

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Dicembre 1999

numero 10

APPUNTI DI TERAPIA

Streptococcus pneumoniae resistente alla penicillina e alle cefalosporine

G. Bartolozzi

Dipartimento di Pediatria, Università di Firenze

Negli ultimi 5 anni molto si è parlato della resistenza dello pneumococco (P) ai b-lattamici. Da noi, in Italia, i ceppi con alta resistenza sono poco frequenti, mentre cominciano a incontrarsi quelli a resistenza intermedia, cioè con MIC fra 2 e 4 mg/mL. Nella speranza di non dover subire anche nel nostro Paese le difficoltà che hanno colpito la Spagna, la Francia, l'Ungheria, la Romania e il Sud Africa, vediamo cosa abbiamo imparato dall'esperienza degli altri.

1°) Per la resistenza dello P non vale la legge del tutto o nulla; esistono:

a) ceppi sensibili con una concentrazione minima inibente inferiore a 2 mg/mL, che risentono favorevolmente delle normali dosi di antibiotico

b) esistono poi ceppi con resistenza intermedia, compresa fra 2 e 4 mg/mL, che non risentono dei dosaggi standard di antibiotici

c) ed esistono infine ceppi con resistenza elevata, superiore a 4 mg/mL, che sono decisamente insensibili agli antibiotici b-lattamici, e spesso anche ad altri.

2°) **Aumentando le dosi pro chilo dell'amoxicillina è possibile aver ragione dei ceppi di P a resistenza intermedia:** è stato questo un rilievo, derivato dalle esperienze acquisite nel trattamento della polmonite dell'adulto. Dopo l'allarme iniziale fu chiaro che aumentando (quasi raddoppiando) le dosi di b-lattamici è possibile far giungere a guarigione con gli stessi farmaci di prima la gran parte dei pazienti. Per noi pediatri è risultato presto evidente che nelle due localizzazioni più frequenti dello P nel bambino (otite media acuta e polmonite) bastava portare il dosaggio della amoxicillina da 40-50 mg/kg/die a 80-90 mg/kg/die per continuare ad ottenere i soliti successi terapeutici. Analoghi successi con l'aumento delle dosi nel trattamento della polmonite, nella quale è possibile anche ricorrere al trattamento con penicillina G o ampicillina per via venosa, al fine di raggiungere livelli ancora più alti.

3°) Nella meningite purulenta acuta da P il ricorso al cefotaxime e al ceftriazone alle dosi standard, ha comunque permesso di ottenere risultati terapeutici buoni: tuttavia, se nella popolazione i ceppi ad alta resistenza fossero relativamente frequenti (> 10%), alle cefalosporine andrebbe associata la vancomicina: deriva da questo la necessità di monitorare il più possibile la sensibilità dei ceppi di P isolati giorno dopo giorno, con un rigore e con una trasparenza, che purtroppo,

fino a oggi, nel nostro Paese non sono state sistematicamente rispettate.

Va detto tuttavia che le ricerche sinora effettuate anche su aree limitate, in Italia, indicano un'incidenza assai vicino allo zero per i ceppi con MIC > 4 e comunque basse, < 5%, per i ceppi con MIC > 2. L'incidenza di ceppi resistenti (nell'esperienza statunitense) è più bassa che per le localizzazioni polmonari e ossee. In ogni modo la evoluzione clinica delle meningiti da ceppi resistenti non è diversa rispetto a quella da ceppi sensibili.

4°) **I nuovi fluorochinoloni hanno un'eccellente attività anti-P, tanto da essere utilmente impiegati nel trattamento delle polmoniti dovute a P fortemente resistenti; per il loro impiego nella cura della meningite sono in corso esperienze:** per i soggetti in età pediatrica esistono ancora molte perplessità e resistenze, che probabilmente non hanno ragione di esistere, ma che intralciano il loro impiego sistematico. La larga esperienza nel trattamento delle complicanze infettive polmonari nella fibrosi cistica ci hanno dimostrato a sufficienza la sicurezza del loro impiego anche in pediatria.

Bibliografia

- Klugman KP, Feldman C - Penicillin- and cephalosporin-resistant *Streptococcus pneumoniae* - Drugs 58, 1-4, 1999