

Le Polmoniti nell'era della "Precision Medicine"

G. Gencarelli

La polmonite è un'infezione a decorso acuto o subacuto, che coinvolge il parenchima polmonare, che si associa a segni e sintomi tipici dell'infezione ed alla presenza di un infiltrato alla radiografia del torace e/o ad un quadro auscultatorio compatibile.

Dal punto di vista anatomico-patologico le polmoniti si dividono in:

forme alveolari: presenza di essudato infiammatorio nel lume alveolare;

forme interstiziali: infiltrati infiammatori (linfo-monociti) ed edema nel tessuto interstiziale (connettivo peribronchiale, perivascolare, interlobulare e perialveolare);

forme necrotizzanti estesi processi di necrosi che evolvono verso l'ascessualizzazione.

Considerando il setting epidemiologico di acquisizione, le polmoniti si dividono in: CAP (acquisite in comunità);

HCAP (polmonite in pz non ospedalizzato, ma con un alto livello di assistenza sanitaria); nosocomiali (polmoniti che insorgono dopo almeno 48 ore di ospedalizzazione).

Le infezioni delle vie respiratorie inferiori sono la principale causa di morte negli USA e la sesta nel mondo, le fasce d'età più colpite sono inferiore a 5 anni e superiore a 7 anni. In Italia il numero di ricoveri è di 3 ogni 1000 abitanti, il 90% vengono trattate in ospedale con un costo elevato per la spesa sanitaria pubblica.

Nel 95% dei casi ambulatoriali e nel 50% dei casi ospedalizzati, l'agente eziologico non viene identificato. L'agente eziologico più a ricorrenza nelle CAP è lo streptococco *Pneumoniae*, seguito dalla *C. Pneumoniae*, *H. Influenzae*, Virus respiratori, *Mycoplasma* e *Legionella*, Gram negativi, *S. Aeri*.

La diagnosi si avvale, oltre che della anamnesi e dell'esame obiettivo del paziente compresi i sintomi (febbre, tosse, dolore toracico, dispnea), della radiografia del torace in 2 proiezioni, che rimane il gold standard, poiché oltre alla diagnosi di certezza o differenziazione, suggerisce la probabile eziologia, la severità, l'eventuale successo o fallimento terapeutico. Dove è possibile, è necessario integrare gli esami di laboratorio (emocromo, indici di flogosi), emogasanalisi, emocolture su 3 campioni, espettorato per germi comuni, esame delle urine per antigene per *Legionella* e *Pneumococco*, sierologia per virus e batteri intracellulari, esami specifici per la ricerca del bacillo di Koch.

Un corretto approccio terapeutico al paziente con CAP comporta la definizione della gravità del quadro di presentazione e del conseguente rischio di mortalità, per questo ci si avvale dei numerosi Score di gravità che sono stati stilati nel corso degli ultimi 20 anni.

L'utilizzo di tali strumenti si è rilevato utile nell'agevolare il processo decisionale per la gestione clinica del paziente (ambulatorio, unità di degenza ospedaliera, unità di terapia intensiva) sia per il trattamento antimicrobico iniziale che non deve essere solo empirico ma empirico-ragionato.

Nelle CAP a bassa gravità vengono consigliati antibiotici in monoterapia, della durata di 5 giorni: da preferire l'amoxicillina a macrolidi o tetracicline, in considerazione anche della alta percentuale di resistenza in Italia ai macrolidi, da prolungare oltre i 5 giorni solo nei pazienti che non presentano il miglioramento atteso dopo 3 giorni di trattamento. Non prescrivere di routine fluorochinoloni o associazioni di due antibiotici.

Nelle CAP di gravità intermedia o elevata vengono consigliati cicli di antibiotici della durata di 7-10 giorni; è raccomandata l'associazione tra amoxicillina e un macrolide.

Nei pazienti con CAP di gravità elevata preferire una combinazione di antibiotici basata su antibiotici β -lattamici β -lattamasi stabili e un macrolide. Gli antibiotici β -lattamici β -lattamasi stabili comprendono la combinazione di amoxicillina-clavulanato, cefotaxime, ceftaroline fosamil, ceftriaxone, cefuroxime e piperacillina-tazobactam. L'evidenza scientifica suggerisce di utilizzare i corticosteroidi solo per pazienti con CAP ospedalizzati se: soggetti con polmonite severa ad elevato rischio di NIV o ARDS, o elevata risposta infiammatoria sistemica all' esordio, anche se mancano i cut-off di riferimento, o soggetti con CAP ed altre comorbidità che richiedono l'utilizzo dello steroide per via sistemica (BPCO-ASMA).

Non ci sono trials controllati che abbiano valutato nello specifico la durata ottimale del trattamento antibiotico nelle CAP; la decisione è di solito basata sul patogeno in causa, sulla risposta al trattamento del quadro clinico, sulle patologie associate e sull'eventuale comparsa di complicanze. L'efficacia di un trattamento antimicrobico va monitorata basandosi principalmente sui parametri clinici di presentazione (quali febbre, tosse, dispnea, alterazioni dell'escreato) e di laboratori (VES, PCR, conta e formula leucociti), poiché la guarigione radiologica è più lenta.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clin Infect Dis 2007; 44 (Suppl 2): S27–72.

Woodhead M, Blasi F, Ewig S, et al. Joint Taskforce of the European Respiratory Society and European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections – Summary. Clin Microbiol Infect 2011; 17 (Suppl 6): 1–24.

Giorgetta Gencarelli, Dirigente Medico, Sez. Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria
Presidio ospedaliero Massa Marittima (Grosseto)

Per la corrispondenza: giorgetta.gencarelli@uslsudest.toscana.it