

l'amplificato del gene *glmM*.

Risultati: In 11 pazienti tutte le colonie erano PCR positive per *cagA*, *cagE* e *virB11*, mentre negli altri 6 pazienti mancava l'amplificazione di uno o più geni della *cag* Island in un numero variabile di colonie. In alcuni pazienti, le cui colonie mostravano eterogeneità genica, la RAPD-PCR ed il sequenziamento di *glmM* hanno dimostrato l'identità del ceppo batterico. Le delezioni nella *cag* Island erano presenti in 4 su 6 pazienti con gastrite atrofica, 2 su 6 pazienti con gastrite non-atrofica ed in nessuno dei 5 pazienti con ulcera duodenale.

Conclusioni: Il nostro studio sembra indicare che l'eterogeneità nei genotipi *cag* riscontrata in un gruppo consistente di pazienti infettati da ceppi *cagA+* di *H. pylori* sia associata a determinati quadri anatomo-clinici. La particolare frequenza di delezioni nei pazienti con gastrite atrofica e la loro assenza nei pazienti con ulcera duodenale fa ipotizzare un'influenza del microambiente acido gastrico sulla selezione dei genotipi *cag* nel corso dell'infezione umana.

M015

RICKETTSIOSI DEL GRUPPO "SPOTTED FEVER" CONTRATTA IN SUD AFRICA

Greco F¹, Vallone A², Apuzzo G², Vallone G², Guaglianone L², Giraldi C¹.

¹ U.O. Microbiologia e Virologia, Ospedale Annunziata, Cosenza

² U.O. Malattie Infettive, Ospedale Annunziata, Cosenza

Introduzione: L'aumento dei viaggi internazionali e il fenomeno delle migrazioni sta influenzando sempre più la diagnostica clinica e microbiologica del paziente con febbre, tanto da rendere prioritaria l'investigazione su un eventuale viaggio internazionale e sulla circolazione degli agenti infettivi nella corrispondente area geografica. Per queste ragioni ci è sembrato utile descrivere il caso clinico relativo ad una donna di 60 anni, giunta di recente alla nostra osservazione per febbre insorta al ritorno di un viaggio in sud Africa.

Caso Clinico: Nel luglio del 2002 abbiamo osservato una donna di 60 anni con febbre continua da 6 giorni e 5 escare localizzate a livello degli arti superiori e inferiori accompagnate da linfadenopatia regionale. Tuttavia le condizioni generali erano buone, sia al momento della prima visita che nei giorni precedenti, e non si è manifestato esantema. La paziente aveva soggiornato in sud Africa per 20 giorni e i primi sintomi sono comparsi 6 giorni dopo il rientro in Patria. I principali esami ematochimici hanno mostrato una modesta ipertransaminasemia e un moderato incremento della VES. La diagnosi sierologica è stata effettuata mediante un test di immuno fluorescenza indiretta per la ricerca delle IgG ed IgM anti Rickettsia (Focus USA, Alifax). Il test utilizza vetrini contenenti antigeni di *R. typhi* e di *R. rickettsii* che consentono di discriminare, rispettivamente, il gruppo "Typhus Fever" da quello "Spotted Fever", quest'ultimo comprendente anche *R. africae*, *R. akari*, *R. conorii*, *R. australis*, *R. sibirica* e altre. L'infezione verso una di queste specie induce la produzione di anticorpi verso *R. rickettsii*. Il siero in esame mostrava una positività sia per IgG (>1/256) che per IgM (>1/50) verso *R. rickettsii*. La paziente è stata trattata con doxiciclina 100 mg due volte al giorno per 8 giorni ed è guarita non manifestando alcun segno di malattia anche nel follow up fino a 6 mesi. Il quadro clinico, le informazioni epidemiologiche, la risposta al trattamento e il risultato dell'esame sierologico hanno permesso di porre diagnosi di rickettsiosi del gruppo della "Spotted Fever" probabilmente da *Rickettsia africae*. Agente etiologico del Tifo da zecche africano, *Rickettsia africae* è trasmessa

all'uomo dalla puntura di *Amblyomma* spp. ed è considerata emergente in particolare in Africa sub sahariana. E' stato possibile, sul piano clinico, escludere dalla diagnostica differenziale la febbre bottonosa del mediterraneo e su quello clinico epidemiologico considerare per lo meno molto improbabili le altre forme.

Discussione: Il caso clinico da noi descritto è espressione di una realtà ormai attuale che supera la "regionalizzazione" della patologia infettiva e che sollecita fortemente un continuo adeguamento culturale e tecnologico dei clinici e dei laboratori di microbiologia.

M016

ENDOCARDITE DA GEMELLA MORBILLORUM IN UNA BAMBINA: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO.

Carletti M., Gimigliano F.*, Di Felice G., Toccaceli L.*, Carducci G., Ballerini L.*

Lab. Analisi OPBG, *DMCCP Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS Presidio di Palidoro, Via Torre di Palidoro, 00050 Fiumicino (RM);

Obiettivi: richiamare l'attenzione sulla possibile insorgenza di endocardite acuta in pazienti pediatrici affetti da cardiopatie congenite complesse con foci orali. *G.morbilorum*, cocco Gram-positivo, catalasi negativo, anaerobio facoltativo è commensale della flora orale e del tratto gastrointestinale; può causare endocarditi e batteriemie negli adulti, raramente nei pazienti pediatrici.

Materiali e metodi: bambina di 10 anni con cardiopatia congenita, sottoposta ad intervento di coartectomia con anastomosi termino-terminale. Dopo sei mesi compaiono episodi di febbre intermittente, con picchi notturni di 38.5°C.

Attraverso ecocardiogramma ed emocoltura si è fatta diagnosi di endocardite da *G.morbilorum* con interessamento della valvola mitralica. Le emocolture sono state eseguite mediante sistema ISOLATOR 1.5 (OXOID); i terreni utilizzati per le subcolture sono stati TSS (Bio-Merieux) e Cioccolato PVX (Bio-Merieux), opportunamente incubato a 37°C in microaerofilia al 5% di CO₂; l'identificazione batterica, effettuata con sistema Vitek, card GPI (Bio-Merieux), ha dato come risultato *G.morbilorum*. L'antibiogramma, effettuato mediante Kirby-Bauer evidenziava una buona sensibilità alla Vancomicina e Gentamicina.

Risultati: dopo la diagnosi di endocardite batterica da *G.morbilorum*, si è iniziata una terapia antibiotica con vancomicina (12 mg/Kg per 3 volte al dì) e gentamicina (2mg/Kg/die). Al terzo giorno di terapia scompariva la febbre e al settimo giorno si evidenziava la riduzione di volume della vegetazione endocardica. Dopo venti giorni di terapia e controlli ripetuti per la conferma della negativizzazione delle emocolture e degli indici di flogosi, la bambina è stata dimessa in buone condizioni. La ricerca del possibile focolaio di provenienza dell'infezione ha dimostrato, alla visita odontoiatrica, la presenza di processi cariosi a carico di più elementi dentali.

Conclusioni: l'endocardite infettiva è una condizione devastante e spesso fatale, soprattutto nei soggetti a rischio per vizi valvolari congeniti o acquisiti. Per questo in tali soggetti è necessario, valutare l'appropriatezza di cicli preventivi di terapia antibiotica e bonifica odontoiatrica.