



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Le polmoniti
Data 25 febbraio 2006 alle 11:09:00
Autore R Rossi

Rossi:

Per polmonite si intende un processo infiammatorio del polmone che interessa gli spazi alveolari e/o il tessuto interstiziale. La vecchia classificazione tra polmoniti e broncopolmoniti non viene più usata.

Si distinguono le polmoniti acquisite in comunità (CAP = Community Acquired Pneumonia) e quelle acquisite in ambiente nosocomiale. La distinzione è giustificata dal fatto che i germi in causa sono di solito differenti. Ci occuperemo qui solo delle CAP.

Ressa:

Quali sono gli agenti etiologici più importanti?

Rossi:

I germi in causa variano a seconda delle casistiche e dei pazienti.

In ogni caso possiamo dire che lo pneumococco rappresenta ancora l'agente più frequente (attorno al 30-70% dei casi), seguito da micoplasma pneumoniae (2-15%), virus (5-15%), Haemophilus influenzae (8-10%).

Meno frequentemente sono in causa stafilococco aureo, legionella, clamidia, altri batteri gram negativi, anaerobi, pseudomonas aeruginosa.

Ressa:

Parliamo della diagnosi. Rossi:

Premesso che l'esame obiettivo può essere poco sensibile e specifico nell'identificare i soggetti con polmonite, la diagnosi diventa probabile in presenza dei seguenti segni:

1. febbre elevata
2. tosse più o meno produttiva
3. segni focali: rantoli crepitanti, riduzione del murmure vescicolare, ottusità plessica.

In alcuni casi i segni sono più sfumati, l'obiettività può essere non indicativa. Negli anziani una polmonite può esordire con confusione mentale, disorientamento spazio temporale o dispnea.

Ressa:

Gli anziani buggerano sempre.

Rossi:

La radiografia del torace conferma la diagnosi ma va tenuto conto che nelle prime 24 ore può mancare il quadro radiologico di addensamento. Per quanto si trovi scritto che le caratteristiche radiologiche orientano verso una diagnosi etiologica in realtà non è quasi mai così.

Ressa:

Aggiungo che in presenza di obiettività senza ombre di dubbio, una negatività della radiografia del torace non esclude la diagnosi.

Mi sono capitati soggetti con semeiotica da libro ai quali goffamente è stata esclusa la diagnosi "perché la lastra è negativa"; non sono casi frequenti ma esistono.

Rossi:

Mah, è difficile dire perché il gold standard per la diagnosi è la lastra mentre l'esame obiettivo ha sensibilità e specificità povere. I casi che descrivi potrebbero invece essere delle flogosi respiratorie basse indifferenziate. Comunque andiamo avanti.

Gli esami di laboratorio non sono indispensabili per la diagnosi e a mio avviso possono non essere richiesti se non in casi particolari. Di seguito i germi più frequentemente in causa:

PNEUMOCOCCO

Frequenza elevata, Colpite tutte le età, Esordio improvviso, clinica caratterizzata da compromissione generale importante e cefale, raro il versamento pleurico

MYCOPLASMA

Frequenza elevata, colpiti soprattutto giovani, esordio insidioso, clinica caratterizzata da tosse secca, raro il versamento pleurico

EMOFILO

Mediamente frequente, colpisce soprattutto anziani, fumatori e bambini, l'esordio è variabile, frequente l'interessamento dei seni paranasali e dell'orecchio medio, versamento pleurico possibile

LEGIONELLA

Frequenza rara, colpisce in genere adulti, esordio improvviso, clinica caratterizzata da disturbi addominali e neurologici, versamento pleurico frequente

STAFILOCOCO

Frequenza rara, colpiti pazienti fragili (anziani, lattanti), esordio improvviso, clinica caratterizzata da compromissione dello stato generale e sviluppo di pneumatoceci, versamento pleurico frequente



Ressa:

Ospedalizzare il paziente?

Rossi:

Di fronte ad un paziente con polmonite la prima decisione è se trattare a domicilio o ricoverare. Il Medico di Medicina Generale può adottare uno schema semplificato che si basa solo su rilievi clinici (derivato da quello proposto originariamente da Fine).

Sono segni di gravità e quindi devono indurre a considerare il ricovero o comunque un follow-up stretto del paziente:

1. dispnea o frequenza respiratoria > 30/minuto
2. PAD < 60 mmHg o PAS < 90 mmHg
3. temperatura > 39,5°C o < 35°C
4. segni di interessamento extra-polmonare (artrite settica, rigidità nucale da sospetta meningite)
5. confusione mentale
6. età inferiore ai 6 mesi
7. segni di disidratazione o vomito importante con incapacità ad assumere liquidi per os
8. oligo-anuria
9. assenza di adeguata assistenza domiciliare (anziani che vivono soli, ecc.)
10. comorbidità importante (diabete, insufficienza cardiaca, BPCO, neoplasie, alcolismo, immunosoppressione)
11. radiografia del torace sfavorevole: interessamento bilobare o di più lobi, cavità, versamento pleurico importante

Ressa:

Parliamo della scelta della terapia antimicrobica.

Rossi:

Sono state pubblicate numerose linee guida che dovrebbero aiutare il medico nella scelta dell'antibiotico. In realtà la questione è oggetto di dibattito.

Siccome la scelta è empirica si deve tener conto della probabile etiologia della polmonite.

L'agente più probabile è lo pneumococco; nei fumatori va presa in considerazione una possibile etiologia da emofilo, mentre non vanno mai dimenticati gli atipici.

Ressa:

Soprattutto se "fuori stagione".

Rossi:

Una scelta iniziale consigliata dalle linee guida è l'amoxicillina/clavulanico (ampicillina/sulbactam per via im se la via orale non è praticabile) oppure un macrolide (azitromicina o claritromicina) se si sospetta da subito un micoplasma (bambini in età scolare o adolescenti).

Se la scelta è stata il betalattamico e non vi è risposta (sfebbramento entro 48-72 ore) è possibile si tratti di un micoplasma, in questi casi si consiglia di passare al macrolide.

Nei pazienti > 60 anni sono in gioco gli stessi germi con maggior prevalenza di pneumococchi o emofili resistenti oppure stafilococchi o gram negativi: una scelta iniziale può essere quella di partire con un betalattamico associando un macrolide in terza giornata se il paziente non risponde.

Se il paziente ha la coesistenza di patologie internistiche importanti si può optare per un fluorchinolonico con una buona attività contro lo pneumococco (questa scelta copre anche gli atipici) oppure una cefalosporina iniettiva a cui eventualmente associare un macrolide in terza giornata se non vi è risposta.

Ressa:

Nelle ultime due tipologie di pazienti da te citati mi trovo bene con i nuovi fluorchinolonici e li uso come prima scelta; è una monoterapia più facilmente praticabile in soggetti che abitualmente hanno altri farmaci da assumere per patologie concomitanti.

Rossi:

A questo schema semplificato può fare eccezione la polmonite dei pazienti anziani ricoverati in residenze protette, che per certi versi sono assimilabili alle polmoniti contratte in ospedale, in cui prevalgono germi difficili come lo stafilococco aureo meticillino-resistente o lo pseudomonas.

In questi casi si può usare un fluorchinolonico associato ad una cefalosporina iniettiva oppure ad un aminoglicosidico.

Ressa:

Quali gli errori più comuni nella pratica clinica?

Rossi:

Se non si segue una scelta ragionata di questo tipo prevarrà la prescrizione:

1. in prima battuta di farmaci "potenti" per via iniettiva che danno al medico una falsa sicurezza perché comunque non esiste l'antibiotico "germicida" buono per tutto (si pensi per esempio alle cefalosporine iniettive che bucano gli atipici)
2. l'uso di associazioni "fantasiose" e irrazionali.

Ressa:

Se il paziente non risponde?

Rossi:

La mancata risposta in tempi ragionevoli (48-72 ore) può indicare che si tratta di una forma virale. In questi casi però le condizioni cliniche sono generalmente buone e non destano preoccupazioni.

Ma la mancata risposta può significare anche che vi è una complicanza in atto (ascensualizzazione, empiema, sepsi)



oppure che si tratta di un germe difficile e resistente agli antimicrobici più comuni.

Avremo probabilmente di fronte un paziente in non buone condizioni cliniche, appartenente ad una classe a rischio elevato che necessita di un ricovero per un approfondimento diagnostico, un monitoraggio dell'equilibrio idroelettrolitico e della ossigenazione e una terapia con più antibiotici per via infusiva.

Ressa

Qual è la durata della terapia? Rossi:

Non esistono criteri assoluti. Nelle forme non complicate la terapia dovrebbe essere protratta per almeno 8-10 giorni. I pazienti più anziani o compromessi possono necessitare di terapie più prolungate. Nelle polmoniti da legionella la terapia dovrebbe durare circa 20 giorni.

Ressa:

Di solito io arrivo almeno a 10 giorni, associando i cortisonici orali nelle forme con componente broncospastica o con tosse molto insistente; 15-20 giorni nei soggetti con comorbilità importante.

Quando richiedere una radiografia del torace di controllo?

Rossi:

Se c'è una rapida risposta clinica può anche non essere necessario richiedere una radiografia di controllo. Se comunque si decide di farlo tener presente che la guarigione clinica non corrisponde a quella radiologica, che è più lenta (lasciar passare almeno 30 giorni).

Ressa:

Concetto fondamentale, ignorato da molti, i quali si accaniscono a far effettuare radiografie e/o addirittura TC toraciche ripetute a breve distanza di tempo.

Rossi:

Un controllo radiologico è invece opportuno se il decorso clinico è stato prolungato o nelle forme più impegnate (per esempio interessamento bilaterale), se vi sono cause predisponenti alla lenta guarigione, se si sospetta una tubercolosi o una micosi, oppure nei pazienti che abbiano avuto precedenti polmoniti.

Bisogna ricordare infine che una polmonite può verificarsi in un cancro polmonare che andrà sospettato se il quadro tende a non migliorare oppure se il paziente recidiva. Bibliografia

1. Fine MJ et al. N Engl J Med 1997; 336:243
2. Malcolm C et al. Arch Intern Med. 2003;163:797
3. Feldman RB et al. Arch Intern Med. 2003;163:1718
4. Awasthi S et al. for the ISCAP Study Group. BMJ 2004; 328:791
5. Cynthia G et al. N Engl J Med 2000; 343:1917
6. Marrie Tj et al. JAMA 2000; 283:749
7. Wort Sj et al. BMJ 1998; 316:1690
8. From The Medical Letter. Treatment Guidelines. Ed. Italiana 2003; 1:69
9. Marras TK et al. Am J Med 2004;116:385-93