



L'Italia è uno dei Paesi europei con maggior uso di antibiotici e, dunque, con livelli più elevati di antibiotico-resistenza. Ad alimentare tale fenomeno è proprio l'uso inappropriato di questi farmaci in ambito umano. Per contrastare l'abuso di antibiotici la Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica – SIMEUP ha redatto il Manifesto “Profilassi antibiotica sì, profilassi antibiotica no”



Perugia, 1 aprile 2019 - Dall'otite alla faringite, dalla febbre reumatica alle infezioni urinarie fino alla meningite. È sempre necessario l'antibiotico? A fare chiarezza è il Manifesto “Profilassi antibiotica sì, profilassi antibiotica no” lanciato in occasione del Congresso della Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica (SIMEUP) Sezione Umbria, concluso recentemente a Perugia. Obiettivo dell'iniziativa è quello di combattere l'abuso di antibiotici e il conseguente fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

Oggi in Italia gli antibiotici sono i farmaci più utilizzati in età pediatrica, soprattutto per il trattamento delle infezioni respiratorie: vengono somministrati nel 42% dei bambini di età inferiore ad 1 anno, nel 66% di quelli di 1 anno, nel 65% tra i 2 e i 5 anni, nel 41% tra i 6 e gli 11 anni e nel 33% degli adolescenti tra i 12 e i 13 anni. Numeri che fanno dell'Italia uno dei Paesi europei con maggior uso di antibiotici e, dunque, con livelli più elevati di antibiotico-resistenza.

Ad alimentare tale fenomeno è proprio l'uso inappropriato di questi farmaci in ambito umano. Basti pensare che il 50% dei casi in cui sono prescritti non sono necessari, come accade in casi di influenza.



Prof.ssa Susanna Esposito

“Ogni medico, nella prescrizione di un antibiotico, dovrebbe seguire un iter ben preciso - ha dichiarato la prof.ssa Susanna Esposito, Coordinatore Congresso SIMEUP Sezione Umbria e Professore Ordinario di Pediatria all'Università degli Studi di Perugia - Abbiamo voluto lanciare questo Manifesto per contrastare un problema, quello dell'abuso di antibiotici, di enorme rilevanza per la salute pubblica. Definire se si tratta di una condizione clinica di origine batterica, capirne se possibile la natura, scegliere l'antibiotico che abbia maggiore possibilità di successo sulla base della microbiologia o delle linee guida esistenti, ma anche considerarne gli effetti collaterali e indesiderati, valutare la compliance dalla parte del bambino/famiglia e scegliere la formula che più si adatta alla situazione sono tutti passi fondamentali per limitare l'utilizzo inappropriato di antibiotici e, dunque, il fenomeno dell'antibiotico-resistenza”.

In quali condizioni è richiesta l'assunzione di antibiotici nella profilassi? E in che modo? Alcuni punti del Manifesto:

Otite Media Acuta (OMA)

L'otite media acuta è dovuta ad un'infezione batterica o virale a carico dell'orecchio medio, spesso conseguente ad infezione delle vie respiratorie superiori come il raffreddore. È molto frequente nei bambini e si manifesta con dolore persistente, febbre, ma anche nausea, vomito e diarrea. In alcuni casi, se trascurata, può comportare complicanze importanti come il calo dell'udito. Nel 30% dei bambini si verificano episodi ricorrenti (almeno 3 in 6 mesi o 4 in un anno).

La profilassi antibiotica, però, non è necessaria in tutti i casi ricorrenti e deve essere riservata a pazienti selezionati:

- Dopo tentativo di riduzione/eliminazione dei fattori di rischio
- Dopo immunoprofilassi attiva (es. vaccinazione influenzale e pneumococcica)
- A fronte di 3 episodi di OMA in 6 mesi documentati e trattati adeguatamente
- In bambini di età inferiore a 2 anni
- Dopo esecuzione di un tampone nasofaringeo (es. nei casi ricorrenti *Haemophilus influenzae* produttore di beta-lattamasi è abitualmente il principale patogeno)
- Per durata limitata (3-6 mesi)
- L'utilizzo dei macrolidi deve essere evitato

Faringotonsillite streptococcica

La faringotonsillite è l'infezione acuta della faringe, delle tonsille palatine o di entrambe le strutture. Nel 40% dei casi è di origine virale: adenovirus, rhinovirus, influenza, coronavirus e virus respiratorio sinciziale i principali responsabili, ma occasionalmente anche virus di Epstein-Barr, virus dell'herpes simplex, cytomegalovirus o HIV possono portare a faringotonsillite.

Solo nel 30% dei pazienti la causa è batterica: le faringotonsilliti causate dallo Streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEA) rappresentano solo il 15-30% dei casi nei giovani con meno di 18 anni d'età e il 5-10% negli adulti.

La profilassi a lungo termine a basse dosi di penicillina è raccomandata nei bambini con tonsillite acuta ricorrente da SBEA e/o portatori persistenti esclusivamente se in famiglia vi sia un membro ha avuto febbre reumatica acuta. Non vi è indicazione alla profilassi in bambini con TAS elevato e/o aspecifici dolori articolari. Una complicanza della faringotonsillite può essere la febbre reumatica acuta.

Febbre reumatica

Le infezioni alla gola da SBEA sono frequenti tra la popolazione, ma solo una piccola percentuale di persone sviluppa la febbre reumatica, una malattia infiammatoria acuta causata da infezione da Streptococco Beta Emolitico di gruppo A.

Questa patologia colpisce 1 su 100.000 persone, soprattutto bambini tra i 5 e i 15 anni. Febbre, dolore e gonfiore delle articolazioni (artrite) sono le principali manifestazioni, che in alcuni casi possono diventare severe portando a complicanze importanti come la cardite, un'inflammatione dei tessuti a carico del pericardio, del miocardio e dell'endocardio.

Profilassi

- Per 5 anni nei pazienti con febbre reumatica senza cardite
- Per 10 anni nei pazienti con febbre reumatica con cardite senza ulteriori complicanze cardiache
- Fino ai 40 anni di età nei pazienti con febbre reumatica con cardite e con ulteriori complicanze cardiache

Infezioni delle vie urinarie

Le infezioni delle vie urinarie (IVU) sono frequenti in età pediatrica e spesso misconosciute a causa della scarsissima e spesso forviante sintomatologia clinica. L'IVU, soprattutto se recidivante, può essere espressione di un sottostante reflusso vescico ureterale (RVU).

Il RVU di solito si risolve spontaneamente. La profilassi è da considerare necessaria solo nei seguenti casi:

- Dopo un episodio acuto di pielonefrite in attesa degli accertamenti strumentali
- In caso di RVU >3° grado
- In soggetti con RVU <3° grado ma con IVU ricorrenti (> 3 episodi 6 mesi o >4 episodi in un

anno)

Meningite meningococcica

È un'infezione acuta o cronica delle meningi, di origine virale oppure batterica. I sintomi della meningite sono comparsa improvvisa di febbre, mal di testa e rigidità del collo, spesso accompagnata da nausea, vomito, fotofobia e stato mentale alterato. Presentazioni meno comuni di malattia meningococcica includono polmonite (dal 5% al 15% dei casi), artrite (2%), otite media (1%), e epiglottite (meno dell'1%).

Nel caso in cui una persona venga a contatto con un paziente colpito da meningite meningococcica, è opportuno considerare la modalità di contatto avvenute con il paziente così da valutare la possibilità o meno di intraprendere la profilassi antibiotica.

Quando è indicata la profilassi

- Contatti domestici
- Contatti nell'asilo nido o nella scuola materna
- Soggetti esposti direttamente alle secrezioni orali del caso indice (baci, uso dello stesso spazzolino da denti, respirazione bocca a bocca, intubazione endotracheale) nei 7 giorni precedenti lo sviluppo di malattia
- Frequentazioni prolungate (pranzi in comune, riposo nella stessa camera)

Quando non è indicata la profilassi

- Contatti casuali a scuola o sul posto di lavoro senza diretta esposizione alle secrezioni del paziente
- Contatti indiretti, ad es. con personale scolastico o sanitario non direttamente esposto alle secrezioni orali del paziente

La vaccinazione rappresenta l'unico strumento efficace per la prevenzione delle meningiti batteriche.