

positività di almeno due esami colturali dell'espettorato oppure di almeno un broncoaspirato, in contesto clinico-radiologico compatibile. La sintomatologia, aspecifica, può richiamare tutte le broncopneumopatie croniche infettive. Gli aspetti radiologici possono essere indistinguibili da quelli della tubercolosi polmonare oppure caratterizzati da broncochiectasie, in frequente associazione con opacità focali, noduli o micronoduli.

Caso clinico. Pneumopatia da MAC in uomo di 64 anni, immunocompetente, non fumatore, con storia clinica di riacutizzazione bronchitiche recidivanti, spesso accompagnate da emoftoe, esordita circa 7 anni prima. Nel corso dei vari ricoveri ospedalieri, il paziente è stato riconosciuto portatore di broncochiectasie medio polmonari bilaterali accompagnate da piccole aree di consolidamento parenchimale. Dai numerosi esami colturali dell'espettorato e dal broncoaspirato sono isolati ripetutamente *S. aureus* e *H. influenzae* spesso in associazione; la coltura per micobatteri è risultata sempre negativa. In corso di ennesima riacutizzazione bronchitica l'esame colturale del lavaggio bronchiolo-alveolare (BAL) ha rivelato la presenza di MAC. Poiché l'antibiotico-terapia aspecifica, già adottata nel contempo, aveva determinato un netto miglioramento, si ritenne clinicamente non conclusivo l'isolamento ottenuto. Nel BAL prelevato ad un controllo broncoscopico successivo si è confermata la presenza di MAC, avvalorando la diagnosi di micobatteriosi polmonare non tubercolare. I MAC sono stati isolati poi anche da diversi campioni di espettorato. Il paziente è in trattamento, previsto della durata complessiva di almeno 18 mesi, con claritromicina, etambutolo e rifabutina. Non è dato sapere con certezza se la pneumopatia da MAC sia insorta su bronchiectasie preesistenti e misconosciute, oppure se queste si siano formate in conseguenza della infezione da micobatteri.

Conclusioni. Il caso osservato pone in risalto la necessità di ricercare con accuratezza i MOTT, soprattutto su prelievi broncoscopici, nei pazienti immunocompetenti affetti da bronchiectasie che presentino riacutizzazioni bronchitiche frequenti. Il contributo del microbiologo risulta fondamentale nel supportare il clinico nella definizione di diagnosi difficili e complesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Catanzaro A., Daley C.L., Guets eds. Lung disease due to Nontuberculous Mycobacterial Infections. Clin Chest Med 2002;23:529-686

P108

PREVALENZA DEL MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX (MTC) E DI MICOBATTERI NON TUBERCOLARI (MOTT) IN UNA POPOLAZIONE ETEROGENEA DI PAZIENTI

Cava M.C.¹, Longo R.¹, Cappiello G.¹, De Sandro M.V.¹, Tuccinardi C.¹, Spanò A.¹

¹Ospedale "S.Pertini", Roma

M.tuberculosis è responsabile del 80-90% della patologia tubercolare nel suo insieme, ma sono altresì in aumento patologie da specie non tubercolari (MOTT) di origine ambientale, quali ad esempio quelle legate al *M.avium*-intracellulare a diffusione ubiquitaria. Si rende pertanto necessario identificare i MOTT e discriminare correttamente le specie potenzialmente patogene.

Il nostro laboratorio, dal 1/6/2002 al 31/12/2003, ha arruolato per la ricerca dei micobatteri 588 pazienti così distribuiti: 309 ospedalizzati (52%), 109 ambulatoriali (19%), e 170

relativi ad una comunità penale (29%).

I materiali (prevalentemente escreti) sono stati inoculati, dopo opportuno procedimento di decontaminazione, in terreno solido di LJ (Löwenstein-Jensen) e in terreno liquido fluorimetrico MGIT (Mycobacteria Growth Indicator Tube) e processati dal sistema automatico BACTEC MGIT 960.

Le colture positive sono state amplificate e ibridate per la regione codificante l'rRNA 16S.

54/588 (9.2%) pazienti risultavano positivi per micobatteri (età mediana 54.5, range 24-87); di questi il 44% erano tipizzati come MTC, il 54% come MOTT; il 2% non era tipizzabile. I batteri del MTC erano riscontrati per il 58% in pazienti ospedalizzati; non si evidenziavano differenze significative di frequenza tra pazienti ambulatoriali e quelli della comunità penale (17%vs25%, p=0.630). Tra i MOTT le specie più frequenti erano rappresentate da *M.xenopi*, *gordonae* e intracellulare (93%). *M.xenopi* era riscontrato soprattutto tra pazienti ospedalizzati, *M.gordonae* e intracellulare maggiormente tra pazienti ambulatoriali.

Poiché negli ultimi decenni si è registrato un aumento delle patologie da micobatteri, legato sia all'immigrazione sia alla sopravvivenza di pazienti immunocompromessi (per infezione da HIV e/o terapie immunosoppressive), è necessario poter identificare, tra i MOTT, sia le specie riconosciute patogene in pazienti immunocompetenti sia le specie opportunistiche. È auspicabile in futuro una rapida diagnosi differenziale anche tra le specie MOTT, con tecniche di biologia molecolare, direttamente su materiali biologici senza pretrattamento.

P109

TUBERCOLOSI COME CAUSA DI FUO

*Cossellu S., Lepori G., Ledda F., Satta A.

^{*}Laboratorio di Analisi, P.O. di Sassari- AUSL n°1 Istituto di Patologia Medica, Università di Sassari

La FUO è una condizione clinica caratterizzata da temperatura di 38,3 C° in diverse determinazioni, indagnosticata dopo una settimana di studio in ospedale. Essa rimane tale nel 10% dei casi, nel 30-40 % è dovuta ad infezioni, nel 20-30% a malattie del collagene, nel 20-30 % a neoplasie, a cause iatrogene nel 15-20 %.

Nel mondo la tubercolosi è una frequente causa di FUO; in Italia è relativamente rara anche se sottodiagnosticata.

Descriviamo un caso di FUO rivelatasi un' infezione da *M. tuberculosis*.

Nell'aprile 2003 venne alla nostra osservazione un uomo di 77 anni per febbre persistente (> 38C°), astenia, calo ponderale (~6 Kg). La sintomatologia, esordita a gennaio, fu attribuita ad influenza, vennero comunque eseguiti ambulatoriamente: Rx torace (negativo), esami ematochimici nella norma eccetto VES (>100), PCR (13.3 mg/dl), fibrinogeno (699 mg/dl), elettroforesi (modesto picco monoclonale). Ricoverato in ematologia, dopo esami di routine e specialistici si escludono patologie ematologiche, ma non fu posta diagnosi.

Al ricovero presso noi: esame clinico negativo; alterazione degli indici di flogosi, emocolture, urinocoltura, escretocoltura: negative; Rx e TC torace: modesto versamento pleurico basale destro; PPD positiva. Ricerca bacilli AA resistente positiva nel liquido gastrico e urine; coltura e PCR confermarono trattarsi di *M. tuberculosis*; le stesse indagini negative su escreto, liquido pleurico, BAL.

Il paziente, posto in terapia con isoniazide, etambutolo, rifampicina, dopo sei mesi presenta remissione dell'iperpiressia, miglioramento dell'astenia, riduzione indici di flogo-