

## Candidosi invasiva: quando è bene iniziare la somministrazione della terapia antifungina

Hsu DI, Nguyen M, Nguyen Lee et al

A multicentre study to evaluate the impact of timing of caspofungin administration on outcomes of invasive candidiasis in non-immunocompromised adult patients

J Antimicrob Chemother 2010; 65: 1765-1770

Tradizionalmente *Candida albicans* è considerata la specie più frequentemente isolata e ritenuta responsabile del 50-70% degli episodi di candidosi. Tuttavia negli ultimi anni si sono registrati alcuni cambiamenti nella distribuzione delle specie di *Candida* coinvolte nella candidosi invasiva, che hanno visto prevalere specie *non albicans* con forti implicazioni nella scelta della terapia da somministrare. In particolare si è riscontrata una riduzione della sensibilità a fluconazolo nelle infezioni collegate a *Candida glabrata*. Questo ha spinto la Infectious Diseases Society of America a promuovere l'uso delle echinocandine come terapia di prima linea nel trattamento della candidosi invasiva. Tra le altre variabili che incidono sulla risposta al trattamento, oltre alla resistenza al farmaco, sono da considerare la diagnosi tempestiva dell'infezione, i fattori di rischio specifici per il singolo paziente, la gravità della patologia per cui è ricoverato e l'inizio tempestivo di una terapia con un antifungino appropriato.

I ricercatori della Scuola di Farmacia dell'Università della California del Sud hanno svolto uno studio retrospettivo di coorte per valutare proprio l'impatto del tempo di inizio della somministrazione di caspofungin, un antifungino appartenente alla classe delle echinocandine, sugli esiti del trattamento della candidosi invasiva.

Utilizzando i dati delle cartelle cliniche di tre ospedali californiani, sono stati selezionati 169 pazienti che avevano ricevuto caspofungin fino a 72 ore e più dalla manifestazione di candidosi invasiva. La causa più comune di infezione era *Candida glabrata* (n. 78, 46%), seguita da *Candida albicans* (n. 36, 21%), *Candida parapsilosis* (n. 9, 6%), *Candida tropicalis* (n. 6, 3%), *Candida krusei* e altre specie (n. 4, 2%). Le sedi di infezione erano quelle correlate al torrente ematico (n. 119, 71%), quelle intra-addominali (n. 44, 26%) e altre sedi sterili (n. 6, 3%). I pazienti sono stati classificati in due gruppi sulla base dell'inizio della terapia: uno che comprendeva chi aveva ricevuto caspofungin dal terzo giorno di manifestazione dell'infezione (considerata somministrazione tardiva) e l'altro al quale lo stesso antimicotico era stato somministrato entro il terzo giorno (somministrazione precoce).

Il ritardo nella somministrazione di caspofungin è stato associato a un inferiore tasso di risposta positiva (35/62, 56% versus 77%,  $p = 0,006$ ), un tempo in media più lungo per ottenere la stabilità clinica (13 giorni versus 7 giorni,  $p = 0,002$ ) e una permanenza in ospedale più lunga (28 giorni versus 21 giorni,  $p = 0,007$ ) dei pazienti rispetto al gruppo che ha ricevuto il trattamento entro i primi 3 giorni. ■ ML

Pazienti che hanno raggiunto la stabilità clinica e tempi necessari al suo raggiungimento sulla base dell'inizio della somministrazione della terapia antifungina.

