Nuove linee guida per la profilassi dell'endocardite batterica

Data 26 febbraio 2008
Categoria cardiovascolare

Le nuove linee guida dell'American Heart Association, contrariamente a quelle precedenti, hanno ristretto la profilassi dell'endocardite batterica solo ai pazienti ad alto rischio di esiti avversi.

L'American Heart Association ha pubblicato le nuove linee guida sulla profilassi dell'endocardite batterica. In esse si raccomanda di sottoporre a profilassi antibiotica solo i soggetti a rischio più elevato di subire esiti avversi da una endocardite.
I soggetti da profilassare prima di una procedura dentaria di qualsiasi tipo sono:
1) pazienti con protesi valvolari cardiache
2) pazienti con precedente endocardite infettiva
3) trapiantati cardiaci che sviluppano una valvulopatia cardiaca
4) soggetti con alcune forme di cardiopatia congenita (cardiopatia congenita cianotizzante non riparata, fino a 6 mesi dopo un intervento per cardiopatia congenita riparata con materiale protesico o con device, cardiopatia congenita riparata ma con difetto residuale).
Questi pazienti devono ricevere una profilassi antibiotica anche se devono essere sottoposti a procedure sul tratto respiratorio, cute infetta, strutture cutanee o tessuto muscoloscheletrico. La profilassi non è invece raccomandata per procedure sul tratto gastrointestinale o genitourinario, per il piercing, i tattutaggi, l'istercetomia e il parto vaginale.
Per quanto riguarda il prolasso valvolare mitralico (PVM) le linee guida ammettono che si tratta sicuramente della condizione più comune che, almeno in occidente, predispone alla endocardite infettiva, tuttavia l'incidenza di questa complicanza in valore assoluto è estremamente bassa per l'intera popolazione dei soggetti con PVM e comunque non è di solito associata con outcomes gravi, come succede invece per i soggetti identificati ad alto rischio. Pertanto, per il PVM, la profilassi non è più consigliata.
Lo schema antibiotico suggerito dall'AHA prevede l'assunzione di amoxicillina (2g negli adulti, 50 mg/kg nei bambini) da 30 a 60 minuti prima della procedura. Nei soggetti allergici alla penicillina sono consigliati azitromicina o claritromicina (500 mg negli adulti, 15 mg/kg nei bambini), oppure clindamicina (600 mg negli adulti, 20 mg/kg nei bambini) o cefalexina (2g negli adulti, 50 mg/kg nei bambini). Tuttavia la cefalexina non deve essere usata in soggetti con storia di anafilassi, angioedema o orticaria da penicilline.

Fonte

Wilson W et al. Prevention of Infective Endocarditis. Guidelines From the American Heart Association.
A Guideline From the American Heart Association Rheumatic Fever,Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group.
Circulation 2007; 115. Pubblicate anticipatamente online. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.183095.

Commento di Renato Rossi

Questo aggiornamento delle precedenti linee guida (che erano del 1997) riduce notevolmente i pazienti da sottoporre a profilassi antibiotica per la prevenzione dell'endocardite infettiva. Come mai questo cambio di rotta? Il panel di esperti che le ha redatte osserva per prima cosa che una batteriemia risultante dalle comuni attività giornaliere causa più facilmente endocardite infettiva rispetto alle procedure dentarie. Così solo un piccolo numero di casi di endocardite infettiva potrebbe essere prevenuto dalla profilassi, anche se la profilassi fosse efficace al 100%.
Gli esperti affermano ripetutamente che la profilassi dovrebbe essere attuata solo nei pochi pazienti individuati dalle linee guida, che sono quelli con più elevato rischio di andar incontro ad esiti negativi se si instaura una endocardite infettiva. Tutti gli altri gruppi identificati dalle precedenti linee guida non dovrebbero essere profilassati. Ora bisognerà vedere quanto queste raccomandazioni saranno recepite nella pratica, soprattutto per il prolasso valvolare mitralico che probabilmente è la situazione in cui più spesso viene consigliata la profilassi, non fosse altro per la sua estrema frequenza.

Commento di Marco Grassi

Qual è il razionale delle linee guida per la prevenzione della endocardite batterica? L'AHA raccomanda fin dal 1955 la profilassi antibiotica dell'endocardite batterica in occasione di procedure invasive dentali e non, sulla base di alcune considerazioni teoriche qui brevemente elencate:

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 14/11/2026 alle ore 18:57 | Pagina 1 di 2

1) L'endocardite batterica, sebbene patologia poco comune, è potenzialmente mortale per cui è sempre preferibile prevenirne l'insorgenza piuttosto che curare la malattia conclamata

2) è da tempo noto e ampiamente dimostrato che esistono condizioni e malformazioni cardiache che predispongono o facilitano l'insorgenza di endocardite batterica

3) è altresì noto che alcune particolari manovre invasive (in primis quelle dentali ma anche procedure del tratto gastrointestinale e urinario) possono provocare batteriemie di agenti patogeni coinvolti nella genesi della endocardote batterica

4) una profilassi antibiotica si è dimostrata di provata efficacia nella prevenzione di endocardite batterica indotta sperimentalmente negli animali

5) si pensa pertanto che una profilassi antibiotica possa essere efficace anche nell'uomo per prevenire l'endocardite batterica provocata da batteriemie transitorie in occasione di manovre e interventi odontoiatrici, procedure del tratto gastrointestinale e urinario.

Mentre i primi quattro assunti teorici sono ampiamente dimostrati dalla ricerca, il quinto, e fondamentale, è sempre rimasto una speculazione teorica non essendo mai stato dimostrato con studi ad hoc (nè di tipo sperimentale nè di tipo osservazionale). Una mancanza di prove di efficacia non significa tuttavia che è provato che la profilassi non funzioni: l'efficacia o meno resta una congettura. Ne consegue che le linee guida sull'argomento licenziate fino ad ora dalla AHA erano essenzialmente basate sull' opinione di esperti, come peraltro è sempre stato correttamente sottolineato. A dieci anni dall'ultima revisione del 1997 gli esperti hanno cambiato opinione visto che le nuove linee guida capovolgono completamente l'oggetto della prevenzione. **Mentre le precedenti LG focalizzavano l'attenzione sulle procedure invasive a maggior rischio di produrre batteriemia, le attuali stressano il concetto di profilassi solo per i pazienti a maggior rischio.** La differenza è evidente ed è ben spiegabile con un banale rapporto costo/beneficio: quali sono i benefici (dimostrati solo in via teorica) di una ampia profilassi a fronte di costi certi (reazioni avverse da antibiotici)? Vale la pena ridurre ulteriormente rischi già molto bassi correndo rischi (verosimilmente maggiori) di reazioni anafilattiche da antibiotici? Fatti due conti gli esperti della AHA hanno convenuto che il rischio non vale la candela. Infatti l'endocardite batterica è molto più probabile che possa essere provocata da batteriemie transitorie provocate da attività quotidiane (come per esempio lavarsi i denti quotidianamente) piuttosto che da manovre odontoiatriche invasive.
Se è dimostrato che una una batteriemia transitoria è frequente nelle estrazioni dentarie (dal 10% al 100% a seconda delle casistiche), nella chirurgia periodontale (dal 36 all'88%), nella terapia conservativa (dall'8 all'88%) e nella semplice pulizia (fino al 40%) è altresì dimostrato che batteriemie si riscontrano anche in attività pressochè quotidiane come lavarsi i denti o usare il filo interdentale (20-68%), usare lo stuzzicadenti (20-40%) o semplicemente masticare il cibo (7-51%). Considerando una visita dentistica all'anno con manovre cruente (e due spazzolate ai denti e tre pasti al giorno) risulta evidente che il rischio annuale di contrarre una endocardite batterica da batteriemia transitoria è qualche migliaio di volte inferiore andando dal dentista rispetto ad atti quotidiani ritenuti (giustamente!) sicuri. Per l'esattezza, è stato calcolato che lavarsi i denti due volte al giorno per un anno comporta un rischio 154.000 volte superiore (avete capito bene) di contrarre un' endocardite batterica rispetto ad una estrazione dentaria . Di più, l'esposizione cumulativa durante un anno a batteriemie transitorie per attività quotidiane come quelle descritte è 5,6 milioni di volte maggiore rispetto alla batteriemia provocata da una singola estrazione dentaria .
Di fronte a questi dati è probabilmente inutile anche la profilassi dei soli pazienti ad alto rischio, come suggerito dalle nuove LG, a meno di non applicarla anche tutte le altre attività quotidiane a maggior rischio (cosa che nessuna persona sensata ed equilibrata può pensare di suggerire).

Referenze

Roberts GJ. Dentists are innocent! Everyday bacteremia is the real culprit: a review and assessment of the evidence that dental surgical procedures are a principal cause of bacterial endocarditis in children. Pediatr Cardiol. 1999;20:317-325.