Terapia antibiotica della polmonite

Data 03 maggio 2015
Categoria pneumologia

Due studi clinici randomizzati e controllati hanno confrontato tra loro diverse strategie antibiotiche nel trattamento delle polmoniti acquisite in comunità.

Nei pazienti con polmonite di solito si avvia una terapia antibiotica su base empirica, considerando soprattutto la clinica e la radiologia, in quanto gli esami di laboratorio (emocoltura, esame colturale dell'escreato, esami sierologici, etc.) non sono disponibili che in un tempo successivo.

Le linee guida americane ISDA del 2007 prevedono, per le polmoniti acquisite in comunità, trattamenti diversi a seconda se si tratta di un paziente ambulatoriale o di un paziente
ricoverato . Riassumendo si può dire che in prima battuta si prevede nei pazienti ambulatoriali un macrolide, doxiciclina, un beta-lattamico associato ad un macrolide o ad un fluorchinolone oppure un fluorchinolone da solo a seconda della tipologia del paziente stesso e del contesto (paziente con/senza comorbilità, contesto con alta prevalenza di pneumococco farmaco-resistente, etc.)
Nei pazienti ricoverati (eslusi quelli in terapia intensiva) la scelta comprende un fluorchinolonico, una associazione tra beta-lattamico e macrolide o fluorchinolone, con scelte che prevedono altri antibiotici e che variano anche a seconda del germe responsabile (stafilocco aureo meticillino-resistente, pseudomonas, etc.).

Le linee guida britanniche NICE differiscono in alcuni punti da quelle americane.
In breve queste linee guida consigliano, come terapia iniziale, nei pazienti con polmonite lieve un trattamento con amoxicillina (doxiciclina o macrolide nei soggetti allergici ai beta-lattamici), nelle forme di media gravità un'associazione tra betalattamico e macrolide e nelle forme gravi un'associazione tra un beta-lattamico resistente alle betalattamasi e un macrolide. Nelle polmoniti acquisite in ospedale la terapia antibiotica (beta-lattamici, macrolidi, chinolonici, etc.) deve essere scelta sulla base delle politiche locali dell'ospedale e delle caratteristiche cliniche del paziente.

In realtà non esistono molti studi randomizzati e controllati che abbiano paragonato le diverse strategie di trattamento e questo spiega perchè le varie linee guida possono non concordare tra loro nella scelta della terapia iniziale.

Alla fine del 2014 JAMA ha pubblicato uno studio svizzero che ha paragonato la monoterapia con un beta-lattamico con una combinazione di beta-lattamico e macrolide in pazienti con polmonite di grado moderato o grave acquisita in comunità. Si tratta di uno studio di non inferiorità in cui sono stati arruolati 580 pazienti adulti immunocompetenti con un follow up di tre mesi.
L'endpoint primario era la stabilità clinica al settimo giorno di terapia. La stabilità clinica veniva definita valutando alcuni parametri come la frequenza cardiaca (inferiore a 100 bpm), la pressione sistolica (superiore a 90 mmHg), la temperatura corporea (inferiore a 38° C), la frequenza respiratoria (inferiore a 24 al minuto) e la saturazione di ossigeno (superiore a 90% in aria ambiente).
Al settimo giorno di terapia non erano stabili clincamente il 41,2% del gruppo monoterapia e il 33,6% del gruppo terapia combinata. Un nuovo ricovero a distanza di un mese si rese necessario nel 7,9% del gruppo monoterapia e nel 3,1% del gruppo terapia combinata. La mortalità a 90 giorni non differiva tra i due gruppi.
Com'era da attendersi i pazienti che avevano difficoltà con la monoterapia a raggiungere la stabilità clinica erano soprattutto quelli con polmonite da batteri atipici e quelli con le forme più gravi di malattia.

Questo studio sembrerebbe quindi avvalorare le linee guida che prediligono una terapia empirica combinata (beta-lattamico + macrolide).
Sarebbe stato interessante, tuttavia prevedere altri gruppi trattati con fluorchinoloni.

Arriva ora uno studio pubblicato dal New England Journal of Medicine che suggerisce, al contrario, che nelle polmoniti non gravi acquisite in comunità non ci sarebbe differenza tra tre diversi regimi antibiotici: beta-lattamico, fluorchinolonico, associazione tra beta-lattamico e macrolide.
Si tratta di uno studio che ha arruolato 2283 pazienti ricoverati per polmonite che non richiedeva il ricovero in Unità di Cure Intensive. I partecipanti sono stati randomizzati a tre trattamenti diversi: beta-lattamico, fluochinolone e beta-lattamico associato a macrolide.
Si è visto che la mortalità a 90 giorni non differiva tra i tre gruppi per cui gli autori concludono che un trattamento a base di solo beta-lattamico non è inferiore ad un trattamento con solo fluorchinolonico o con l'associazione beta-lattamico/macrolide.

Chedire?
I risultati dei due studi, in realtà, non sono in contraddizione tra di loro. Anzitutto la tipologia dei pazienti arruolati è diversa, nel senso che nello studio svizzero erano arruolati, mediamente, pazienti con forme più gravi di polmonite. Inoltre diverso è l'endpoint primario dei due studi e comunque in entrambi gli studi la mortalità a tre mesi non differiva tra i vari schemi usati.

Uno schema di trattamento, a nostro parere, potrebbe essere il seguente: nelle forme meno gravi di polmonite si può optare, almeno inizialmente, per un monotrattamento con beta-lattamico a meno che le caratteristiche cliniche non facciano sospettare una forma da atipici, nel qual caso si può scegliere tra un macrolide, un fluorchinolone o la doxiciclina; nelle forme che appaiono clinicamente più gravi e/o nei pazienti più a rischio (per esempio anziani e/o soggetti con patologie croniche associate) la scelta può basarsi su un fluorchinolone oppure una associazione di un beta-lattamico con un macrolide o un fluorchinolone.

Ovviamante questo è solo uno schema orientativo, senza la pretesa di essere completo, che dovrà essere variato a seconda delle caratteristiche cliniche del singolo paziente anche con l'uso di protocolli di trattamento più complessi in caso di mancata risposta alla terapia iniziale e/o sulla base dei risultati radiologici, colturali e sierologici.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Mandell LA et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clin Infect Dis. (2007) 44 (Supplement 2): S27-S72.

2. Pneumonia: Diagnosis and management of community- and hospital-acquired pneumonia in adults.
NICE Guidelines CG 191. December 2014.

3. Garin N et al. β-Lactam Monotherapy vs β-Lactam–Macrolide Combination Treatment in Moderately Severe Community-Acquired Pneumonia. A Randomized Noninferiority Trial. JAMA Intern Med. 2014 December;174:1894-1901.

4. Postma DF et al. Antibiotic treatment strategies for community-acquired pneumonia in adults. N Engl J Med 2015 Apr 2;372:1312.