

DATA:

31 marzo 2016

TITOLO:

Marzo pazzarello: se viene la tosse pensa al CAP...pello!

QUESITI:

1. C'erano gli estremi per richiedere una Rx Torace urgente e/o un invio in PS?
2. La scelta di iniziare una terapia antibiotica era corretta?
3. Se sì con quale molecola?

CASO CLINICO:

In un pomeriggio di marzo la signora Adriana di aa 65, chiama il suo curante per una visita a domicilio urgente in quanto ha iniziato a presentare malessere generale, tosse e febbre a 38°C dalle prime ore del mattino, con sintomatologia che si è accentuata nettamente nel corso della giornata. Il medico decide di passare a vederla quella stessa sera.

Al momento della visita sono presenti dolori muscolari diffusi, faringodinia e tosse stizzosa, insistente ma scarsamente produttiva.

All'esame obiettivo la T 39,3 °C, PA 100/65 mm Hg, FC 110 bpm. Al torace, pur con difficoltà per la presenza di tosse insistente, il medico rileva ronchi sibilanti diffusi, prevalenti all'emitorace destro e registra 26 atti respiratori/minuto. Le unghie appaiono lievemente cianotiche.

Adriana è normopeso, fuma 15 sigarette/die da 40 anni, lavora come commercialista, non pratica nessuna attività sportiva.

Il medico diagnostica una bronchite influenzale, prescrive un antipiretico, un sedativo della tosse e Azitromicina 500 mg da iniziare subito, per tre giorni.

Rimane d'accordo che sarà informato dell'andamento della paziente entro 48 ore.

Durante la notte compare un dolore puntorio alla base polmonare dx, accentuato dal respiro. Il medico di Continuità Assistenziale che valuta la situazione ricovera la signora Adriana nel sospetto di una polmonite basale destra.

PICO:

Popolazione:	Pazienti adulti/anziani con sintomi di bronchite acuta
Intervento:	<ol style="list-style-type: none">1. Rx torace urgente?2. Invio a PS?3. Trattamento antibiotico?
Confronto:	<ol style="list-style-type: none">1. Non Rx torace2. Assistenza a domicilio3. Quale antibiotico?
Outcome (Esito):	<ol style="list-style-type: none">1. Insorgenza di complicazioni pleuro-polmonari2. Ospedalizzazione3. Morte

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](#)
- [ClinicalKey](#)

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

RISPOSTA:

Alla fine del 2014 il NICE ha rilasciato Linee Guida sulla gestione della polmonite di Comunità ¹, che dovevano coprire aree grigie non ancora definite da “best practices” consolidate. Nel 2015 La British Thoracic Society ha raffrontato le sue LG del 2009 con le nuove NICE ed ha emesso un documento di commento².

Risposta a quesito 1:

Una **Rx torace non è necessaria per confermare la diagnosi di CAP** (Polmonite acquisita sul territorio) a meno che si pongano dubbi sulla genesi (es. Embolia o Neoplasia) o il decorso clinico non sia quello atteso. Nel caso della signora Adriana i segni di allarme che giustificavano la richiesta di Rx (dolore toracico) erano insorti dopo la prima valutazione del suo MMG.

Risposta a quesito 2:

Per definire i criteri di gravità clinica che possono guidare l'invio in PS si può utilizzare lo **score CRB65**³.

	Punteggio
Confusione di recente insorgenza	1
Respiratory rate > 30 atti resp/min	1
Blood pressure < 90/60 mmHg	1
65 (≥ 65 anni)	1

¹ NICE (2014) *Pneumonia in adults: diagnosis and management*. NICE clinical guideline 191. Available at nice.org.uk/guidance/cg191 [NICE guideline]

² BTS (2015) Annotated BTS Guideline for the management of CAP in adults 2015. Available at <https://www.brit-thoracic.org.uk/guidelines-and-quality-standards/community-acquired-pneumonia-in-adults-guideline/annotated-bts-guideline-for-the-management-of-cap-in-adults-2015/>

³ Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al. (2003) *Defining community-acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study*. Thorax 58: 377–82.

Lo score correla con la probabilità di decesso a 30 giorni e quindi con la opportunità di ricoverare il paziente.

SCORE	Classe	Mortalità a 30 gg	Luogo di cura
0	I	1,5%	DOMICILIO
1-2	II	9,2%	DOMICILIO O OSPEDALE
≥3	III	22%	OSPEDALE

La signora Adriana, 65 anni, aveva uno SCORE 1, ma la sottostante, verosimile, BPCO giustifica il ricovero ospedaliero effettuato. Una saturimetria, con SATO₂ < 90%, avrebbe guidato meglio la valutazione domiciliare.

Risposta a quesito 3:

Il germe maggiormente in causa nelle polmoniti acquisite in comunità è lo **Streptococco Pneumoniae** (>45%), altamente sensibile **all'amoxicillina**, che viene indicato come antibiotico di elezione, ⁴ sia dalle LG BTS che NICE. Nell'eventualità che si volesse allargare lo spettro d'azione, l'associazione Amoxicillina-Clavulanico è efficace nella maggior parte dei pazienti con BPCO. L'utilizzo di macrolidi in prima linea è indicato solo se il paziente è intollerante ai beta lattamici o se si sospetta l'etiologia da Germi Atipici (meno del 20% complessivo dei casi). L'uso sempre più frequente di associare beta-lattamici e macrolidi è sconsigliato in pazienti non ricoverati, sia per l'inutile aumento degli eventi avversi che per la maggiore possibilità di selezionare ceppi resistenti ad entrambe le classi di antibiotici.

TAG:

Polmonite in comunità, score di rischio clinico, antibiotici, RX torace.

⁴ Gagliotti C, Buttazzi R, Moro ML, et al. (2015). Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2014. Available at <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/antibioticoresistenza-2014>