

119

VALUTAZIONE VIREMIA HHV8 IN MALATTIE LINFOPROLIFERATIVE HHV8 RELATE

Marus A., Tedeschi R., °Bidoli E., Zanussi S., Bortolin M.T., Pratesi C., Pin E., *Simonelli C., De Paoli P.

S.O.C. di Microbiologia-Immunologia e Virologia,
°Epidemiologia e

*Oncologia Medica A, Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS,
Via Franco Gallini 2, 33081-Aviano (PN) - Italy

Introduzione. La presenza di HHV8 DNA nelle cellule del sangue periferico di pazienti (pz) HIV+ è associato ad un aumento del rischio di sviluppare sarcoma di Kaposi (KS) e, nei pazienti che hanno già sviluppato KS, allo stadio clinico del tumore. Poco chiaro resta ancora il ruolo della viremia HHV8 e soprattutto il materiale biologico più idoneo da usare nella valutazione clinica dei pz con patologie linfoproliferative HHV8-relate, quali primary effusion linfoma (PEL), malattia di Castleman (MCD), e linfoma solido HHV8 relato (SL).

Scopo. Valutare HHV8 DNA in parallelo su campioni di plasma e PBMCs nei pz che sviluppano malattie linfoproliferative HHV8 associate al fine di definire il materiale biologico più adatto e/o informativo dal punto di vista clinico, al momento della diagnosi e durante il follow-up (FU).

Metodi. Pazienti: 9 MCD HIV+; 7 PEL HIV+; 2 SL HHV8-relati e HIV+ e 2 SL HHV8-relati e HIV-; 37 KS HIV+ e 9 KS HIV- sono stati valutati come controlli.

HHV8 DNA è stato quantificato mediante real time PCR (TaqMan, ORF26) in parallelo su plasma (n=121) e PBMCs (n=121), raccolti alla diagnosi e durante FU. I dati sono stati valutati mediante test non parametrico (correlazione di Spearman).

Risultati. Alla diagnosi, tutti i pz presentavano HHV8 DNA rilevabile sia su plasma che PBMCs, eccetto un pz SL (2850c/ml solo su plasma).

Durante il FU, 1 pz PEL aveva bassa viremia plasmatica e negativa su PBMCs; 2 pz PEL e 2 pz MCD avevano bassa viremia su PBMCs e non rilevabile su plasma.

I valori di HHV8 DNA rilevati su plasma e PBMCs erano correlabili, sia alla diagnosi che durante il FU (R=0.88, p<0.001 e R= 0.76, p<0.001, rispettivamente).

Conclusioni. HHV8 DNA rappresenta un sensibile marcatore virologico anche nella diagnosi delle malattie linfoproliferative HHV8 relate. Inoltre, la valutazione della viremia HHV8 su plasma e PBMCs non mostra differenze suggerendo l'adeguatezza di entrambi i materiali.

120

LINFOMA SOLIDO HHV8 ASSOCIATO DOPO TRAPIANTO AUTOLOGO: CASE REPORT

Pin E., Tedeschi R., Zanussi S., Marus A., Bortolin M.T., Pratesi C., Caffau C., *Simonelli C., De Paoli P.

S.O.C. di Microbiologia-Immunologia e Virologia,

*Oncologia Medica A, Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS,
Via Franco Gallini2, 33081 Aviano (PN) - Italy

Introduzione. Il trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) rappresenta un approccio innovativo nella cura dei linfomi. Nei pazienti sottoposti a trapianto, l'infezione o la riattivazione di HHV8 possono essere associate allo sviluppo di sarcoma di Kaposi o, come più di recente descritto, di proliferazioni linfomatose.

Case Report. Descriviamo il caso di un paziente NHL HIV+ (maschio, 45 anni) che a 3 mesi da ASCT ha sviluppato un linfoma solido HHV8 associato (SL). Il pz ad agosto 2005 aveva terminato CT di prima linea (CHOP, 6 cicli). Refrattario alla terapia, veniva quindi inserito nel protocollo ASCT (T0) e sottoposto quindi a CT di seconda linea seguita da stimolazione con G-CSF. Le cellule staminali da sangue periferico venivano quindi raccolte (T1) e, dopo CT ad alte dosi (T2), reinfuse. Il pz era in HAART di mantenimento.

HHV8 DNA era già rilevabile al T0 (5936 c/ml), mentre all'esordio di SL saliva a 194914 c/ml. Anche per EBV c'era indicazione di riattivazione (5936 e 70132 c/ml, rispettivamente T0 e a 3 mesi da ASCT), mentre la viremia CMV era sempre non rilevabile e un forte picco della viremia HIV (da <50 a 500000 c/ml) è stato riscontrato solo a 15 g da ASCT, e subito rientrato, grazie al controllo dell'HAART. Un basso controllo immunologico era presente sia al T0 che all'insorgenza del SL (CD4%: 12 e 13; CD8%: 66 e 78, rispettivamente).

Metodi. Ai tempi T0, T1, T2, 15g, 1 e 3 mesi da ASCT sono state valutate viremie HIV RNA (b-DNA, Siemens), EBV DNA, CMV DNA e HHV8 DNA (real time PCR) e studiate le sottopopolazioni linfocitarie (citofluorimetria).

Conclusioni. L'insorgenza di malattie linfoproliferative post ASCT potrebbe essere associata anche ad un'infezione attiva da HHV8. Pertanto l'indicazione allo screening e follow-up anche per questa infezione erpetica potrebbe essere utile nella prevenzione di complicanze post trapianto.