

# BRONCHITE O POLMONITE?

GAETANO D'AMBROSIO, NICOLÒ SEMINARA

Medici di Medicina Generale, SIMG

*Quando ho intercettato il testo della conversazione che qui riportiamo, non sono stato colpito dal livello scientifico, peraltro eccellente della stessa, quanto da alcuni altri aspetti che mi sono apparsi decisamente stimolanti per una riflessione su alcune questioni più generali, ma particolarmente attuali, per la professione.*

- 1. Esistono realtà cliniche con cui i Medici di Medicina Generale si confrontano ogni giorno e che non sono riconducibili ad una gestione standardizzata, mutuabile dalle indicazioni della letteratura più accreditata.*
- 2. Nella fattispecie lo studio Aquarius che ha rilevato outcome migliori nei pazienti gestiti in modo libero dal medico, rispetto a quelli dei medici che seguivano un protocollo accreditato, ci mostra che (forse) esiste una sapienza intrinseca alla professione, tale da produrre, rispetto alle polmoniti acquisite in comunità (CAP), eccellenti risultati in termini di mortalità e percentuali di ricoveri ospedalieri.*
- 3. Pur tuttavia non è possibile prescindere dai dati della letteratura, soprattutto da quella a più elevato indice di validazione e di evidence, sebbene essa nasca in ambienti che spesso poco hanno a che vedere con la Medicina Generale.*
- 4. Emerge con sempre maggiore urgenza la necessità di dati originali della Medicina Generale, non perché essi rappresentino la verità assoluta, ma per avviare un confronto critico all'interno del mondo scientifico, da cui emerga lo standard qualitativo possibile, per una determinata situazione clinica all'interno di un contesto definito.*
- 5. È compito della Società Scientifica proporre gli standard delle principali situazioni cliniche di pertinenza della Medicina Generale e definire gli indicatori che ne consentano la valutazione e la verifica costante.*

Germano Bettoncelli

Responsabile Nazionale, Area Respiratoria, SIMG

## **Se la distinzione tra bronchite e CAP è basata solo sulla clinica, che attendibilità hanno le nostre diagnosi?** (G. D'Ambrosio)

La diagnosi clinica di CAP <sup>1</sup>, come sai, ha bassa sensibilità (47-69%) e specificità (58-75%). Vi sono vari strumenti clinici per ridurre al minimo l'errore diagnostico. Li elenco di seguito.

Nella valutazione di un adulto precedentemente sano che presenta un'infezione acuta delle vie respiratorie con tosse, l'obiettivo diagnostico principale è quello di escludere la presenza di polmonite. Una revisione *evidence-based* degli studi clinici che si sono occupati del problema, ha concluso che l'assenza di anomalie nei segni vitali (frequenza cardiaca  $\geq$  100 battiti/min., frequenza respiratoria  $\geq$  24 respiri/min. o temperatura corporea  $\geq$  38°C) e nell'esame obiettivo polmonare (segni di consolidamento, per esempio crepitii, rantoli o ipofonesi) riduce sufficientemente la probabilità di pol-

monite, al punto da non rendere necessaria l'esecuzione di ulteriori esami diagnostici <sup>2</sup>.

Per aiutare i Medici di Medicina Generale (MMG) nella difficile arte della diagnosi differenziale tra bronchite acuta e polmonite, al letto del paziente, sono state inoltre elaborate delle "regole cliniche predittive" o "indici predittivi", strumenti che utilizzano l'esperienza di un gruppo di medici con centinaia di pazienti e distillano tale esperienza in una semplice regola.

Uno degli strumenti più efficaci è quello elaborato da Heckerling <sup>3</sup> e successivamente validato dal gruppo di Emerman <sup>4</sup>. L'applicazione della regola predittiva valuta la probabilità che un paziente con febbre e sintomi respiratori presenti un'infiltrato polmonare alla radiografia del torace e quindi sia affetto da polmonite e non da bronchite acuta. Tale indice predittivo aiuta anche il MMG a selezionare tra tutti i pazienti con febbre e tosse quelli in cui eseguire una radiografia del torace.

**TABELLA I**  
Indicatori di possibile polmonite

SEGNI/SINTOMI	PUNTI
Temperatura corporea > di 37,8°C	1
Frequenza cardiaca > 100/min.	1
Rantoli	1
Ipofonesi	1
Assenza di asma bronchiale	1
Totale	

Il primo passo per applicare la regola è quello di assegnare un punteggio da 0 a 5 al paziente in base alla presenza di segni o sintomi (Tab. I).

Il passo successivo è quello di applicare il punteggio totale del paziente alla Tabella II, la quale indica la percentuale di pazienti con radiografia patologica (e quindi la probabilità di polmonite) in base al punteggio. Va segnalato che sono prese in considerazione tre situazioni a diversa valutazione di rischio di polmonite da parte del medico prima dell'applicazione della regola: una con probabilità bassa (probabilità pre-test 5%) che rappresenta la situazione di gran lunga più frequente nell'ambito della Medicina Generale; una con probabilità intermedia (probabilità pre-test 19%); la terza con alta probabilità (probabilità pre-test 28%).

A titolo di esempio, un paziente con tosse, temperatura corporea di 38,5°C, frequenza cardiaca di 110/min. e assenza di asma bronchiale, ha un punteggio di 3. Le probabilità che sia affetto da polmonite sono quindi del 10% nel caso il medico lo ritenga clinicamente a rischio basso di polmonite, o del 35% nel caso lo ritenga a rischio intermedio (*N. Seminara*).

**TABELLA II**  
Probabilità di polmonite

PUNTI	% CON INFILTRATO POLMONARE		
	PROBABILITÀ PRE-TEST 5%	PROBABILITÀ PRE-TEST 19%	PROBABILITÀ PRE-TEST 28%
0	< 1%	1,6%	3%
1	1%	5%	9%
2	3%	14%	24%
3	10%	35%	51%
4	25%	63%	77%
5	50%	85%	91%

**Ha senso che in Medicina Generale continuiamo a distinguere tra le infezioni delle basse vie respiratorie (tranne forse la riacutizzazione di BPCO) o non è forse meglio che ci concentriamo sulla prognosi e, quindi, sull'indicazione al ricovero come già sottolineavano le linee guida ERS nel '98?**

(*G. D'Ambrosio*)

A mio avviso la distinzione ha senso per i seguenti motivi. In Italia, i dati di Health Search evidenziano che a fronte di una diagnosi di raffreddore comune o influenza è stato prescritto un antibiotico nel 43,9% dei casi, in presenza di faringite o tonsillite acuta nel 70,9% dei casi, fino ad una prescrizione nell'80,9% dei casi di bronchite acuta<sup>5</sup>. È evidente, e condiviso con gli altri paesi avanzati, un uso eccessivo di antibiotici in infezioni a prevalente eziologia virale. La capacità da parte del MMG di differenziare bronchite acuta da polmonite può aiutare a contenere l'uso eccessivo di antibiotici, soprattutto per arrestare la pandemia di farmaco-resistenza dei patogeni respiratori.

La distinzione diagnostica è un prerequisito all'indicazione al ricovero, nel senso che noi MMG ricoveriamo solo pazienti con CAP e con riacutizzazione di BPCO. Il ricovero quindi è, implicitamente, un atto di diagnosi differenziale (*N. Seminara*).

**In questa ottica, però, bisogna avere indicazioni semplici ed efficaci: andandolo a rivedere, anche l'algoritmo di Aquarius è eccessivamente complicato perché un Medico di Medicina Generale possa utilizzarlo rapidamente al letto del malato. Non sarebbe più utile concentrare l'attenzione del MMG su pochi ma chiari *red flags* e, magari, spingere sull'utilizzazione del pulsossimetro come fanno le linee guida BTS 2004?**

(*G. D'Ambrosio*)

Sono d'accordo: l'algoritmo di Aquarius è complicato (era un algoritmo sperimentale) e si è rivelato inefficace (vedi gli esiti sui ricoveri). A mio avviso attualmente la migliore regola clinica predittiva per il ricovero dei pazienti con CAP è quella elaborata da Lim et al.<sup>6</sup> e adottata da BTS (acronimi CURB-65 e CRB-65) che riporto di seguito.

La BTS ha adottato, nell'aggiornamento del 2004 delle sue linee guida, un indice di gravità elaborato a partire dalle cosiddette "mBTS rules" (regole di gravità della BTS modificate) ulteriormente modificate, applicate e

validate in uno studio internazionale denominato con l'acronimo CURB-65. Tale strumento prognostico, costruito quasi esclusivamente su variabili cliniche, validato ed applicabile, con lievi modifiche sia nell'ambito della Medicina Generale sia a livello Ospedaliero, si basa sull'individuazione, al momento della presentazione in Ospedale del paziente, di cinque variabili clinico-laboratoristiche illustrate nella Tabella III.

Alla presenza di ciascuna di queste variabili viene assegnato un punto, in modo da creare uno strumento a 6 punti (da 0 a 5). Lo studio di validazione eseguito ha confermato un preciso rapporto tra punteggio complessivo e rischio di mortalità a 30 giorni. L'applicazione del CURB-65 permette così di dividere i pazienti con CAP in 3 gruppi prognostici con diversa mortalità a 30 giorni e differenti necessità di assistenza, così come viene schematizzato nella Tabella IV.

Gli stessi Autori hanno in seguito elaborato e validato un modello simile, utilizzabile nell'ambito della Medicina Generale al momento della visita del paziente, basato esclusivamente su variabili cliniche, indicato con l'acronimo CRB-65. Esso si basa sull'individuazione degli stessi elementi del CURB-65, con la sola esclusione dell'azotemia; alla presenza di ciascun segno clinico viene assegnato un punto, in modo da creare uno strumento a 5 punti (da 0 a 4). L'applicazione del CRB-65 permette di dividere i pazienti con CAP in 3 gruppi prognostici in base al punteggio: ad ognuno di essi corrisponde una diversa mortalità a 30 giorni e differenti necessità di assistenza, così come schematizzato nella Tabella V.

Sono perfettamente d'accordo sull'utilizzo del pulsossimetro come indicatore di gravità. Va solo tenuto presente che le CAP non sono l'unica patologia acuta polmonare che provoca ipossia. Non tutti i MMG sono inoltre disposti ad investire circa 500 Euro per acquistarlo! (N. Seminara).

**È vero che questo atteggiamento porta ad un uso potenzialmente inappropriato degli antibiotici nelle bronchiti (cosa che facciamo sistematicamente), ma è poi questo il vero problema o non piuttosto l'uso inappropriato degli antibiotici nelle infezioni delle alte vie**

**TABELLA III**  
Indicatori di gravità del paziente

<b>C</b>	<i>Confusion</i>	Confusione mentale di recente insorgenza
<b>U</b>	<i>Urea</i>	Azotemia > 7 mmol/l (20 mg/dl)
<b>R</b>	Respiratory rate	Frequenza respiratoria ≥ 30 atti/min
<b>B</b>	<i>Blood pressure</i>	Pressione arteriosa sistolica < 90 mmHg o Pressione arteriosa diastolica ≤ 60 mmHg
<b>65</b>		Età ≥ 65

**TABELLA IV**  
Indicatori prognostici (CURB-65)

CLASSE DI RISCHIO	PUNTEGGIO	MORTALITÀ	LUOGO DI CURA
I	0-1	1,5%	Domicilio
II	2	9,2%	Domicilio o Ospedale
III	≥ 3	22,0%	Ospedale

**TABELLA V**  
Indicatori prognostici (CRB-65)

CLASSE DI RISCHIO	PUNTEGGIO	MORTALITÀ	LUOGO DI CURA
I	0	1,2%	Domicilio
II	1-2	8,1%	Domicilio o Ospedale
III	3-4	31,0%	Ospedale

**respiratorie, numericamente molto più consistenti (come mi sembra dimostrino i dati di Health Search)?** (G. D'Ambrosio)

Sono veri entrambi i problemi visto che i dati di Health Search dicono che noi usiamo antibiotici nel 71% dei pazienti con tonsillite (75% negli USA) e, come già detto, nell'81% dei casi di bronchite acuta (70-90% negli USA) (N. Seminara).

In **conclusione**, se ci fossero le risorse, tenterei di fare una ricerca osservazionale sul comportamento del MMG nelle infezioni delle basse vie respiratorie in generale con l'obiettivo di:

- stimare l'incidenza della patologia;
- valutare l'approccio diagnostico e terapeutico del MMG in funzione della tipologia del paziente e della comorbilità;
- verificare l'esito delle cure;

## Bronchite o polmonite?

- proporre un modello di approccio a questa condizione patologica “non convenzionale” dal punto di vista delle linee guida specialistiche ma più confacente alla nostra pratica professionale (G. D'Ambrosio).

Non aspetto che questo, anche se le risorse non sono sempre ahimé così facili da reperire! (N. Seminara).

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Wipf JE, Lipsky BA, Hirschmann JV, Boyko EJ, Takasugi J, Peugeot RL, et al. *Diagnosing pneumonia by physical examination: relevant or relic?* Arch Intern Med 1999;159:1082-7.
- <sup>2</sup> Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. *Does This Patient Have Community-Acquired Pneumonia?* JAMA 1997;278:1440-45.
- <sup>3</sup> Heckerling PS, Tape TG, Wigton RS, Hissong KK, Leikin JB, Ornato JP, et al. *Clinical prediction rule for pulmonary infiltrates.* Ann Intern Med 1990;113:664-70.
- <sup>4</sup> Emerman CL, Dawson N, Speroff T, Siciliano C, Effron D, Rashad F, et al. *Comparison of physician judgment and decision aids for ordering chest radiographs for pneumonia in outpatients.* Ann Emerg Med 1991;20:1215-19.
- <sup>5</sup> Mazzaglia G, Caputi AP, Rossi A, Bettoncelli G, Stefanini G, Ventriglia G, et al. *Exploring patient- and doctor-related variables associated with antibiotic prescribing for respiratory infections in primary care.* Eur J Clin Pharmacol 2003;59:651-57.
- <sup>6</sup> Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. *Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study.* Thorax 2003;58:377-82.

