

MeB – Pagine Elettroniche

Volume III

Ottobre 2000

numero 8

APPUNTI DI TERAPIA

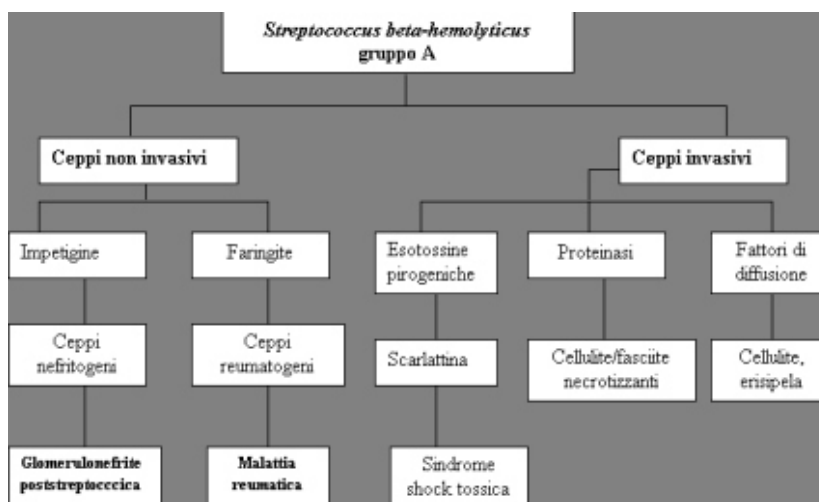
Si può ridurre la durata del trattamento di una faringite acuta streptococcica?

G. Bartolozzi

Dipartimento di Pediatria, Università di Firenze

La faringite, con il suo mal di gola, è una delle affezioni più comuni nei bambini: dal 15 al 50% delle faringiti acute è dovuta allo streptococco beta-emolitico gruppo A (SBE-GA). La diagnosi di faringite streptococcica viene fatta o con l'identificazione dell'antigene o per mezzo della coltura.

Relazione fra fattori di virulenza a malattie, associati a differenti ceppi di SBEGA (Nelson, 2000).



Nel grafico soprariportato sono elencate le caratteristiche degli SBEGA, sia per quanto riguarda la loro invasività, che le loro caratteristiche tossiniche e patogenetiche, nonché i diversi quadri clinici che sono ad essi riconducibili.

Posta la diagnosi di laboratorio, o il sospetto clinico, di faringite streptococcica, il trattamento antibiotico è assolutamente indicato, anche per prevenire lo sviluppo successivo di una malattia reumatica.

Da 50 anni la penicillina è il trattamento di scelta della faringite streptococcica, anche perché non esistono ancora isolamenti di ceppi penicillino-resistenti in nessuna parte del mondo. Dal 1953 la durata del trattamento è stata stabilita in 10 giorni. La penicillina più usata è la **Penicillina V** (fenossimetil-penicillina), in 2 o 3 somministrazioni giornaliere per bocca, alla dose di 250-500.000 UI/dose nei bambini e di 500.000-1.000.000 UI/dose per gli adolescenti. Il farmaco in USA si trova in commercio, dosato in mg (250 mg/pro dose nel bambino e 500 mg/pro dose nell'adolescente).

Una singola iniezione di **benzatin-penicillina** (600.000-1.200.000) rappresenta un'ottima alternativa all'uso della penicillina per bocca.

Dell'uso dell'**amoxicillina** verrà trattato nel paragrafo successivo.

Nei pazienti allergici viene consigliato l'uso della **eritromicina**, verso la quale in Italia di recente è stato

riscontrato un aumento nel numero dei ceppi resistenti (in qualche area fino al 30-40%). In alternativa possono essere usate le **cefalosporine**, indicate anche nei pazienti allergici alla penicillina, ma non in quelli che abbiano avuto reazioni immediate, probabilmente IgE-mediate. Circa il 15% dei pazienti allergici alla penicillina sono allergici anche alle cefalosporine.

Anche **altri macrolidi**, oltre l'eritromicina, si sono dimostrati efficaci, ma non sono da considerare come farmaci di prima scelta.

Nonostante l'efficacia di molti di questi antibiotici, non sempre essi sono capaci di eradicare dal faringe lo SBEGA, nemmeno le penicilline, usate in dose e ritmo appropriati e per 10 giorni.

TENTATIVI PER DIMINUIRE LA FREQUENZA DELLA SOMMINISTRAZIONE DI ANTIBIOTICI

Vi sono state molte prove cliniche che hanno dimostrato che è possibile usare la penicillina V in due somministrazioni giornaliere, ma tutti sono d'accordo che una sola dose al giorno sia insufficiente. Anche la somministrazione di eritromicina può essere fatta due volte al giorno, per venire incontro alla necessità di semplificare lo schema di trattamento.

In due pubblicazioni (**Shvartzman P et al, BMJ 306, 1170-2, 1993; Feder HM et al, Pediatrics 103, 47-51, 1999**) l'amo-

xicillina, usata in una sola somministrazione al giorno, alla dose di 50 mg/kg, per 10 giorni ha dimostrato un'efficacia paragonabile a quella della penicillina V in 3 somministrazioni giornaliere, per 10 giorni. Va tuttavia ricordato che l'FDA non approva l'uso dell'amoxicillina una volta al giorno nel trattamento della faringite da SBEGA.

Anche le cefalosporine per bocca (cefadroxil, cefixime e cef-tibutin, una volta al giorno, offrono un'altra alternativa, ma questi farmaci sono molto più costosi della penicillina V e della amoxicillina: tutte sono approvate dall'FDA per l'impiego, una volta al giorno per 10 giorni, nel trattamento della faringite streptococcica.

TENTATIVI PER RIDURRE LA DURATA DEL TRATTAMENTO

I tentativi fatti per ridurre la durata del trattamento con penicillina V sono stati senza successo: gli insuccessi, clinici e batteriologici, sono molto più frequenti dopo una durata di 5-7 giorni che dopo 10 giorni.

Un solo tentativo di ridurre la durata della amoxicillina per bocca, una volta al giorno per 6 giorni, è stato coronato da successo, ma senza ulteriori ricerche per ora una durata di 6 giorni non può essere consigliata nella pratica clinica.

Alcune cefalosporine (cefdinir e cefpodoxime) sono risultate essere efficaci anche per trattamenti di 4-5 giorni: queste sono le sole cefalosporine approvate dall'FDA per trattamento della faringite streptococcica da SBEGA in una sola somministrazione.

Anche l'azitromicina è risultata efficace con un trattamento di 5 giorni, ma essa ha un costo troppo elevato in confronto alla penicillina V e all'amoxicillina.

Al prezzo elevato va aggiunta anche la considerazione che sia cefalosporine di terza generazione per bocca, che l'azitromicina, possedendo un effetto anche su molti altri agenti infettivi, oltre lo SBEGA, è facile possano favorire l'emergere di ceppi resistenti.

CONCLUSIONI

Esistono numerose scelte sia per ridurre le dosi giornaliere che per ridurre la durata del trattamento di una faringite da SBEGA. Ma tutti gli antibiotici alternativi alla penicillina V sono chi più e chi meno costosi della fenossi-metilpenicillina. Inoltre l'allargamento dello spettro antimicrobico deve far temere l'insorgenza di resistenza in altri tipi di agenti infettivi. Prezzo e pericolo di resistenza debbono essere attentamente soppesati nella scelta dell'antibiotico.

Per tutto questo **al momento la penicillina V rimane l'antibiotico di scelta per il trattamento della faringite streptococcica**, per due volte al giorno, per 10 giorni (Tanz RR, *Pediatr Infect Dis J* 2000, 19:569-70).

Nei pazienti allergici alla penicillina, l'eritromicina, due volte al giorno per 10 giorni è da preferire, anche se l'azitromicina, una volta al giorno per 5 giorni, può essere considerata un'alternativa, ma più costosa.