

zione diretta di miceti in campioni biologici.

Materiali e Metodi. L'identificazione fenotipica dei miceti isolati dai materiali biologici (4 liquidi cefalorachidiani e 6 campioni respiratori), è stata eseguita con il sistema RapID Yeast Plus System (Remel). Il DNA del ceppo di controllo (*Candida albicans* ATCC 60193), dei 10 campioni biologici e dei corrispondenti 10 isolati clinici (2 *C. albicans*, 2 *C. krusei*, 2 *C. tropicalis*, 1 *C. lusitanae*, 1 *Aspergillus fumigatus*, 2 *Cryptococcus neoformans*) è stato estratto con QIAamp DNA Mini Kit (Qiagen), previa digestione enzimatica. Un tratto del gene codificante il 18S rRNA è stato amplificato con i primers NS5/NS6. Tale sistema di amplificazione ha consentito di rivelare fino a 10 CFU di *C. albicans* (ATCC 60193). I prodotti di PCR (circa 310 bp) sono stati digeriti con l'enzima di restrizione *HaeIII*.

Risultati e Conclusioni. I risultati ottenuti sui campioni biologici e sugli isolati erano sovrapponibili. Dopo digestione enzimatica si sono ottenuti i seguenti profili di restrizione: *Candida* spp. 2 frammenti (163 e 147 bp); *C. neoformans* 3 frammenti (147, 87 e 76 bp); *A. fumigatus* 4 frammenti (147, 74, 59 e 30 bp). Questi risultati preliminari suggeriscono che la PCR-RFLP, è applicabile alla differenziazione dei 18S rDNA di specie fungine patogene. La metodica, applicata su campioni clinici, si è rivelata di semplice esecuzione ed attendibile e pertanto può essere considerata una valida integrazione ai metodi di identificazione tradizionali.

P131

FUNGEMIA DA SPOROBOLOMYCES SALMONICOLOR IN UN OSPITE IMMUNOCOMPROMESSO. PRIMO CASO DESCRITTO IN ITALIA.

Podda R.*, Aresu M.G.*, Consagra M.C.*, Porcu P.P.*, Fiori G.M.*, Sanna M.*

*Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia - Ospedale Oncologico "A. Businco - Cagliari

°Oncoematologia Pediatrica - Ospedale Regionale per le Microcitemie - Cagliari

Sporobolomyces salmonicolor, un lievito appartenente alla classe degli Urediniomiceti, si trova comunemente nell'ambiente: nell'aria, nel suolo, nelle acque. Il suo habitat naturale comprende anche i mammiferi, gli uccelli e le piante (corteccia delle arance).

In vitro cresce rapidamente sui terreni di coltura con colonie cremose, opache con caratteristico colore rosa-salmone. *Sporobolomyces salmonicolor* può causare molto raramente infezioni nei pazienti immunocompromessi (AIDS, chemioterapici) o nei pazienti con cateterizzazione prolungata; in letteratura sono riportati pochissimi casi negli Stati Uniti.

Caso clinico. Questo caso si riferisce ad una paziente di 23 anni, affetta dal gennaio 2003, da neoplasia a cellule germinali di tipo misto nella regione soprasellare, in terapia immunosoppressiva (secondo protocollo SIOP CNS GCT 96) e cateterismo prolungato.

Ad agosto del 2003 durante un ricovero presentò ipertensione e le venne richiesta un'emocoltura che venne da noi eseguita col sistema Bactec 9240 della B.D.. Dopo 3 giorni lo strumento ci segnalò la positività del campione che venne immediatamente seminato, venne inoltre allestito un vetrino per la colorazione di Gram. Dall'osservazione microscopica si osservò la presenza di miceti. Il reparto di provenienza venne prontamente avvisato e la paziente venne trattata con fluconazolo (6mg/kg/die per 10 gg.). Il giorno successivo, era evidente la crescita su Agar cioccolato e su Sabouraud di colo-

nie rosa salmone. Col sistema API della bioMerieux il micete venne identificato come *Sporobolomyces salmonicolor*. L'antimicogramma indicò la sensibilità dello stesso alla fluocitosina, all'anfotericina, alla nistatina, al miconazolo, all'econazolo ed al chetoconazolo nonché al voriconazolo ed al fluconazolo.

La paziente durante il trattamento subì un miglioramento del quadro clinico con scomparsa della febbre.

Tuttavia, a distanza di un mese i sintomi si ripresentarono e venne ripetuta l'emocoltura la quale risultò di nuovo positiva. Venne ancora isolato *Sporobolomyces salmonicolor*.

Il trattamento con Ambisone (3 mg/kg/die per 28 gg.) determinò la definitiva guarigione della paziente.

P132

NOCARDIOSI POLMONARE E CEREBRALE IN GIOVANE TRAPIANTATO DI RENE

Grancini A., Ranzi M.L., Lenza A.R., Maraschini A., Perego L., Ghio L.*, Farina C.°

Lab. Centrale Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia IRCCS Ospedale Maggiore - Milano

*U.O Nefrologia, Dialisi e trapianto pediatrico -

Az. Ospedaliera ICP, Milano

°U.O Microbiologia - Az. Ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

Introduzione Batteri del genere *Nocardia* sono saprofiti ubiquitari, vivono nel suolo, in substrati organici e nell'acqua. La Nocardiosi è rara ed abitualmente causa infezioni cutanee e sottocutanee, polmonari o disseminate con localizzazioni cerebrali, oculari, ossee, renali e a vari organi e tessuti.

Caso clinico B.G. di 13 anni affetto da uropatia ostruttiva riceve trapianto di rene a giugno 2003, dopo 8 anni di trattamento dialitico. La ripresa funzionale è immediata. Ad agosto 2003 compare febbre intermittente non responsiva a trattamento antibiotico empirico e radiologicamente viene evidenziato un addensamento polmonare. La Tac cerebrale mostra plurime lesioni di probabile natura ascessuale.

Nel novembre 2003 da biopsia polmonare e da broncoaspirato vengono evidenziati previa colorazione bastoncini gram positivi ramificati, isolati successivamente in coltura pura e rivelatisi debolmente alcool-acido resistenti.

Il microrganismo risulta scarsamente sensibile al Trimetoprim/Sulfametossazolo e sensibile al Linezolid e il paziente viene trattato con 600 mg x 2 e successivamente 450 mg x 2 fino al 29 gennaio 2004 con notevole miglioramento del quadro radiologico polmonare e cerebrale. L'anemizzazione marcata e la cefalea importante inducono a sospendere almeno temporaneamente la terapia antibiotica. Dal 5 febbraio il paziente viene trattato con Meropenem 1.5 gr x 3, terapia tuttora in corso. Il microrganismo, inviato Centro Coordinatore ECMM per l'Italia (Dr. Farina), è stato identificato come *Nocardia farcinica*.

Discussione La Nocardiosi è una infezione opportunistica con tendenza ad invadere tutti gli organi e a recidivare a dispetto di una corretta terapia. In pazienti trapiantati di rene ha una incidenza del 2-5 %, con una mortalità stimata del 25% che raggiunge il 42% in caso di coinvolgimento del sistema nervoso centrale. Nell'80% dei casi, il coinvolgimento polmonare è il segno rivelatore dell'infezione. E' quindi doveroso nelle infezioni polmonari non responsive a terapia antibiotica, allestire un preparato microscopico che ponga il sospetto diagnostico e consenta, prolungando i tempi di incubazione, l'isolamento del microrganismo.