

MeB – Pagine Elettroniche

Volume IX

Febbraio 2006

numero 2

APPUNTI DI TERAPIA

Una sola dose di azitromicina è sufficiente per trattare una sifilide precoce ?

G. Bartolozzi

Indirizzo per corrispondenza: bartolozzi@unifi.it

Membro della commissione nazionale vaccini

Studi pilota hanno suggerito che una singola dose per os di 2 grammi di azitromicina può rappresentare una valida alternativa alla somministrazione di penicillina G benzatina per via parenterale, nella prevenzione e nel trattamento della sifilide.

Uno studio recente (Riedner G, Rusizoka M, Todd J et al. **Single-dose azithromycin versus penicillin G benzathine for the treatment of early syphilis**. *N Engl J Med* 2005, **353**: 1236-44) ha confermato queste preliminari evidenze: di 328 pazienti, abitanti in Tanzania, 163 presero l'azitromicina alla dose di due grammi per bocca, una sola volta, e 165 ricevettero 2,4 milioni di penicillina G benzatina per via intramuscolare. La percentuale di guarigione fu del 97,7% nel gruppo trattato con azitromicina e del 95% nel gruppo che aveva ricevuto la penicillina-benzatina. Viene concluso che l'azitromicina per bocca in dose singola è efficace nel trattare la sifilide e può essere utile nei paesi in via di sviluppo, nei quali l'uso dell'iniezione di penicillina può essere problematico. Secondo gli autori il rilievo negli Stati Uniti di ceppi di *Treponema pallidum* resistenti alla azitromicina rende necessario il monitoraggio continuo del fenomeno della resistenza.

Pur con le limitazioni d'uso nei paesi in via di sviluppo e della necessità del controllo della resistenza, la possibilità di sostituire la penicillina G con l'azitromicina è sembrata troppo prematura, per cui a distanza di alcuni mesi sono state pubblicate alcune lettere di dissenso. Una di queste riporta che l'azitromicina non supera la barriera placentare e quindi non è utile per la prevenzione della sifilide congenita (Ballare RC et al, *NEJM* 2006, 354:203), obiettivo principale dei programmi di controllo della malattia. Un altro autore (Savaris RF et al, *NEJM* 354:203-204) si sofferma sui prezzi: egli afferma che nei paesi in via di sviluppo l'azitromicina non è facilmente disponibile e ha un prezzo 10 volte superiore a quello della benzatin-penicillina: dichiara che l'azitromicina non deve essere considerata come un farmaco di prima scelta per la cura della sifilide. Un terzo autore (Klusner JD et al. *NEJ*; 354:204) afferma che in San Francisco il 56% dei ceppi di *Treponema pallidum* è resistente all'azitromicina mentre per la penicillina G non ci sono segnalazioni di resistenza.

Le perentorie risposte degli Autori del trial sono state le seguenti:

- l'azitromicina attraverso la placenta
- la resistenza all'azitromicina non è un problema in Tanzania, dove è stata condotta l'esperienza
- la differenza di prezzo fra azitromicina e penicillina non è così forte, perché per la penicillina bisogna anche calcolare la spesa per la siringa e l'esecuzione dell'iniezione.

La discussione è particolarmente importante in quanto in tutti i Paesi, extraeuropei ed europei, stiamo assistendo ad un aumento della frequenza (anche di 5-10 volte superiore al numero di soggetti ammalati circa 10 anni fa) delle malattie a trasmissione sessuale (soprattutto sifilide e blenorragia).

Penso anch'io che sia giusto ritenere che lasciare una strada sicura, per un'altra, ancora incerta sotto alcuni riguardi (resistenza, passaggio transplacentare) sia, al momento attuale, poco prudente. Per noi pediatri d'altra parte la conoscenza delle diffusibilità dell'azitromicina al feto sarebbe particolarmente importante; sull'ultimo Goodman e Gillman (2006; 11° edizione: il "babbo" della Farmacologia clinica), uscito proprio qualche giorno fa, questo aspetto non viene nemmeno riportato.