e agar Sabouraud. (aerobiosi) fino a 5 giorni secondo BSOP 2.

L'identificazione definitiva su basi morfologiche e colturali venne condotta presso l'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano.

Risultati. M.S. femmina, normoergica, aa 28, portatrice cronica di lenti a contatto, il giorno 24/12/2005 si presentava in pronto soccorso con piccolo infiltrato corneale. Venne sottoposta a terapia locale con netilmicina. Il giorno 30/12 si ripresentò con voluminoso ascesso corneale e ipopion. Venne eseguito scraping ed inviato nel laboratorio del P.O. di Vercate per esame colturale. Dopo 3 giorni vennero isolati miceti filamentosi ialini, identificati in quinta giornata come *Fusarium* spp.

Sulla scorta del referto microbiologico si iniziò terapia con anfotericina B e.v. La paziente non migliorava e veniva sottoposta a due interventi di trapianto corneale, il giorno 17 gennaio e 10 febbraio, senza successo.

Dopo il primo intervento veniva iniziata senza successo terapia con voriconazolo ev. Il giorno 12 febbraio la paziente fu ricoverata all'Istituto Barraquerr di Barcellona per trattamento con anfotericina B in perfusione continua per 30 gior-

ni, con remissione completa dell'infezione e recupero del visus (7/10).

Conclusioni. L'infezione descritta non è correlata ai casi di cheratite da *Fusarium* riportati su MMWR in Aprile 2006 e accaduti in USA nel secondo semestre 2005. La collaborazione in tempi stretti tra microbiologi e clinici è stata determinante nell'individuazione, nel trattamento e nella risoluzione del caso.

054

TINEA INCOGNITO DA *MICROSPORUM GYPSEUM*. DESCRIZIONE DI UN CASO IN UN SOGGETTO HIV+

Fazii P.¹, Parruti G.², Russi C.¹, Consorte A.², Polilli E.¹, Pelatti A.¹, D'Amico G.², Crescenzi C.¹, Gattone M.C.¹, Riario Sforza G.¹

¹U.O. di Laboratorio Analisi Chimico-cliniche e Microbiologia

²U.O. Malattie Infettive, P.O. "Spirito Santo",

Via Fonte Romana, 8, 65124 Pescara

Introduzione. La tinea incognito è una particolare forma di dermatofitosi modificata nell'aspetto dall'uso incongruo di corticosteroidi applicati localmente per errata diagnosi oppure somministrati per via sistemica per la terapia di altre patologie. Gli agenti causali di questa micosi sono abitualmente i dermatofiti antropofili (soprattutto *Trichophyton rubrum*), molto più raramente quelli zoofili e geofili. I soggetti HIV+, anche durante le fasi di progressione della virosi, non sembrano presentare una prevalenza più elevata di dermatofitosi rispetto agli immunocompetenti; è vero invece che, nei soggetti immunodepressi, queste micosi superficiali si possono presentare più estesamente e con maggior coinvolgimento del derma e degli annessi cutanei e spesso sono più resistenti alle terapie.

Caso clinico. Descriviamo un caso di tinea incognito in un soggetto HCV+ e HIV+ pervenuto alla nostra osservazione nel 2006. Si è trattato di un soggetto di sesso maschile di 37 anni di Pescara, meccanico, ex tossicodipendente, HIV+ dal 1994, affetto da AIDS conclamato dal 1997. Negli ultimi anni la situazione clinica era nettamente peggiorata, con fallimento terapeutico e con i CD4 che si presentavano costantemente < 100 /mL. Dalla seconda metà del 2005 il paziente presentava delle lesioni psoriasiformi sul viso, sulle mani e delle unghie e, per tale motivo, era stato trattato anche con corticosteroidi topici, che avevano peggiorato il quadro sintomatologico. L'esame micologico diretto dimostrò numerose ife ialine settate, mentre all'esame colturale, dopo circa dieci giorni, si evidenziarono delle colonie fungine; l'osservazione macro- e micro-morfologica delle stesse condusse all'identificazione della specie *Microsporum gypseum*. Solo la terapia con anfotericina B liposomiale è riuscita a controllare il problema dermatologico, con netto miglioramento del quadro sintomatologico. Il caso è stato segnalato per la rarità delle dermatofitosi da *Microsporum gypseum* nei soggetti HIV+ e per la particolare presentazione della dermatofitosi.