

Rifampicina – J04AB02

Antitubercolare. Antibiotico semisintetico derivato della rifamicina B. Brevettato nel 1964.

Revisione narrativa

- Snider et al (1980): revisione di 15 studi di coorte: 446 esposizioni di cui 109 nel primo trimestre. Incidenza di aborto spontaneo 1.7%, di difetti congeniti 3.4% .

Studi di coorte retrospettivi senza controlli

- Steen e Stainton-Ellis (1977): 202 gravidanze esposte ad antitubercolari (rifampicina, etambutolo e isoniazide): 9 nati (4.4%) con difetti congeniti (anencefalia; 2 idrocefalie; 4 difetti in riduzione degli arti; malformazione renale; displasia anca).

Studi di coorte retrospettivi con controlli interni

- Rosa (1993), Michigan MSS: 20 esposti nel 1° trimestre, nessun nato con difetti maggiori.
- Czeizel et al (2001), Hungarian CCSCA: 22.865 nati con difetti congeniti, 38.151 nati sani. 11 casi esposti ad antitubercolari vs 29 controlli sani: OR = 0.6 (IC 95% 0.3-1.3); per la rifampicina 1 solo esposto tra i controlli (OR = 0.6 (IC 95%:0.0-13.7).

Effetti fetoneonatale: Assunta nell'ultima parte della gravidanza può interferire con la sintesi di protrombina e determinare ipotrombinemia ed emorragie neonatali (Frahm 1976, Eggermont et al 1976). Nessun problema in esposti in vari periodi della gravidanza (Sensi 1971, Jentgens 1975, Bental et al 1995, Hellmeyer et al 2002).

Scheda tecnica: "Dosi elevate di rifampicina sono risultate teratogene nei roditori. Non sono disponibili studi specifici nell'uomo sull'impiego della rifampicina durante la gravidanza. Quindi l'antibiotico è in principio controindicato nei primi 3 mesi della gravidanza e comunque dovrebbe essere usato nel corso della stessa solo se il potenziale beneficio giustifica il potenziale rischio per il feto. Quando la rifampicina viene somministrata nelle ultime settimane di gravidanza può causare emorragie post-natali nella madre e nel neonato e quindi l'impiego di vitamina K può rendersi necessario. ... Con la somministrazione di dosaggi elevati di rifampicina si sono verificati effetti teratogeni nei roditori trattati".

Conclusioni: Gli studi disponibili sull'esposizione nel primo trimestre non indicano un aumento del rischio riproduttivo di base. L'uso nell'ultima parte della gravidanza è sconsigliata per la possibile interferenza con la sintesi di protrombina. Consigliata nel trattamento della tubercolosi in gravidanza (Joint Tuberculosis Committee of British Thoracic Society 1998, Ormerod 2001).

Bibliografia

- Bental T, Fejgin M, Keysary A, et al. Chronic Q fever of pregnancy presenting as Coxiella burnetii placentitis: successful outcome following therapy with erythromycin and rifampin. Clin Infect Dis 1995;21:1318-1321.
- Czeizel AE, Rockenbauer M, Olsen J, Sorensen HT. A population-based case-control study of the safety of oral anti-tuberculosis drug treatment during pregnancy. Int J Tuberc Lung Dis 2001;5:564-568.
- Eggermont E, Logghe N, Van De Casseye W, et al. Haemorrhagic disease of the newborn in the offspring of rifampicin and isoniazid treated mothers. Acta Paediatr Belg 1976;29:87-90.
- Frahm R. The problem of rifampicin therapy in pregnancy. Zentralbl Gynakol 1976;98:1585-1588.
- Hellmeyer L, Schmitz-Ziegler G, Slenczka W, Schmidt S. Q Fever in pregnancy: a case report and review of the literature. Z Geburtshilfe Neonatol 2002;206:193-198.
- Jentgens H. Antituberkulotische therapie mit Ethambutol und Rifampicin in der schwangerschaft. Prax Pneumol 1975;30:42-45.
- Rosa FW. Michigan Medicaid Surveillance Study 1993; in Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in Pregnancy and Lactation. Ed Williams & Wilkins 2002.
- Sensi P. Las rifamicinas: actualizacion y perspectivas. Prensa Med Argent 1972;59:243-248.
- Snider D, Layde PM, Johnson MW, Lyle MA. Treatment of tuberculosis during pregnancy. Am Rev Resp Disease 1980;122:65-79.
- Steen JSM, Stainton-Ellis DM. Rifampicin in pregnancy. Lancet 1977;ii:604-605.