

MENINGITI RICORRENTI IN BAMBINO CON CISTI DERMOIDE SACRALE A SEDE INTRA ED EXTRADURALE E SENO DERMICO

Samantha Bosis, Enrica Begliatti, Sophie Guez, Roberta Droghetti, Gabriella Chiarelli, Fabiola Corti, Paolo Rampini*, Susanna Esposito, Nicola Principi

Istituto di Pediatria e *Clinica di Neurochirurgia, Università degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano

Introduzione: I disrafismi spinali possono essere complicati da meningiti ricorrenti determinate dall'ingresso di microrganismi provenienti dalla cute attraverso un seno dermico. Riportiamo il caso di un bambino di 3 anni con cisti dermoide sacrale e seno dermico che ha presentato meningiti ricorrenti.

Caso clinico: Nato a termine da parto eutocico, peso alla nascita 3,000 gr. Adeguato raggiungimento delle tappe dello sviluppo psicomotorio. Anamnesi patologica remota negativa per patologie di rilievo. Il piccolo è giunto alla nostra osservazione per la comparsa improvvisa di sonnolenza, vomito e alvo liquido. All'esame obiettivo riscontro di iperpiressia, sopore, rigor, Lasegue positivo, dermatografismo negativo, nervi cranici indenni, non segni di lato. La TC encefalo è risultata nella norma e l'esame del liquor ha mostrato 9.800 leucociti/mm³ a prevalenza neutrofila, glicorrachia di 34 mg/dL e proteinorrachia di 225 mg/dL. Gli esami ematochimici hanno evidenziato indici di flogosi nella norma (GB 7.600/mm³, neutrofili 68,6%, linfociti 28,3%, PCR 0,68 mg/dL). È stata, quindi, posta diagnosi di meningite ed è stato deciso il ricovero. È stata iniziata terapia antibiotica e.v. con ceftriaxone, con mancato miglioramento clinico e incremento degli indici di flogosi (GB 28.900/mm³, neutrofili 86,3%, linfociti 7,42% PCR 15,09 mg/dL). Per l'esito della coltura liquorale positivo per *Escherichia coli* resistente alle cefalosporine, è stata eseguita rachicentesi e la terapia in corso è stata sostituita con meropenem. A distanza di 72 ore si è osservata la ricomparsa di iperpiressia e segni di irritazione meningea: all'esame del liquor evidenza di 3.570 leucociti/mm³, glicorrachia di 21 mg/dL, proteinorrachia di 60 mg/dL, con coltura positiva per *Streptococcus* beta-emolitico di gruppo B. La TC encefalo è risultata nuovamente negativa. Alla terapia antibiotica in corso sono state associate levofloxacina e.v. e vancomicina e.v., con rapido miglioramento clinico. Ripetuta la rachicentesi, il liquor è risultato negativo ma a distanza di 48 ore si è osservato un nuovo peggioramento clinico, con ricomparsa di iperpiressia e segni meningei. È stata, quindi, eseguita RM encefalo e rachide *in toto* che ha mostrato a livello intrarachideo-sacrale cisti dermoide paramediana sinistra a sede intra ed extradurale, con annesso seno dermico. Il piccolo è stato, quindi, sottoposto ad intervento neurochirurgico di interlaminotomia S1-S2 con asportazione della cisti dermoide e del seno dermico, con successiva plastica. Il decorso post-operatorio è stato caratterizzato da un quadro di nuova meningite conclamata, per cui è stata ulteriormente proseguita la terapia antibiotica in corso (meropenem+levofloxacina+vancomicina) per altre due settimane, associata a terapia steroidea con desametasone e.v.. Successivamente, si è assistito a

una progressiva risoluzione del quadro clinico con un'obiettività neurologica nella norma.

Conclusioni: Nel caso di meningite ricorrente o da germi non comuni al di fuori dell'età neonatale, è importante effettuare una valutazione neuroradiologica del rachide *in toto* alla ricerca di seni dermici, associati o meno a cisti dermoidi o epidermoidi o ad altri disrafismi, in modo da instaurare una terapia chirurgica e antibiotica tempestiva e prevenire lo sviluppo di deficit neurologici.