

Un interessante caso di mediastinite

Cristina Pellissetto¹

Abstract

Mediastinitis is an inflammatory process; it can be either acute or chronic and it can advance rapidly. Causes of acute mediastinitis usually arise from perforation of the oesophagus or from contiguous spread of neck infections. An important neck or chest pain with fever or the onset of inflammatory index and the enlargement of the mediastinal x-ray image should lead to suspect mediastinitis. The TC-scan of neck and thorax is the gold standard for mediastinitis diagnosis.

Keywords: mediastinitis, neck pain, pleural drainage

An interesting case of mediastinitis

CMI 2010; 4(Suppl. 3): 43-46

¹ Ospedale S. Lorenzo, Carmagnola (TO)

INTRODUZIONE

La mediastinite è un processo flogistico a decorso acuto o cronico che riconosce nella maggior parte dei casi un'etiologia infettiva. Descritta per la prima volta da Boerhaave nel 1742, essa risulta caratterizzata dalla necrosi del tessuto cellulare lasso del mediastino.

Le cause di mediastinite sono riassunte nella Tabella I. Gli organismi patogeni responsabili di mediastinite sono: aerobi, anaerobi, miceti o flora mista [1]. L'infezione mediastinica si propaga per contiguità lungo i piani fasciali, i grossi vasi, la trachea e i bronchi. I segni/sintomi più frequenti di mediastinite sono: febbre, leucocitosi, dolore intenso cervicale e/o toracico, a volte disfagia, fino a complicanze più temibili quali ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*) e shock.

Il sospetto di mediastinite si ha attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo; l'Rx torace può mostrare un allargamento del mediastino, ma è la TC collo + torace che fa formulare la diagnosi di certezza.

- Perforazione dell'esofago (90% dei casi)
- Infezioni della testa e del collo (tonsilliti, ascessi dentari)
- Infezioni pleuriche e/o polmonari
- Ascessi subfrenici
- Traumi chiusi o penetranti
- Infezioni metastatiche secondarie a osteomieliti
- Infezione da sternotomia mediana idiopatica

CASO CLINICO

Nel tardo pomeriggio di qualche anno fa giunse in Pronto Soccorso la signora FC, di 75 anni, accompagnata dalla figlia. Da alcuni giorni la paziente presentava dispnea, tachipnea con respiro superficiale ed estrema astenia. Concomitava febbricola con rallentamento ideomotorio alternato a sopore, nonché comparsa di incontinenza urinaria, disfagia e un'importante cervicalgia da due giorni.

In anamnesi la figlia riportava un'ipertensione arteriosa in buon compenso con la terapia antipertensiva, e un'artrite reumatoide in terapia con steroidi e idrossiclorochina.

Tabella I

Cause di mediastinite

Corresponding author
Dott.ssa Cristina Pellissetto
cpellissetto@yahoo.it

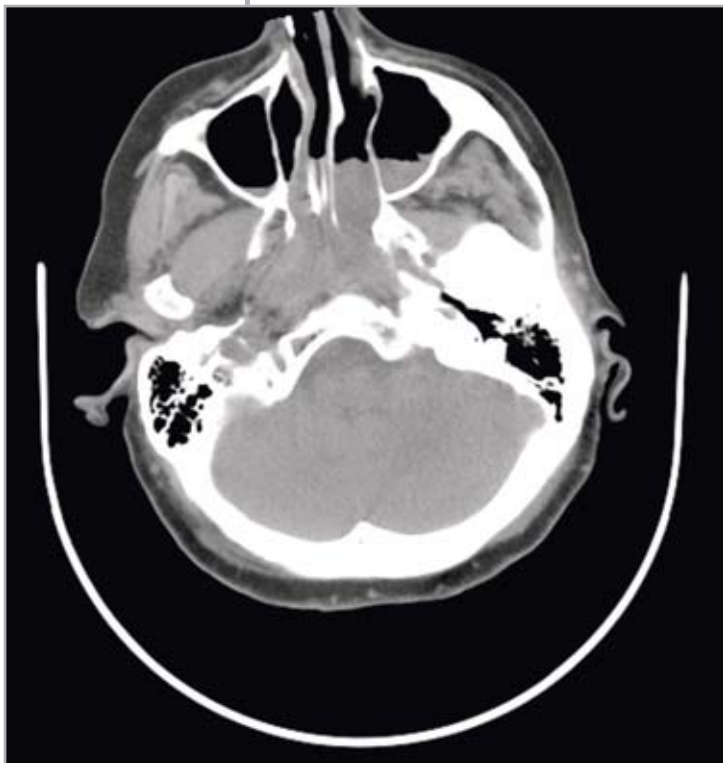


Figura 1
TC massiccio-facciale
effettuata dalla paziente

All'ingresso in P.S. la paziente si presentava vigile e collaborante seppur astenica; la pressione arteriosa era di 120/70 mmHg in presenza di tachicardia regolare (frequenza

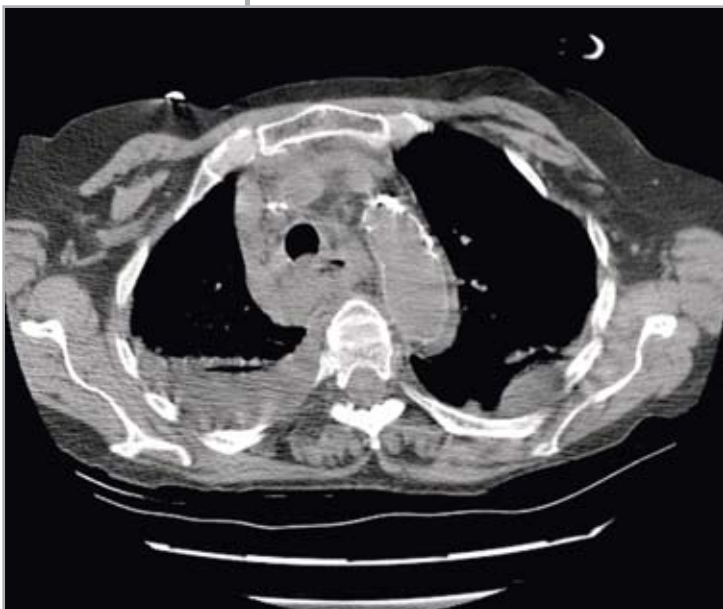


Figura 2
TC mediastino
effettuata dalla paziente

cardiaca = 120 bpm) e la saturazione era di 91% in aria ambiente con una frequenza respiratoria di 28 atti per minuto. La temperatura corporea era di 37,8 °C. Le mucose erano disidratate con micosi della lingua, la

tiroide risultava palpatoriamente ingrandita e non erano presenti soffi carotidei. L'esame obiettivo risultava nella norma, eccetto che per la presenza di toni cardiaci tachicardici, di un murmure vescicolare diffusamente ridotto soprattutto alle basi polmonari e di una dolorabilità nei quadranti addominali di destra con Blumberg e Murphy negativi. L'esame obiettivo neurologico rilevava un lieve deficit sensitivo-motorio a sinistra.

Gli esami ematochimici rilevavano una leucocitosi neutrofila (globuli bianchi = 24.960/mm³, neutrofilo = 96,9%), un incremento degli indici ritentivi renali (creatinina = 2,7 mg/dl), elettroliti, glicemia e funzionalità epatica sostanzialmente nella norma (Na⁺ = 134 mEq/l; K⁺ = 4,3 mEq/l; HGT = 90; AST = 30; ALT = 16), enzimi cardiaci e funzionalità tiroidea nella norma.

La radiografia del torace evidenziava segni di enfisema, con modesto ingrandimento dell'ombra cardiaca e dell'ombra mediastinica con margini sfumati. L'Rx dell'addome risultava nella norma.

Veniva inoltre eseguita un'ecografia latero-cervicale + tiroide che evidenziava uno struma tiroideo. La paziente veniva quindi ricoverata nel reparto di Medicina con il sospetto di TIA (attacco ischemico transitorio). Alla TC cranio basale si evidenziava un quadro di encefalopatia corticale su base vasculopatica cronica.

Durante la degenza si assisteva a un episodio di agitazione psicomotoria, accompagnata da dispnea e dolore toracico con nuovo rialzo termico (temperatura corporea = 37,7 °C). Gli accertamenti eseguiti permettevano di escludere un quadro di sindrome coronarica acuta (ECG paragonabile al precedente, curva enzimatica cardiaca negativa).

Venne quindi eseguita un'EGA (emogasanalisi) arteriosa, durante ossigeno-terapia, con evidenza di una grave acidosi metabolica (pH = 7,06; pCO₂ = 35 mmHg; pO₂ = 126 mmHg; HCO₃⁻ = 10,6 mmol/l) in presenza di valori di creatinemia in aumento rispetto all'ingresso (3 mg/dl). Le emocolture risultavano negative. Dopo terapia con bicarbonato ev e idratazione si assisteva a netto miglioramento clinico ed emogasanalitico.

Al persistere dell'importante cervicalgia, e in seguito al rialzo degli indici di flogosi e della febbre, veniva eseguita una TC massiccio-facciale + collo + torace che evidenziava, oltre a un parziale impegno di seni mascellari e fosse nasali (Figura 1), una colata retrotracheale di 15 mm che si estendeva

nel mediastino medio (Figura 2), oltre a un versamento pleurico bilaterale, maggiore a destra (Figura 3).

La paziente veniva quindi sottoposta a intervento chirurgico di toracotomia posterolaterale destra, con evacuazione di abbondanti raccolte pleuriche e paravertebrali al collo (aspirazione di 800 ml di liquido torbido, con colturale negativo). Veniva inoltre eseguita una tracheostomia chirurgica e lasciato in sede drenaggio pleurico.

Durante la degenza nel reparto di Rianimazione la paziente sviluppava un quadro di shock settico con necessità di supporto aminico e sedute dialitiche. Veniva ventilata meccanicamente per due settimane e sottoposta a terapia antibiotica ad ampio spettro.

Dopo circa un mese di permanenza nel reparto di Rianimazione, veniva trasferita nuovamente in Medicina. A causa della persistenza della disfagia, la donna veniva sottoposta a PEG (gastrostomia posizionata per via endoscopica); si assisteva a una quasi normalizzazione della conta leucocitaria (globuli bianchi = $9.530/\text{mm}^3$) e alla netta riduzione della creatinina (1,4 mg/dl).

La paziente iniziava un programma di fisioterapia motoria, pur con necessità di frequenti aspirazioni tracheali. Dopo qualche giorno, però, il quadro si complicava con NSTEMI (*Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction*) e successiva comparsa di febbre e dispnea. All'Rx torace si evidenziava un focolaio polmonare basale destro con positività all'esame colturale su escreato per *Klebsiella pneumoniae*, trattata con ciprofloxacina.

Nonostante un iniziale miglioramento clinico e radiologico, si assisteva ad *exitus* della paziente per edema polmonare acuto.

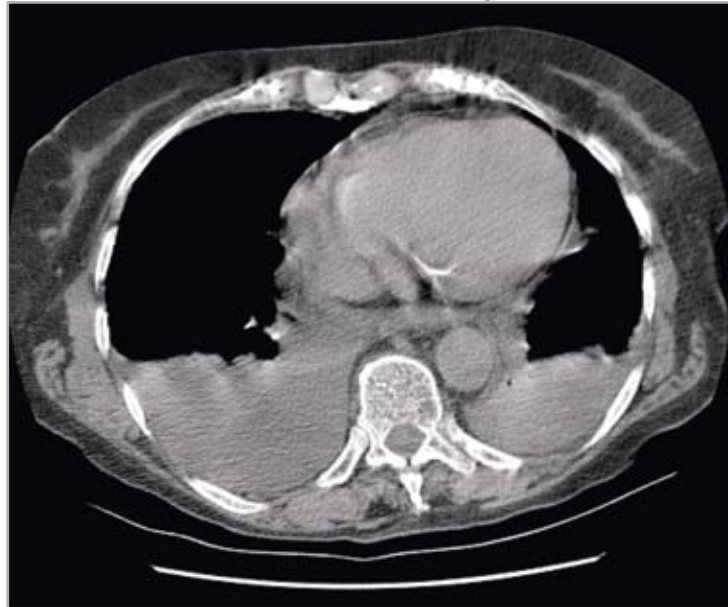


Figura 3
TC torace effettuata dalla paziente

DISCUSSIONE

La mediastinite è una grave infezione che proviene più frequentemente dal distretto cervicale, mentre più raramente origina dal retroperitoneo (per l'effetto protettivo esercitato dal diaframma).

Il caso clinico sopra descritto può essere un esempio di mediastinite discendente necrotizzante, una varietà di mediastinite particolarmente grave; essa origina da infezioni a partenza orofaringea che diffondono agli spazi cervicali e da essi discendono al mediastino [2].

Nella Tabella II sono riportati i criteri per la diagnosi di mediastinite discendente necrotizzante descritti da Estrera e colleghi [2].

Il trattamento della mediastinite si avvale principalmente del drenaggio cervico-me-

- Manifestazione clinica di infezione orofaringea severa
- Dimostrazione di infezione mediastinica all'esame radiologico
- Documentazione di infezione necrotizzante del mediastino sul tavolo operatorio o all'autopsia
- Evidenza di una relazione fra l'infezione orofaringea e la mediastinite

Terapia ev elettiva

Piperacillina-tazobactam 4,5 g q8h x 2 settimane
oppure
ampicillina-sulbactam 3 g q6h x 2 settimane

Terapia ev alternativa

Meropenem 1 g q8h x 2 settimane
oppure
imipenem 1 g q6h x 2 settimane
oppure
ertapenem 1 g q24h x 2 settimane

Tabella II
Criteri per la diagnosi di mediastinite discendente necrotizzante [2]

Tabella III
Esempi di terapia empirica della mediastinite

diastinico, in associazione ad antibiotico-terapia ad ampio spettro o mirata (in caso di positività all'esame colturale). Nella Tabella III è riportato un esempio di terapia empirica [3]. Nel caso di infezioni da germi Gram negativi anaerobi può anche essere tentata la terapia iperbarica [4]. Nonostante l'ottimizzazione della terapia chirurgica

e medica, la mediastinite assume spesso un decorso fulminante.

DISCLOSURE

L'Autrice dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Crepaldi G, Baritussio A. Trattato di medicina interna. Milano: Piccin; vol 3, p. 2124
2. Estrera AS, Lanay MJ, Grisham JM, Sinn DP, Platt DP, Platt MR. Descending necrotizing mediastinitis. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 545-52
3. Burke Cunha A. Antibiotic essentials. Sudbury, MA: Physicians Press 2009; p. 48
4. Belhadj Amor M, Dakhlaoui J, Souissi H, Balma A, Labbène I, Ferjani M. Hyperbaric oxygen therapy as an adjunctive treatment for acute mediastinitis due to oesophageal perforation. *Ann Fr Anesth Reanim* 2007; 26: 862-4