

ESCORE EQUAL Criptococose 2018 : Um Escore ECMM baseado no guideline atual para avaliar a QUALidade do manejo clínico da criptococose



Andrej Spec^{1*}, Carlos Mejia-Chew¹, William G Powderly¹, Philipp Koehler², Oliver A Cornely², Flavio Queiroz-Telles³

¹ Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, United States of America.

² University of Cologne, Faculty of Medicine, Department I of Internal Medicine; Cologne Excellence Cluster on Cellular Stress Responses in

Aging-Associated Diseases (CECAD); Clinical Trials Centre Cologne, Cologne, Germany. ³ Hospital de Clínicas, Department of Public Health,

Federal University of Paraná, Brazil DOI: 10.4126/FRL01-006414558

Introdução

O Escore EQUAL Criptococose pondera e combina procedimentos que permitam o manejo ideal da doença criptocócica. Os Escores EQUAL reflete as recomendações mais evidentes das diretrizes atuais. Os "Cartões Escore" são uma referência rápida para mensurar a adesão às diretrizes e subsidiar programas de gestão de antifúngicos.

		Doença leve a moderada, sem envolvimento do SNC ou localizada			Doença moderada a grave, com envolvimento do SNC ou disseminada		
		Escore Máximo	Diagnóstico	Escore Máximo	Diagnóstico	Escore Máximo	Diagnóstico
Diagnóstico		6			13	-4	-9
Manejo	Antifúngicos	3	-3	-2	9		-5
	Immuno-modulação			-5			
	Consulta com Infectologista	2					-7
	Seguimento			-1	2		-5
Total		11	8	0	24	20	0

Comentários

1. Indivíduos infectados por HIV com CD4 ≤ 100 cels/ μ L devem ser avaliados por CrAg sérico, antes do início ou reinício da TARV, independente de manifestações clínicas, se vivem em áreas com alta prevalência de antigenemia criptocócica positiva (i.e. >3%).
2. Todos os pacientes com doença disseminada ou com imunodepressão basal e hemocultura, CrAg sérico, ou biopsia positivos, devem realizar punção lombar, mesmo se assintomáticos.
3. Uma semana de AmB mais 5-FC é aceitável, se não houver outra alternativa disponível.
4. Pacientes não transplantados, não-HIV e gestantes, podem necessitar de pelo menos 4 semanas de terapia de indução.
5. 6 semanas de terapia de indução na presença de criptococose,, complicações neurológicas (i.e. deterioração, persistência de coma ou convulsões), imunossupressão grave não corrigível ou cultura de LCR positiva para fungos após duas semanas de tratamento.
6. Se houver hipertensão intracraniana ≥ 25 cmH₂O, reduza até ≤ 20 cmH₂O o diminua a pressão de abertura em 50%. Punções lombares (PL) terapêuticas de drenagem devem ser repetidas diariamente na presença de sintomas clínicos e persistência de elevação pressórica ≥ 25 cmH₂O H do LCR até sua estabilização por >2 dias. Não há dados sobre o volume máximo de LCR que pode ser drenado com segurança durante as PL.

Referências

1. Spec A, Mejia-Chew C, Powderly WG, Cornely OA. EQUAL Cryptococcus Score 2018: A European Confederation of Medical Mycology Score Derived From Current Guidelines to Measure QUALity of Clinical Cryptococcosis Management. *Open Forum Infect Dis.* 2018; 5(11): ofy299.



Score EQUAL Criptocose 2018

Diagnóstico

Hemocultura para fungos

3

CrAg sérico

3

Outros sítios a serem explorados de acordo com as manifestações clínicas

- Cultura para fungos a partir de tecidos ou fluidos quando não foram obtidas por biopsia já realizada
- Histologia com coloração para fungos que não foram obtidas por biopsia já realizada

-1

-1

Imunodeprimidos ou sintomas do SNC

- PL + pressão de abertura
- Cultura de LCR
- Titulação de CrAg
- Tinta da China no LCR, se não houver CrAg
- TC ou RM não realizadas antes da PL, se houver sintomas neurológicos focais ou imunossupressão

3

2

2

1

-1

Leve a moderada, localizada ou não-SNC

Sintomas pulmonares

- Se broncoscopia foi feita e o LBA/biopsia não foi enviada para cultura de fungos

-1

- 1ª linha: Fluconazol por 6-12 meses

3

- 2ª Linha: Outro azólico por 6-12 meses

2

- Qualquer azólico por <6 meses

1

Tratamento

Moderadamente grave a grave, SNC ou disseminada

1. Indução

- LFAmB + 5-FC por ≥ 2 sem OU
- DAmb + 5-FC por ≥ 2 sem OU
- LFAmB por 4-6 sem OU
- LFAmB + fluconazole for 2 wks OR
- Fluconazol +/- 5-FC por 6 sem

3

2

2

2

1

2. Consolidação

- Fluconazol por ≥ 8 sem OU
- Other azole for 10-12 wks

3

1

3. Manutenção

- Fluconazol por ≥ 12 meses OU
- Itraconazol por ≥ 12 meses OU
- DAmb 1mg/kg IV por sem
- Sem TDM se itraconazol for utilizado

3

1

1

-1

Tratamento

Manejo da PIC (doença do SNC)

- Sem PL descompressiva OU drenagem lombar OU sem ventriculostomia OU sem DVP para manter a pressão de LCR <20 cm H₂O
- Corticosteróides se não houver edema de parênquima

-3

-2

- Acetazolamida

-1

- Manitol

-1

Tratamento

Consulta com Infectologista

2

Imunomodulação

Imunocompetente

- Teste HIV não foi feito
- História/drogas imunossupressoras não revisadas

-2

-1

Transplantados

- Sem redução da imunodepressão

-1

Paciente HIV positivo

- TARV iniciada em 2 sem ou não introduzida 4 meses após o diagnóstico

-3

Antifúngicos interrompidos na vigência de SIRI

-2

Seguimento

- Repita CrAg sérico para monitorar a resposta

-1

- Doença do SNC: Cultura de LCR não repetida em D + 14

-1

- Doença do SNC: Repetir CrAg no LCR to para monitorar a resposta

-2

- Se HIV +, fluconazol não descontinuado em 1 ano de tratamento naqueles com CD4 ≥ 100 cels/ μ L

-1