



La prescrizione dilazionata di antibiotici é utile e sicura

Data 28 febbraio 2016
Categoria infettivologia

Quando una vecchia pratica è confermata dalla ricerca internazionale

La Organizzazione Mondiale per la Salute ritiene che la resistenza agli antibiotici sia tra i problemi più seri ed importanti che il mondo intero deve affrontare per evitare un drammatico aumento dei decessi per malattie infettive (1): i tempi della amoxicillina e dei chinolonici utilizzabili sempre dovunque e comunque sono un lontano suggestivo ricordo; la ricerca farmacologica da decenni non è riuscita a produrre antibiotici veramente innovativi utilizzabili su larga scala; nell'attesa finora delusa che qualche genio della ricerca scopra una nuova classe di antibiotici e che i ministeri competenti affrontino il grave problema della utilizzazione indiscriminata di antibiotici in gran parte degli allevamenti animali, dobbiamo porci molto seriamente il problema di ridurre l'uso inappropriato ma anche l'uso superfluo di antibiotici ad esempio in forme batteriche lievi che guariscono spontaneamente.

Pillole.org da tempo si occupa di questo complesso e preoccupante problema e vi ha dedicato due contributi (2,3). In questo terzo articolo prendiamo in esame la prescrizione dilazionata di antibiotici quale strumento per ridurre l'uso inappropriato.

La letteratura internazionale negli ultimi anni sta valorizzando una pratica diffusa tra i medici di famiglia di molti paesi europei, tra cui certamente anche l'Italia, e la cui validità è stata confermata dall'autorevole Cochrane Foundation(4): si tratta dell'uso dilazionata degli antibiotici in particolare nelle infezioni respiratorie ed urinarie, ovvero la vecchia ed ora rivalutata prassi dei molti medici di famiglia che consegnano al paziente la ricetta di antibiotici con il consiglio di attendere qualche giorno e di assumerli se, e solo se, lo stato di salute peggiora. ("Se peggiora" da cui il termine inglese di "if therapy").

Vediamo nei dettagli cosa propongono alcuni recenti studi internazionali.

Infezioni urinarie

Vanno anzitutto distinte le infezioni urinarie dell'uomo da quelle della donna: le infezioni nell'uomo sono meno frequenti ma nella maggior parte dei casi richiedono un trattamento antibiotico.

Nella donna le infezioni urinarie sono molto più frequenti ma nella maggior parte dei casi non complicate. È stato dimostrato che almeno il 50% delle donne che hanno sintomi delle basse vie urinarie suggestivi per una cistite guariscono senza trattamento antibiotico entro una settimana (5,6).

Una recente ricerca di buon livello qualitativo effettuata dai medici di famiglia tedeschi ha comparato l'uso di ibuprofene (400 mg per tre volte al giorno per 3 giorni), verso fosfomicina (3 grammi in singola dose), in donne con infezioni urinarie non complicate: la guarigione clinica si verificò nel 70% circa delle donne che usarono l'ibuprofene contro 82% di coloro che utilizzarono la fosfomicina.

Solo un terzo circa delle donne che utilizzarono ibuprofene furono costrette successivamente ad assumere antibiotici. Come era prevedibile l'efficacia dell'antiinfiammatorio era maggiore nelle donne con urinocoltura negativa, mentre la maggior parte degli insuccessi si verificava nelle donne con importante batteriuria.

Le complicanze furono rare: 5 casi di pielonefrite su 241 donne nel gruppo trattato con ibuprofene e solo un caso su 243 donne trattate con fosfomicina. Gli autori concludono che l'uso di ibuprofene può essere una valida alternativa all'antibiotico nelle forme più lievi di infezioni urinarie.(7)

Infezioni respiratorie

Gli studi in questo ambito sono numerosi (8); tra i più recenti va segnalato per qualità e numerosità uno studio effettuato su 889 pazienti dai general practitioner inglesi.

Questo studio ha dimostrato che il trattamento sintomatico, accompagnato dalla prescrizione dilazionata di antibiotici nelle infezioni respiratorie ne riduce l'uso di almeno il 40% e non espone i pazienti a complicanze significative; esso ha anche confrontato diverse strategie di rinvio della prescrizione: la non prescrizione avvisando il paziente di tornare in caso di peggioramento, la prescrizione con indicazioni al paziente di attendere alcuni giorni, la prescrizione retrodatata, la prescrizione trattenuta dal medico e consegnata successivamente su richiesta del paziente.

La scelta di non prescrivere comporta l'uso minore di antibiotici rispetto a tutte le altre, ma obbliga il medico ad una maggiore accuratezza nella visita e nella gestione del problema e sembra comportare un numero leggermente maggiore di complicanze: 2-3% contro il 1% dei gruppi con prescrizione dilazionata o con prescrizione immediata di antibiotici.(9)

La scelta di prescrivere raccomandando al paziente di attendere alcuni giorni e di assumere l'antibiotico solo se non vi è alcun miglioramento, sembra essere la più equilibrata in quanto gradita al paziente, di modesto impegno per il medico, efficace tanto nella risoluzione del quadro clinico quanto nella diminuzione dell'uso di antibiotici e con una percentuale di complicanze non superiore ai pazienti direttamente trattati con antibiotici

Conclusioni

La vecchia pratica empirica diffusa tra i medici di famiglia di tutta Europa, di concordare con i pazienti l'uso di analgesici ed antinfiammatori per infezioni respiratorie ed urinarie lievi, rinviando l'assunzione di antibiotici di alcuni giorni in caso di mancato miglioramento, si sta rivelando quanto mai saggia, opportuna e sicura, tanto nelle infezioni urinarie delle donne che in larga parte delle infezioni respiratorie; essa diminuisce sensibilmente l'uso di antibiotici e quindi le resistenze senza esporre i pazienti a complicanze che siano significativamente più frequenti o più gravi rispetto ai pazienti direttamente trattati con antibiotici.



Riccardo DeGobbi

Bibliografia

1. <http://www.who.int/dg/speeches/2016/antimicrobial-resistance-conference/en/>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6402>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6492>
4. Spurling G, Del Mar C, Dooley L, Foxlee R. Delayed antibiotics for symptoms and complications of respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev 2010;3:CD004417.
5. Ferry SA, Holm SE, Stenlund H, Lundholm R, Monsen TJ. The natural course of uncomplicated lower urinary tract infection in women illustrated by a randomized placebocontrolled study. Scand J Infect Dis 2004;36: 296-301. doi:10.1080/0036554041001964215198188
6. Little P, Moore MV, Turner S. Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: randomised controlled trial. BMJ 2010;340: c199. doi:10.1136/bmj.c199 20139214
7. Gágyor I, Bleidorn J, Kochen MG, Schmiemann G, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Ibuprofen versus fosfomycin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomized controlled trial. BMJ 2015;351: h6544.
8. NICE guideline development group. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. 2008. <http://guidance.nice.org.uk/CG69>
9. Little P, Moore M, Kelly JPIPS Investigators. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care: pragmatic, factorial, randomised controlled trial. BMJ 2014;348: g1606. doi:10.1136/bmj.g1606 24603565
10. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6049>
11. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6475>