

071

FARMACI ANTIFUNGINI E TEST DI SENSIBILITÀ IN VITRO

Giglio S., Iritano N., Saraceno R., Focarelli V., Rondinelli V., Colosimo M., Astorino G., Costa L., Samà S., De Fazio E., Tallarico K., Masciari R.

Laboratorio di Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio Catanzaro

Introduzione. Nei reparti di Terapia Intensiva le infezioni di origine fungina stanno acquistando sempre maggiore rilevanza. Quelle sostenute da *Candida albicans* sono le più frequenti e rappresentano la conseguenza della immunocompromissione dei pazienti e delle prolungate terapie antibiotiche. In questi ultimi anni è emerso il problema della scelta appropriata della profilassi e della terapia antimicotica. Due diversi kit sono stati utilizzati per testare la sensibilità in vitro di questo micete.

Materiali e metodi: Abbiamo esaminato tamponi faringei, uretrali, urine ed emocolture provenienti da 20 pazienti della Rianimazione.

L'identificazione di *Candida albicans* è stata effettuata in automatico con il sistema ID 32 C (bioMérieux); l'antimicogramma è stato effettuato sia con il kit ATB Fungus 3 (bioMérieux) che con il sistema Sensititre-Yeastone (Trek). Entrambi testano Amfotericina B, Fluconazolo, Itraconazolo, Fluorocitosina, Voriconazolo; il Sensititre anche il Ketoconazolo.

Risultati. L'ATB Fungus 3 evidenzia la costante sensibilità dei ceppi di *Candida albicans* alla Fluorocitosina (MIC < 4 µg/ml); un solo caso (emocoltura) di resistenza all'Amfotericina; la costante resistenza a Fluconazolo (MIC > 32 µg/ml), Itraconazolo (MIC > 4 µg/ml) e Voriconazolo (MIC > 8 µg/ml). Anche il sistema Sensititre evidenzia la costante sensibilità di *Candida albicans* alla Fluorocitosina mentre per l'Amfotericina prevede MIC mediamente di 5 µg/ml. La resistenza a Fluconazolo, Voriconazolo e Ketoconazolo è costante ed in due soli casi (tamponi faringei) si apprezza la sensibilità ad Itraconazolo. Con entrambi i kit non si osservano differenze significative di sensibilità del micete, rilevato nei vari distretti corporei dello stesso paziente.

Conclusioni. I dati ottenuti con i due kit non sono del tutto sovrapponibili e dimostrano la difficoltà nella scelta della terapia antimicotica, la necessità di una maggiore standardizzazione dei test di sensibilità e di una ottimizzazione della correlazione in vitro/in vivo. Infatti valori bassi o alti di MIC possono non essere sinonimi di successo o insuccesso della terapia.

072

MALARIA DA IMPORTAZIONE NEL NORD-EST: PRESENTAZIONE DI CASISTICA TRIENNALE

Arzese A.^{1,2}, Beltrame A.¹, Piazza M.¹, Fabbro E.¹, Rorato G.¹, Negri C.¹, Zamparini E.¹, Viale P.¹

¹Clinica di Malattie Infettive, Azienda Ospedaliero-Universitaria Udinese (AOUD), v. Colugna 50, 33100 UDINE

²Cattedra di Microbiologia, Dipartimento di Ricerche Mediche e Morfologiche, Università degli Studi di Udine, p.le Kolbe 3, 33100 UDINE

Introduzione. La malaria detiene il terzo posto tra le malattie infettive a livello mondiale (oltre 1 miliardo di soggetti), e nell'area tropicale e sub-tropicale costituisce una delle cause più frequenti di morbosità e mortalità. L'OMS stima un'incidenza di 300-500 milioni di nuovi casi/anno, di cui il 90% concentrati in Africa. La malaria, non più endemica in Italia da circa 40 anni, è oggi la più comune malattia d'importazione.

Si riporta la casistica registrata presso la Clinica di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Udinese (AOUD) nell'ultimo triennio.

Metodi. Dal maggio 2004 al maggio 2007 su soggetti afferenti alla Clinica di Malattie Infettive o valutati in consulenza da vari reparti e servizi dell'AOUD, veniva effettuata indagine microbiologica secondo algoritmo clinico-diagnostico concordato sino a completamento del follow-up terapeutico; per diagnosi di malaria veniva applicato protocollo standard (colorazione di Giemsa su set di striscio sottile + goccia spessa), con integrazione mirata di saggio complementare di ricerca diretta di Ag plasmodiali (ICT/RDT).

Risultati. Sono stati accertati complessivamente 40 casi di malaria, esclusivamente di importazione, la cui etiologia risultava così distribuita: *P. falciparum* (37 casi), *P. vivax* (2 casi), *P. ovale* (1 caso). Il continente di importazione era prevalentemente l'Africa (90%); 33/40 soggetti erano extra-comunitari, 6/40 italiani, 1/40 di nazionalità U.S.A.; in 5/40 casi si trattava di soggetti in età pediatrica provenienti da paesi africani. Dall'anamnesi raccolta risulta che 8/40 soggetti avevano effettuato chemioprolassi, di cui solo in 5 casi completata al rientro. In un caso si registrava la forma complicata di malaria da *P. falciparum*, con esito fatale.

Conclusioni. La problematica della malaria è presente nel nord-est con caratteristiche analoghe a quanto evidenziato a livello nazionale; il fenomeno migratorio in attuale rapida espansione in quest'area deve mantenere costante l'attenzione medica e la necessità di coordinare l'approccio clinico e diagnostico per la massima efficacia di intervento.