

di Terapia Intensiva(UTI), descrivendo il management della malattia ed infine valutando la resistenza agli antifungini più utilizzati.

Materiali e Metodi

Abbiamo considerati i pazienti che presentavano evidenza di candidasi invasiva da un punto di vista clinico e microbiologico. Per la identificazione microbiologica ci si è serviti del ID 32 C (Bio-Merieux®), mentre per l'antimicogramma dell'ATB Fungus 2 (Bio-Merieux®) e del Fungitest (Pasteur®).

L'interpretazione dei risultati è avvenuta in accordo con il protocollo NCCLS M27-A.

I pazienti sono stati trattati con amfotericina B liposomiale al dosaggio di 3-5 mg/kg/die per somministrazione endovenosa e per 14 giorni dopo l'ultima coltura positiva in accordo con i protocollo vigenti.

Risultati

Sono stati analizzati in totale 15 campioni, di cui 12 emocolture risultate positive per *Candida* spp.

La specie osservata con maggiore frequenza è stata *C. albicans* (53.3%) contro il 46.7% di *Candida* non *albicans*. Questa è risultata costantemente sensibile agli antifungini testati; *C. parapsilosis*, la seconda specie per frequenza osservata (26.7%), è risultata sensibile anche a ketoconazolo ed ha invece mostrato sensibilità intermedia a miconazolo; *C. glabrata* ha presentato sensibilità intermedia a fluconazolo e itraconazolo.

C. krusei resistente a fluconazolo, ha presentato sensibilità intermedia a 5-fluorocitosina, itraconazolo ed amfotericina B. Segnaliamo l'isolamento dal sangue e/o liquidi sterili di Stafilococchi nel 26.7%. Il 46.7% dei casi si è accompagnato a sepsi batterica.

La mortalità globale è stata del 46.6% dei casi di cui il 57.1% associato a sepsi. La terapia antimicotica, come si evince dai dati di laboratorio, da noi effettuata con amfotericina B liposomiale non ha comportato effetti collaterali significativi in nessun paziente.

Conclusioni

C. albicans, anche nella casistica da noi riportata, è stata la specie più frequentemente isolata. I ceppi di *Candida* non *albicans* costituiscono un gruppo di patogeni che differiscono tra loro per epidemiologia e virulenza; la loro diversa sensibilità ai farmaci antimicotici rispetto a *C. albicans* solitamente sensibile anche agli azoli impone per una corretta terapia, un continuo monitoraggio delle resistenze.

L'incidenza di Candidasi è più frequente nel paziente immunocompromesso ma si rileva anche nel paziente immunocompetente dove l'incidenza, in questo ultimo decennio, mostra un incremento lineare.

Per quanto concerne la terapia si è preferita l'Amfotericina B liposomiale alla Caspofungina in relazione alla sua migliore biodisponibilità ematica, trattandosi per lo più di pazienti con isolamento dal sangue e nel caso del soggetto con meningite, per la farmacocinetica delle due molecole.

Il numero di isolamenti è ancora limitato per potere stabilire se nelle diverse UTI dello stesso nosocomio vi è la prevalenza di una specie di *Candida* rispetto ad un'altra oppure se vi è una verosimile sovrapposizione di specie nell'ambito di tutti i reparti. L'esame culturale rimane il test più affidabile per la diagnosi e la clearance del micete nelle candidiasi invasive.

074

STUDIO DI SORVEGLIANZA DELLE CANDIDEMIE NEL BIENNIO 2003-2004 . VALUTAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE NELLE UTI E SUSCETTIBILITÀ AGLI ANTIMICOTICI

Romano A., Giordano S., Morsellino M.C., Monastero R.

ARNAS CIVICO-ASCOLI;
Istituto Patologia Infettiva e Virologia,Palermo

Introduzione

Candida spp. rappresenta il 4° patogeno di più frequente isolamento nelle setticemie nosocomiali con una frequenza pari all'8% ed una mortalità del 40%..

Obiettivo

Scopo del lavoro è stato osservare un gruppo di pazienti immunocompetenti nell'arco di 24 mesi ricoverati in Unità