

Quale utilizzare nella broncopolmonite? L'iniezione è più efficace dell'antibiotico orale? E polmonite?
sempre necessario il Rocefin?

In questo articolo affrontiamo un'annosa discussione che riguarda genitori e pediatri. Chi di voi, in seguito a una diagnosi di bronchite o broncopolmonite, non ha posto al proprio pediatra la domanda: *"Dottore, ma non è meglio la siringa?"*. Siamo infatti abituati a pensare che le iniezioni siano sempre più efficaci dello sciroppo. Leggendo questo articolo scopriremo che in realtà non è esattamente così...

Una premessa necessaria

Nella mia attività di pediatra di Pronto Soccorso mi trovo praticamente tutti i giorni a fare diagnosi di bronchite o polmonite e la domanda alla dimissione è sempre la stessa: *"Dottore, ma non sono meglio le siringhe?"*. Questo avviene perché solitamente dimetto i bambini che non necessitano di ricovero con un "semplice" antibiotico orale. Quale? Augmentin, Zimox, Stemox, Klacid, Macladin... giusto per fare alcuni nomi familiari a voi genitori. E la stessa domanda viene fatta tutti i giorni a moltissimi colleghi nei loro ambulatori o nei reparti d'ospedale. Sebbene la risposta per noi pediatri già sia nota, ho deciso di cercare nella letteratura scientifica studi specifici che comparano gli antibiotici per bocca a quelli iniettabili in modo tale da poter spiegare ai genitori, in parole quanto più semplici possibile, che noi medici non siamo "pazzi" o "incompetenti" quando decidiamo di dare "solo lo sciroppo" in un bambino con polmonite... buona lettura!

Qual è la causa della polmonite?

Quasi la totalità delle polmoniti nei bambini sono causate da virus o batteri. Addirittura gli studi ci dicono che nei primi 2 anni di vita fino al 70% dei casi sono dovuti esclusivamente a virus. Cosa vuol dire questo? Che, teoricamente, gran parte delle polmoniti non avrebbe nemmeno bisogno di terapia antibiotica! Come è infatti spiegato nell'articolo ["Perché attendere 2 o 3 giorni prima di iniziare l'antibiotico in corso di febbre"](#) nelle infezioni virali l'antibiotico non è necessario ed espone solo a potenziali effetti collaterali.

Ma come facciamo a distinguere una polmonite virale da una batterica?

Purtroppo non esistono parametri clinici e/o radiografici che ci consentano di distinguere con assoluta certezza. Quindi, se nelle infezioni delle alte vie respiratorie (faringiti, tracheiti etc) come abbiamo visto ci si può concedere il “lusso” di aspettare qualche giorno prima di iniziare l’antibiotico, nella polmonite bisogna iniziare subito una terapia antibiotica empirica, essendo una patologia potenzialmente più grave. Inoltre bisogna considerare il rischio di eventuali sovrainfezioni batteriche (ad un’infezione virale di partenza se ne “aggiunge” una batterica che complica ulteriormente la situazione). C’è poi da aggiungere che dopo i 2 anni la frequenza di polmoniti virali si riduce, aumentando invece la quota di polmoniti batteriche o miste (batteri + virus).

L’antibiotico in siringa è più efficace che per bocca?

Veniamo adesso al nocciolo della questione. Gli studi scientifici riguardanti questo tema ci dicono che:

- Gli antibiotici somministrati per via parenterale (siringa) e quelli somministrati per via orale hanno la stessa efficacia: nessuno degli studi esaminati ha riscontrato un vantaggio negli antibiotici dati tramite siringa, sia in termini di guarigione sia di durata della malattia. Anzi, nei bambini ospedalizzati si è osservato un numero di giorni di ricovero minore in quelli trattati con antibiotico per bocca (a parità di gravità della polmonite)!
- Gli antibiotici somministrati per via parenterale non fanno effetto prima rispetto a quelli dati per via orale: è opinione comune che gli antibiotici somministrati tramite siringa agiscano più rapidamente. Anche questa credenza si è rivelata falsa! Lo sfebbramento post-antibiotico avviene infatti dopo un uguale periodo di tempo, indipendentemente dalla via di somministrazione utilizzata!
- I bambini a cui viene somministrato l’antibiotico per bocca non provano dolore: la siringa traumatizza il bimbo e talvolta è necessario ripeterla 2-3 volte al giorno per diversi giorni... perché far soffrire un bambino se si può evitare?
- Gli antibiotici orali costano mediamente meno di quelli iniettivi: per la salute dei propri figli non esistono limiti di spesa, questo è scontato. Ma se non ci sono vantaggi, perché spendere di più?

Tutti gli studi esaminati complessivamente concludono che non vi è alcun vantaggio^{polmonite?} nell'utilizzo dell'antibiotico per via parenterale rispetto a quello per via orale, se non in specifici casi (che sarà il vostro pediatra di fiducia ad individuare).

Quindi l'antibiotico per iniezione non va mai utilizzato?

Grazie agli studi scientifici oggi è ben chiaro che in molti casi di bronchite e polmonite possiamo optare serenamente per la via orale, nonostante per molti anni sia stata preferita la via iniettiva. Come sempre però la medicina non segue regole fisse e in alcuni casi, che sarà il vostro pediatra a individuare, la siringa sarà purtroppo necessaria.

Ci sono infatti patologie che rispondono solo a specifici antibiotici che si possono somministrare solo per via parenterale. Inoltre esistono alcune situazioni, per esempio il vomito, che rendono impossibile l'utilizzo dell'antibiotico per bocca.

Un consiglio da pediatra...

Il mio consiglio è quello di "invertire la domanda"... Invece di domandare "Dottore, ma non è meglio la siringa?" quando il vostro pediatra vi prescrive un antibiotico per bocca, chiedete "Dottore, ma non si può dare uno sciroppo in modo da evitare le siringhe?" quando viene suggerito un antibiotico per via parenterale! Dobbiamo essere onesti, talvolta siamo noi pediatri che cerchiamo la via più rapida o vogliamo calmare l'ansia dei genitori dando un farmaco che "sicuramente sarà efficace" e le siringhe sono un esempio perfetto. In questo caso sta anche a voi genitori farci capire che, se non strettamente necessario, preferite l'antibiotico per bocca. Credetemi, i vostri figli vi ringrazieranno!

Harris M, Clark J et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. Thorax. 2011 Oct;66 Suppl 2:ii1-23.

Rojas MX, Granados C. Oral antibiotics versus parenteral antibiotics for severe pneumonia in children. Cochrane Database Syst Rev 2006;2:CD004979

Addo-Yobo E, Hassan M et al. Oral amoxicillin versus injectable penicillin for severe pneumonia in children aged 3 to 59 months: a randomised multicentre equivalency study. Lancet 2004; 364:1141-8

Atkinson M, Smyth A, et al. Comparison of oral amoxicillin and intravenous benzyl penicillin for community acquired pneumonia in children (PIVOT trial): a multicentre pragmatic randomised controlled equivalence trial. Thorax 2007;62:1102-6