

"DELLE POLMONITI ACQUISITE A DOMICILIO"

(in pazienti affetti da AIDS)

M. Marazzi¹, A. Bignardi¹, S. Penitenti¹, G.F. Poletti¹, G.L. Verona¹, C. Bakalakis¹, G. Baraldi¹, M. Botti¹, D. Carpigiani¹, F. Cazzuoli¹, R. Forni¹, G.U. Mantovani¹, D. Molinari¹, F. Nocito¹, A.M. Traldi¹, P. Grandi², S. Toscani², V. Merighi², A.M. Marata³, N. Magrini³, B. Menza⁴

1 Medici Generali - Modena

2 Pneumologi del Modulo di Pneumologia di Mirandola

3 Nucleo di Farmacoepidemiologia della ASL di Modena

4 Responsabile Assistenza di Base del Distretto 2 - Mirandola

La linea guida, elaborata alla fine del 1997, è il frutto di un'analisi della letteratura vagliata attraverso l'esperienza dei Medici di Medicina Generale e della Pneumologia di Mirandola (MO) in collaborazione con i Farmacoepidemiologi dell'ASL di Modena e la Responsabile della Funzione Assistenza di Base.

Anamnesi

L'anamnesi deve essere accurata e considerare:

età

abitudini di vita e di lavoro

patologie concomitanti

situazione epidemiologica nel periodo in oggetto

stato socioeconomico

Esame obiettivo

È importante per avanzare il sospetto diagnostico di polmonite.

Il tipo di sintomi (presentazione) e l'esame obiettivo possono infatti orientare verso una diagnosi etiologica, senza però fornire certezze.

Una volta fatta diagnosi di polmonite il problema più urgente per il medico curante è decidere se iniziare un trattamento empirico a domicilio o se ricoverare il paziente.

Non ci sono, ad oggi, linee guida che comprendano criteri assoluti di ricovero; sono però stati individuati in letteratura una serie di fattori di rischio (Tabella 1) che, se presenti, aumentano la probabilità di complicanze o di morte nel corso di una polmonite acquisita a domicilio.

Quando questi fattori di rischio sono presenti, in particolare se multipli e correlati allo stato clinico generale e alle caratteristiche del singolo paziente, il ricovero deve essere preso in considerazione.

Esami strumentali

Premesso che gli unici esami che possono consentire una diagnosi etiologica sono quelli colturali e/o sierologici si può affermare che:

L Rx Torace può essere indicato:

Per una definizione diagnostica (ad es. in caso di Esame Obiettivo Negativo);

Per monitorare l'evoluzione del focolaio.

Gli esami bioumorali possono essere di aiuto in casi particolari (patologie concomitanti, danno d'organo, andamento anomalo del quadro clinico) non solo per definire la diagnosi, ma soprattutto per

eseguire gli opportuni aggiustamenti della terapia nel corso della polmonite.

Suggerimenti terapeutici

I pazienti con polmonite di origine extraospedaliera trattabile a domicilio sono stati da noi arbitrariamente divisi in 3 gruppi che corrispondono ai casi di più comune riscontro nella pratica clinica

1. Pazienti di età < 65 anni senza patologie concomitanti

Se l'agente etiologico più probabile è:

Pneumococco

Scegliere: una Penicillina per via orale (ad es. Amoxicillina oppure Amoxicillina + Ac. Clavulanico)

Microrganismo intracellulare (Mycoplasma, Clamidia, Legionella)

Scegliere: un Macrolide (ad es. Claritromicina, Eritromicina, Rokitamicina, Roxitromicina)

Non è possibile avanzare un sospetto sulla etiologia

Scegliere una Penicillina ed eventualmente associarla (subito o nei giorni successivi) ad un Macrolide

In caso di allergia alla penicillina

Il farmaco di prima scelta è sempre il Macrolide.

2. Pazienti di età > 65 anni senza patologie concomitanti

Se

È praticabile un trattamento orale

Scegliere Amoxicillina + inibitore delle b-lattamasi (ad es. Amoxicillina + Ac. Clavulanico)

che potrà essere associato ad un Macrolide in caso di forte sospetto per una etiologia da germe atipico

Non è praticabile un trattamento orale

Scegliere Ampicillina + inibitore delle b-lattamasi per via intramuscolare (ad es. Ampicillina + Sulbactam)

oppure

Cefalosporina di 2° generazione (ad es. Cefuroxim, Cefonicid)

In caso di allergia alla penicillina

Il farmaco di prima scelta è sempre il Macrolide.

3. Pazienti (di qualsiasi età) con patologia concomitante oppure residenti in casa di riposo

È praticabile un trattamento orale

Scegliere una Cefalosporina di 2° (ad es. Cefuroxim Axetil) o 3° generazione per bocca (ad es. Cefixima, Cefetamet, Ceftibuten)

che potrà essere associato ad un Macrolide in caso di forte sospetto per una etiologia da germe atipico

Non è praticabile un trattamento orale

Scegliere una Cefalosporina di 2° (ad es. Cefuroxim, Cefonicid) o 3° generazione per via intramuscolare (ad es. Cefotaxime, Ceftriaxone)

In caso di allergia alla penicillina

Scegliere un Chinolone (ad es. Ciprofloxacina, Ofloxacina) eventualmente associato ad un Macrolide

Le caratteristiche degli antibiotici suggeriti garantiscono una uguale efficacia sia nella somministrazione orale che intramuscolare.

Per le caratteristiche degli agenti etiologici più comuni vedi Allegato 1.

Per i dosaggi vedi Allegato 2.

Raccomandazioni

Nelle prime fasi di malattia è consigliabile un controllo ogni 24 ore per cogliere eventuali modificazioni del quadro clinico che impongano il ricovero.

Il trattamento antibiotico ha di norma una durata di 7-10 giorni (nelle forme atipiche anche 15-20) e la sua sospensione si basa su criteri clinici.

Il fallimento dell antibiotico in corso, viene decretato attraverso una valutazione globale del quadro clinico e del suo andamento, dopo 72 ore dall inizio della terapia.

È opportuno effettuare la radiografia del torace di controllo non prima di 15 giorni dall inizio della terapia tenendo presente che, anche dopo un mese dall esordio della malattia, solo il 60% dei pazienti è radiologicamente guarito.

Bibliografia

1. American Thoracic Society Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: Diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy Am. Rev. Resp Dis. 148, 1418-1426 1993
2. J. G. Bartlett et al. Community-acquired pneumonia The New Eng.J. Med. 1618-1624 Dec 14 1995.

3. Società Italiana di Medicina Respiratoria, Società Italiana di Chemioterapia Documento su: Linee guida per la diagnosi e il trattamento della polmonite acquisita in comunità nell adulto. A cura di G. Gialdroni Grassi et Al. Rassegna di patologia dell apparato respiratorio 10/1, 29-36 1995.
4. M.J. Fine et al. Hospitalization decision in patients with community-acquired pneumonia. A prospective cohort study. Am. J. Med. 89 713-721 1990.
5. M.J. Fine A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. The New Eng. J. Med. 336/4 243-250. January 23 1997.
6. R. N. Gruneberg The Alexander Project: Using in vitro susceptibility data for choosing empirical therapy in LRTI. J. Antim. Chemoth. 38 Supp a 155-170 1996.
7. G.L. Drusano et al. Relevance of the Alexander Project: Pharmacodynamic considerations J. Antim. Chemoth: 38 Supp. A 141-154 1996.
8. Mandell, Douglas and Bennett s Principles and Practice of Infectious diseases: Acute pneumonia pag. 610 Churchill Livingstone 4° ed. 1995.

Tabella 1

Fattori di rischio

1. Confusione mentale di recente insorgenza *

2. Segni vitali:

Polipnea * (> 30 atti resp./min.)

Ipotensione marcata (PA sist < 90 mm) Hg, PA diast (< 60 mm Hg)

Temperatura (< 35 °C, = 40 °C)

Tachicardia (> 125 battiti/min.)

3. Segni obiettivi di coinvolgimento multilobare e/o di localizzazione extrapolmonare *

(ad es. meningite, artrite, ecc.)

4. Malattie croniche concomitanti gravi

(ad es. Cardiopatie, BPCO, epatopatie, emopatie, nefropatie, diabete mellito, pregressa splenectomia, alterato stato mentale, etilismo, immunodepressione iatrogena*)

5. Non assistibilità a domicilio*

* Alto valore predittivo

Allegato 1

PNEUMOCOCCO (Gram positivo)

È il germe più frequentemente responsabile della polmonite di origine extraospedaliera (50%-75% dei casi).

È più frequente:

nei giovani

in presenza di alterazioni dei meccanismi di clearance ciliare (fumatori, bronchitici, ecc.)

negli splenectomizzati

In Italia la percentuale di pneumococchi resistenti alla Penicillina è ad oggi minima (i dati dell'Alexander study la indicano attorno all 1,5%).

Nei casi di vera resistenza alla Penicillina solitamente lo Pneumococco è resistente anche ai Macrolidi, le Cefalosporine di 1° e 2° gen., e in alcuni casi anche di 3° gen.

HEMOPHILUS INFLUENZAE (Gram negativo)

Tale germe è causa di una polmonite extraospedaliera nel 4%-5% dei casi.

È più frequente:

nei portatori di BPCO

nei fumatori

nei diabetici

negli etilisti

nei pazienti > 65 aa

In Italia esistono stipiti di *Hemophilus* produttori di b lattamasi (~ 6%) e rari stipiti di *Hemophilus* che pur non essendo produttori di b lattamasi sono resistenti alla ampicillina/amoxicillina

Gli stipiti resistenti sono comunque sensibili a:

- Amoxicillina + Ac. Clavulanico
- Cefixima
- Azitromicina
- Claritromicina

STAFILOCOCCO AUREO (Gram positivo)

Tale germe è causa di una polmonite extraospedaliera nel 1%-5% dei casi.

È più frequente:

nei portatori di BPCO

in caso di precedenti infezioni virali alle vie respiratorie

in pazienti precedentemente trattati con antibiotici

Se si escludono gli stipiti Meticillino-resistenti (rarissimi nella pratica extraospedaliera) gli altri stafilococchi sono in gran parte produttori di b lattamasi, anche in tale caso sono comunque sensibili a:

- Amoxicillina + Ac Clavulanico in alte dosi

- Ceftriaxone

MICROORGANISMI ATIPICI

Sono microrganismi che si localizzano e crescono prevalentemente all'interno delle cellule; sono la causa di una polmonite extraospedaliera nel 10%-20% dei casi.

Il microrganismo più frequente in questa classe è rappresentato dal *Mycoplasma pneumoniae* (5%-18% dei casi di polmonite extraospedaliera); la *Legionella* è rara (2%-5% dei casi). La *Clamidia* è estremamente rara in Europa.

Il *Mycoplasma pneumoniae* è più frequente:

nei giovani (sono rari anche se in aumento i casi negli anziani)

nei periodi in cui sono segnalati episodi endemici

Per questi microrganismi gli antibiotici di 1° scelta sono i Macrolidi o in alternativa le Tetracicline.

VIRUS

Sono la causa di una polmonite extraospedaliera nell'8%-16% dei casi.

Sono più frequenti:

nel neonato e nel bambino

durante l'inverno

in periodi (periodo influenzale) o ambienti chiusi (comunità chiuse, collegi ecc.) in cui sono segnalati episodi epidemici

nei cardiopatici

nei fumatori

Allegato 2

DOSAGGI CONSIGLIATI PER I VARI ANTIBIOTICI CITATI

PENICILLINE

Amoxicillina (cp da 500 mg e da 1 g)

1 g ogni 8 ore (questo dosaggio garantisce concentrazioni plasmatiche efficaci anche nel caso si debba trattare uno Pneumococco con ridotta sensibilità alla Penicillina)

Amoxicillina + Ac. Clavulanico (cp o buste contenenti Amoxicillina 875 mg e Ac. Clavulanico 125 mg)

1 cp ogni 12 ore (è la dose standard consigliata, si può utilizzare la dose di 1 cp ogni 8 ore nel caso di pazienti obesi e nelle forme più gravi).

Ampicillina + Sulbactam (fiale contenenti Ampicillina 1 g e Sulbactam 500 mg)

1 fl ogni 8 ore (è la dose standard, la dose massima per via IM è di 1 fl ogni 6 ore nei pazienti obesi e nelle forme più gravi)

CEFALOSPORINE DI 2° GENERAZIONE

Orali

Cefuroxim Axetil (cp da 500 mg)

500 mg ogni 12 ore dopo il pasto (è la dose standard consigliata, si può utilizzare alla dose di 500 mg ogni 8 ore nei pazienti obesi e nelle forme più gravi)

Parenterali

Cefuroxim (fiale da 1 g)

1 g ogni 8 ore

Cefonicid (fiale da 1 g)

1g ogni 24 ore

CEFALOSPORINE DI 3° GENERAZIONE

Orali

Cefixima (cp da 400 mg)

400 mg ogni 24 ore

Ceftibuten (cp da 400 mg)

400 mg ogni 24 ore

Cefetamet (cp da 500 mg)

500 mg ogni 12 ore

Parenterali

Ceftriaxone (fiale da 1 g)

1 fiala ogni 24 ore

Cefotaxime (fiale da 1 g)

1 fiala ogni 12 ore (nei pazienti obesi o nei casi più gravi si dovrà somministrare 1 fl ogni 8 ore)

MACROLIDI

Claritromicina (cp da 250 mg)

500 mg ogni 12 ore

Eritromicina (cp da 600 mg, buste da 1 g)

La dose minima è di 2 g, la dose standard di 2400 mg da somministrare in 2-4 somministrazioni

Roxitromicina (cp da 150 mg)

150 mg ogni 12 ore

Rokitamicina (cp da 400 mg)

400 mg ogni 12 ore (nelle forme più gravi può essere utilizzata la dose totale di 1200 mg)

CHINOLONI

Ciprofloxacina (cp da 500 mg)

750 mg ogni 12 ore

Ofloxacina (cp da 300 mg)

300 mg ogni 8-12 ore a seconda della gravità clinica

