



Polmoniti acquisite in comunità

Data 07 luglio 2019
Categoria pneumologia

Alla luce dell'insorgenza di nuove resistenze e dello sviluppo di nuove tecnologie elaborate al servizio della clinica, oltre alla progressione della ricerca, proponiamo un aggiornamento.

In una precedente pillola si concludeva proponendo il seguente schema di trattamento delle polmoniti acquisite in comunità (CAP):

- nelle forme meno gravi si può optare, almeno inizialmente, per un monotrattamento con beta-lattamico a meno che le caratteristiche cliniche non facciano sospettare una forma da atipici (in tal caso è proposto di scegliere indifferentemente fra un macrolide, un fluorchinolone o la doxiciclina);
- nelle forme che appaiono clinicamente più gravi e/o nei pazienti più a rischio (per esempio anziani e/o soggetti con patologie croniche associate) la scelta può basarsi su un fluorchinolone oppure una associazione di un beta-lattamico con un macrolide o un fluorchinolone.

Lo schema di trattamento è orientativo e pertanto viene suggerito di declinare la scelta terapeutica in base alle caratteristiche del singolo paziente.

Le polmoniti acquisite in comunità sono causa frequente di morbilità, con una mortalità che raggiunge il 20% nei pz ospedalizzati.

Si trovano nel 5-12% dei pazienti con sintomi di infezione delle basse vie respiratorie che si presentano in ambulatorio del MMG; di questi, una percentuale variabile fa il 22 e il 42% viene ospedalizzato.

Proprio perché si tende a prescrivere antibiotici ogni volta che si è in presenza di sintomi di infezione delle basse vie respiratorie, in pratica si tende spesso alla sovraprescrizione e sovramedicalizzazione di stati infettivi autolimitanti.

Per cercare di contenere questi errori, ed evitare inutili sprechi di risorse e formazione di nuove resistenze è stato proposto di usare kit rapidi per il dosaggio della **PCR**, raccomandazione supportata da trial randomizzati di elevata qualità, ma ancora poco diffusi nella pratica della MG, anche a causa dei costi (infatti il costo medio di un kit rapido per il dosaggio della PCR è di 14,90 euro).

Per quanto riguarda l'interpretazione del dosaggio della PCR:

- PCR <20 mg/L: non prescrivere antibiotici
- PCR ≥ 20 e ≤ 100 mg/L: If-Therapy, cioè prescrivere un antibiotico raccomandando al paziente di assumerlo nei giorni successivi, in caso di mancato miglioramento, oppure il giorno dopo nel caso di peggioramento
- PCR >100 mg/L: prescrivere un antibiotico

Uno studio presentato su Lancet nel 2015 propone di utilizzare come criterio per l'ospedalizzazione una saturimetria <90%; tuttavia tale esame dovrebbe essere correlato alle condizioni generali del paziente, alla presenza o assenza di BPCO o di bronchite asmatica e all'età, e soprattutto allo **scoreCRB-65**, che resta ancora l'indice più affidabile per predire il rischio di mortalità e quindi il suggerimento di ricovero ospedaliero.

CRB-65: score per il rischio di mortalità da polmonite in medicina generale

- Confusione Mentale: Punteggio inferiore o uguale ad 8 sul mental test abbreviato o comparsa di nuovo disorientamento spazio temporale = 1 punto
- Frequenza Respiratoria: Maggiore o uguale a 30 atti/min = 1 punto
- Instabilità emodinamica: Ipotensione diastolica minore o uguale a 60 mmHg, sistolica < 90 mmHg = 1 punto (indifferentemente se l'una, l'altra o entrambe)
- Età: > 65 anni = 1 punto

Rischio di mortalità sulla base del CRB-65

- (0-1) basso 1,2%  domicilio
- (2) intermedio 8,1%  domicilio o ricovero in ospedale (giudizio clinico e condivisione con il paziente)
- (3-4) elevato 31,0%  ricovero in ospedale

Conoscere la tempistica di risoluzione della CAP aiuta a ridurre l'ansia e migliorare l'alleanza terapeutica. Occorre pertanto informare il paziente sulla storia naturale della polmonite dopo un ciclo di terapia antibiotica. In generale:

- 1 settimana: scomparsa della febbre
- 4 settimane: riduzione del dolore toracico e della produzione di espettorato
- 6 settimane: riduzione della tosse e della mancanza di respiro
- 3 mesi: scomparsa della maggior parte dei sintomi, l'astenia può essere ancora presente
- 6 mesi: ritorno alla normalità
- Considerare che il recupero può essere anche più lento in relazione alla gravità

Le evidenze scientifiche relative alla naturale risoluzione dei sintomi suggeriscono che un secondo ciclo non è necessario e che una adeguata educazione dei pazienti riduce l'uso inappropriato di certi farmaci. Inoltre gli studi di efficacia suggeriscono che un ciclo di antibiotici della durata di 5 giorni è comunque sicuro, anche se di minore durata



rispetto alla raccomandazione delle LG NICE precedenti (2014); il paziente in ogni caso deve essere rivalutato dal curante .

Uno studio osservazionale su vasta casistica del 2017 pubblicato sul British Medical Journal conclude che non è stato possibile dimostrare che prescrivere antibiotici, immediatamente o in un tempo successivo, possa ridurre gli eventi avversi maggiori come la morte o il successivo ricovero in ospedale, sebbene questi eventi non siano comuni. Pertanto, se i clinici decidessero di prescrivere antibiotici è da preferire una prescrizione ritardata poiché associata ad un minor numero di riconsultazioni del curante per peggioramento della malattia.

Da osservare comunque che in questo studio sono stati esclusi i pazienti defedati e con diagnosi di polmonite radiografica già all'esordio dei sintomi, mentre sono stati considerati solo i pazienti con sintomi delle basse vie respiratorie senza evidenza radiografica. Ciò sembra confermare la good-practice di aspettare 3 giorni per una RX di conferma e chiedere al paziente di tornare in ambulatorio prima di questo lasso di tempo in caso di peggioramento.

In attesa della revisione delle LG NICE, si raccomanda la suddivisione delle CAP in CAP di bassa gravità oppure di gravità intermedia-elevata e con essa le conseguenti terapie .

Cap di bassa gravità

- Prescrivere un ciclo di antibiotici in monoterapia, della durata di 5 giorni (qualità delle evidenze da moderata a molto bassa);
- Preferire l'amoxicillina (non coperta) ai macrolidi e alle tetracicline, i quali vanno presi in considerazione solo nei pazienti allergici alle penicilline (evidenze non conclusive);
- Prolungare di 3 giorni la terapia qualora dopo 5 gg non si fosse ottenuto il miglioramento atteso (esperienza e opinione degli esperti);
- Spiegare ai pz curati a domicilio che devono richiedere un consulto medico in caso di mancato miglioramento dei sintomi entro 3 giorni, o ancora prima in caso di peggioramento (esperienza e opinione degli esperti);
- Non prescrivere di routine fluorochinoloni o associazioni di due antibiotici (evidenze di bassa qualità)

Cap di gravità intermedia o elevata

- Prescrivere un ciclo di terapia antibiotica della durata di 7-10 gg
- CAP di gravità moderata: associazione amoxicillina+macrolide;
- CAP di gravità elevata: usare penicillinasi stabili/penicillinasi protetti + macrolide ovvero amoxicillina-clavulanato, cefotaxime, ceftaroline fosamil, ceftriaxone, cefuroxime e piperacillina-tazobactam (evidenze di qualità da moderata a moltobassa)

Laura Bordigoni e Giampaolo Collecchia

Bibliografia

www.pillole.org/public/aspnuke/print.asp?print=news&pID=6306

Cartabellotta A. Potena A. Evidence 2015, Best Practice - Linee guida per la diagnosi e il trattamento della CAP negli adulti

Prina E., Ranzani O.T., Torres A. Community-acquired Pneumonia. Lancet 2015; 386: 1097-108

Azienda USL 4 Prato – Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione delle Polmoniti Acquisite in Comunità (CAP), 3 Giugno 2014

Little P, Stuart B, Smith S et al. Antibiotic prescription strategies and adverse outcome for uncomplicated lower respiratory tract infections: prospective cough complication cohort (3C) study. BMJ 2017; 357: j2148