

CO5.2**ASPETTI VIROLOGICI ED IMMUNOLOGICI IN PAZIENTI HIV+ E HIV- SOTTOPOSTI A TRAPIANTO AUTOLOGO DI CELLULE STAMINALI.**

Costanzo C., Bortolin M.T., Pratesi C., Bidoli E.*, Zanussi S., Caffau C., D'Andrea M., Averna P., Varaschin P., Crepaldi C., Simonelli C., Tedeschi R., De Paoli P.

*Unità Complessa di Microbiologia-Immunologia e Virologia,*Epidemiologia, °Oncologia Medica & AIDS, Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS, Aviano.*

Introduzione e Scopo.

Nei pazienti HIV+ con tumore, accanto alla chemioterapia tradizionale è stata recentemente utilizzata la chemioterapia ad alte dosi (HCT) con trapianto autologo di cellule staminali (ASCT). Scopo dello studio era la valutazione della cinetica di replicazione di HIV, EBV o di altre coinfezioni virali (HCV) e del recupero immunologico nei pazienti con linfoma refrattario o in ricaduta sottoposti a HCT e ASCT. I pazienti HIV+, venivano confrontati con gli HIV-, considerando che nei primi esiste un deficit immunologico indotto dal virus stesso.

Materiali e Metodi.

Pazienti (pz): 17 HIV+ sotto terapia HAART (4 HD, 13 NHL) e 38 HIV- (20 NHL alto grado, 11 NHL basso grado e 7 HD). Parametri virologici: viremia HIV e HCV (b-DNA, Chiron); viremia EBV (TaqMan real time PCR, Pratesi et al. J Clin Virol 2003). Parametri immunologici: CD4, CD8, CD19, CD4CD45RA, CD56, CD4CD45RO (citofluorimetria). Follow-up: basale (prima dell'inizio CT debulking); al momento della raccolta cellule staminali (ASCT); prima dell'inizio della HCT; dopo il periodo di aplasia (due settimane dal ASCT); mensilmente fino a 3 mesi da ASCT e ogni tre mesi.

Risultati.

In tutti i pz la viremia HIV era stabile (<50cp/ml) durante il follow-up con una sola eccezione (103cp/ml) in un pz a distanza di un mese dal ASCT. Tutti i pz erano EBV sieropositivi con DNA virale rilevabile in un pz al basale (29125cp/ml) e in un altro dopo la reinfezione (19600cp/ml) con incremento della viremia nel tempo. Due pz erano HIV-HCV+ e uno HIV+HCV+ con livelli di RNA stabili nel tempo (media: >7692308, 160525, 498788 UI/ml, rispettivamente). La mediana dei CD4 pretrattamento era 198 cell/ul ed il nadir (98 cell/ul) è stato raggiunto due settimane dopo ASCT. Tali valori rimanevano bassi a tre mesi (mediana 103 cell/ul) con una ripresa a sei mesi; situazione analoga nei pz HIV-.

Considerazioni Conclusive.

La replicazione di HIV resta sotto controllo dell'

HAART anche quando l'immunosoppressione è massima (aplasia). Non c'è, nel breve, replicazione di EBV e anche la viremia HCV non subisce variazioni correlabili alla grave linfopenia. Il recupero dei CD4 richiede circa tre mesi; pur partendo da livelli più bassi negli HIV+, la dinamica del recupero non differisce tra HIV+ e HIV-.

CO5.3**VALUTAZIONE DELL'INCIDENZA DI INFEZIONE DA TOXOPLASMA GONDII IN UNA POPOLAZIONE DI TRAPIANTATI D'ORGANO SOLIDO NEGATIVI NEL PRE-TRAPIANTO.**

Meroni V., Zerrilli E., Genco F., Nocita B., Poletti F., Minoli L.

Dipartimento di Malattie Infettive Università degli Studi, IRCCS Policlinico San Matteo Viale Taramelli 5 27100 Pavia

Scopo di questo studio è valutare l'esistenza di una differenza statisticamente significativa nella frequenza di sieroconversione per Toxoplasmosi in riceventi recettivi con donatori immuni (R/D+) o non immuni (R/D-), l'utilità della profilassi igienico-alimentare consigliata a questi pazienti e l'efficacia del trattamento chemioprolattico preventivo. Tutti i pazienti sono stati valutati con diverse tecniche sierologiche nel pre-trapianto comunque del periodo di e a tempi diversi dopo il trapianto d'organo solido a conclusione comunque del periodo di eventuale chemioprolattici con pirimetamina + sulfametopirazina impiegato per 2 mesi nei soli mismatch (R+/D-). Sono stati impiegati i tests per IgG e IgM in uso presso il laboratorio (ELISA IgG IgM Diasorin, ELFA IgG Biomerieux); nei casi di sospetta sieroconversione sono stati effettuati anche i tests IgM ISAGA, IgG Avidità (Biomerieux) e ELISA IgA (Diasorin). Dati preliminari portano a considerare che non ci sia differenza tra la percentuale di sieroconversione in R/D- e R/D+. Lo studio in questione ha inoltre permesso di meglio definire il protocollo di sorveglianza della infezione/malattia da *Toxoplasma gondii* raccomandando un controllo sierologico al momento del trapianto e semestrale nel post-trapianto. In rari casi infatti anche i riceventi immuni nel pre-trapianto a causa della terapia immunosoppressiva possono riattivare questa infezione con gravi manifestazioni cliniche documentate anche da un importante incremento dei sierotitoli e positività della PCR sul sangue periferico. Alla luce di ciò anche i riceventi immuni nel pre-trapianto vanno considerati a rischio e sorvegliati soprattutto in presenza di quadri clinici che comportino un sospetto di malattia toxoplasmica attiva (febbre localizzazioni d'organo muscolari, cardiache, retiniche, epatiche)