

LE NUOVE LINEE GUIDA SULLA POLMONITE DI COMUNITÀ

THE MANAGEMENT OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN INFANTS AND CHILDREN OLDER THAN 3 MONTHS OF AGE; CLINICAL PRACTICE GUIDELINES BY THE PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASES SOCIETY AND THE INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA

BRADLEY JS, BYINGTON CL, SHAH SS, ET AL.

Clin Infect Dis 2011;53:e25-76

Sono queste delle linee guida lunghissime. Contengono 92 raccomandazioni, alcune fin troppo ovvie, alcune forse anche un po' rigide o antiquate (?), racchiuse in una serie di brevi capitoli da cui cercheremo di spremere l'essenziale. Premettiamo alla lettura e al commento che le linee guida statunitensi non sono necessariamente e perfettamente valide per tutti i Paesi, con diverse abitudini (vedi oltre il problema della penicillina) e con diversi sistemi di assistenza sanitaria (vedi per esempio, nel caso delle linee guida statunitensi, quello dei criteri del ricovero, con saturimetria < 90%, come della tempistica delle dimissioni); così come potrebbero essere su qualche punto dissonanti le linee guida per l'Inghilterra (a cui fa largo riferimento l'editoriale di questo numero), Paese in cui l'acuzie pediatrica è affidata al General Practitioner.

1. Quando un paziente con CAP (Community Acquired Pneumonia) deve essere ricoverato?

Quando ha meno di 3-6 mesi, quando c'è l'evidenza che sia in gioco un patogeno alquanto virulento (stafilococco meticillino-resistente), quando ci siano dei dubbi sulla capacità di gestione domestica, oppure in presenza di un distress respiratorio con probabile o documentata desaturazione (< 90%).

Gli indici clinici di allarme sono quelli che vanno oltre i massimi indicati per la "normalità": cioè di una frequenza respiratoria di 60/m' fino a 6 mesi; 50/m' tra 6 e 12 mesi; 40/m' tra 1 anno e 5 anni; 20/m' > 5 anni.

2. Quali esami vanno fatti, e quando?

Praticamente nessuno per il paziente "domiciliare". Per il paziente ricoverato sono indicati esami molto semplici: la radiografia, l'emocromo, gli indici della flogosi (possono concorrere a una diagnosi differenziale tra pneumococo e micoplasma) e l'ossimetria.

Non è ritenuta necessaria, per il paziente ricoverato, una lastra di controllo predimissione. I test per la diagnosi eziologica (la ricerca dell'antigene batterico eliminato attraverso le urine, e altri più raffinati) non vengono ritenuti utili, e nemmeno l'emocoltura. Nemmeno l'esame sierologico per la diagnosi di influenza è considerato con particolare attenzione: un peso prevalente viene dato all'epidemiologia e alla clinica.

3. Quali agenti infettivi sono da prendere in considerazione?

Sostanzialmente lo *Streptococcus pneumoniae*, sotto i 5 an-

ni, e in seconda istanza il *Mycoplasma pneumoniae*. La vaccinazione sistematica contro l'emofilo B ha cancellato quest'ultimo dall'elenco dei patogeni, e un emofilo non tipizzabile si può trovare in pratica solo in pneumopatie croniche e/o in patologie ostruttive. Comunque l'amoxicillina è efficace per l'emofilo lattamasi-negativo, e l'amoxicillina + clavulanato, oppure il ceftriaxone, sono efficaci per i più rari emofili lattamasi-positivi.

4. Quali antibiotici?

Il farmaco di prima scelta di fronte all'evidenza di una broncopolmonite di possibile/probabile natura batterica, per un paziente non ricoverato, è l'amoxicillina (90 mg/kg/die fino a un massimo di 4 g/die in 2 dosi, oppure 45 mg/kg/die in tre dosi); l'ipotesi di un'infezione da *Mycoplasma* (dunque la scelta di un macrolide: azitromicina 10 mg/kg/die il giorno 1, poi 5 mg/kg/die per i giorni 2-5) si pone, specialmente per i bambini dell'età scolare o per gli adolescenti, di fronte a un quadro clinico compatibile; così pure un trattamento con antivirali specifici (adamantadina, oppure inibitori delle neuraminidasi, *Oseltamivir* o *Zanamivir* per i bambini sopra i 7 anni di età) è raccomandato di fronte al sospetto clinico-epidemiologico (più importante che non la diagnosi virologica, non totalmente attendibile) di influenza.

Per un paziente ricoverato è suggerita la terapia parenterale: ampicillina 150-200 mg/kg/die ogni 6 ore ovvero penicillina G 200-250 U/kg/die ogni 4-6 ore (efficace, a questa dose, anche per stipti resistenti con MIC fino a 2-4 mcg/ml) nei bambini completamente immunizzati (per emofilo B e pneumococco). In caso di epidemia da ceppi di pneumococco particolarmente aggressivi, o con alto grado di resistenza alla penicillina, o per bambini non completamente protetti dalla vaccinazione, si consiglia l'uso di ceftriaxone o di cefotaxime. Nel dubbio clinico tra un'infezione da pneumococco e un'infezione da *Mycoplasma pneumoniae* (o della non impossibile associazione tra i due patogeni), al beta-lattamico va aggiunto un macrolide (azitromicina, vedi sopra, come prima scelta). La vancomicina o la clindamicina vanno date, in aggiunta al beta-lattamico, se il quadro radiologico suggerisce un'infezione da stafilococco. Le cefalosporine orali non sono raccomandate: sono tutte inferiori all'amoxicillina.

5. Come va seguito il paziente?

L'effetto della terapia deve essere evidente entro 48-72 ore. La durata del trattamento col maggior numero di studi è quella di 10 giorni. Ma trattamenti più brevi sono risultati altrettanto efficaci.

6. Empiema

Un'eventuale complicanza pleurica è suggerita dall'andamento clinico e dal reperto obiettivo, ma va confermata dalla radiologia, e, se non è sufficiente quella classica, anche dalla TAC.

Il versamento va analizzato per la qualità delle cellule e per il riconoscimento della natura dell'infezione, eventualmente con l'implementazione di test antigenici o della CRP. Se il versamento è modesto, il drenaggio non è indicato.



Se il liquido è abbondante e non saccato, il drenaggio è indicato e può essere sufficiente, mentre l'aggiunta di un fibrinolitico è efficace in presenza di aderenze.

7. Non risposta

Qui le indicazioni sono deboli, mirate all'individuazione del patogeno, con l'emocoltura fino alla biopsia del polmone.

8. Dimissione

Può essere dimesso il bambino che sta bene, che mangia, che ha ripreso l'attività, che ha avuto uno stabile decremento della febbre da almeno 12-24 ore, e che ha una stabile saturimetria > 90% in aria ambiente e che non ha più una sonda toracica, se questa gli era stata applicata.

Commento

È sembrato alla Rivista che la pubblicazione di queste autorevoli linee guida su un problema così corrente, e sovente sottoposto a iper-trattamenti, o anche a trattamenti discutibili, meritasse di essere ripresa su questa rubrica. Da "puristi" e da profeti del "fare meglio con meno" quali abbiamo deciso da tempo di essere, sottolineiamo alcuni punti chiave, banali fin che si vuole: l'amoxicillina come farmaco di prima scelta (ed eventualmente l'aggiunta di un macrolide per il sospetto di infezione da micoplasma) e il richiamo alla clinica.

Pur titubanti, e pur considerando che le frasi che seguono possano essere controproducenti, e a loro volta criticate, e nel timore di essere considerati un po' dei Bertoldo (o peggio dei Cacasenno) ci sembra però inevitabile porre qualche "distinguo".

Cominciamo col limite della polipnea. La polipnea è importante ed è male che i pediatri, spesso anche nel sospetto di una polmonite, si dimentichino di misurarla. La polipnea è l'indice più sensibile di polmonite. Nella nostra esperienza, e anche in quella della letteratura, se non c'è polipnea, non c'è neanche polmonite; o se c'è, è così piccola, così poco invasiva che quasi non si vede, che ancora non esiste: a noi sembra che i limiti indicati (che sono i limiti superiori della normalità) non siano indicativi di un VERO distress respiratorio. Non quindi di un'indicazione formale al ricovero, anche se certamente indicativi di un alto sospetto di polmonite. Comunque, contatteli, contatteli gli atti respiratori, e introduceteli nella vostra routine.

Invece "difficilmente accettabile", anche perché si fa fatica a trovarla in commercio, ci sembra la raccomandazione di usare la penicillina G per i casi ricoverati: "purismo forzato", rischio di complicità (anafilassi), rischio di resistenza (entrambi molto superiori a quelli dell'amoxicillina e dall'ampicillina), necessità di terapia intravenosa: IMPOSSIBILE PRENDERLA IN SERIA CONSIDERAZIONE.

Nemmeno ci sembra accettabile l'idea che i casi ricoverati, per quanto più gravi dei casi trattati a domicilio, vadano trattati per forza per via parenterale. Al pari del

l'infezione urinaria (non meno severa e collocata in una sede molto meno direttamente irrorata che non il circolo polmonare), anche per la polmonite non complicata si è largamente dimostrato che non c'è differenza di efficacia tra la terapia antibiotica orale e quella parenterale. Nemmeno sembra giustificata in un paziente acuto, sia pure non ricoverato, la scelta delle due dosi giornaliere di amoxicillina, anche se il dosaggio elevato conferisce una relativa tranquillità a questa scelta (di comodo?); quanto alla scelta di dare invece 45 mg/kg/die in tre dosi, ci sembra eccessivamente orientata al risparmio, senza tener conto della relativa frequenza di resistenze intermedie. In ultima analisi, senza pretendere di avere l'autorevolezza della società statunitense per le malattie infettive, continuiamo a ritenere più ragionevole e prudente, senza essere sprecona, la dose di 90 mg/kg somministrata in tre volte.

Sull'utilizzo di un antivirale (sono nominati soltanto l'amantadina e gli inibitori delle neuraminidasi) si fa più che evidente riferimento ai recenti, rari, eventi di insufficienza respiratoria grave dell'ultima epidemia (H1N1). Di regola, l'infezione virale (in particolare da VRS, da adenovirus, da virus influenzale e da virus parainfluenzale, senza dimenticare le eccezionalità, come la SARS, di buona memoria) non dà quadri clinici di distress respiratorio confondibili con quelli di una bronco-polmonite batterica. E, in effetti, non vengono presi in considerazione in questo contesto.

Ancora, l'attesa di 48-72 ore per valutare l'effetto della terapia (o per preoccuparsi di una sua mancata efficacia) ci sembra eccessiva, se non imprudente. La regola, in TUTTI I CASI a suo tempo ricoverati e a suo tempo rivisti in uno studio ad hoc sui ricoverati nella Clinica Pediatrica di Trieste (roba di vent'anni fa, adesso non se ne ricoverano più, restano ventiquattr'ore in PS), era lo sfebbramento, o almeno la franca flessione della curva termica nel giro di 24 ore. E poi la febbre non è mica tutto: c'è lo stato generale, la frequenza respiratoria, cose su cui l'uccisione del pneumococco (che si verifica "subito", con l'arrivo, massiccio, del beta-lattamico) ha un pronto effetto. Noi diremmo che, se il paziente non migliora francamente in 24-48 ore al massimo, la strategia terapeutica, e la radiologia del torace, vanno OBBLIGATORIAMENTE riviste.

E poi, ma non vorremmo essere accusati di far troppo la punta "alle matite", ci sembra che PER L'EMPIEMA non si dovrebbe trascurare il ruolo diagnostico (complementare, ma da fare in ogni caso) oltre che della TAC (di più rara indicazione), dell'ecografia, che ci informa puntualmente sulla qualità dell'essudato, più o meno corpuscolato.

Infine, la durata del trattamento: dieci giorni. Chissà perché. Mentre le stesse linee guida aggiungono che "trattamenti più brevi sono altrettanto efficaci".

Ecco tutto. Vi preghiamo di scusarci; e di confrontare la vostra esperienza con quella statunitense, e con la nostra.