

Queste pagine rappresentano la finestra delle pagine elettroniche su M&B cartaceo.
 Contributi originali. I testi in extenso sono pubblicati on line

Ricerca



PRESCRIZIONE DI ANTIBIOTICI IN ETÀ PEDIATRICA NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

ML. Moro¹, D. Resi¹, M. Morri¹, M. Asciano², P. Dalla Casa³, M. Martelli⁴, M. Milandri⁴, MG. Pascucci⁵, F. Polli⁶, L. Reggiani⁶, E. Sapigni⁷, E. Valentini⁷, I. Venturi⁷

¹Area di Programma Rischio Infettivo, Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia-Romagna; ²ASL Rimini; ³ASL Forlì; ⁴ASL Bologna Città; ⁵ASL Ravenna; ⁶ASL Imola; ⁷Assessorato alla Sanità, Regione Emilia-Romagna

ADMINISTRATION OF ANTIBIOTICS TO CHILDREN IN THE EMILIA-ROMAGNA REGION

Key words Antibiotics, Resistance to antibiotics

Summary We performed a survey on the administration of antibiotics to children in the Emilia-Romagna region. This survey shows a large use of antibiotics, particularly in children aged less than 4 years. They also more frequently receive multiple treatment cycles. The antibiotic chosen is often inappropriate: in spite of the Regional Health Plan recommendations, the most widely used drugs are cephalosporins, followed by macrolides. The analysis of these results can contribute to the identification of strategies aimed at reducing the phenomena of resistance to antibiotics.

Premesse - Il monitoraggio dell'uso di antibiotici è la premessa per l'attuazione di strategie finalizzate a ridurre il consumo, soprattutto in quegli ambiti in cui tale uso è più frequentemente non appropriato, con l'obiettivo di contenere l'emergere e il diffondersi dell'antibioticoresistenza.

Fra i maggiori utilizzatori di antibiotici sono spesso indicati i bambini, soprattutto per quadri sintomatologici riconducibili a infezioni delle alte vie aeree. Abbiamo perciò condotto uno studio sulla prescrizione di antibiotici in età pediatrica nella regione Emilia-Romagna.

Materiali e metodi - Lo studio è consistito nell'analisi degli archivi delle prescrizioni farmaceutiche della regione Emilia-Romagna: sono state incluse le prescrizioni rivolte agli assistiti della regione con età compresa tra 0 e 14 anni (466.522), nel periodo che va dal 1° gennaio al 31 dicembre 2000. L'uso di antibiotici è stato misurato sia come frequenza di bambini che avevano ricevuto almeno una prescrizione di antibiotico nel corso dell'anno (prevalenza di uso), che come numero di episodi di trattamento nel corso dell'anno.

Risultati - Sono state identificate 554.646 prescrizioni di antibiotici a 239.180 bambini nella fascia d'età 0-14 anni; i medici prescrittori sono rappresentati nel 58,4% da pediatri di libera scelta, nell'11% da medici di medicina generale, nel 21% da specialisti, mentre nel restante 9% il prescrittore non è noto.

La metà (51,3%) degli assistiti viene trattata con antibiotico almeno una volta nel corso di un anno, con notevoli differenze per età: l'uso degli antibiotici è molto elevato soprattutto nei primi anni di vita per ridursi poi costantemente oltre i 4 anni. Nella classe di età di tre anni, il 72% dei bambini viene esposto a un antibiotico. Questo dato si riconferma anche per la probabilità di essere sottoposti a trattamenti multipli: la proporzione di bambini esposti a tre o più cicli di trattamento tra 0 e 4 anni è pari al 36,1%, mentre nelle classi di età successive si riduce costantemente, fino ad arrivare al

10,8% nei quattordicenni. Per quanto riguarda il tipo di antibiotico prescritto, il 22,2% dei bambini sono esposti a cefalosporine durante l'anno, seguono i macrolidi e le penicilline ad ampio spettro (19,9% e 15,8% rispettivamente).

Discussione - Il consumo di antibiotici nella popolazione pediatrica dell'Emilia-Romagna risulta essere circa il doppio di quello di altre nazioni europee: in particolare la Danimarca riporta una prevalenza d'uso degli antibiotici sistemici nella popolazione pediatrica pari a 29% nell'anno 1997. Questo comportamento prescrittivo interessa tutte le Aziende USL della regione ed è confermato da altre indagini italiane.

L'analisi dell'utilizzo di antibiotici stratificato per fasce d'età produce risultati sovrapponibili nei diversi studi: indipendentemente dal consumo medio complessivo in età pediatrica, i primi anni di vita sono caratterizzati da un maggior ricorso al trattamento antibiotico. Questo fenomeno dipende in primo luogo dalla maggiore frequenza degli episodi febbrili in questa età e secondariamente da una maggiore incertezza diagnostica implicita, unitamente a fattori relazionali quali la maggior ansia dei genitori con conseguente pressione sul pediatra, e/o complementariamente la ricerca di "tranquillità terapeutica" da parte del pediatra.

Anche per quanto riguarda il numero di cicli di terapia cui è sottoposto un bambino in un anno, il confronto con i risultati danesi mostra un ricorso più frequente nella regione Emilia-Romagna: in Danimarca 3 o più cicli di terapia sono prescritti solo nell'1% dei bambini di età superiore ai 7 anni, mentre nel presente studio solo a quattordici anni si riduce il ricorso a cicli multipli di terapia e la proporzione di ragazzi esposti a tre o più cicli è comunque uguale a 10,8%.

L'uso eccessivo di farmaci antimicrobici ha conseguenze epidemiologiche rilevanti quali l'emergere di infezioni antibioticoresistenti e l'aumento della frequenza di bambini portatori di pneumococchi antibioticoresistenti.

Le cefalosporine sono la classe di farmaci più utilizzata, nonostante l'indicazione del Piano Sanitario Regionale a ridurre l'uso di antibiotici di ultima generazione, soprattutto in presenza di terapie ugualmente efficaci contro i più comuni agenti eziologici. Anche l'uso di amoxicillina associata agli inibitori della beta-lattamasi trova difficile spiegazione, trattandosi nella maggior parte dei casi di infezioni (quando sono batteriche) dovute allo streptococco e allo pneumococco, microrganismi che non producono beta-lattamasi. Anche l'elevato uso dei macrolidi appare inappropriato, considerando che la frequenza di ceppi resistenti a questa classe di antibiotici in Italia è già tra le più elevate in Europa.

L'analisi dei dati di prescrizione, pur con i limiti dovuti ad analisi basate su fonti informative correnti, fa emergere una pressione antibiotica selettiva in età pediatrica, che può certamente contribuire nel tempo alla diffusione di infezioni resistenti. Azioni volte a ottenere una riduzione dell'uso inappropriato di antibiotici richiedono prima di tutto una migliore comprensione delle pratiche prescrittive dei medici nella popolazione pediatrica e, soprattutto, dei fattori che possono influenzare/condizionare la scelta di prescrivere un trattamento antibiotico.

Solo su questa base sarà poi possibile progettare interventi mirati, finalizzati a ridurre i consumi e a migliorare l'adesione a linee guida condivise sulla scelta ragionata dei farmaci e, in particolare, degli antibiotici.



UNA PORPORA DI SCHÖNLEIN-HENOCH PLURISINTOMATICA

G. Bonora, C. Malorgio
Unità Operativa di Pediatria, Ospedale di Sondrio

MULTI-SYMPOM SCHÖNLEIN-HENOCH'S PURPURA

Key words Schönlein-Henoch's purpura, Convulsions, Torsion of the testis

Summary A case of multi-symptom Schönlein-Henoch's purpura case which started with convulsions, and required surgery because of a torsion of the spermatic cord and steroid because of intestinal vasculitis.

Il caso - Andrea di 8 anni giunge alla nostra attenzione per la comparsa durante la notte di respiro steatoroso, occhi sbarrati, bava alla bocca e ipertono diffuso. Nei 2-3 giorni precedenti ha presentato un quadro di gastroenterite, caratterizzato da alcuni episodi di vomito e diarrea risoltosi spontaneamente.

Durante il ricovero, il bambino presenta altri due episodi critici, caratterizzati da ipertonia, deviazione del capo e degli occhi a destra e trisma, che si risolvono rapidamente dopo somministrazione rettale di diazepam (10 mg). Il bambino è in buone condizioni generali, un po' assopito, con obiettività neurologica nella norma. Una TAC cerebrale con mezzo di contrasto risulta negativa, l'EEG mostra un eccesso di attività lenta rispetto all'età.

Esami di routine (emocromo, azotemia, glicemia, creatininemia, elettroforesi, elettroliti, transaminasi, esame urine) nella norma.

Il 3° giorno compaiono papule orticarioidi e purpuriche e piccole ecchimosi agli arti inferiori e sui glutei. Artralgia delle caviglie. Il quadro è compatibile con una porpora di Schönlein-Henoch (HSP). Altri esami risultano nella norma (PT, PTT, immunoglobuline, esame feci per ricerca sangue occulto, esame urine).

Il giorno seguente il bambino riferisce dolore al testicolo sinistro. L'urologo decide di intervenire d'urgenza, avendo rilevato un testicolo di consistenza aumentata con idatide di consistenza dura ed epididimo di volume aumentato. Il testicolo si presenta di colorito normale, ruotato sul suo asse di 180°; si apprezza notevole edema dell'epididimo con aumento di volume e cianosi dell'idatide. Il 6° giorno, in considerazione della rarità dell'interessamento neurologico in corso di porpora, si effettua una RMN dell'encefalo, che risulta nella norma.

Il bambino viene dimesso l'8° giorno con una sintomatologia quasi del tutto risolta.

Dopo 3 giorni Andrea viene riportato alla nostra osservazione per la comparsa di dolori addominali intensi, accompagnati da alcuni episodi di vomito e scariche di sangue nelle feci. In considerazione dello stato di sofferenza si avvia un ciclo breve di steroidi (deltacortene 1 mg/kg per una settimana, poi a scalare per un'altra settimana), cui consegue la progressiva completa guarigione.

Discussione - La HSP è la vasculite sistemica più comune in età pediatrica. La prognosi è per lo più benigna, ma può essere condizionata dal possibile interessamento renale. La maggior parte dei casi sono lievi e autolimitanti con presenza solo di microematuria e minima proteinuria. Il nostro bambino ha presentato, oltre alla porpora, artrite e dolore addominale, ma nessun segno di interessamento renale.

Il dolore addominale dopo la dimissione è stato molto intenso e ha portato a un secondo breve ricovero. La presenza di sangue evidente nelle feci e il dolore intenso ci hanno indotto a usare un breve ciclo di steroidi. Più raro l'interessamento scrotale che avviene nel 10% dei casi. Consapevoli della possibilità che la tumefazione scrotale e il dolore possono far parte del quadro della HSP, abbiamo proposto all'urologo che ha visitato il bambino un atteggiamento conservativo che però egli non ha ritenuto opportuno, e il reperto operatorio di torsione del funicolo sembra dargli ragione.

Davvero eccezionale la presentazione con crisi convulsive in apiressia. In letteratura sono riportati rari casi. Viene descritto il caso di una bambina di 7 anni di particolare gravità, che all'esordio ha presentato convulsioni, disturbi della visione e della coscienza, secondari a vasculite cerebrale. In questo caso non fu sufficiente la terapia con boli di metilprednisolone ma fu necessaria la plasmaferesi. In un altro caso simile, con lesioni cerebrali compatibili con un coinvolgimento vasculitico non emorragico, si è osservata una risoluzione spontanea.

Il nostro bambino, dopo l'episodio iniziale caratterizzato da crisi subentranti, apparentemente focali (crisi parziali complesse), è stato bene. La negatività della TAC eseguita all'esordio e quella della RMN effettuata comunque nei primi giorni di comparsa della sintomatologia non mostrano segni suggestivi di una vasculite cerebrale.

Il caso è istruttivo delle varie manifestazioni a cui può andare incontro un bambino affetto da HSP.

La porpora non raramente può seguire altri sintomi ed è verosimile che l'interessamento nervoso, assai raro, possa esprimersi con gradi diversi, e non necessariamente drammatici, di coinvolgimento della sostanza cerebrale.

Sommario delle pagine elettroniche



Percorsi clinici

- Ortopedia: una biopsia utile

Appunti di terapia

- Le vaccinazioni nei soggetti che debbono ricevere o che hanno ricevuto un trapianto di organo solido

Un caso clinico dalla letteratura...

- Diarrea cronica acquosa in una bambina di 22 mesi

Pediatria per l'ospedale

- α 1-antitripsina-deficienza: un'alterazione conformazionale simile a quella dei prioni nella malattia di Creutzfeldt-Jakob variante (seconda parte)

Avanzi

- Anticorpi proteolitici contro il fattore VIII nell'emofilia A
- Maggior rischio di malformazioni nei nati con tecnologia riproduttiva assistita
- Obesità e diabete mellito tipo 2
- Associazione fra virus S40 e linfoma non-Hodgkin
- Una nuova cura per il diabete mellito tipo 2: il peptide 1 glucagone-simile
- A che età si acquisisce l'infezione da *Helicobacter pylori*?
- Cura con ormone della crescita in bambini con bassa statura idiopatica
- La frequenza del deficit di attenzione/iperattività
- La ricerca delle IgA come marker sierologico del poliovirus in una popolazione vaccinata con IPV