

Società scientifiche

TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI DA *CANDIDA* SPP.

Le linee guida dell'Infectious Diseases Society of America

I miceti della specie *Candida* sono la causa più frequente di infezioni micotiche, che variano da forme mucocutanee a forme invasive che possono interessare qualsiasi organo. Negli ultimi anni, a motivo dell'aumento della popolazione di individui immunocompromessi e del sempre più largo uso di antibiotici antibatterici, si è verificato un cambiamento nell'epidemiologia delle infezioni di *Candidiasis* spp. con marcato aumento delle forme gravi e mortali e con l'emergenza di specie non-*albicans* di *Candida* che sono divenute responsabili di circa il 50% di tutte le candidiasi. L'Infectious Disease Society of America (IDSA) ha pertanto creduto opportuno pubblicare linee guida aggiornate sul trattamento di queste infezioni (Pappas PG, Rex JH, Sobel JD et al: **Guidelines for treatment of candidiasis. Clin Infect Dis 2004; 38: 161**), discutendo i seguenti problemi principali.

1. *Candidemia e candidiasi ematogena disseminata acuta*. Gli antimicotici indicati sono amfotericina B endovena, fluconazolo endovena o per os, caspofungina endovena oppure l'associazione fluconazolo-amfotericina B (somministrando amfotericina B soltanto per i primi 5-6 giorni). Nelle forme più gravi è consigliata l'associazione amfotericina B più flucitosina. È consigliabile la rimozione di cateteri endovascolari.

2. *Trattamento empirico nel sospetto di candidiasi disseminata in pazienti febbrili non neutropenici*. Amfotericina B endovena o fluconazolo endovena o per os.

3. *Trattamento empirico di pazienti neutropenici con febbre prolungata nonostante terapia antibatterica*. Oltre all'amfotericina B per via parentale, più recentemente è stato usato itraconazolo inizialmente per via venosa, perché la biodisponibilità delle formulazioni per uso orale è "imprevedibile". Il fluconazolo, a motivo del suo più limitato spettro di attività antimicotica, può rivelarsi inappropriato. Nei pazienti ad alto rischio è stato usato voriconazolo. Il ruolo della caspofungina e degli agenti echinocandini è tuttora incerto.

4. *Candidiasi cronica disseminata (candidiasi epatosplenica)*. Amfotericina B endovena o fluconazolo endovena o per os. In caso di infezione refrattaria questi antimicotici possono essere associati a flucitosina.

5. *Candidiasi cutanea disseminata neonatale*. Nei neonati a rischio di disseminazione acuta ematica o viscerale la terapia è analoga a quella delle forme disseminate, altrimenti è adeguata la terapia topica.

6. *Candidiasi urinaria*. Fluconazolo endovena o per os, amfotericina B endovena o flucitosina per os. Se usata per irrigazione endovesicale l'amfotericina B non è indicata per le localizzazioni al di sopra della vescica.

7. *Candidiasi laringea e polmonare*. Amfotericina B endovena o fluconazolo endovena o per os.

8. *Osteomielite e artrite (compresa mediastinite)*. Dopo sbrigliamento a cielo aperto o per via artroscopica o drenaggio, sono utili amfotericina B endovena e fluconazolo endovena o per os.

9. *Candidiasi di colecisti, pancreas e peritoneo*. Amfotericina B endovena o fluconazolo endovena o per os.

10. *Endocardite, pericardite, miocardite e flebite suppurativa da Candida spp.* Amfotericina B endovena (eventualmente associata a flucitosina per os) o fluconazolo endovena o per os.

11. *Endoftalmite da Candida spp.* Amfotericina B endovena. Recentemente è stato usato fluconazolo endovena o per os. Flucitosina è stata usata in associazione ad amfotericina B. È stata anche usata l'associazione di amfotericina B complesso lipidico (ABLC) alla vitrectomia. Non è stata stabilita l'efficacia della terapia antimicotica endoviteale.

12. *Candidiasi mucocutanea non genitale*.
a) candidiasi orofaringea ed esofagea. Clotrimazolo localmente, fluconazolo, chetoconazolo o itraconazolo per os oppure nistatina o amfotericina B per os nelle localizzazioni orofaringee. Nelle forme refrattarie o ricorrenti chetoconazolo o fluconazolo o itraconazolo in soluzioni orali, amfotericina B in sospensione orale, caspofungina endovena o amfotericina B endovena. Nelle localizzazioni esofagee la terapia topica è senza effetto. Sono usati fluconazolo o itraconazolo o voriconazolo per os oppure caspofungina endovena o amfotericina B endovena.

b) onicomicosi da *Candida* spp. La terapia topica è di solito senza effetto. La griseofulvina per os è stata recentemente sostituita da itraconazolo o terbinafina per os; per altro quest'ultimo farmaco ha mostrato *in vitro* limitata e/o imprevedibile attività antimicotica.

c) infezioni cutanee da *Candida* spp. e paronichia. Sono risultati efficaci fluconazolo o chetoconazolo o itraconazolo oppure nistatina o clotrimazolo o miconazolo. Nella paronichia è essenziale il drenaggio.

d) candidiasi mammaria. La terapia antimicotica è efficace, ma deve essere tenuta presente la componente batterica.

e) candidiasi mucocutanea cronica. È necessaria una terapia antimicotica sistemica.

13. *Candidiasi genitale*. Sono adoperati per via topica clotrimazolo, butoconazolo, miconazolo, tioconazolo, terconazolo e nistatina; per via orale possono essere usati chetoconazolo e itraconazolo. È necessario tenere presente che le vaginiti da *Candida non albicans* (*C.glabrata*, *C.krusei*, etc) non rispondono agli azoli, ma spesso rispondono al trattamento locale con acido borico o con flucitosina. L'IDSA ricorda che l'uso prolungato di fluconazolo nelle vaginiti di pazienti con infezione da HIV è stato associato a stato di portatore di *Candida non albicans*.