

DATA:

31 marzo 2016

TITOLO:

Trattamento empirico delle Polmoniti ambulatoriali: “non siamo mica gli americani, che loro possono sparare agli indiani!”

INTRODUZIONE:

Questo mese, durante il monitoraggio delle maggiori riviste di medicina generale (fra cui New England Journal of Medicine, Lancet, Journal American Medical Association, Annals of Internal Medicine, British Medical Journal, ecc.) ha attirato la nostra attenzione la pubblicazione dei risultati di una revisione seminariale sulla gestione delle **Polmoniti Acquisite in Comunità**.

ARTICOLO:

Lancet. 2015 Sep 12;386(9998):1097-108. [link](#)

Community-acquired pneumonia

Elena Prina, Otavio T Ranzani, Antoni Torres

Polmoniti acquisite in comunità.

Il seminario pubblicato da Lancet si propone di fare il punto sulla gestione clinica delle polmoniti acquisite in comunità (CAP) in pazienti immunocompetenti.

Le CAP provocano importanti mortalità e morbilità (1,5-14 casi/1000 anni persona) e costi elevati in tutto il mondo.

La scelta empirica del trattamento antibiotico è la pietra angolare della gestione dei pazienti con polmonite. Per ridurre l'uso improprio degli antibiotici, i fenomeni di resistenza e gli eventi avversi è però necessario un trattamento empirico efficace e individualizzato, che deve prevedere lo shift rapido dalle terapie iniettive alle orali, trattamenti di breve durata se non ci sono diverse indicazioni e scelte basate sui risultati microbiologici quando possibile.

La diagnosi è soprattutto clinica, una saturimetria con valori < 90% di SATO₂ viene indicata come criterio per l'ospedalizzazione.

I criteri di gravità clinica raccomandati sono gli stessi riportati dalle linee guida NICE (2014), e in particolare l'impiego del CRB65 (stato confusionale, presenza di polipnea, ipotensione importante ed età superiore ai 65 aa). Valori di score aumentati (2-4) orientano per il ricovero, in quanto correlano con una maggiore mortalità.

Le Linee Guida (LG) NICE inoltre invitano a decidere se iniziare l'antibioticoterapia sulla base dei valori di Proteina C-Reattiva: per valori inferiori a 2mg/dL un'infezione batterica è altamente improbabile e l'antibiotico non dovrebbe essere prescritto, mentre l'opposto avviene per valori di PCR > 10 mg/dL. Il test rapido per la PCR non è comunque ancora diffuso e i risultati disponibili non sono facilmente trasferibili alla pratica corrente.

Nessun test microbiologico viene consigliato per i pazienti seguiti ambulatorialmente, dal momento che il trattamento è empirico e raramente sono presenti germi “difficili”.

La scelta di quali antibiotici utilizzare nel trattamento empirico varia a seconda della LG consultata:

- per i pazienti ambulatoriali a basso rischio di mortalità (CRB65 0-1) la terapia è sempre con un solo antibiotico: gli USA consigliano un Macrolide, mentre UK e Europa consigliano amoxicillina (o un macrolide come seconda scelta);
- per i pazienti ambulatoriali con copatologie o in probabile presenza di germi resistenti: gli USA consigliano un doppio antibiotico (penicillina + macrolide), mentre gli Europei indicano l'uso di un Flurochinolone respiratorio. Gli inglesi non cambiano invece indicazione (amoxicillina anche in questo scenario).

L'articolo infine focalizza l'attenzione sull'associazione di una terapia steroidea agli antibiotici, concludendo che ad oggi non ci sono prove definitive di una loro efficacia su end-point hard (morti o re-ospedalizzazioni) ma solo dati a favore di una ridotta durata del tempo di ospedalizzazione.

NOSTRO COMMENTO:

La messa a punto di Prina e colleghi è completa e precisa.

L'articolo evidenzia diverse aree grigie che devono essere ulteriormente esplorate, in particolare:

- la scelta delle molecole per la terapia empirica, che deve essere calibrata sulle resistenze locali (soprattutto nei casi più gravi e ospedalizzati);
- l'impiego di associazioni di antibiotici in prima linea, tutt'altro che definito nei pazienti ambulatoriali;
- il ruolo degli steroidi sugli esiti clinici.

Sostanzialmente quindi nulla di nuovo rispetto alla pratica usuale nei casi non complicati, purché non ci dimentichiamo che siamo europei e non americani!

RICERCA BIBLIOGRAFICA:

PubMed

- Revisioni sistematiche antibiotici e polmoniti: [link1](#) [link2](#)

Linee Guida

- Linea guida del NICE: [link](#)
- risultati della National Guideline Clearinghouse [link](#)
- risultati dell'NHS Evidence [link](#)
- risultati del NICE [link](#)
- TripDatabase [link](#)

Risorse Point of Care:

- [UptoDate](#)
- [ClinicakKey](#)

Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2014 [link](#)