



# Polmonite comunitaria



## Diagnosi clinica

### Definizione

Polmonite acuta acquisita in comunità (PAC).

### Segni e sintomi

La diagnosi si basa primariamente sulla valutazione clinica: tosse di nuova insorgenza (<2 settimane) o in peggioramento, febbre ( $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ), dispnea, tachipnea, crepitii, dolore toracico. La febbre può mancare nei pazienti anziani e/o immunodepressi, con prevalenza di sintomi extrapolmonari come la confusione mentale.

### Criteri clinici

Per identificare i pazienti da ospedalizzare è utile lo **score CRB-65±DS** (1 punto per ciascuno dei 6 criteri riportati di seguito): Presenza di comorbidità (\*); saturazione periferica dell'ossigeno < 90%; Confusione mentale di nuova insorgenza; frequenza respiratoria > 30 atti/min; PA sistolica < 90 mmHg o PA diastolica < 60 mmHg; Età > 65 anni.

**CRB-65±DS 0-1:** gestione domiciliare;

**CRB-65±DS 2:** valutare gestione ospedaliera;

**CRB-65±DS >3:** gestione ospedaliera.

(\* *Malattia cerebro-vascolare, insufficienza cardiaca congestizia, malattia renale/epatica moderato-severa, patologia oncologica.*)

## Gestione dell'infezione

### Principi di trattamento antibiotico

Nel sospetto clinico di PAC, iniziare la terapia antibiotica empirica il prima possibile valutando la presenza dei seguenti **fattori di rischio**: immunodepressione; BPCO in terapia; insufficienza renale, epatica o cardiaca cronica; diabete mellito; antibiotico nei 3 mesi precedenti; residenza in struttura socio-sanitaria; fumo; malnutrizione; cattiva igiene orale; contatto con bambini; esposizione ambientale (*professionali, polveri, fumi*); rischio di legionellosi (*patologie croniche, viaggi, idromassaggio/saune*).

### Terapia sintomatica

**Paracetamolo:** 500 mg - 1 gr per OS ogni 4-6 ore (dose massima 3 gr/die).

SE RISPOSTA INSODDISFACENTE AL PARACETAMOLO:

**Ibuprofene:** 200 mg per OS ogni 4-6 ore o 400 mg per OS ogni 6-8 ore (dose massima 1.6 gr/die) se non controindicato e in assenza di rischio di grave interazione con altri farmaci (es. ACE inibitori).

La terapia steroidea non è raccomandata tranne che nei pazienti con broncopneumopatie croniche.

### Follow up

Il miglioramento clinico (es. cessazione della febbre) si osserva entro 48-72 ore dall'inizio del trattamento antibiotico che ha una durata indicativa di 5 giorni (eventuale estensione da valutare in base alla clinica).

### Elementi di allerta

Inviare il paziente al PS in caso di:

- persistenza dei sintomi o sospetto di complicità (es. empiema);
- $\text{CRB-65} \pm \text{DS} \geq 3$ .

Se **immunodepressione (\*\*)** considerare sempre l'invio in PS.

Considerare TBC nei pazienti ad alto rischio (provenienza da aree endemiche, infezione HIV) se: tosse persistente, sintomi a lenta insorgenza e/o mancata risposta al trattamento iniziale.

(\*\*) *AIDS; anemia aplastica; neoplasia ematologica attiva; uso di farmaci biologici (anti TNF- $\alpha$ , inibitoryTyr-K nei 6 mesi precedenti); asplenia; chemioterapia nei 3 mesi precedenti; neutropenia <500/mmc; trapianto d'organo solido o di cellule staminali emopoietiche; uso cronico di steroidi (>10 mg/die di prednisone o equivalente  $\geq 3$  mesi); immunocompromissione congenita.*

## Esami

**Test microbiologici** - Di solito non necessari.

**Altri test diagnostici** - La radiografia del torace non è di solito necessaria. Ove disponibili la diagnosi può essere supportata dall'ecografia polmonare e/o dalla determinazione dei valori di proteina C reattiva con test point-of-care (valori > 10 mg/dl fortemente a supporto della diagnosi).

## Razionale della terapia

L'obiettivo primario del trattamento antibiotico empirico nella PAC è quello di fornire un trattamento efficace e tempestivo per l'infezione da *Streptococcus pneumoniae* perché questo è il patogeno batterico predominante e la polmonite pneumococcica non trattata è associata ad elevata mortalità.

Le PAC con punteggi bassi dello score clinico possono essere gestite a domicilio senza che vi sia un aumento del rischio di esiti negativi.

## Terapia antibiotica

### Prima scelta

ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO (UNA DELLE SEGUENTI ALTERNATIVE):

**Amoxicillina** [cat. AWaRe Access]: 1 gr per OS ogni 8 ore per 5 giorni.

**Amoxicillina/acido clavulanico** [cat. AWaRe Access]: 875/125 mg ogni 8 ore per 5 giorni.

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO:

**Amoxicillina/acido clavulanico:** 875/125 mg ogni 8 ore per 5

giorni, valutare associazione con Macrolide [cat. AWaRe Watch]:

**Claritromicina** 500 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni oppure

**Azitromicina** 500 mg per OS ogni 24 per 3 giorni.

### Seconda scelta

ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO E ALLERGIA ALLE PENICILLINE:

**Doxiciclina** [cat. AWaRe Access]: 100 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni. L'indicazione all'uso di questo antibiotico verrà valutato a livello locale in base ai dati epidemiologici di resistenza.

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO E ALLERGIA ALLE PENICILLINE:

**Levofloxacina** [cat. AWaRe Watch]: 750 mg per OS ogni 24 ore per 5 giorni.

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO, CONTROINDICAZIONI (\*\*\*)

FLUOROCHINOLONI E ALLERGIA ALLE PENICILLINE NON DI TIPO I:

**Ceftriaxone** [cat. AWaRe Watch]: 2 gr per EV/IM ogni 24 ore per 5 giorni, **valutare associazione con Macrolide: Claritromicina** 500 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni, oppure **Azitromicina** 500 mg per OS ogni 24 per 3 giorni.

(\*\*\*) *Allergia ai fluorochinoloni; tendinopatie correlate a fluorochinoloni; epilessia; gravidanza e allattamento.*