

EPIDEMIOLOGIA E STRATEGIE DI INTERVENTO

a colloquio con **Claudio Viscoli**

Direttore Clinica di Malattie Infettive

Università di Genova, IRCCS San Martino - IST

Infezioni fungine invasive: quali i tipi e quale il quadro epidemiologico?

Difficile fornire una risposta univoca. La distribuzione epidemiologica è strettamente correlata al tipo di paziente coinvolto e all'agente patogeno interessato.

Con riferimento specifico alla *Candida* sappiamo che è il terzo più frequente microrganismo isolato in emocoltura nei reparti degli ospedali americani e europei. Si riscontra soprattutto in reparti di terapia intensiva, ma anche di medicina interna, in quanto i fattori di rischio per questa infezione (l'età avanzata, il diabete, le comorbilità) sono molto frequenti proprio in queste strutture. L'incidenza varia molto da ospedale a ospedale. In termini molto generali è corretto affermare che tanto più numerosi sono i malati complicati e soggetti a procedure complesse tanto maggiore è la probabilità che si verifichi questo tipo di infezione.

Con riferimento, invece, all'*Aspergillus*, non si tratta di un lievito ma di una muffa. È un patogeno tipico del malato ematologico con leucemia acuta o soggetto a trapianto di midollo allogenico con qualche caso – negli ultimi anni in aumento – in pazienti senza malattie ematologiche, ma croniche respiratorie (per esempio, broncopneumopatie croniche ostruttive, fibrosi cistica).

Quali, in particolare, i dati di letalità?

La candidosi colpisce spesso persone che hanno altre patologie. Pertanto è molto difficile capire quale sia la letalità attribuibile. Sappiamo che il numero di pazienti con una diagnosi di candidosi che muore nel giro di un mese varia dal 30% al 50%, ma capire quanti sono quelli che muoiono soltanto per quella causa è molto difficile.

Lo stesso vale per l'aspergillosi, con dati di mortalità che arrivavano anche al 60%, ma che negli

CAREregioni

CAREregioni nasce come supplemento a CARE per approfondire tematiche sanitarie a livello di singole Regioni, con l'intento di fornire a medici, amministratori e operatori sanitari un'ulteriore opportunità di riflessione su come conciliare l'esistenza di risorse limitate con l'irrinunciabile esigenza di garantire al cittadino il diritto fondamentale all'assistenza.

Supplemento a
Care n. 2 marzo-aprile 2013

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief)
Cesare Albanese,
Giancarlo Bausano, Mara Losi,
Maurizio Marceca

Stampa
Arti Grafiche TRIS - Roma

Progetto grafico
Doppiosegno - Roma

Immagini
©2013 Photos.com

Disegni
Daniela Violi

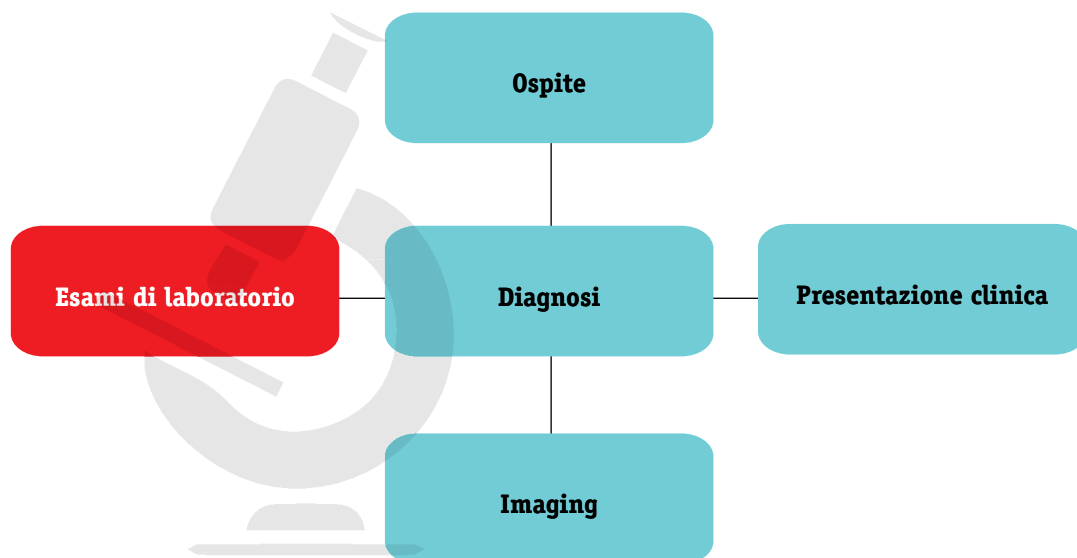
Registrazione del Tribunale
di Roma n. 00472/99
del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.

Finito di stampare giugno 2013

Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

Approccio integrato alla diagnosi di infezione fungina invasiva.



ultimi anni sembrano essersi ridotti, grazie alla disponibilità di nuovi farmaci. Anche in questo caso le percentuali variano in funzione delle patologie di base. Per esempio, in un paziente con una leucemia in remissione la mortalità per la malattia infettiva è relativamente bassa. Il contrario, ovviamente, nel caso di una leucemia invasiva e non controllata.

Le terapie influenzano il quadro epidemiologico?

Le terapie antibiotiche e antifungine modificano per forza i quadri epidemiologici perché selezionano nell'ambiente e nel nostro organismo mi-

croorganismi resistenti. La terapia, quindi, è in grado di influenzare l'ecologia batterica e il quadro epidemiologico sia in positivo sia in negativo.

Quali sono le strategie di intervento disponibili?

Direi essenzialmente quattro.

1. La profilassi, ossia la somministrazione della terapia a tutti i malati a rischio per quell'infezione.
2. La terapia empirica, ossia la somministrazione di un antifungino ai pazienti con febbre non responsiva a terapia antibatterica.
3. La strategia *pre-emptive*, ovvero la somministrazione della terapia a chi, sulla base della presenza di specifici marcatori, ha un'elevata probabilità di essere affetto da malattia.
4. La cura sulla base di una diagnosi dimostrata (terapia mirata).

La strategia da scegliere dipende da centro a centro, anche se negli ultimi anni quella basata sull'uso dei marcatori diagnostici (*pre-emptive*) sembra la più logica.

Per chiudere, professore, lei ha esordito sottolineando la molteplicità dei contesti in cui la candidosi e l'aspergillosi si possono manifestare. Quanto è importante il confronto tra i diversi specialisti nella gestione di questo tipo di infezioni?

Ritengo sia essenziale un approccio multidisciplinare. Nel caso specifico delle infezioni fungine, direi che le figure centrali sono l'infettivologo, il microbiologo e i medici specialisti per le varie malattie di base (ematologo, internista, intensivista, pneumologo, etc), che sono i punti di snodo fondamentale per la diagnosi e per l'impostazione della strategia di intervento.

Da non dimenticare il ruolo del personale infermieristico e del personale della Direzione Sanitaria addetto alla sorveglianza e controllo delle infezioni. Il confronto e la collaborazione con gli altri specialisti di volta in volta coinvolti, così come la sinergia con i reparti tecnici e diagnostici, è essenziale a garantire la qualità e l'appropriatezza della cura. ■ ML

