

046

VALUTAZIONE DI UN TEST DI AGGLUTINAZIONE AL LATTICE PER L'IDENTIFICAZIONE DI *S. AUREUS*

Maggi T.¹, Parigi R.¹, Brignali S.², Meacci F.²

¹Sclavo Diagnostics International S.R.L.
Loc. Pian Dei Mori, 53018

²LAMMB, Dipartimento di Biologia Molecolare,
Università di Siena, 53100 Siena

Introduzione. Una delle metodiche di cui si avvale la diagnostica di laboratorio per l'identificazione di *Staphylococcus aureus* è basata sull'utilizzo di test rapidi di agglutinazione. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di valutare la sensibilità e la specificità del test di agglutinazione al lattice Staphylorapid (Sclavo Diagnostics) per l'identificazione di *S. aureus*.

Metodi. Sono stati utilizzati 76 ceppi di *S. aureus* di provenienza clinica, di cui 38 sensibili alla meticillina (MSSA) e 38 resistenti alla meticillina. Come controlli sono stati utilizzati ceppi della collezione ATCC di stafilococchi coagulasi-negativi, di streptococchi beta-emolitici e di enterococchi. I risultati ottenuti mediante il test Staphylorapid (Sclavo Diagnostics) sono stati confrontati con quelli ottenuti con un test analogo (Staphaurex, Remel).

Risultati. Il test Staphylorapid ha dimostrato di essere specifico per lo *S. aureus* e di avere una sensibilità del 97,3%, poichè non è stato in grado di identificare due ceppi MRSA. Questo risultato è stato confermato anche con il kit Staphaurex. È da notare che per il 93% dei ceppi identificati la reazione di agglutinazione è risultata positiva entro 5 secondi, mentre per 4 ceppi la positività è stata rilevata dopo 1 minuto. L'identità di specie dei due ceppi MRSA risultati negativi all'agglutinazione è stata confermata mediante sequenza del 16S rDNA.

Conclusioni. Staphylorapid è un test accurato, di rapida esecuzione e rilevazione che garantisce un'ottima sensibilità e specificità sia verso ceppi MSSA che MRSA.

047

DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DELLE INFEZIONI TUBERCOLARI

Pasanisi G.¹, Maggio G.¹, Turco D.¹, Quattrocchi M.¹, Barone P.², Lobreglio G.¹

¹UOC Medicina di Laboratorio,

²UOC Pneumologia A.O. "Card. G. Panico" Tricase (Lecce)

Introduzione. L'esito di una infezione tubercolare, ampiamente evidenziato dalla risposta immunitaria, può variare dalla condizione di infezione latente alle gravi manifestazioni cliniche respiratorie o multitegmentali. Analisi genomiche hanno permesso l'identificazione di proteine specifiche del *M. tuberculosis* (ESAT-6 e CFP-10), ma assenti nel *M. bovis* e nei non tubercolari. L'impiego di tali proteine *in vitro* permette di rilevare la presenza di linfociti T circolanti a seguito della specifica stimolazione. Il presente ha la finalità di stabilire le eventuali infezioni latenti in alcune categorie.

Metodi. Sono stati presi in considerazione 96 campioni di sangue da soggetti con sospetto clinico, esposizione professionale, per terapia immunosoppressiva anti-TNF- α , contestualmente alla intradermoreazione secondo Mantoux ma ripetutamente negative le ricerche batteriologica e molecolare. Il saggio per linfociti T effettori è stato condotto mediante T-SPOT TB (Oxford Immunotec).

Risultati. Tra il personale sanitario senza vaccinazione documentabile sono stati identificati dalla intradermoreazione (21-22 mm) e dal test *in vitro* 2 soggetti (3,8%), uno con anamnesi per tubercolosi. Tra i 21 soggetti con documentata vaccinazione 12 (57,1%) conservavano una cutireattività (7-20 mm), ma negativi al saggio *in vitro*.

Tra i 25 pazienti cutireattivi (7-18 mm) destinati al trattamento immunosoppressivo, 1 caso (4%) di positività al test *in vitro*. Nei 19 casi di sospetto clinico, per infezione tubercolare la positività per entrambe le valutazioni immunologiche è stata evidenziata in 5 (26,3%) con diametro alla intradermoreazione pari al 15-30 mm. La cutireattività da sola è stata segnalata solo in 4 casi (21,0%).

Conclusioni. Alla luce dei recenti indirizzi dell'OMS riguardo alle forme tubercolari latenti i metodi immunologici evidenziano un elevato potenziale diagnostico. Con particolare riferimento alle indagini *in vitro* da noi effettuate, è stato possibile individuare 2 casi tra il personale sanitario e 6 casi tra i pazienti che con molta probabilità avrebbero avuto un prolungato monitoraggio clinico.