

si e del versamento pleurico.

La tubercolosi in Italia ha bassa incidenza, tuttavia è oggi più frequente sia per i flussi migratori che per le immunodeficienze acquisite. Usualmente viene diagnosticata precocemente. Essa deve essere sempre inclusa nelle ipotesi diagnostiche di F.U.O. ricercando il micobatterio anche con metodiche complesse, in tutte le sedi, pur in assenza di cause predisponenti.

Nel nostro caso l'infezione tubercolare diffusa è stata identificata dopo indagini batterioscopiche, colturali e di biologia molecolare eseguite in assenza di chiara localizzazione di malattia.

**P110**

**UNA "STRANA LEBBRA":  
ULCERA DEL BURULI ISOLAMENTO DI  
M.ULCERANS DA PRELIEVI BIOPTICI DI  
PAZIENTI DEL BURKINA FASO.**

Costa D., Tortoli E.\*, Passidomo D., Gaudiomonte V., Ostuni G.\*, Sisto F.\*, Navach V.\*, Quarto M.

- Laboratorio Micobatteri, U.O. Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica. A.O. Policlinico Bari

- \* U.O. di Chirurgia plastica ricostruttiva osp.A.O. Policlinico Bari

- \*\* U.O. di Microbiologia e Virologia A.O. Careggi Firenze

Malattia infettiva della pelle, l'Ulcera del Buruli, è la terza infezione micobatterica più comune dopo la tubercolosi e la lebbra, distrugge la pelle, i tessuti sottostanti e causa deformità. L'agente eziologico è il *M. ulcerans*, identificato e classificato nel 1948 da Mac Callum, in Australia dove è conosciuta come l'Ulcera di Bairnsdale, mentre la descrizione dei primi casi risale al 1897 nel Buruli in Uganda, da parte di Sir Robert Cook. A differenza degli altri micobatteri, *M. ulcerans* produce una tossina che distrugge i tessuti e sopprime il sistema immunitario. Le lesioni colpiscono in gran parte gli arti inferiori e superiori interessando una fascia d'età inferiore ai 15 anni (range 2-14). L'unico trattamento possibile è quello chirurgico, la terapia antibiotica con farmaci antitubercolari non mostra benefici.

Nella maggior parte dei 27 paesi colpiti (terre umide dei paesi tropicali e subtropicali), la malattia non viene considerata un problema prioritario di salute pubblica; pertanto non si conosce né il numero di casi né la distribuzione attuale.

Dal 1980, l'Ulcera del Buruli è considerata una malattia emergente in Africa Occidentale; seppur poco conosciuta, altamente invalidante, ma quasi mai mortale, ha un impatto sociale violento nelle popolazioni rurali delle zone colpite. Obiettivo della ricerca è stato quello di isolare in coltura primaria *M. ulcerans*, di non facile isolamento date le sue condizioni di crescita legate alla concentrazione di bacilli presenti nel campione, alla temperatura (30-33°C), alla sensibilità nei confronti dei tradizionali metodi di decontaminazione e alla concentrazione di ossigeno.

**Materiali e metodi:** Sono state esaminate 14 biopsie prelevate da ulcere localizzate in diverse parti del corpo e degli arti di giovani adolescenti residenti in Burkina Faso sottoposti a trattamento di ricostruzione di chirurgia plastica.

I campioni, conservati sia in terreno di trasporto (7H9+PANTA) sia a secco ad una T° tra i 30 e i 33°C, sono stati esaminati nel laboratorio dell'U.O. di Igiene II del Policlinico di Bari dopo circa 10-15gg dal prelievo eseguito dai chirurghi plastici e sottoposti alle normali procedure per la diagnostica micobatterica: esame microscopico sec. Ziehl-Neelsen, esame colturale in terreni liquidi e solidi. Sulle colonie di *M. ulcerans*, isolate dopo 5-8 settimane dall'inoculo, sono state eseguite prove biochimiche tradizionali,

il test INNO LIPA Mycobacteria V2 e l'identificazione mediante analisi dei lipidi della parete (HPLC).

**Risultati e conclusioni:**

- Dei 14 campioni esaminati, 8 hanno mostrato coltura positiva con isolamento di *M. ulcerans*
- Dei 6 preparati con microscopia positiva (tutti con presenza di ciuffi di bacilli acido resistenti), soltanto un campione non ha mostrato sviluppo in coltura (probabilmente per l'elevata sensibilità del micobatterio ai tradizionali metodi di decontaminazione)
- L'elevata prevalenza di isolamenti ottenuta (57%), dimostra che i campioni clinici pervenuti alla nostra osservazione erano sicuramente idonei nonostante i tempi di attesa prima dell'inoculo in coltura.

	Micr.(-)	Micr. (+)
Colt. (-)	5	1
Colt. (+)	3	5

Seppure con dati preliminari il nostro studio dimostra come la diagnostica tradizionale, associata alla biologia molecolare e alla cromatografia, sia stata fondamentale per la corretta identificazione di un micobatterio poco conosciuto come *M. ulcerans*.

**P111**

**TUBERCOLOSI FARMACO E MULTIFARMACO -  
RESISTENTE IN PUGLIA. OSSERVAZIONI SU  
UNA CASISTICA DI CINQUE ANNI (1998-2003)**

Costa D.; Russo L.; Gaudiomonte V.; Passidomo D.; Grimaldi A., Quarto M.

Laboratorio Micobatteri, U.O. Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica. A.O. Policlinico Bari

**Introduzione:** Gli attuali regimi chemioterapici possono virtualmente curare il 100% delle tubercolosi causate da *M. tuberculosis* (M.t.) sensibile o resistente alla sola Isoniazide, la TB-MDR (M.t. resistenti almeno alla Isoniazide e alla Rifampicina) viene, invece, associata ad una percentuale bassa di cura e ad un alto tasso di mortalità.

In anni recenti è stato registrato un globale aumento di TB-MDR. Il problema sembra essere più contenuto in Europa; in Italia sono limitati i dati disponibili sulla resistenza di M.t. ai farmaci.

Allo scopo di stimare l'attuale diffusione di Tb causata da M.t. farmaco-resistente, nel presente studio sono stati analizzati i risultati di farmaco-suscettibilità dei ceppi di M.t. isolati in un quinquennio in una precisa area geografica del nostro Paese.

**Materiali e metodi:** Sono stati valutati i test di sensibilità fenotipici effettuati su 244 ceppi di *M. tuberculosis* (di cui 185 nuovi casi, 59 recidive) isolati da 11.366 campioni e da 244 pazienti diversi.

L'antimicobatterioγραμμα indiretto è stato eseguito in doppio su tutti i ceppi isolati di *M. tuberculosis* impiegando il "Metodo ridotto delle proporzioni" sia in terreno antibiotato solido L-J medium, sia in terreno liquido 7H9 (sistema Bactec MGIT 960). Le farmacosenibilità riscontrate nelle due metodiche sono risultate del tutto sovrapponibili.

**Risultati e discussione:** Da Gennaio 1998 a Gennaio 2003 sono stati effettuati 244 test di sensibilità su isolati corrispondenti a pazienti affetti da Tbc, cioè 149 uomini (61,1%) e 95 donne (38,9%), 185 prime diagnosi e 59 recidive. Erano inclusi 16 pazienti stranieri (tutti prime diagnosi).

I dati forniti da questo studio (tab.) dimostrano che: