

SCelta RAZIONELE DELL'ANTIBIOTICOTERAPIA SISTEMICA

Dr. Sandy FURLINI – Socio A.I.U.C.

RIFLESSIONI

QUANDO usare l'antibiotico per via sistemica ?

SEMPRE

- Segni clinici di INFEZIONE: (AH CPR ev. A)
Sepsi – Cellulite – Osteomielite - Ascessi
- Dopo manovre chirurgiche in lesioni infette
Debridement ampie aree necrotiche – Drenaggi
- Carica batterica > 10⁵ unità/gr tessuto (AH CPR ev. A)
Tampone e conta batterica

CONSIGLIATO

- Lesioni colonizzate in paziente a rischio
Polipatologia – Allettamento – Condizioni igieniche
- Lesioni “non healing”
Dopo un periodo di terapia corretta ma non efficace

Considerazione

- “In presenza di segni clinici di infezione, si dovrebbero usare antibiotici per via parenterale o entrale.”

[David R. Thomas. Sant Louis University, St. Louis, Missouri
CONN'S CURRENT THERAPY, R.E. Rakel – 2000]

RESISTENZE

- Le infezioni mutano volto
- Morti ogni anno per malattie infettive: più di tredici milioni di persone, un quarto della mortalità globale nel pianeta
- “ Dovute a profondi mutamenti cagionati dall'uomo nel mondo” (Mitchell Cohen, National Center for Infectious Diseases, Atlanta)
- Abuso e cattivo uso di ATB

Origini infettive di malattie croniche

- Sindrome di Reiter Enteriti infettive
- Sindrome di Guillan-Barrè : Campylobacter
- Malattia coronarica Ruolo della Clamidia

- “Paradossalmente, mentre un tempo era in causa la malnutrizione da carenze quantitative e qualitative degli alimenti, al giorno d'oggi è l'eccesso di cibo che promuove la patologia infettiva, con la predisposizione a malattie cardiovascolari, diabete e obesità.” Cohen

QUALE antibiotico utilizzare?

Considerare il Paziente prima di tutto:

- Età
- Insufficienza renale e/o epatica
- Allergie/Intolleranze
- Immunocompromissione
- Malnutrizione
- Diabete
- Polipatologia-Polifarmacoterapia

Quindi è fondamentale considerare altri parametri di valutazione:

- Sede dell'infezione (diffusione tessutale)
- Eventuale coinvolgimento di strutture adiacenti (osteo – artrite settica)
- Eventuale coinvolgimento sistemico
- Risultato eventuale antibiogramma
- Durata della terapia
- Precedenti trattamenti ATB
- Recente ricovero ospedaliero

E' importante supporre a priori la presenza di quale organismo sta colonizzando la lesione in esame.

La letteratura e l'esperienza internazionale ci vengono in aiuto stilando un elenco puntuale dei batteri più frequentemente riscontrati nelle lesioni cutanee croniche.

Supporre a priori l'agente infettante

- Stafilococco aureo
- Streptococchi
- Escherichia Coli
- Proteus
- Klebsielle
- Pseudomonas

- Anaerobi : * Bacteroides fragilis
 - * Peptococchi
 - * Peptostreptococchi
 - * Clostridi

Sapendo questo, possiamo attuare una terapia precoce, empirica, immediata e con buone probabilità di "fare centro", prima di attendere il risultato

dell'eventuale studio microbiologico mediante tampone, scongiurando con buona probabilità il rischio di aggravamento (SEPSI)

Valutare la gravità del quadro:

- Sospetta osteomielite
- Sospetta artrite settica
- Quadro setticemico
- Cellulite-Linfangite estesa
- Lesione ampia e profonda
- Raccolte ascessuali associate

Indicazioni (GOODMAN E GILMAN 1992)

Stafilo e Strepto-->Penicillina G o Cefalosporine di 2 e 3 generazione

E. Coli --> Cefalosporine di 3

Pseudomonas--> Cefalosporine antipseudomonas

Dopo aver descritto gli antibiotici di prima scelta, spesso i "sacri testi" ci riportano la annotazione "Attenzione alle resistenze" sostenendo che ormai sempre più frequentemente ci troviamo di fronte a batteri che non rispondono più agli antibiotici che sarebbero più indicati

Colonizzazione da Pseudomonas: non costituisce un grande problema inoltre è un germe "facilmente" eliminabile..... Basta privarlo di OSSIGENO e muore in meno di 12 ore.....

In più dobbiamo considerare alcuni punti chiave:

- La difficoltà per la molecola a raggiungere il sito di infezione cutaneo data la compresenza di edema spesso importante e di microtrombosi vascolare
- Spesso il paziente ha già eseguito molti cicli di antibiotici diversi
- La dimensione territoriale e quindi non avere il paziente "sempre sott'occhio"
- Il tempo tecnico di attesa dell'antibiogramma

Tutto questo ha portato molti ad utilizzare una terapia empirica con antibiotici di ultima generazione con il rischio di peggiorare la situazione Resistenze Spesso però questo approccio costituisce il più sicuro in termini di rischio di diffusione sistemica dell'infezione!!!

Altro problema è costituito dalla durata della terapia: non esistono chiare indicazioni in letteratura se non quella di procedere fino a che i segni clinici di infezione non siano del tutto scomparsi.

Ipotesi di atteggiamento:

Sequential therapy (1995)

E' una modalit  di approccio seguendo una duplice via di somministrazione del farmaco iniziando per via parenterale e continuando, a situazione clinica stabilizzata, con la via enterale.

Esistono numerose evidenze di efficacia e di vantaggi nell'utilizzare questa modalit .

Riteniamo che sia utile ma soprattutto nella misura in cui sia praticabile (valutare sempre la situazione "Domicilio")

CONCLUSIONI

Visti:

- I costi elevati della terapia antibiotica sistemica
- La provata efficacia solo in casi selezionati
- I disagi per il paziente (parenterale, somministrazione per os in casi di difficolt  alla deglutizione...)
- Le interazioni farmacologiche (polifarmacoterapie e polipatologia)

Si sente l'esigenza e la necessit  di una linea di comportamento univoca. Questo stimolerebbe la formazione di gruppi di ricerca specifici, la discussione e la creazione di un protocollo.

DA QUESTO LA NECESSITA' DI UN PROTOCOLLO DI COMPORTAMENTO UNIVOCO.

Perch  un protocollo???

Per :

- creare un linguaggio comune,
- uniformare il comportamento medico-infermieristico
- ottimizzare la terapia
- curare al meglio il malato e quindi la sua patologia

