

109

TEST RAPIDO PER L'INFLUENZA E APPROCCIO MOLECOLARE MULTIPARAMETRICO PER LA DIAGNOSI Eziologica DELLE ILI

Minosse C.¹, Zaniratti M.S.¹, Pisciotta M.¹, Carletti F.¹, Shi W.¹, Gualano G.³, Sciarra F.⁴, Boschi A.⁴, Passariello F.⁴, Buscaioni M.⁴, Ippolito G.², Capobianchi M.R.¹, Lauria F.N.³

¹Laboratorio di Virologia, INMI L. Spallanzani, Via Portuense 292, 00149 Roma;

²Dipartimento di Ricerca Sperimentale, INMI L. Spallanzani, Via Portuense 292, 00149 Roma;

³Divisione Mal. App. Resp., INMI L. Spallanzani, Via Portuense 292, 00149 Roma;

⁴Az. USL RM/D, Roma

Introduzione. Numerosi virus possono essere implicati nella eziologia della sindrome influenza-simile (ILI). Alcuni studi indicano l'utilità dei test rapidi, il cui valore predittivo dipende dalla prevalenza. Abbiamo effettuato una prova di campo per valutare l'introduzione nella pratica clinica di un test rapido per influenza in contesto epidemico, usando in parallelo un pannello per la diagnosi molecolare dei virus respiratori

Metodi. Nel periodo 25/2/06-26/4/06 sono stati raccolti 33 tamponi nasofaringei da pazienti rispondenti alla definizione di ILI (InFluNet). Il test rapido è stato affiancato da un pannello molecolare per influenza A e B, parainfluenza 1-2-3, virus respiratorio sinciziale, metapneumovirus, rhinovirus, coronavirus OC43, 229E e NL63, adenovirus.

Risultati. Dei 33 analizzati, 24 campioni (72,7%) erano positivi ad almeno un virus. Sette (20,6%) presentavano una doppia positività, comprendente generalmente un rhinovirus. Sono stati individuati 11 casi di influenza (32,2%, 9 da virus A e 2 da virus B), di cui, 8 A e 1 B confermati con sequenziamento del gene M. Solo 3 casi di influenza A sono stati rilevati anche dal test rapido.

Conclusioni. L'esiguo numero di pazienti analizzati e la bassa attività della stagione influenzale hanno permesso di pervenire a risultati solo parziali e non conclusivi. È stata evidenziata:

1) una notevole variabilità di virus associati alla definizione sindromica ILI; i virus più frequenti sono i rhinovirus (41,1%), seguiti dall'influenza A (26,4%).

2) la fattibilità dell'introduzione nella pratica clinica di un test rapido per influenza.

Dato l'esiguo numero di pazienti non è possibile fare valutazioni di sensibilità e specificità del test rapido.

Viene, infine, sottolineata l'utilità dell'uso di pannelli molecolari ampi per la diagnosi eziologica delle forme respiratorie acute, soprattutto per conferma e/o esclusione nel contesto di una emergenza pandemica.

Gli AA. reputano opportuno ampliare l'analisi, studiando un campione più ampio ed in un contesto epidemico caratterizzato da elevata attività.

111

SOTTOTIPI NON-B DI HIV TRA I PAZIENTI ITALIANI E STRANIERI AFFERENTI ALL'OSPEDALE DI NOVARA

Nicosia A.M., Ravanini P., Crobu M.G., Grossini E., Cagliano M., Kroumova V., Fortina G.

Azienda "Ospedale Maggiore della Carità" - Novara - Laboratorio Microbiologia e Virologia

Introduzione. Si conoscono 9 differenti sottotipi di HIV-1 gruppo M, (classificati con le lettere A-K), e almeno 21 sottotipi ricombinanti (CRF). In Italia prevale il sottotipo B, ma da anni si riscontra un costante aumento dei sottotipi non-B.

In base a numerosi recenti lavori, la definizione del sottotipo virale risulta avere importanti conseguenze cliniche e terapeutiche. Ad esempio, alcuni sottotipi C presentano resistenza naturale agli NNRTI per la presenza del polimorfismo G190A. Anche il sottotipo G presenta il polimorfismo V82I, che favorisce l'insorgenza di resistenza ai PI. Inoltre, differenti sottotipi possono presentare differenti pathways di resistenza (ad esempio, nel sottotipo G, la terapia con NFV induce più facilmente la mutazione L90M rispetto alla D30N; e nel sottotipo C trattato con Efavirenz è frequente la mutazione V106M che induce resistenza a tutti gli NNRTI).

Metodi. In questo studio abbiamo verificato la presenza di sottotipi non-B nella popolazione con infezione da HIV-1 afferente all'Ospedale di Novara.

Risultati e conclusioni. Il sequenziamento di 403 campioni di differenti pazienti in cinque anni ci ha permesso di verificare la presenza del 92,3% di sottotipi B e del 7,7% di sottotipi non-B (31 casi).

Tra i sottotipi non-B, quelli di più frequente riscontro sono risultati il sottotipo ricombinante CRF02_AG (9 casi), e il sottotipo F (7 casi). Sottotipi meno diffusi sono risultati: G (5 casi), C (4 casi), D (3 casi), CRF01_AE (2 casi), K (1 caso).

Dividendo questi dati a seconda dell'anno di diagnosi del sottotipo, notiamo un aumento nel corso degli anni (0 nel 2001; 4 nel 2002; 5 nel 2003; 10 nel 2004; 12 nel 2005).

Un altro dato interessante è la distribuzione di questi sottotipi in base all'origine etnica: 15 risultano essere italiani, e 16 extracomunitari. Tutti i casi di sottotipo F, K, 4 su 9 di sottotipo CRF02_AG, e 3 su 4 di sottotipo C sono stati riscontrati in pazienti italiani; mentre tutti i casi di sottotipo D, G, CRF01_AE, 5 su 9 di sottotipo CRF02_AG, e 1 su 4 di sottotipo C sono stati riscontrati in pazienti extracomunitari.