

093

### CONFRONTO TRA DUE DOSAGGI IN REAL-TIME PER LA DETERMINAZIONE QUANTITATIVA DI HBV-DNA

Ciotti M.<sup>1</sup>, Marcuccilli F.<sup>1</sup>, Guenci T.<sup>1</sup>, Belladonna S.<sup>2</sup>, Pulvirenti F.R.<sup>2</sup>, Perno C.F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio di Virologia Molecolare, Policlinico Tor Vergata, Roma

<sup>2</sup>Abbott Molecular, Roma

**Introduzione.** Abbiamo effettuato un confronto tra due dosaggi quantitativi di HBV-DNA basati su amplificazione del target in fase omogenea e utilizzo di sonde fluorescenti: Roche COBAS Ampliprep-COBAS TaqMan HBV(CAP-CTM) e Abbott RealTime HBV. Entrambi i dosaggi prevedono l'estrazione automatica del DNA virale per affinità con microparticelle magnetiche e si basano, per la generazione del segnale, sull'idrolisi di un probe fluorescente. Le principali differenze riguardano la regione target (*pre-core* per CAP-CTM, porzione N-terminale altamente conservata del gene *S* per Abbott RealTime) e la strategia di calibrazione del test (standard interno di quantificazione per CAP-CTM; curva esterna di calibrazione memorizzata per Abbott RealTime).

**Metodi.** Sono stati analizzati con il test Abbott, 128 campioni di siero positivi al test CAP-CTM, compresi i campioni con target rilevato ma con risultato al disotto del limite di sensibilità (" $<12$  UI/mL, target detected"). L'accuratezza del test Abbott è stata verificata mediante l'analisi del pannello proficiency QCMD HBV06-01.

**Risultati.** Tutti i campioni, tranne uno ( $<12$  UI/mL con CAP-CTM), sono stati rilevati dal test Abbott, per una sensibilità relativa pari a 99,2% (127/128; IC al 95%: 97,7%-100,0%). Dei rimanenti 23 campioni con risultato CAP-CTM inferiore a 54 UI/mL (limite inferiore di quantificazione), ve ne erano 8 con risultato Abbott compreso nel range dinamico del dosaggio. Inoltre, 4 campioni fuori scala con il test Roche ( $>8.0$  log UI/mL), erano ancora quantificabili con Abbott (limite superiore di linearità = 9 log UI/mL). Per i 100 campioni quantificabili con entrambi i metodi, l'equazione della retta di regressione lineare ( $y$ =Abbott,  $x$ =Roche) era  $y=0,9916x-0,2169$ , con coefficiente di correlazione  $r=0,9612$ . L'analisi di Bland-Altman mostrava una differenza media (Abbott-Roche) pari a  $-0,246 \pm 0,26$  log UI/mL. La differenza dei valori osservati tra il test Abbott RealTime e la media generale di consenso del pannello QCMD HBV06-1 era compresa tra  $-0,22$  e  $+0,04$  (media= $-0,13$ ) se espressa in log copie/ml, come richiesto dal programma di controllo di qualità.

**Conclusioni.** Il nuovo dosaggio Abbott RealTime HBV ha mostrato, nei confronti del test CAP-CTM HBV, un'ottima correlazione, una sensibilità almeno equivalente ed un range dinamico più ampio. La lieve differenza di valori osservata (Abbott-Roche = $-0,246$ ), probabilmente dovuta a un differente processo di standardizzazione dei kit, non influenza la sensibilità del test Abbott a basso livello. In questo ambito di valori, il test Abbott appare al contrario rispondere meglio, probabilmente in virtù di un'elevata precisione.

094

### RIATTIVAZIONE DI HBV DOPO TRATTAMENTO IMMUNOSOPPRESSIVO: CASE REPORT

Clerici P.<sup>1</sup>, De Paschale M.<sup>1</sup>, Guastoni C.M.<sup>2</sup>, Neri A.L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O. Microbiologia,

<sup>2</sup>U.O. Nefrologia,

A.O. Ospedale Civile di Legnano (Mi).

Paziente maschio di 76 anni in dialisi peritoneale dal 1996 per postumi di glomerulonefrite post infettiva.

Da tale periodo risulta essere presente positività per anti-HBs (debole) e anti-HBc totale, mentre risulta negativo per HBsAg e anti-HCV.

Nel 2002 ricovero per peritonite sclerosante in uremico. Anti-HBs e anti-HBc totale positivi, negatività per HBsAg, e anti-HCV (HBeAg e anti-HBe negativi). Tali risultati si confermano costantemente fino al 2005.

Nel 2005 amputazione 3° dito del piede destro per lesioni ischemiche. La ricerca dell'anti-HBs risulta per la prima volta negativa (HBsAg e anti-HCV negativi), transaminasi (ALT) normali e bilirubinemia totale nella norma. Tali risultati sono rimasti invariati fino al maggio 2006.

Nel maggio 2006 ricovero per gangrena arto inferiore dx con intervento di amputazione dell'arto al 1/3 medio di coscia. Inizio terapia immunosoppressiva (Tamoxifene 10 1 cp/die) per peritonite capsulante. HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, anti-HCV negativi, transaminasi (ALT) normali e bilirubinemia totale nella norma. Fino a gennaio 2007 le transaminasi sono rimaste nella norma.

Il paziente viene ricoverato nel febbraio 2007 per colecistite. ALT: 225 U/L, bilirubina totale: 6.01 mg/dL. La sierologia evidenzia una positività elevata per HBsAg (confermata con test di neutralizzazione) per anti-HBs (203 mIU/mL), HBeAg, anti-HBc IgM e anti-HBc totale (anti-HBe negativo). La ricerca dell'HBV-DNA con metodica PCR ha dato risultato positivo ( $> 3.8 \times 10^6$  UI/mL).

E' stato retrospettivamente ricercato l'HBV-DNA (metodica PCR) sul prelievo stoccato del maggio 2006 che è risultato positivo ( $1.56 \times 10^2$  UI/mL).

Le transaminasi sono lentamente discese (44 U/L) come anche la bilirubina (2.44 mg/dL) fino a metà febbraio 2007 quando il paziente è deceduto.

In conclusione il trattamento immunosoppressivo in un paziente emodializzato può riattivare un'infezione latente di HBV anche in presenza, da anni, di positività per anti-HBs.