TRATAMENTUL CU CEFTIBUTEN (Cedax) ÎN INFECŢIILE O.R.L.

D. Sarafoleanu, N. Badea**

REZUMAT

Cedax (Ceftibuten) este o cefalosporină de generaţia a treia cu administrare orală în monodoză zilnică.

În acest articol sunt prezentate unele afecţiuni care necesită antibioticoterapie şi în care Cedax a fost administrat ca tratament de primă intenţie, cu efecte terapeutice foarte bune: angine acute, rinosinuzite acute, traheite acute, otita medie acută.

Cuvinte cheie: Cedax (ceftibuten), angine acute, rinosinuzite acute, traheite acute, otita medie acută.

ABSTRACT

Ceftibuten in ENT infections

Cedax (ceftibuten) is a third generation cephalosporine, with oral administration of a single daily dose.

This article presents some affections that require antibiotic therapy, where Cedax was used as first-choice treatment with very good therapeutic effects: acute angina, acute rhinosinusitis, acute tracheitis, acute middle otitis.

Key words: Cedax (ceftibuten), acute angina, acute rhinosinusitis, acute tracheitis, acute middle otitis.

Cefalosporină de generaţia a treia, CEDAX reprezintă o realizare notabilă în domeniul antibioticoterapiei moderne. Majoritatea cefalosporinelor din generaţia a treia sunt sub formă injectabilă. Noutatea în cazul CEDAX-ului, constă în faptul că administrarea se face oral, o singură dată pe zi.

Pentru adulţi, antibioticul se prezintă sub formă de capsule de 400 mg, iar pentru copii - sub formă de suspensie cu gust de cireşe. La scurtă vreme după experimentarea lui în Canada, SUA şi Europa (în Germania, Franţa, Italia şi Spania), am avut posibilitatea de a-l testa în clinica noastră pe un număr concludent de bolnavi. Medicamentul a fost administrat ca tratament de **primă intenţie** în: amigdalofaringite acute, rinosinuzite acute, sinuzite cronice reacutizate, laringo-traheite acute, otita medie acută (O.M.A.), otite supurate cronice reacutizate. Efectele terapeutice ale CEDAX-ului, au fost comparate cu cele ale Amoxicilinei, Augmentinului, Zinnatului şi Ceclorului - antibiotice cu care avem experienţă terapeutică de mai mulţi ani. Pentru toate categoriile de afecţiuni enumerate - cu excepţia O.M.A. - s-a recurs la testări in vitro a germenilor incriminaţi pe medii obişnuite şi selectivo-diferenţiale. Antibiograma s-a efectuat pe mediu Müller-Hinton, folosind discuri de Ceftibuten de 30 mcg. S-a luat în considerare zona de inhibiţie peste 21 mm. Pneumococul, Streptococii, Haemophilus influenzae, Branhamella catarhalis, E. coli şi Proteusul sunt sensibili la Ceftibuten cu zone de inhibiţie de peste 21 mm. B. pyocianic, Enterobacter şi Stafilococul nu sunt influenţaţi de Ceftibuten.

CEFTIBUTEN ÎN ANGINELE ACUTE

Considerăm că numai anginele streptococice au indicaţie terapeutică cu antibiotice. Anginele simple, eritematoase (cele mai frecvente - 60% la adult şi 80% la copii), au o etiologie virală şi nu au nevoie de antibioterapie. De altfel, angina streptococică are o individualitate clinică net conturată, comparativ cu celelalte angine menţionate. Trei elemente sunt caracteristice: absenţa catarului nazal, inflamarea precoce a ganglionilor cervicali, starea generală intens alterată a bolnavului. Identificarea bacteriologică a streptococului, devine argumentul suprem al indicaţiei antibioterapiei. Există posibilitatea unei identificări bacteriologice rapide a streptococului, folosită pe scară largă în SUA şi Canada, metodă care evită tratamentele antibiotice abuzive, cu toate consecinţele nefaste ale acestora.

Tratamentul cu Ceftibuten asigură vindecări ale anginei streptococice în proporţie egală cu penicilina şi mult superioară eritromicinei. Durata tratamentului este înte 7 şi 10 zile, în monodoză zilnică de 400 mg, cu o toleranţă digestivă perfectă.

CEFTIBUTEN ÎN RINOSINUZITELE ACUTE

Cavităţile naso-sinusale sunt populate, în mod obişnuit, cu o floră polimorfă comensuală nevirulentă. Din această floră fac parte: Haemophilus influenzae, Pneumococul, Moraxela catarhalis. Această floră poate deveni patogenă în urma unor agresiuni virale care diminuă factorul de adeziune la mucoasa pituitară şi scad clearance-ul muco-ciliar.

Este de menţionat faptul că în multe examene bacteriologice din secreţia naso-faringiană se semnalează prezenţa Stafilococului. În legătură cu acesta, se impun anumite precizări: Stafilococul este în majoritatea cazurilor **portat**. El este condiţionat patogen. Din acest motiv el trebuie interpretat în contextul clinic. Prin frecvenţa sa din ce în ce mai amplă în ultimii ani, Stafilococul odată apărut pe mediile de cultură, determină o minimalizare de către bacteriolog a celorlalţi germeni patogeni. Acest lucru este foarte important mai ales în stabilirea conduitei terapeutice a rino-adeno-faringitelor copilului. În ultimul timp,

**Prof. dr. D. Sarafoleanu, şeful Clinicii O.R.L.*

** dr. N. Badea, şeful Laboratorului de bacteriologie, Spitalul clinic „Griviţa"*

Pneumococul multirezistent tinde să domine flora patogenă a rinosinuzitelor acute; el apare în examenele bacteriologice în proporţie de 30 - 35%.

În general, în rinosinuzitele acute, Ceftibutenul are efecte terapeutice comparabile cu Amoxiclavul, Cefuroxim axetilul şi Cefpodoxime proxetil. Când Pneumococul multirezistent este predominant în floră, Ceftibutenul are, de departe, cele mai bune rezultate. După administrarea primei doze de 400 mg Cedax, la 4 - 6 ore apar primele ameliorări, simptomatologia obstructivă şi secreţiile purulente, se reduc după primele 24 ore, dispar în totalitate în a patra zi de tratament, vindecarea completă înregistrându-se între 5 şi 7 zile.

În sinuzitele cronice nu recomandăm tratamentul cu Ceftibuten pentru că blocarea ostiumului sinusal favorizează apariţia unei flore mixte în care predomină Pseudomonas şi Enterobacter, germeni insensibili la Cedax.

În cazul rinosinuzitelor cronice reacutizate, Ceftibutenul poate fi folosit numai după testare bacteriologică şi antibiogramă. În general, sinuzitele cronice reacutizate sunt determinate de o floră mixtă care răspunde favorabil la tratamentul cu fluoroquinolone asociate cu o aminopenicilină.

CEFTIBUTEN ÎN LARINGO-TRAHEITELE ACUTE

În proporţie de peste 90%, laringo-traheitele acute sunt determinate, în prima fază, de Haemophilus influenzae şi de Pneumococ. Ambii germeni sunt foarte sensibili la Ceftibuten, care se recomandă a fi folosit ca tratament de primă intenţie. Vindecările se produc după 6 - 8 zile de tratament cu 400 mg într-o singură priză pe zi.

CEFTIBUTEN ÎN OTITA MEDIE ACUTĂ (O.M.A.)

Germenii implicaţi în etiologia O.M.A. sunt: H. influenzae, Pneumococul, M. catarhalis. Aproape jumătate din numărul O.M.A. sunt produse de pneumococi multirezistenţi. Pentru a evita consecinţele funcţionale nefaste ale sechelelor O.M.A. incomplet sau incorect tratate, astăzi se urmăreşte că terapia de primă intenţie a O.M.A. să distrugă, în totalitate, flora patogenă din spatele timpanului şi să sterilizeze cavitatea timpanică. Antibioticele care pot realiza acest lucru în proporţie de 95 - 97% sunt: Amoxiclav, Cefatoxime, Cefuroxim axetil, Ceftibuten.

Întrucât în cazul O.M.A. timpanul este integru, pentru alegerea antibioticului de primă intenţie, considerăm necesară o corelaţie clinico-bacteriologică. Ea poate fi stabilită pe următoarele criterii:

■ Sindromul otită-conjunctivită:

- Prevalenţa bacteriologică a Haemophilusului
- Starea generală este moderat alterată
- Efect terapeutic foarte bun cu Amoxicilina, Cefuroxim axetil, Cedax sau o altă cefalosporină de generaţia a treia

■ Otita fără conjunctivită:

- Febră ridicată
- Alterarea importantă a stării generale
- Prevalenţa bacteriologică a Pneumococului
- Efect terapeutic bun, în proporţie de 93 - 94% se obţine, în ordine, cu: Cedax, Amoxiclav, Cefpodoxime
- În caz de eşec, este obligatoriu timpanotomia cu testarea sensibilităţii germenilor; se recomandă folosirea ca antibiotic de recurs Ceftriaxona.

■ Otita uşoară:

- Fără febră
- Starea generală bună
- Răspunde favorabil la tratament cu: Amoxiclav, la o cefalosporină de generaţia I sau la combinaţia Eritromicină-Sulfametoxazol.

Otitele supurate cronice nu sunt influenţate terapeutic de Ceftibuten, deoarece flora lor bacteriană este dominată de Stafilococ, Pseudomonas şi Proteus mirabilis. Recomandăm ca aceste cazuri să fie tratate în conformitate cu datele antibiogramei. În principiu, fluoroquinolonele sunt active în aceste situaţii.

În concluzie, apreciem că în infecţiile acute din sfera O.R.L., Ceftibutenul are efecte terapeutice comparabile cu Amoxiclav, Cefuroxime axetil, Ceclor. În situaţiile în care flora microbiană este dominată de Pneumococ sau Streptococ, efectele Ceftibutenului sunt net superioare celorlalte antibiotice amintite.

Administrarea Ceftibutenului, într-o singură doză zilnică, toleranţa digestivă foarte bună, apariţia precoce a semnelor de ameliorare (6 - 8 ore), durata scurtă a tratamentului (5 - 8, maximum 10 zile) recomandă Ceftibutenul ca antibiotic preferenţial în tratamentul de primă intenţie al acestor afecţiuni.

BIBLIOGRAFIE

1. **Barlett J.G.:** Pocket of Infectious Disease Therapy, *Williams and Wilkins, Baltimore*, 1996

2. **Barr W.H., Lin Chin-Chung, Radwanski E., Lim J., Symchowicz S. and Affrime M.:** The Pharmacokinetics of Ceftibuten in Humans, *Diagn. Microbiol. Infect. Dis.* 1991; 14:93-100

3. **Bodey G.P. et col.:** The Antimicrobial Pocket Book, *Verlags Ghesellschaft, Wiesbaden, Germany*, 1991

4. **De Abatte C.A., Perrota R.J., Dennington M. and Ziering R.M.:** The Efficacy and Safety of Once Daily Ceftibuten Compared with Co-Amoxiclav in the Treatment of Acute Bacterial Sinusitis, 1992, *J. Chemother* 4; (6) 358 - 363

5. **Jones Roland N. and Barry Arthur L.:** Antimicrobial Activity, Spectrum and Recommendations for Disk Diffusion Susceptibility Testing of Ceftibuten (7432 - S; SCH 39720), *a New Orally Administered Cephalosporin, Antimicrob. Agents Chemother.*, 1988; 32:1576-1582

6. **McCabe R.M., Rumans L., Nolen T. and Perotta R.:** Comparison of Efficacy and Safety of Ceftibuten and Cefaclor in the Treatment of Bacterial Bronchitis (Abstract).

7. **Neu Harold C.M.D., FACP,:** Oral beta-Lactam Antibiotics, 1960 - 1993.

8. **Sanford P.J.:** Guide to Antimicrobial Therapy, *North Central Expressway, Dallas, USA*, 1996

9. **Simon C., Stille W., Wilkinson P.J.:** Antibiotic Therapy, *Stuttgart - New York*, 1995