

# comunicazioni orali

## SESSIONE 8

### Nuovi argomenti in Micologia e in Parassitologia

Venerdì 11 giugno 2004, 9.00-13.00, Sala D

#### CO8.1

#### LA CROMOBLASTOMICOSI IN UNA REGIONE DEL SUD MADAGASCAR

Sanlorenzo M.\*°, Bruno R.\*°, Lasagna C.\*°, Cornacchiari M.°, Crema F.°, Caldera D.\*°, Grosjean P.\*\*\*, Rajeamiarimoelisoa C.\*\*\*

\* A.S.L. 7 Chivasso (To)

° Equipe Sanitaria Ospedale "S. Croix" Isoanala (Madagascar)

\*\*\* Istituto "Pasteur" di Antananarivo (Madagascar)

#### Introduzione:

La cromoblastomicosi è una infezione del derma e del tessuto sottocutaneo. I miceti responsabili appartengono alla famiglia delle Dematiaceae e sono distribuiti ubiquitariamente nel mondo, seppure la patologia sia più comune nelle regioni tropicali.

Il Madagascar rappresenta il paese con il maggior numero di casi notificati.

#### Materiali e metodi:

Da gennaio 1998 a dicembre 2003 presso l'ospedale S. Croix di Isoanala (sud Madagascar) sono stati osservati 18 casi di cromoblastomicosi (15 maschi e 3 femmine con età media di 45,9 anni). La diagnosi è stata effettuata mediante biopsie multiple delle lesioni ed esame istologico con il riscontro dei caratteristici "corpi sclerotici". In 4 casi si è proceduto anche all'esame colturale per l'identificazione della specie fungina.

14 pazienti presentavano lesioni estese con aspetto a "cavolfiore", secernenti un liquido denso e giallastro; 4 soggetti mostravano invece lesioni rilevate con aspetto nodulare, non secernenti, aderenti ai piani più profondi del sottocute.

La localizzazione è stata in 3 pazienti unica e monolaterale (arti inferiori), in tutti gli altri abbiamo osservato lesioni multiple.

#### Terapia e risultati:

L'esame colturale ha evidenziato in 3 soggetti un'infezione da *Cladophialophora carrionii*, mentre un caso è rimasto di dubbia identificazione.

Due pazienti, di sesso femminile e con lesioni nodulari, sono state trattate chirurgicamente con asportazione delle lesioni e successiva terapia: un caso con ketoconazolo 200 mg/die per tre mesi e poi, per recidiva, per ulteriori tre mesi; l'altro con terbinafina 250 mg x2/die per due mesi e 250 mg/die per ulteriori 6 mesi).

Tutti gli altri soggetti sono stati trattati solo farmacologicamente: 2 con ketoconazolo 200 mg/die per 5 mesi; 1 con amfotericina B 500 mg x3/die per 3 mesi e i restanti 13 con terbinafina 250 mg x2/die per 2 mesi e 250 mg/die per 6 mesi).

Durante la terapia sono stati effettuati controlli periodici della crasi ematica e della funzionalità epatica e renale.

Attualmente 15 pazienti hanno terminato la cura: 10 risultano completamente guariti, 5 presentano una regressione delle lesioni.

#### Conclusioni:

La diagnosi di cromoblastomicosi è stata sempre confermata istologicamente e, in quattro casi, anche con esame colturale.

Nel corso del periodo considerato sono stati utilizzati differenti schemi terapeutici in mancanza di univoci e codificati protocolli internazionali: il trattamento con terbinafina ha presentato i migliori risultati clinici e nessun significativo effetto collaterale.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Esterre P., Andriantsimahavandy A., Raharisolo C.: Histoire naturelle des Chromoblastomycoses à Madagascar et dans l'Océan indien. Bull. Soc. Pathol. Exot. 1997; 90 (5): 321-327
2. Esterre P., Andriantsimahavandy A., Ramarcel E.R., Pecarrere J.K.: Forty years of chromoblastomycosis in Madagascar. A review. Am. J. Trop. Med. Hyg. 1996 Jul; 55 (1): 45-47