

tato e nel controllo.

Conclusioni

- 1) Questi risultati hanno messo in evidenza una forte discordanza con i tests MIC in quanto concentrazioni sub-inibenti di Kc hanno indotto una inibizione significativa delle Candide nel gel di collagene;
- 2) Il contesto sperimentale favorisce quindi il nostro modello rispetto ai saggi MIC, in quanto più vicino alla realtà clinica;
- 3) Pertanto si propone il suo uso ad integrazione dei tests MIC per identificare i farmaci antimicotici. (Ricerca condotta con il supporto della Pfizer Italia).

061

DIAGNOSI OCCASIONALE DI INFESTAZIONE ENTERICA DA *DIPHYLLOBOTHRIUM* spp.

Arzese A.^{1,2}, Beltrame A.¹, Scudeller L.¹, Tavio M.¹, Cadeo B.¹, Fabbro E.², Londero A.¹, Viale P.¹.

¹Clinica di Malattie Infettive, Policlinico Universitario a Gestione Diretta, v. Colugna 50, 33100 UDINE

²Cattedra di Microbiologia, Dipartimento di Ricerche Mediche e Morfologiche, Università degli Studi di Udine, p.le Kolbe 3, 33100 UDINE

Introduzione. L'infestazione da *Diphyllbothrium* spp (botriocelofosi), la cui diagnosi è spesso occasionale, si accompagna al consumo di pesce crudo d'acqua dolce. La distribuzione del cestode pare ubiquitaria: a livello europeo un recente studio retrospettivo di prevalenza ha evidenziato un aumento delle segnalazioni, quasi esclusivamente sporadiche, di casi soprattutto in Francia ed Italia, correlati ad aree lacustri.

Caso clinico. Un soggetto di 45 anni, maschio, italiano, veniva ricoverato per febbre persistente da oltre 1 mese.

In anamnesi riferiva viaggio recente in Grecia e Turchia, successivo all'esordio della FUO, assunzione di paracetamolo, azitromicina per alcuni giorni, poi associata a cefotaxime per 8 gg, senza beneficio. L'esame obiettivo rivelava lieve epatomegalia e minime alterazioni dei rumori respiratori; gli esami ematochimici evidenziavano aumento degli indici di flogosi, anemia microcitica, leucocitosi neutrofila ed ipereosinofilia (6.4%). Venivano eseguiti accertamenti radiologici (torace), ecografici (cuore, addome) TAC, colonscopia, approfondimento indagini chimico-cliniche e microbiologiche per ricerca patogeni ad ampio raggio, senza nessuna evidenza specifica. In base ad anamnesi ed ipereosinofilia, venivano eseguiti ricerca di parassiti ematici, ripetutamente negativa, ed esame parassitologico standard su raccolta seriata di feci, con riscontro di numerose uova opercolate (45 x 70 µm). Tale reperto era suggestivo di infestazione da *Diphyllbothrium* spp, diagnosi occasionale, non compatibile tuttavia con la sintomatologia febbrile riportata, associabile all'anemia ed ipereosinofilia, e correlabile con assunzione di pesce crudo al Lago di Garda avvenuta un mese prima dell'insorgenza della FUO. Veniva pertanto somministrato praziquantel (25 mg/kg ogni 8 h in unica giornata); durante la degenza si assisteva ad una progressiva e spontanea defervescenza della febbre, e nel follow-up la risoluzione dell'infestazione enterica e dei parametri correlati, mentre il quesito di FUO è ancora in corso.

Conclusioni. Si conferma l'occasionalità delle diagnosi di

botriocelofosi, in quanto solitamente pauci-sintomatiche, e la persistenza di habitat endemici nazionali noti da vari decenni. Le nuove tendenze alimentari possono aumentare altresì il rischio di infestazione.

062

DIAGNOSI DI DISTOMATOSI EPATICA: PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

Arzese A.^{1,2}, Beltrame A.¹, Cristini F.¹, Rorato G.¹, Fabbro E.², Negri C.¹, Crapis M.¹, Viale P.¹.

¹Clinica di Malattie Infettive, Policlinico Universitario a Gestione Diretta, v. Colugna 50, 33100 UDINE

²Cattedra di Microbiologia, Dipartimento di Ricerche Mediche e Morfologiche, Università degli Studi di Udine, p.le Kolbe 3, 33100 UDINE

Introduzione. Le patologie da importazione sono una realtà in costante aumento ed evoluzione, che consegue sia ai flussi migratori da paesi endemici, con frequenti rientri al paese di origine, sia ai numerosi soggiorni di europei in luoghi esotici. La presentazione clinica di più frequente riscontro al rientro dai Tropici è la febbre, accompagnata o meno da diarrea; a seguire si riscontrano rash cutaneo, e sintomi neurologici.

Caso clinico. Si presenta il caso di un soggetto di 29 anni, maschio, originario della Thailandia, in Italia dal 2005, che a distanza di 15 gg dal rientro dopo due mesi di permanenza al paese di origine presentava febbre elevata (40 °C) con brivido, astenia, e diarrea transitoria precedente all'insorgenza della febbre. L'esame obiettivo al ricovero rivelava iperemia congiuntivale, epatosplenomegalia, e tra i parametri bioumorali si evidenziavano incremento degli indici di flogosi, lieve rialzo di transaminasi, di monociti e di creatinina. In aggiunta al pannello di indagini per FUO, si effettuavano ecografia addominale, con riscontro di minute cisti ed altre formazioni ipoecogene in sede di ilo epatico, ricerca di parassiti ematici come da protocollo standard, con esito ripetutamente negativo, ricerca IgM/IgG anti-Dengue con riscontro suggestivo di infezione remota, ed esame coproparassitologico standard su raccolta seriata, con individuazione di uova opercolate di piccole dimensioni (15 x 33 µm). Tale reperto, in associazione ai dati anamnestici, epidemiologici e clinici permetteva di definire diagnosi di distomatosi epatico-biliare da *Clonorchis/Opistorchis*. Alla terapia antibiotica iniziale (ceftriaxone) veniva aggiunto praziquantel (25 mg/kg ogni 8 h in unica giornata): il follow-up rivelava completa risoluzione del quadro clinico, rientro nel range di normalità dei parametri bioumorali, e negativizzazione dell'esame coproparassitologico.

Conclusioni. Appare importante in caso di FUO al rientro dai Tropici mantenere un ampio raggio di ipotesi diagnostiche, includendo quindi di default i protocolli standard per parassitosi, e risulta indispensabile l'integrazione di dati anamnestici, epidemiologici, clinici e microbiologici per il raggiungimento della diagnosi conclusiva.