

FOCUS SULLA PRATICA CLINICA LE VARIE PROSPETTIVE

INDICAZIONI TERAPEUTICHE E LINEE GUIDA EUROPEE

A colloquio con **Ercole Concia**

Direttore UOC Malattie Infettive, Università degli Studi di Verona

Policlinico Gianbattista Rossi, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Professore, quali sono le criticità principali nella diagnosi e nella cura delle infezioni fungine invasive?

Le criticità sono legate al fatto che la diagnosi delle infezioni fungine invasive (IFI), in particolare delle candidemie, viene effettuata ancora oggi nella gran parte degli ospedali italiani con i metodi classici (coltura del sangue). Si tratta di una criticità perché la coltura richiede, per un referto positivo, un tempo che varia da 48 a 72 ore e più, mentre una terapia efficace necessita di tempi di azione molto veloci.

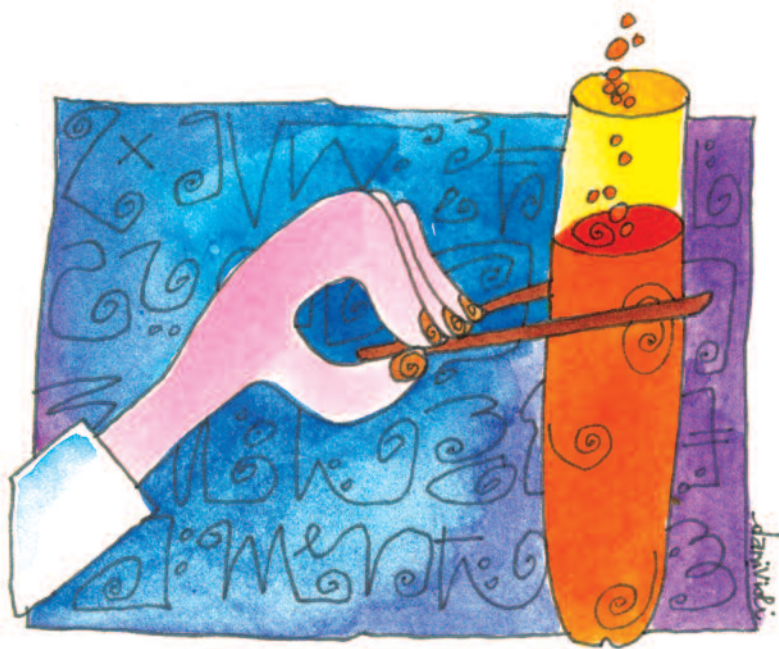
La seconda criticità è legata al fatto che, facendo un'emocoltura classica, la positività, anche in presenza di una candidemia, non supera il 50% dei casi. Ciò significa che un caso su due sfugge alla diagnosi di infezione. Bisogna dire, tuttavia,

che le cose stanno cambiando, poiché oggi abbiamo a disposizione i biomarcatori (galattomannano, beta D glucano) e, in futuro, i progressi della biologia molecolare come supporto per individuare e rispettare i tempi corretti di inizio della terapia.

È importante la tempestività dell'intervento terapeutico rispetto a obiettivi di riduzione della mortalità e massimizzazione dei risultati?

La letteratura dice che la risposta positiva del paziente è funzione del tempo di inizio della terapia. La differenza nell'*outcome* è strettamente correlata all'inizio della terapia, che deve avvenire entro 12/24 ore massimo. Non è possibile quindi attendere i tempi di risposta dell'emocoltura classica. È importante che, se il clinico ha un forte sospetto di presenza dell'infezione, inizi la terapia anche in assenza di dati microbiologici. Questo approccio empirico, guidato dalla pratica clinica, ha risvolti positivi, ma anche negativi. In primo luogo presenta il rischio di *overtreatment*: se ci si basa solo sui dati clinici si rischia di trattare troppi malati.

Oggi, come ho ricordato prima, sono disponibili dei test che possono offrire un importante supporto alle scelte del clinico, ma che, purtroppo, sono eseguiti solo in alcuni centri (Verona, Genova, Roma): i biomarcatori e, nel contesto delle infezioni da *Candida*, in particolare il beta D glucano. Se questo test fosse eseguito nel malato a rischio, avremmo un argomento in più a supporto di un inizio precoce della terapia. Se risultasse negativo, avremmo elementi per non instaurare o per sospendere il trattamento. In ogni caso, una guida importante.



Qual ruolo svolge l'infettivologo nella gestione di questa patologia nei diversi contesti in cui può manifestarsi (reparti di medicina interna, terapia intensiva, ematologia oltre che infettivologia)?

“
Le linee guida europee indicano le echinocandine come farmaci di prima linea
 ”

Il ruolo del clinico è stabilire dei protocolli di diagnosi e di terapia da applicare in medicina interna, ematologia, oncologia, chirurgia. Il clinico deve anche stimolare la microbiologia all'esecuzione delle nuove metodiche e approntare dei protocolli terapeutici. È, per esempio, molto importante la corretta posologia.

Quali sono le indicazioni fornite dalle recenti linee guida europee in tema di terapia farmacologica?

Con riferimento specifico alla terapia, le echinocandine sono state promosse a pieni voti: sono farmaci attivi sulla maggioranza delle diverse specie di *Candida*, hanno una dose ben codifica-

ta, cosa che consente di evitare o ridurre al minimo i possibili errori di somministrazione e, soprattutto, sono molto ben tollerate. Su queste basi sono molto correttamente indicate dalle linee guida come farmaci di prima linea.

In che modo l'introduzione delle echinocandine ha determinato un cambiamento nel trattamento delle IFI?

Ad oggi esistono tre diverse echinocandine. La prima è stata introdotta ben 10 anni fa. Sono tutte uguali? No. La prima echinocandina (caspofungina) è ormai un farmaco molto ben conosciuto, molto interessante e ben tollerato. La seconda (la micafungina) è ad oggi gravata da un warning dell'EMA (Agenzia europea del farmaco). La terza (anidulafungina) è un ottimo farmaco, ma con studi ancora limitati e indicazioni ristrette. Le differenze, quindi, esistono e devono essere opportunamente tenute in considerazione dai clinici. ■ ML



Organo ufficiale della Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS), *GIMPIOS* diffonde contributi multidisciplinari relativi alla prevenzione e al controllo delle infezioni associate all'assistenza. La rivista promuove la diffusione di strumenti di lavoro (come linee guida, procedure validate e documenti di consenso), segnala iniziative di formazione e aggiornamento, e conduce iniziative di ricerca, anche di concerto con istituzioni e enti pubblici, associazioni professionali e altre società scientifiche.

abbonamenti@pensiero.it
Numero verde 800-259620