

La Pulsed Field Gel Electrophoresis è considerata la tecnica "gold standard" per la tipizzazione dei VRE, essa, però, presenta lo svantaggio di avere lunghi tempi di esecuzione (circa una settimana).

Il sistema automatizzato Riboprinter® è stato sviluppato per la ribotipizzazione batterica ed è in grado di effettuare analisi automatiche in Southern blot. Esso fornisce risultati in una giornata lavorativa con un impegno del personale di circa un paio d'ore.

Scopo del lavoro. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di valutare la riproducibilità del sistema RiboPrinter® per la tipizzazione automatizzata dei VRE e di confrontarne i risultati con quelli ottenuti utilizzando il sistema di tipizzazione manuale PFGE.

Materiali e metodi. A tale scopo sono stati tipizzati sia con la PFGE che con il sistema RiboPrinter® 41 ceppi di *Enterococcus faecium* vancomicina resistenti fenotipo VanA isolati da vari materiali clinici provenienti da 41 pazienti diversi, inviati presso il laboratorio di Microbiologia Clinica dell'A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino e identificati mediante sistema Microscan ed Api Strep.

La tipizzazione in PFGE è stata eseguita mediante l'utilizzo dell'enzima *SmaI* e seguendo il protocollo descritto altrove, mentre il sistema RiboPrinter® l'enzima *EcoRI*.

L'analisi dei patterns è stata effettuata mediante il software Bionumerics 2.5 per la rivelazione dei clusters.

Risultati. La riproducibilità dei metodi è stata valutata riproducendo gli esperimenti su 10 ceppi ed entrambi i metodi hanno riconfermato i profili evidenziati dalla precedente seduta analitica.

La PFGE ha individuato 24 diversi pulsotipi aventi un numero di bande compreso tra 10 e 14. Sono stati trovati 6 clusters (con indice di similarità del 100% cioè in raggruppamenti costituiti da profili identici): 1 da 7, 1 da 6 ceppi, 1 da 4, 3 costituiti da 2 ceppi. L'indice di clusterizzazione è risultato essere 57,5%.

Il sistema RiboPrinter®, invece, ha individuato 3 profili diversi: il 114-S-1, presente in 32 ceppi, il 25-S-1 con 7 ceppi ed il 202-S-5 con 1 solo ceppo. L'indice di clusterizzazione è risultato essere 97,5%.

Confrontando i risultati ottenuti con le due metodiche, si è notato che è necessaria una differenza tra i ceppi di almeno il 20% affinché il sistema automatico possa identificarli come diversi.

Entrambi i metodi hanno identificato un ceppo come *Enterococcus gallinarum*, permettendo di correggere l'identificazione errata da parte dei metodi tradizionali.

Conclusioni. Il sistema automatizzato RiboPrinter® è inficiato da un elevato indice di clusterizzazione (97,5% vs 57,5%), ha però il vantaggio di fornire risultati in breve tempo (una giornata lavorativa vs una settimana) e con minore impegno da parte dell'operatore.

Confrontando con un proprio database il profilo ottenuto dalla tipizzazione di un ceppo, inoltre, può dare rapidamente una identificazione di genere e specie con maggiore affidabilità rispetto ai metodi di identificazione tradizionali.

BIBLIOGRAFIA.

1. Kuriyama T, et Al. (J Med Microbiol. 2003 Sep;52(Pt 9):821-7). Molecular characterization of clinical and environmental isolates of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* and *Enterococcus faecalis* from a teaching hospital in Wales.
2. Price CS et Al. (J Clin Microbiol. 2002 May;40(5):1858-61). Comparison of an automated ribotyping system to restriction endonuclease analysis and pulsed-field gel electrophoresis for differentiating vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* isolates.

P018

LE LINFOADENOPATIE INFETTIVE: NOSTRA ESPERIENZA

Sanlorenzo M.*; Caldera D.*; Lasagna C.*; Bruno R.*; Pecarrere J.L.**

* A.S.L. 7 Chivasso (To)

° Equipe Sanitaria Ospedale di Sakalalina (Madagascar)

*** Istituto "Pasteur" di Antananarivo (Madagascar)

Introduzione: Le linfadenopatie di origine infettiva rappresentano un importante problema clinico in ambiente tropicale, in considerazione anche delle difficoltà diagnostiche per mancanza di strumentazione idonea.

Vogliamo presentare la nostra esperienza in questo campo analizzando retrospettivamente i dati raccolti presso l'Ospedale di Sakalalina (Madagascar) nel periodo 1991-1992.

Materialie metodi: Nel periodo considerato presso la struttura ospedaliera sono state effettuate in 36 pazienti biopsie di linfonodi per definire meglio le patologie o i sospetti diagnostici. La sede di prelievo è stata in 21 casi a livello delle stazioni linfonodali del mesocolon trasverso, in 9 casi a livello latero-cervicale, in 6 casi a livello inguinale.

Il materiale raccolto veniva sottoposto ad esame microscopico sia a fresco sia dopo colorazione di Gram e Ziehl-Neelsen per evidenziare la eventuale presenza di microrganismi patogeni; inoltre veniva fissato con liquido di Bouin per il successivo esame istologico.

Risultati: La ricerca è stata positiva in 13 casi (36%).

In cinque pazienti l'esame istologico ha evidenziato un'adenite tubercolare follicolare e caseofollicolare: in tutti questi casi però la ricerca di BAAR è risultata sempre negativa.

Altri cinque soggetti hanno presentato una linfadenite cronica con presenza di numerose uova di *Schistosoma mansoni* (bilarziosi linfonodale).

In due soggetti è stata riscontrata a livello dei linfonodi la presenza di *Wuchereria bancrofti*.

Infine un paziente ha presentato un quadro di micosi linfonodale con l'evidenziazione di formazioni a "grani" di origine actinomicotica.

Conclusioni: Nella nostra esperienza è stato riscontrato un elevato numero di soggetti positivi per una linfadenite infettiva (13/36 pazienti). Vi sono difficoltà oggettive nella diagnostica, che richiede la presenza di un attrezzato laboratorio analisi e di un servizio di anatomia patologica, il che difficilmente è a disposizione in strutture situate in paesi tropicali. Ciò fa ritenere che tali patologie siano ancora sottostimate. L'elevato numero di soggetti con adenite tubercolare o con bilarziosi linfonodale correla bene con la diffusione di questi agenti patogeni in Madagascar e in particolare nella regione di Sakalalina, dove la prevalenza di *Schistosoma mansoni* supera il 75% nella popolazione.

P019

PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE NEONATALE DA STREPTOCOCCO BETA-EMOLITICO DI GRUPPO B (SGB)

Busetti M., Antonucci G., Macorini D., Serra P.

UCO Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Introduzione: l'infezione da Streptococco beta-emolitico di