

UN CASO RARO: SINDROME DI LEMIERRE

Matteo Badini, Ilenia Mascherona

Ricevuto: 04.08.2025
revisionato: 05.01.2026
accettato: 07.01.2025

© The Author(s) 2026

Open Access This article is licensed under
a Creative Commons Attribution–
NonCommercial–NoDerivatives License

ISSN print: 1421-1009
ISSN online: 3042-6138

DOI: 10.63648/92xgnj27

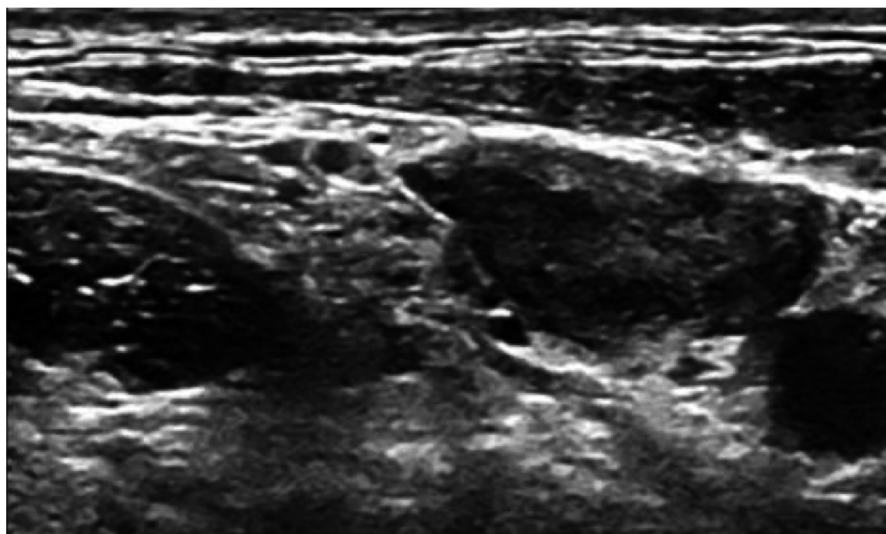


Figura 1: Ecografia del lato sinistro del collo che documenta multiple linfadenopatie, con un diametro massimo di 3.5 cm, e ispessimento della parete della vena giugulare interna, associato a segni di occlusione del lume.

Presentazione del caso

Un uomo di 36 anni si presenta al proprio medico curante per febbre elevata da tre giorni, associata a brividi e faringodinia. L'anamnesi personale è negativa per patologie rilevanti, fatta eccezione per una recente estrazione dentaria. All'esame obiettivo il paziente risulta febbrile (39.5 °C) e tachicardico (100 battiti al minuto), con valori pressori ai limiti inferiori della norma (90/60 mm Hg) e saturazione periferica di ossigeno pari all'89% in aria ambiente, in presenza di buona perfusione periferica. L'esame del cavo orale non evidenzia reperti patologici, mentre si rileva una marcata linfadenopatia cervicale sinistra, dolente e mobile, con dolorabilità diffusa del collo sullo stesso lato. Il murmure vescicolare appare globalmente ridotto; l'auscultazione cardiaca non mostra alterazioni.

Gli esami di laboratorio documentano un moderato incremento degli indici infiammatori, con leucocitosi ($13.8 \cdot 10^9/L$) e proteina C-reattiva pari a 27 mg/L. L'ecografia del collo eseguita al letto del paziente evidenzia linfadenopatie multiple, con diametro massimo di 3.5 centimetri,

associate a ispessimento della parete della vena giugulare interna sinistra e segni di occlusione del lume (Figura 1). Il quadro clinico-strumentale orienta verso un'infezione orofaringea complicata e il paziente viene inviato al Pronto Soccorso.

Iter diagnostico e trattamento iniziale

In ospedale una radiografia del torace mostra opacità parenchimali di non univoca interpretazione. La tomografia computerizzata del collo e del torace documenta multiple aree di consolidamento polmonare compatibili con emboli settici e conferma l'occlusione della vena giugulare interna sinistra (Figura 2 A). Dopo il prelievo di emocolture viene avviata una terapia antibiotica empirica endovenosa ad alte dosi con amoxicillina e acido clavulanico, associata a trattamento di supporto.

Al quarto giorno di degenza, una tomografia computerizzata di controllo evidenzia un peggioramento delle lesioni polmonari, con comparsa di noduli bilaterali a contenuto necrotico centrale (Figura 2 B). Le emocolture e l'esame microbiologico

del lavaggio broncoalveolare risultano positivi per un batterio anaerobio Gram-negativo, successivamente identificato come *Fusobacterium necrophorum*. In seguito le condizioni del paziente migliorano progressivamente, consentendo la dimissione in quindicesima giornata.

Discussione

L'associazione tra quadro settico acuto, infezione orofaringea, linfadenopatia cervicale, tromboflebite della vena giugulare interna e lesioni polmonari compatibili con emboli settici è altamente suggestiva di sindrome di Lemierre. Si tratta di una rara ma grave complicanza infettiva, generalmente sostenuta da *Fusobacterium necrophorum*, batterio anaerobio Gram-negativo appartenente al microbiota orale [1-3]. L'infezione origina tipicamente a livello faringo-tonsillare, con successiva estensione alla vena giugulare e disseminazione ematogena verso i polmoni. In assenza di diagnosi tempestiva e trattamento adeguato, l'evoluzione può essere rapidamente fatale [1, 2]. Questa malattia è tradizionalmente attribuita a un lavoro

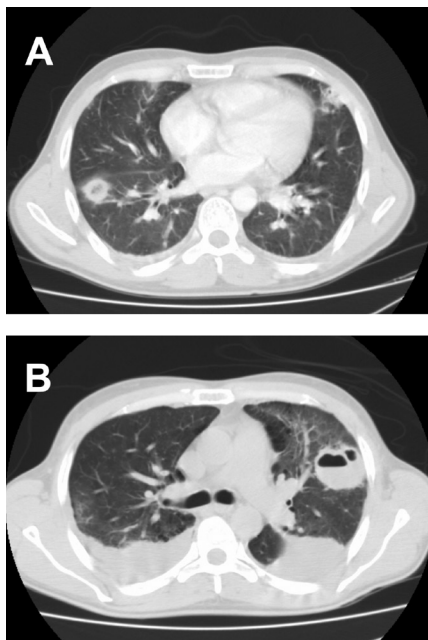


Figura 2: A. Esame di tomografia computerizzata del torace eseguito al momento del ricovero, che mostra ampie aree di consolidazione parenchimale, suggestive di embolizzazione settica. B. Esame di tomografia computerizzata di controllo, eseguito quattro giorni dopo, che evidenzia un incremento delle consolidazioni parenchimali, la comparsa di lesioni nodulari bilaterali con aree necrotiche centrali e versamenti pleurici bilaterali.

del medico e microbiologo francese André Lemierre (1875–1956) pubblicato nel 1936 [3].

Sono note tre varianti cliniche. La variante tipica complica una tonsillite acuta mentre la variante atipica è di origine odontogena oppure secondaria a infezioni dell'orecchio medio o dei seni paranasali. Una variante atipica particolarmente rara ha un'esordio addominale con tromboflebite in sede addominale o pelvica. *Fusobacterium necrophorum* è responsabile di circa l'ottanta per cento dei casi; tuttavia, sono riportati quadri analoghi attribuibili ad altri microrganismi, tra cui *Fusobacterium nucleatum*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* e *Streptococcus* (questi casi sono indicati come varianti simili alla sindrome di Lemierre, ovvero "Lemierre-like"). La variante tipica della

sindrome di Lemierre interessa più frequentemente giovani adulti sani, di età compresa tra 15 e 30 anni, ed è spesso preceduta da una faringite o tonsillite apparentemente banale [1, 2]. Una recente review della letteratura ha ipotizzato un possibile ruolo della mononucleosi infettiva da virus di Epstein-Barr, rilevando che circa un paziente su quattro con variante tipica presenta sierologia compatibile con un'infezione acuta [4]. Il trattamento antimicrobico raccomandato prevede, come nel caso descritto, l'impiego di amoxicillina e acido clavulanico. In numerosi casi è stato invece usato il metronidazolo [1, 2].

Conclusioni

Questo caso sottolinea l'importanza di riconoscere precocemente la sindrome di Lemierre in presenza di infezione orofaringea complicata e segni di disseminazione settica.

A Case of Lemierre Syndrome

Abstract

Lemierre syndrome is a rare but potentially life-threatening septic condition, most commonly caused by *Fusobacterium necrophorum*. We report the case of a 36-year-old man presenting with high fever, cervical lymphadenopathy, and respiratory manifestations shortly after a recent dental extraction. Imaging revealed thrombophlebitis of the internal jugular vein and septic pulmonary emboli, and microbiological investigations identified *Fusobacterium necrophorum*. Early recognition of the syndrome and initiation of empiric intravenous antibiotic therapy resulted in a favorable clinical outcome. This case underscores the importance of considering Lemierre syndrome in patients with oropharyngeal infection and signs of sepsis.

Keywords: Lemierre syndrome, *Fusobacterium necrophorum*

Bibliografia

1. Riordan T. Human infection with *Fusobacterium necrophorum* (Necrobacillosis), with a focus on Lemierre's syndrome. *Clin Microbiol Rev.* 2007;20(4):622-659.
2. Lee WS, Jean SS, Chen FL, Hsieh SM, Hsueh PR. Lemierre's syndrome: A forgotten and re-emerging infection. *J Microbiol Immunol Infect.* 2020;53(4):513-517.
3. Lemierre A. On certain septicaemias due to anaerobic organisms. *Lancet* 1936;227(5874):701-703.
4. Delcò AA, Montorfani SMMA, Gualtieri R, Lava SAG, Milani GP, Bianchetti MG, Bronz G, Faré PB, Kottanattu L. Epstein-Barr virus as promoter of Lemierre syndrome: systematic literature review. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024;281(10):5497-5502.

Affiliazioni

Dr. med. Matteo Badini
Studio Medico, via Massagno 20,
6900 Lugano (Svizzera)

Dr.ssa med. Ilenia Mascherona
Servizio di medicina d'urgenza,
Ospedale Regionale di Lugano,
Ente Ospedaliero Cantonale,
6900 Lugano (Svizzera)

Autore corrispondente: Matteo Badini,
e-mail: matteo.badini@hin.ch

Dichiarazioni

- Ruolo degli autori nella preparazione del manoscritto: concettualizzazione, preparazione del manoscritto, tabelle e figura: MB e IM
- Conflitti di interesse: nessuno.
- Fondi e sponsor: nessuno.
- Etica: non necessaria per un articolo di questo tipo.
- Accesso ai dati grezzi: nessun dato grezzo disponibile per questo articolo.