



Polmonite comunitaria



Diagnosi clinica

Definizione

Polmonite acuta acquisita in comunità (PAC).

Segni e sintomi

La diagnosi si basa primariamente sulla valutazione clinica: tosse di nuova insorgenza (<2 settimane) o in peggioramento, febbre ($\geq 38,0^\circ\text{C}$), dispnea, tachipnea, crepitii, dolore toracico. La febbre può mancare nei pazienti anziani e/o immunodepressi, con prevalenza di sintomi extrapolmonari come la confusione mentale.

Criteri clinici

Per identificare i pazienti da ospedalizzare è utile lo **score CRB-65±DS** (1 punto per ciascuno dei 6 criteri riportati di seguito): Presenza di comorbidità (*); saturazione periferica dell'ossigeno < 90%; Confusione mentale di nuova insorgenza; frequenza respiratoria > 30 atti/min; PA sistolica < 90 mmHg o PA diastolica < 60 mmHg; Età > 65 anni.

CRB-65±DS 0-1: gestione domiciliare;

CRB-65±DS 2: valutare gestione ospedaliera;

CRB-65±DS >3: gestione ospedaliera.

(* *Malattia cerebro-vascolare, insufficienza cardiaca congestizia, malattia renale/epatica moderato-severa, patologia oncologica.*)

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico

Nel sospetto clinico di PAC, iniziare la terapia antibiotica empirica il prima possibile valutando la presenza dei seguenti **fattori di rischio**: immunodepressione; BPCO in terapia; insufficienza renale, epatica o cardiaca cronica; diabete mellito; antibiotico nei 3 mesi precedenti; residenza in struttura socio-sanitaria; fumo; malnutrizione; cattiva igiene orale; contatto con bambini; esposizione ambientale (*professionali, polveri, fumi*); rischio di legionellosi (*patologie croniche, viaggi, idromassaggio/saune*).

Terapia sintomatica

Paracetamolo: 500 mg - 1 gr per OS ogni 4-6 ore (dose massima 3 gr/die).

SE RISPOSTA INSODDISFACENTE AL PARACETAMOLO:

Ibuprofene: 200-400 mg per OS ogni 6-8 ore (dose massima 2,4 gr/die) se non controindicato e in assenza di rischio di grave interazione con altri farmaci (es. ACE inibitori).

La terapia steroidea non è raccomandata tranne che nei pazienti con broncopneumopatie croniche.

Follow up

Il miglioramento clinico (es. cessazione della febbre) si osserva entro 48-72 ore dall'inizio del trattamento antibiotico che ha una durata indicativa di 5 giorni (eventuale estensione da valutare in base alla clinica).

Elementi di allerta

Inviare il paziente al PS/CAU in caso di:

- persistenza dei sintomi o sospetto di complicanza (es. empiema);
- $\text{CRB-65} \pm \text{DS} \geq 3$.

Se **immunodepressione** (**) considerare sempre l'invio in PS.

Considerare TBC nei pazienti ad alto rischio (provenienza da aree endemiche, infezione HIV) se: tosse persistente, sintomi a lenta insorgenza e/o mancata risposta al trattamento iniziale.

(**) *AIDS; anemia aplastica; neoplasia ematologica attiva; uso di farmaci biologici (anti TNF- α , inibitoryTyr-K nei 6 mesi precedenti); asplenia; chemioterapia nei 3 mesi precedenti; neutropenia <500/mmc; trapianto d'organo solido o di cellule staminali emopoietiche; uso cronico di steroidi (>10 mg/die di prednisone o equivalente ≥ 3 mesi); immunocompromissione congenita.*

Esami

Test microbiologici - Di solito non necessari.

Altri test diagnostici - La radiografia del torace non è di solito necessaria. Ove disponibili la diagnosi può essere supportata dall'ecografia polmonare e/o dalla determinazione dei valori di proteina C reattiva con test point-of-care (valori > 10 mg/dl fortemente a supporto della diagnosi).

Razionale della terapia

L'obiettivo primario del trattamento antibiotico empirico nella PAC è quello di fornire un trattamento efficace e tempestivo per l'infezione da *Streptococcus pneumoniae* perché questo è il patogeno batterico predominante e la polmonite pneumococcica non trattata è associata ad elevata mortalità.

Le PAC con punteggi bassi dello score clinico possono essere gestite a domicilio senza che vi sia un aumento del rischio di esiti negativi.

Terapia antibiotica

Prima scelta

ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO (UNA DELLE SEGUENTI ALTERNATIVE):

Amoxicillina [cat. AWaRe Access]: 1 gr per OS ogni 8 ore per 5 giorni.

Amoxicillina/acido clavulanico [cat. AWaRe Access]: 875/125 mg ogni 8 ore per 5 giorni.

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO:

Amoxicillina/acido clavulanico: 875/125 mg ogni 8 ore per 5 giorni, valutare associazione con Macrolide [cat. AWaRe Watch]:

Claritromicina 500 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni oppure

Azitromicina 500 mg per OS ogni 24 per 3 giorni.

Seconda scelta

ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO E ALLERGIA ALLE PENICILLINE:

Doxiciclina [cat. AWaRe Access]: 100 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni. L'indicazione all'uso di questo antibiotico verrà valutato a livello locale in base ai dati epidemiologici di resistenza.

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO E ALLERGIA ALLE PENICILLINE:

Levofloxacina [cat. AWaRe Watch]: 750 mg per OS ogni 24 ore per 5 giorni.

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO, CONTROINDICAZIONI (***)

FLUOROCHINOLONI E ALLERGIA ALLE PENICILLINE NON DI TIPO I:

Ceftriaxone [cat. AWaRe Watch]: 2 gr per EV/IM ogni 24 ore per 5 giorni, **valutare associazione con Macrolide: Claritromicina** 500 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni, oppure **Azitromicina** 500 mg per OS ogni 24 per 3 giorni.

(***) *Allergia ai fluorochinoloni; tendinopatie correlate a fluorochinoloni; epilessia; gravidanza e allattamento.*