RegioneEmilia-Romagna

IL DIRETTORE GENERALE SANITÀ E
POLITICHE SOCIALI
TIZIANO CARRADORI

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	PG	2014	373414
DEL	14	10	2014

Ai Direttori generali
Ai Direttori sanitari
delle Aziende sanitarie

Ai Direttori dei Dipartimenti
di Sanità pubblica
delle Aziende Usl

della Regione Emilia-Romagna

Al CRREM Unità Operativa di Microbiologia
Policlinico S.Orsola – Malpighi
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

LORO SEDI

Oggetto: Individuazione del Laboratorio di riferimento regionale per la diagnosi di leishmaniosi viscerale e cutanea umana. Precisazioni e integrazioni alla nota PG_2014_276720 del 28/07/2014.

Con riferimento a quanto in oggetto, si inviano in allegato le precisazioni, a cura del Laboratorio di riferimento regionale, sulle differenze del percorso diagnostico di laboratorio delle leishmaniosi cutanee da quello delle forme viscerali (Allegato 1).

Si coglie, inoltre, l'occasione per trasmettere una versione aggiornata della scheda di accompagnamento dei campioni al laboratorio (Allegato 2). Nella nuova scheda, che sostituisce quella precedentemente inviata, sono inseriti i campi che rilevano le informazioni relative all'esito dell'esame istologico, su lesioni cutanee e muco-cutanee, e al reparto/ospedale di appartenenza del medico richiedente.

Si prega di mettere a conoscenza di queste precisazioni/integrazioni tutti gli operatori dei Dipartimenti, Servizi e UU.OO. interessati/e.

Cordiali saluti

Tiziano Carradori

Allegati: c.s.i.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

a uso interno: DP/ ____ / ____ Classif. | 3510 | 600 | 30 | 50 | 10 | ____ | Fasc | 2014 | 1 | ____ | INDICE LIV. 1 LIV. 2 LIV. 3 LIV. 4 LIV. 5 ANNO NUM SUB.

Allegato 1

Precisazioni alla nota regionale PG.2014.276720 del 28/07/2014 in merito alla diagnosi di laboratorio di leishmaniosi.

DIAGNOSI DI LEISHMANIOSI VISCERALE

La diagnosi di **leishmaniosi viscerale** va eseguita mediante:

- **Test di screening sierologici**: ricerca di IgG specifiche per leishmania su siero.
- **Test di conferma molecolari**: ricerca di DNA di leishmania mediante real-time PCR su sangue periferico e aspirato midollare.
  I test molecolari vanno eseguiti in caso di presenza di sintomi sospetti e positività ai test sierologici. In presenza di sospetto clinico in pazienti immunodepressi, i test molecolari vanno eseguiti anche in caso di negatività al test sierologico di screening.
- **Esame microscopico** su striscio di sangue midollare: può completare la diagnosi ma non sostituisce i test sopramenzionati.

DIAGNOSI DI LEISHMANIOSI CUTANEA

La diagnosi di **leishmaniosi cutanea** va eseguita mediante:

- **Esame istologico** di biopsia cutanea inclusa in paraffina, dopo colorazione Giemsa.
- **Test molecolari**: ricerca di DNA di leishmania mediante real-time PCR in biopsia cutanea a fresco o inclusa in paraffina.

La diagnosi sierologica non è di alcuna utilità in caso di sospetta leishmaniosi cutanea.

Il laboratorio CRREM (UO Microbiologia, Bologna) è in grado di eseguire tutti i test sopramenzionati ad esclusione dell'esame istologico, ed è il riferimento regionale per eseguire i test molecolari.

Per ulteriori informazioni

Dr. P. Gaibani, dr.ssa G. Rossini, dr.ssa S. Varani e dr.ssa C. Vocale

Centro di Riferimento Regionale Emergenze Microbiologiche - CRREM Unità Operativa di Microbiologia,

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi,

Padiglione 11, primo piano - Via Massarenti 9, 40138 Bologna

Tel. 051-6364316, Fax. 051-6363076

Laboratorio CRREM
Padiglione 11, primo piano
Ospedale Sant'Orsola, via Massarenti 9
40138 BOLOGNA
Tel: **051-6364316**

SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO CAMPIONE – LEISHMANIOSI

Data: _____

Si inviano i seguenti campioni per ricerca di Leishmania°:

Campione/i di ☐ sangue periferico in EDTA ☐ sangue midollare in EDTA ☐ siero

☐ Prelievo bioptico (specificare localizzazione): _____

prelevato/i il _____

DATI PAZIENTE (in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Sesso M ☐ F ☐ Codice fiscale _____

Nato/a il _____ a _____

Domicilio abituale _____ Contatto con cani _____

Soggiorno all'estero : *SI *NO Luogo_____ Periodo _____

PAZIENTE RICOVERATO: * SI *NO PAZIENTE AMBULATORIALE: *SI *NO

SINTOMI /SEGNI

☐ Febbre
☐ Splenomegalia
☐ Epatomegalia
☐ Linfoadenomegalia
☐ Piastrinopenia
☐ Anemia
☐ Leucopenia
☐ Perdita di peso

☐ Lesione cutanea o singola, localizzata o lesioni multiple o forma diffusa

o ulcera o nodulo o placca o papula o interessamento linfonodale

Risultato dell'esame istologico_____

☐ Lesione muco-cutanea (specificare tipo di lesione e localizzazione) _____
Risultato dell'esame istologico _____

☐ Altri sintomi (specificare quali) _____

Data inizio sintomi _____

E' noto uno stato di immunodepressione: *SI * NO Se SI: specificare quale (HIV+ o altro) _____

Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la segnalazione?
*SI *NO *NON NOTO

Eventuali test diagnostici per leishmania già effettuati e risultati: _____

MEDICO RICHIEDENTE _____ _____ (nome in stampatello e firma)

REPARTO e OSPEDALE_____

TEL._____ FAX._____ _____

° I campioni devono essere inviati **a temperatura ambiente**