

opportunistica ad elevata mortalità in pazienti immunocompromessi con neutropenia prolungata. La sua incidenza risulta in aumento ed il successo della terapia è condizionato dalla diagnosi precoce.

L'aspergillosi polmonare invasiva (IPA) presenta un difficile e complesso approccio diagnostico e terapeutico poiché gli aspergilli possono colonizzare l'ospite senza essere causa di patologia. La diagnosi di laboratorio viene effettuata tradizionalmente con l'esame colturale su campioni respiratori e con la ricerca di antigeni specifici nel siero (galattomannano) con metodo rapido immunoenzimatico.

Il galattomannano è abbondantemente rilasciato durante la crescita del micete ed è presente a livello alveolare nei primissimi stadi dell'infezione.

Metodi.

Lo scopo di questo lavoro è stato e la valutazione dell'utilità diagnostica del dosaggio del galattomannano nel BAL. Sono stati analizzati 282 BAL (220 pazienti) sui quali sono stati eseguiti l'esame colturale e la ricerca del galattomannano (ASA) mediante metodica ELISA (Platelia Aspergillus, BIORAD) e 110 campioni di siero nei quali è stato dosato il galattomannano.

Risultati.

I risultati sono stati i seguenti: ASA-BAL: 224 negativi con index < 1.5 (182 pazienti) e 58 positivi con index: 1.7-20.0 (36 pazienti), coltura per Aspergillus spp: 245 negativi e 37 positivi, ASA-siero: 99 negativi (index <1,5) e 11 positivi (index: 1.6-8.9).

Tutti i 224 campioni di ASA-BAL-negativi sono risultati negativi per Aspergillus spp alla coltura, nessuno dei pazienti mostrava segni radiologici e clinici di infezione invasiva e tutti i 76 dosaggi eseguiti su siero erano negativi. Tra i 58 ASA-BAL-positivi: 36 (62%) erano positivi alla coltura e 22 (38%) erano negativi. Il dosaggio su siero è stato possibile per 34 campioni, dei quali 11 positivi. Nei BAL con valori di index inferiori a 4.0 non si sono avute colture positive mentre valori di index superiori a 6.0 sono sempre stati confermati da una coltura positiva, ad eccezione di un caso di IPA accertata con coltura negativa e ASA positivo su BAL e siero. Nei 36 pazienti ASA-BAL-positivi sono stati identificati 25 casi di aspergillosi invasiva (8 accertata, 2 probabile e 15 possibile secondo i criteri dell'EOTCC). Il valore predittivo negativo del test risulta essere del 100% con un buon valore predittivo positivo (superiore al 70%) per i pazienti ad alto rischio.

Conclusioni.

Pertanto si ritiene che il dosaggio del galattomannano su BAL è utile per fornire in meno di 3 ore importanti informazioni per la diagnosi o per l'esclusione dell'aspergillosi invasiva.

CO9.3

EBV-DNA E MODULAZIONE DELL'IMMUNO-SOPPRESSIONE NEL CONTROLLO DELLE PTLDS POST TRAPIANTO DI FEGATO PEDIATRICO

¹Callegaro A., ¹Nozza F., ²Stroppa P., ²Torre G., ¹Goglio A.

¹Microbiologia e Virologia,

²Divisione di Pediatria, A.O. Ospedali Riuniti

L. go Barozzi 1, 24128 Bergamo

Introduzione.

Il post trapianto di fegato pediatrico è associato nel 4-20% dei casi alla comparsa di malattie linfoproliferative (PTLDs), controllabili con la riduzione dell'immunosoppressione. È in corso un protocollo di diagnosi pre-sintomatica basato sul monitoraggio di EBV-DNA con riduzione dell'immunosoppressione in caso di replicazione virale.

L'obiettivo dello studio è valutare:

- l'efficacia del protocollo nel prevenire lo sviluppo di PTLDS
- se la riduzione dell'immunosoppressione esponga i bambini a un maggiore rischio di rigetto.

Metodi.

Sono stati monitorati per EBV-DNA, mediante real-time PCR (Artus Biotech), per segni di PTLDS e rigetto acuto e cronico, tutti i bambini trapiantati di fegato dal giugno 2003 al giugno 2005. Ai bambini con due determinazioni consecutive di EBV-DNA >10.000 copie/10⁵ LMN è stata ridotta l'immunosoppressione.

Risultati.

Dei 57 bambini in follow-up:

- 30 hanno avuto EBV-DNA sempre <10.000 copie/10⁵ LMN senza sintomi e segni di infezione da EBV o PTLD;
- 17 hanno presentato EBV-DNA > 10.000 copie/10⁵ LMN ed hanno ridotto l'immunosoppressione;
- 10 hanno sviluppato una PTLD precoce in concomitanza con l'aumento di EBV-DNA al di sopra del valore soglia.

Vi è un'alta correlazione tra la diminuzione di EBV-DNA e l'inizio della riduzione dell'immunosoppressione (Test di Spearman p<0.01). L'incidenza di PTLDs precoci (non vi sono state forme polimorfiche o monomorfiche) è del 18%. Gli episodi di rigetto sono stati 15 tra i bambini a cui non è stata ridotta l'immunosoppressione e 12 tra quelli a cui è stata ridotta.

Conclusioni.

Il 95% dei bambini asintomatici che hanno ridotto l'immunosoppressione sulla scorta della replicazione virale non ha sviluppato PTLDs. Nel 16% della nostra popolazione il protocollo non è stato applicato per diagnosi clinica e/o istologica di PTLDs precoce e contemporaneo aumento di EBV-DNA al di sopra del valore soglia considerato. Non si evidenzia differenza di rigetto nei bambini a cui è stata ridotta o meno l'immunosoppressione.