

L'IMPIEGO IN ITALIA DEGLI ANTIBIOTICI ORALI IN PEDIATRIA: DEDUZIONI E COMMENTI

Nicola Principi

Istituto di Pediatria

IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

Una rapida disamina delle vendite di antibiotici in sospensione può dare una idea abbastanza precisa del consumo di questi farmaci da parte dei nostri bambini per malattie relativamente semplici e che, certamente, non richiedono ospedalizzazione e terapia intensiva. I dati disponibili indicano che nel periodo novembre 2004-ottobre 2005 sono stati vendute 13,5 milioni di confezioni di antibiotici in sospensione. Partendo dalla considerazione che le sospensioni non sono, in genere, utilizzate oltre i 10 anni e che i soggetti che vivono nel nostro Paese e che non hanno superato questa età non superano i 6 milioni, si può facilmente calcolare che, in media, ogni bambino italiano consuma oltre due confezioni di antibiotico in sospensione ogni anno. Sembra, questo, un dato molto rilevante che può facilmente giustificare il progressivo incremento delle resistenze batteriche agli antibiotici più volte rilevato nel nostro Paese. E', infatti, dimostrato che la comparsa di resistenze è strettamente collegata con la pressione di selezione esercitata dall'uso di antibiotici e che, in molti casi, basta ridurre, anche di poco, la prescrizione di questi farmaci per vedere ridimensionarsi il problema delle resistenze. Dati recenti indicano, inoltre, che l'uso di un antibiotico appartenente ad una singola classe non porta soltanto alla comparsa di stipiti resistenti ai farmaci di quella classe ma può indurre, anche, resistenze estese ad antibiotici inclusi in classi diverse, rendendo, quindi, spesso inefficace la logica della variazione di terapia per superare le resistenze.

Tra i farmaci prescritti le penicilline coprono circa il 50%, le cefalosporine circa il 30% e i macrolidi circa il 20%. Una analisi del modo con cui sono usati rivela che per ciascuna di queste classi vi sono modalità prescrittive più o meno criticabili e che la razionalizzazione dell'impiego degli antibiotici è ancora un processo ben lontano dall'essere concluso.

Assai interessanti sono i dati relativi alla terapia della faringite e dell'otite media acuta (OMA).

La faringite è curata prevalentemente con l'associazione amoxicillina-acido clavulanico malgrado questo farmaco non sia previsto in nessuna delle linee guida delle quali la letteratura internazionale è ricca. Il farmaco di scelta per questa patologia resta la penicillina V e, in sua assenza, come avviene in Italia, l'amoxicillina per la quale da tempo vi è la dimostrazione di una efficacia non inferiore a quelle ottenibile con l'associazione amoxicillina-acido clavulanico, anche quando il dosaggio giornaliero è frazionato in 2 sole somministrazioni anziché nelle 3 che dovrebbero essere quelle corrette secondo la logica farmacocinetica. Nel nostro Paese, invece, l'amoxicillina, pur utilizzata, ha un impiego largamente inferiore a quello teoricamente prevedibile.

Per quanto concerne l'OMA, le cefalosporine orali coprono circa il 50% delle prescrizioni. Anche in questo caso, le linee guida più recenti indicano un diverso orientamento perché prevedono l'uso dell'amoxicillina ad alto dosaggio nelle forme lievi e dell'associazione amoxicillina-acido clavulanico per le gravi. D'altra parte, anche la scelta del tipo di cefalosporina impiegata nell'OMA è molto discutibile perché non trascurabile è la quota di questi antibiotici rappresentata da ceftibuten e cefixima, due molecole che per spettro di attività o per schema di somministrazione consigliata sembrano assai poco indicate nella terapia di questa malattia. Il ceftibuten ha, infatti, assai limitata attività nei confronti dello pneumococco, il più importante patogeno batterico responsabile di OMA, ed entrambe le molecole hanno una semivita plasmatica assai breve che controindica l'uso in singola somministrazione giornaliera, come, invece, consigliato dalle case produttrici.

E' chiaro, quindi, che anche per malattie semplici e di estrema diffusione, il panorama prescrittivo è poco confortante. Ciò sembra ancora una volta conseguenza del fatto che l'informazione del medico è fatto più dai servizi di propaganda dell'industria che dagli esperti e che, almeno in certi casi vengono sfruttati a scopo educativo esperienze scientifiche estremamente qualificate ma che poco hanno a che fare con la realtà nazionale. Un esempio classico a questo proposito può essere quello relativo al problema della resistenza dello pneumococco ai macrolidi. Oltre oceano sono stati prodotti lavori che hanno dimostrato che questa resistenza può essere superata *in vivo* perché i macrolidi si concentrano nei tessuti respiratori e raggiungono, quindi, in sede di infezione, livelli ben superiori a quelli presenti nel sangue e a quelli che identificano la resistenza *in vitro*. In realtà, ciò è vero per gli U.S.A. ed il centro America dove la resistenza è prevalentemente da efflusso e comporta una moderata elevazione dei valori di minima concentrazione inibente (MIC), ma vale solo in minima parte per l'Italia, perché nel nostro Paese la resistenza dello pneumococco ai macrolidi è prevalentemente di tipo costitutivo e comporta una così elevato incremento delle MIC da non essere superabile con l'aumento delle concentrazioni tissutali.

Sembra, quindi, logico che il pediatra debba essere ancora molto attento a considerare tutti gli aspetti che portano ad una prescrizione corretta degli antibiotici e, in caso di dubbio, si affidi alle linee guida prodotte nella sua regione da veri esperti non condizionati.

Bibliografia

Gerber MA Diagnosis and treatment of pharyngitis in children.

Pediatr Clin North Am. 2005;52:729-47.

Lieberthal AS Acute otitis media guidelines: review and update.

Curr Allergy Asthma Rep. 2006;6:334-41.

Vernacchio I, Vezina RM, Mitchell AA. Knowledge and practices relating to the 2004 acute otitis media clinical practice guideline: a survey of practicing physicians.

Pediatr Infect Dis J. 2006; 25:385-9.