



# POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITÀ

?

## Definizione

Patologia acuta che interessa i polmoni. Si presenta generalmente con tosse, espettorato, tachipnea e dispnea con infiltrato polmonare di nuova insorgenza o in peggioramento alla radiografia del torace



## Diagnosi

### Manifestazione clinica

- Tosse di nuova insorgenza (< 2 settimane) o in peggioramento con febbre ( $\geq 38$  °C), dispnea, tachipnea, ridotta saturazione di ossigeno, crepitii, cianosi, *grunting*, alitamento delle pinne nasali, pallore
- Incremento della frequenza respiratoria per età e/o presenza di segni di distress respiratorio (rientramenti toracici)
- Controllare l'ipossia misurata con saturimetro, se disponibile
- I bambini con rinorrea e tosse e senza segni di gravità di solito non hanno la polmonite e non dovrebbero ricevere un antibiotico

### Test microbiologici casi lievi

- Di solito non necessari

### Test microbiologici casi gravi

- Emocolture (per guidare il trattamento antimicrobico)
- Considerare in ambito ospedaliero l'esecuzione di tampone rinofaringeo per ricerca di virus (incluso SARS-CoV-2)

### Altri test di laboratorio

Nessun test differenzia chiaramente la polmonite acquisita in comunità (CAP) virale o batterica

**Considerare:** emocromo completo e proteina C-reattiva

**Nota:** i test dipendono dalla disponibilità e dalla gravità clinica (es. l'emogasanalisi deve essere eseguita solo in casi gravi)

### Imaging

- Non necessari nei casi lievi
- Rx o ecografia del torace sono utili nei casi moderati/severi per valutare presenza consolidamento lobare o versamento pleurico
- L'aspetto radiologico non può essere utilizzato per prevedere con precisione l'agente patogeno

### Analisi per la tubercolosi (TB)

- Considerare analisi specifiche per la tubercolosi in presenza di una storia, anche sospetta, di contatto con caso di tubercolosi (in relazione anche a provenienza da area geografica a rischio), o in caso di persistenza dei sintomi respiratori
- Un test molecolare rapido eseguito su un singolo campione di espettorato è attualmente il test diagnostico di prima linea preferito per TB polmonare e per rilevare la resistenza alla rifampicina



### Agenti patogeni più probabili

#### Batteri "tipici"

- *Streptococcus pneumoniae*  
Più comune causa di CAP dopo la prima settimana di vita
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Staphylococcus aureus*
- *Enterobacterales*

#### Patogeni "atipici"

(più frequenti nei bambini > 5 anni)

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydomphila pneumoniae*

#### Virus respiratori

- Virus respiratorio sinciziale (VRS)
- Influenza virus (A e B)
- Metapneumovirus
- Virus parainfluenzale
- Coronavirus (compreso SARS-CoV-2)
- Adenovirus
- Rhinovirus
- Altri virus respiratori



### Valutazione della gravità e considerazioni

#### Bambini con polmonite non grave

Osservazione domiciliare e terapia antibiotica con amoxicillina

La polmonite viene diagnosticata in presenza di:

- Tachipnea (frequenza respiratoria, FR >50 atti respiratori/minuto nei bambini tra 2-11 mesi; FR >40 atti respiratori/minuto nei bambini tra 1 e 5 anni)
- Segni di distress respiratorio (rientramenti toracici)

#### Bambini con polmonite grave (o che non tollerano la terapia orale)

Ricovero in ospedale e trattamento con antibiotici per via endovenosa

La polmonite grave viene diagnosticata con:

- Tosse o dispnea più uno dei seguenti:
  - Saturazione di ossigeno <90%
  - Cianosi centrale
  - Grave distress respiratorio (es. grunting o severi rientramenti toracici)
- Segni di polmonite con almeno uno tra:
  - Incapacità di alimentarsi
  - Vomito persistente
  - Convulsioni
  - Letargia o ridotto livello di coscienza
  - Grave distress respiratorio



### Tattamento casi lievi e moderati

I dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale.

Trattare per 5 giorni

Amoxicillina 80-90 mg/kg/die in 3 dosi  
**ORALE.**



## **Trattamento casi gravi**

Vedi "Valutazione di gravità e Considerazioni per la diagnosi dei casi gravi"

I dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale

### **Durata del trattamento**

- Trattare per 5 giorni
- Considerare un trattamento più lungo e ricercare complicanze come empiema se paziente non clinicamente stabile al 5° giorno di terapia

### **Prima scelta**

Ampicillina 150-200 mg/kg/die in 3 dosi EV

————— OPPURE —————

Ceftriaxone 80-100 mg/kg/die, singola dose EV in caso di precedente trattamento con amoxicillina a domicilio e non risposta e nei non vaccinati

————— OPPURE —————

Cefotaxime 150 mg/kg/die, in 3 dosi EV in caso di precedente trattamento con amoxicillina a domicilio e non risposta e nei non vaccinati

————— SE ETÀ <1 MESE —————

Ampicillina 150-200 mg/kg/die in 2 dosi EV

— IN ASSOCIAZIONE CON —

Gentamicina 5 mg/kg/dose q24h EV

### **Seconda scelta: Se NON risposta clinica a prima scelta dopo 48-72 ore**

Ceftriaxone 80-100 mg/kg/die, singola dose EV

————— OPPURE —————

Cefotaxime 150 mg/kg/die, in 3 dosi EV

— IN ASSOCIAZIONE CON —

Clindamicina 45 mg/kg/die, in 3 dosi EV

————— OPPURE —————

Vancomicina 45 mg/kg/die, in 3-4 dosi EV

## **Maggiori informazioni**

*Nota introdotta da AIFA*

- Nei test diagnostici si include, per i pazienti ospedalizzati o in osservazione temporanea (OBI), la ricerca di virus mediante tampone nasofaringeo che può aumentare l'accuratezza diagnostica (diagnosi differenziale tra forme batteriche e forme virali) e ridurre l'utilizzo di terapia antibiotica nei casi di polmonite virale
- Nelle opzioni di diagnostica per immagini si include l'ecografia del torace perché presenta una buona accuratezza diagnostica nella CAP e soprattutto è necessaria nei casi gravi o con non risposta adeguata alla terapia per documentare eventuale versamento pleurico
- Per le forme che richiedono la terapia parenterale, fatta eccezione per le forme nel neonato, non si consiglia l'associazione amoxicillina o ampicillina + gentamicina, ma l'uso di una sola molecola di penicillina (ampicillina) in monoterapia o della cefalosporina
- La benzilpenicillina non è in uso in Italia
- La dose degli antibiotici è stata riportata in mg/kg e non per fasce di età in quanto ritenuta più precisa
- Nelle forme lievi o moderate di CAP la durata della terapia è stata uniformata a 5 giorni (rispetto all'opzione di 3 giorni) in quanto meglio rispondente a quelle che sono le evidenze dei lavori di revisione della letteratura
- La somministrazione dell'amoxicillina è consigliata in 3 dosi die (e non in 2) in quanto ritenuta maggiormente in grado di mantenere la concentrazione minima inibente (MIC) plasmatica del principio attivo
- I macrolidi non dovrebbero essere utilizzati come antibiotici di prima scelta nei casi di CAP. Vanno presi in considerazione se non c'è una chiara risposta alla terapia di prima linea con amoxicillina (una volta considerate ed escluse le complicanze) o quando si ha una ragionevole probabilità (per età, per caratteristiche epidemiologiche e cliniche) di trovarsi di fronte a una infezione da *Mycoplasma pneumoniae* o a una possibile coinfezione
- Nelle forme gravi non responsive al trattamento di prima linea va considerata la presenza di versamento pleurico/polmonite necrotizzante ed è consigliata l'associazione di una cefalosporina EV con un antibiotico EV anti-*Staphylococcus* (clindamicina o vancomicina)