

emisferi cerebrali. La pz. viene trattata con ambisome e voriconazolo.

Si ha un peggioramento della GVHD epatica (Bil.Tot. = 29 mg/dl) e intestinale; compare lieve iperpiressia (37,9 °C). Contemporaneamente compare ileo paralitico e insufficienza respiratoria che determina il decesso della paziente.

La pz è stata sottoposta per tutto il periodo della malattia a terapia antibiotica (levofloxacin, meropenem, teicoplanina), antivirale (aciclovir, ganciclovir), antimicotica (fluconazolo, voriconazolo), immunosoppressiva (ciclosporina, urbason, ATG, Basilimax).

Materiali e metodi. Numerosi campioni di espettorato, di feci, di tamponi faringei e nasali, e di emocolture sono stati inviati durante il ricovero della pz. in Laboratorio per le ricerche microbiologiche di routine. Tuttavia solo dai campioni di espettorato e di feci inviati in data 28/08/03 nelle piastre contenenti agar destrosio Sabouraud con CAF dopo 48 ore a 37°, si sono sviluppate colonie piatte, polverose che hanno assunto un colore grigio fumo. L'esame microscopico è stato eseguito utilizzando il metodo del "Vetrino con nastro adesivo": l'osservazione microscopica ha evidenziato una disposizione colonnare delle teste conidiali con vescicole semisferiche da cui si dipartivano una sola fila di fialidi regolari; i conidi si presentavano globulari e rugosi. Pertanto sulla base dell'aspetto macroscopico e delle caratteristiche microscopiche si è posta diagnosi di *Aspergillus fumigatus*.

Il monitoraggio ambientale dell'aria è stato effettuato con campionatore d'aria "SAS Super 90" P.B.I. seguendo il protocollo operativo indicato dalle stessa Ditta.

Risultati e conclusioni. Il caso descritto è esemplificativo della concomitanza di più fattori di rischio presenti nell'insorgenza della aspergillosi invasiva che possiamo così sintetizzare:

1. fattore estrinseco: durante il periodo cui si riferisce il caso clinico descritto, nel terreno adiacente all'ospedale è stato effettuato uno sbancamento. Il monitoraggio ambientale dell'aria sia nelle stanze di degenza ordinaria del CTMO (dove si trovava la pz) sia all'esterno del P.O. ha evidenziato la presenza di *aspergillus fumigatus* in carica elevata.
2. fattore intrinseco: la paziente presentava una marcata neutropenia, una GVHD di IV grado, ed è stata sottoposta a terapia immunosoppressiva con ATG (siero antilinfocitario) e Basilimax (anticorpo monoclonale IL2-R).

Sulla base degli accertamenti ambientali ed in conseguenza del caso clinico sopra riportato sono state predisposte le seguenti procedure:

1. chiusura temporanea e bonifica del reparto;
2. installazione di un sistema di filtrazione dell'aria con filtri HEPA e U.V. non solo nelle camere sterili, dove erano già presenti, ma anche nelle stanze di degenza ordinaria;
3. effettuazione di un più stretto monitoraggio dell'aria confinata;
4. predisposizione di tests diagnostici più precoci per rilevare infezioni di tipo micotico.

P124

RHODOTORULA IN ASCESSO CORNEALE

Giardini F., Machetta F*, de Sanctis U.*, Pollino C.

Laboratorio Analisi, Direttore: D. Poncini,
Ospedale Oftalmico "G. Sperino", Torino

*Clinica Oculistica dell'Università di Torino,

Direttore: F.M. Grignolo,

Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Via Juvarrà 19, 10128 Torino

Paziente di anni 60 affetto da ipertensione arteriosa, NIDDM e glaucoma malformativo in OO. Sottoposto nel 1986 in OD

ad enucleazione per glaucoma maligno ed esiti di endoftalmite. Nel 2003 era effettuato in OS un trapianto di cornea a scopo terapeutico per ascesso corneale da *Candida albicans* resistente alla terapia antimicotica locale e sistemica. A 4 mesi dall'intervento si sviluppava in corrispondenza del lembo innestato un'infezione da *Rhodotorula*. Dal prelievo corneale erano eseguite diverse semine:

1. su Agar Cioccolato con arricchimento
2. su Agar Haemophilus (incubato in microaerofilia)
3. su Sabouraud Dextrose Agar
4. in brodo Hemolyne difasico*

* (questo brodo, correntemente usato per le emocolture, è stato da noi adottato anche in caso di infezioni oculari a prognosi severa (panoftalmite, endoftalmite, ulcere corneali gravi) poiché nel corso degli anni abbiamo potuto constatare che in questi casi clinici, normalmente già ampiamente trattati con antibiotici, spesso risulta l'unico terreno che consente uno sviluppo culturale in vitro).

Dopo 72 ore d'incubazione in termostato a 37°C tutti i terreni di coltura solidi davano esito culturale negativo. Faceva eccezione il brodo Hemolyne, che presentava una debolissima torbidità. In 4° giornata il brodo si positivizzava nettamente. Al microscopio, con colorazione al Lactophenol Cotton Bleu, alcune cellule presentavano una tipica morfologia allungata con gemmazione bipolare.

La successiva subcoltura da brodo su una nuova piastra di Sabouraud Dextrose Agar dava esito positivo, con discreta pigmentazione rosacea delle colonie sviluppatesi, che pertanto si identificavano come lieviti appartenenti al genere *Rhodotorula*.

Si allestiva immediatamente un antimicogramma su piastre di RPMI Agar con il metodo E-Test. Gli antimicotici saggianti erano: Fluconazolo, Amfotericina-B, Ketoconazolo, Itraconazolo, 5-Fluorocitosina. La risposta culturale all'antimicogramma era completamente negativa. Ciononostante veniva comunque instaurata una terapia locale con Amfotericina-B e con Iodopovidone. Dopo un iniziale miglioramento del quadro clinico si assisteva ad un nuovo peggioramento dello stesso e pertanto si effettuava un intervento di cheratectomia a scopo diagnostico e terapeutico associata a ricoprimento congiuntivale.

P125

CASE REPORT: INFEZIONE DA *ALTERNARIA INFECTORIA* IN UN PAZIENTE TRAPIANTATO DI CUORE.

Lo Cascio G (1); Maccacaro L (2); Rizzonelli P(2);
Fontana R(2).

¹Servizio di Microbiologia, Azienda Ospedaliera di Verona

²Sezione di Microbiologia, Dipartimento di Patologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Verona

L'aumento del numero di trapianti d'organo comporta anche l'aumento dei pazienti immunodepressi esposti al rischio di sviluppare infezioni micotiche opportunistiche che richiedono al laboratorio di microbiologia diagnosi un tempo non comuni.

Case report. T.M., paziente di 49 anni trapiantato di cuore dopo circa un anno dall'intervento manifestò la comparsa di lesioni nodulari multiple ad entrambi gli arti inferiori; non erano presenti né febbre né dispnea. L'esame istologico eseguito sulla biopsia di una lesione mostrò strutture lievitiforimi e ife all'interno di un processo granulomatoso.

Materiali e metodi. Le indagini culturali portarono all'isolamento di colonie giallo-biancastre con reverse verde oliva che al vetrino mostravano ife settate con pigmento melaninico