

ANTIBIOTIKA A AKUTNÍ OTITIS MEDIA U DĚTÍ

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Literární zdroj: Glasziou PP, Mar CB, et al. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev 2004; 1: CD000219.

Pozadí studie: akutní zánět středouší je jedním z nejčastějších onemocnění časného kojeneckého období. Použití antibiotik v léčbě akutní otitis media (AOM) se liší od 31 % v Holandsku k 98 % v USA a Austrálii.

Cíl práce: zhodnotit účinnost antibiotické léčby u dětí s AOM.

Strategie vyhledávání: autoři prohledali Cochrane Central Register of Controlled Trials; Medline, Index Medicus, Current Contents a doporučený přehled publikací od roku 1958 do ledna 2000. Vyhledávání bylo aktualizováno v roce 2003.

Selekční kritéria: randomizované studie porovnávající antimikrobiální látky (antibiotika) s placebem u dětí s AOM.

Sbírka dat a analýza: tři nezávislí recenzenti vždy hodnotili kvalitu studie a získaných dat.

Hlavní výsledky: Deset studií splnilo zadané selekční kritéria, pouze osm z nich, s celkovým počtem 2287 dětí, bylo zahrnuto při hodnocení výsledků. Metodologická kvalita zahrnutých studií byla všeobecně vysoká. Všechny studie byly prováděny v rozvinutých zemích. Studie neprokázaly redukci bolesti za 24 hodin po podání antibiotické léčby, ale 30% relativní redukce (95% CI 19%–40%) bolesti byla v této skupině dětí zaznamenána mezi 2.–7. dnem antibiotické léčby. Asi 80% dětí se v tuto dobu zlepšilo spontánně, což znamená absolutní redukci pouze o 7% nebo, že asi 15 dětí musí být léčeno antibiotiky, aby se předešlo bolestem u jednoho dítěte. Použitím tympanometrické metody nebyl zaznamenán ani preventivní efekt antibiotické léčby na prevenci poruchy sluchu, která je relativně častým následkem akutního středoušního zánětu. Pravidelné tympanometrické vyšetření po odeznění akutní otitidy bylo však u dětí souboru prováděno pouze ve dvou studiích. Antibiotická léčba rovněž neměla vliv na další komplikace nebo recidivu onemocnění. V sledovaných studiích bylo pozorováno několik vážnějších komplikací: pouze u jednoho dítěte

ze skupiny léčené antibiotiky (penicilin) byla diagnostikována mastoiditida.

Závěry odborných recenzentů: antibiotika poskytují pouze malý prospěch pro děti s AOM. Jelikož u většiny dětí dochází ke spontánnímu uzdravení musí být benefit antibiotické léčby posuzován vzhledem k jejich možným nepříznivým reakcím. Antibiotická léčba přitom může hrát důležitou roli v redukci některých následků akutního středoušního zánětu (mastoiditis).

Diskuze: akutní otitis media u dětí je nejčastějším důvodem návštěv dětí u praktických lékařů. AOM má vysokou morbiditu a nízkou mortalitu u jinak zdravých dětí. Do konce třetího roku života asi 80% dětí prodělá minimálně jednu epizodu středoušního zánětu a nejméně 50% až tři epizody AOM. Ve Velké Británii asi 30% dětí do věku tří let navštěvuje dětského praktického lékaře s AOM každý rok a 97% z nich je léčeno antibiotiky (v USA až 100%). Do třech měsíců věku až 10% dětí mívá epizodu AOM. *Streptococcus pneumoniae* (pneumokok) je kromě dalších kmenů *Haemophilus influenzae* a *Moraxella catarrhalis*, nejčastější bakteriální příčinou AOM a způsobuje až 50% všech středoušních zánětů. AOM se stala onemocněním s nejčastější antibiotickou ambulantní léčbou (2, 5). Přitom dnes stále 70% těžších případů a 90% mírnějších případů AOM se upraví spontánně při použití placebové léčby. Rozhodnutí pro zahájení antibiotické léčby je přitom mnohdy pouze empirické, jelikož 10%–30% vzorků středoušního sekretu neprokazuje přítomnost

živých bakterií. Nadměrná (mnohdy neuvážená) antibiotická léčba velkým dílem přispívá k narůstající rezistenci pneumokoků nejenom na penicilin (v USA v roce 1994 až 19%), ale v 13% i na četná antibiotika (multidrug resistance) – makrolidy, cefalosporiny, klindamycin a jiné. Určitým východiskem z tohoto „začarovaného kruhu“ by mohla být plošná vakcinace se sedmi valentní pneumokokovou konjugovanou vakcínou, po které bylo kromě výrazné eradikace pneumokoků s invazivní aktivitou (meningitida, pneumonie) potvrzeno i signifikantní snížení kolonizace nosohltanu pneumokoky, což je jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů AOM (3, 4). Tato redukce nosičství pneumokoků v nosohltanu vedla ve většině studií i ke snížení horizontální nakažlivosti (zlepšení tzv. imunity stáda). Kromě očkování bychom měli věnovat velkou pozornost i na další rizikové faktory AOM (ovlivňovat kouření rodičů, všemi prostředky podporovat kojení minimálně po dobu tří měsíců). Mezi hlavní faktory uvážlivého podávání antibiotik patří posouzení klinického stavu (horečnatý průběh, toxický vzhled dítěte), věk dítěte (mladší než tři měsíce), ale i pomocné laboratorní nálezy (CRP, leukocyty a jejich posun doleva). Podaná antibiotika by měla být citlivá na bakterie produkující beta-laktamázu (*Haemophilus influenzae* a *Moraxella catarrhalis*) a na rezistentní pneumokoky. Jako antibiotikum první volby je dnes doporučován buď amoxicilin ve vysokých dávkách (80–90 mg/kg/den) v kombinaci s klavulanovou kyselinou, cefuroxim nebo ceftriaxon v nitrosvaleovém podání (1).

Literatura

1. Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 1997; 314: 1526–1529. Search date 1994; primary sources Medline and Current Contents.
2. Froom J, Culpepper L, Jacobs M, et al. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network. *BMJ* 1997; 315: 98–102.
3. Giebink GS. The prevention of pneumococcal disease in children. *N Engl J Med* 2001; 345: 1177–1183.
4. Hausdorff WP, Bryant J, et al. Which pneumococcal serogroups cause the most invasive disease: implications for conjugate vaccine formulation and use. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 100–121.
5. Marcy M, Takata G, Shekelle P, et al. Management of Acute Otitis Media. Evidence Report/Technology Assessment No.15. (Prepared by the Southern California Evidence Based Practice Centre under contract No. 290-97-0001.) AHRQ Publication No. 01-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May 2001. Search date 1999; primary sources Medline, Cochrane library, Health STAR, International Pharmaceutical Abstracts, CINAL, BIOSIS, EMBASE.