



Il corretto uso dei farmaci antibiotici: una sfida per lo specialista pneumologo

Le infezioni delle vie respiratorie rappresentano ancora un problema di comune riscontro per il medico specialista in pneumologia e terapia intensiva. Queste infezioni sono principalmente rappresentate da bronchite acuta e da polmonite, e siamo frequentemente indotti a decidere se utilizzare una terapia antibiotica e, in caso affermativo, di che tipo. Esistono Linee Guida per il trattamento di queste infezioni, che possono essere di grande aiuto principalmente per la stratificazione dei pazienti sulla base della patologia acuta e delle co-morbidità, il che consente di prevedere quale potrà essere la più verosimile etiologia e, di conseguenza, orientare nella terapia. Inoltre, è di grande ausilio la conoscenza delle peculiarità microbiologiche delle singole realtà ospedaliere e/o territoriali, nonché della sensibilità dei germi ai trattamenti antibiotici. Queste informazioni, infatti, consentono un'interpretazione "personalizzata" delle indicazioni presenti nelle Linee Guida.

Quando viene prescritta una terapia antibiotica per il trattamento delle infezioni delle vie respiratorie, dobbiamo necessariamente affrontare due problemi spesso contrapposti. Innanzitutto, come si può essere ragionevolmente sicuri di utilizzare la terapia più adeguata, in considerazione del fatto che spesso devono essere prescritti più antibiotici ad ampio spettro? In secondo luogo, come razionalizzare l'impiego degli antibiotici al fine di evitare la insorgenza di antibiotico-resistenza? Una prima strategia può essere rappresentata dal miglioramento della nostra capacità diagnostica, in modo da limitare l'uso degli antibiotici esclusivamente per quei pazienti con diagnosi accertata di infezione. Tuttavia, tale atteggiamento potrebbe causare un ritardo nella prescrizione di farmaci potenzialmente "salvavita".

Un'alternativa potrebbe essere costituita dalla cosiddetta terapia "a scalare", che incoraggia l'uso di antibioticoterapia ad ampio spettro per pazienti di primo accertamento e gravemente ammalati, con la ragionevole certezza di coprire i patogeni potenzial-

mente coinvolti, compresi eventuali ceppi resistenti. Contemporaneamente, al momento dell'acquisizione di ulteriori dati clinici e batteriologici, viene eseguita una rivalutazione della terapia, con la scelta di un approccio più mirato, fino alla sospensione della terapia in quei pazienti con risoluzione clinica completa. Questi concetti si sono dimostrati particolarmente validi in pazienti affetti da polmoniti nosocomiali, ma potrebbero essere applicati a pazienti con qualsiasi tipo di infezione.

In conclusione, in qualità di specialisti in malattie dell'apparato respiratorio, tutti noi siamo tenuti a curare in maniera adeguata in nostri pazienti, quando impegnati nel trattamento antibiotico.

*Michael S. Niederman, M.D.
Professor of Medicine
SUNY at Stony Brook
Chairman, Department of Medicine
Winthrop-University Hospital
Mineola, NY 11501*

Corrispondenza: 222 Station Plaza N., Suite 509, Mineola, NY 11501; e-mail: mniederman@winthrop.org

Le polmoniti acquisite in comunità: il ruolo del medico di medicina generale

Le infezioni del tratto respiratorio inferiore in genere e in particolare le polmoniti batteriche acquisite in comunità (CAP) sono una delle principali cause di morbosità e mortalità a livello mondiale. Il rapporto ufficiale dell'OMS per l'anno 2000 riferisce che su oltre 50 milioni di decessi registrati in tutto il mondo nel 1999, circa un terzo sono stati causati da malattie infettive e parassitarie¹. Tra le malattie infettive, la prima causa di morte è rappresentata dalle infezioni del tratto respiratorio inferiore (3,7 milioni), seguita dalla tubercolosi (2,9 milioni) e dalle infezioni intestinali (2,5 milioni).

L'interesse della medicina generale per la CAP è aumentato in questi ultimi anni principalmente a causa del loro carattere relativamente benigno e della disponibilità di antibiotici di provata efficacia. Per esempio, in Gran Bretagna esse rappresentano il 6% di tutte le consultazioni di medicina generale². Un recente studio condotto in Italia dimostra che anche in questo Paese una certa quota di pazienti con polmonite è gestita direttamente e con successo dai medici di famiglia³. Parallelamente, la fisionomia della CAP è cambiata in maniera sostanziale nel corso degli ultimi 10-20 anni. Le novità più importanti di questo settore riguardano l'eziologia. È di questi ultimi anni, infatti, l'emergenza di patogeni respiratori considerati fino a poco tempo fa di scarsa importanza o perfino sconosciuti. Si pensi, ad esempio, alla *Legionella pneumophila*, alla *Pneumocystis carinii*, o alla polmonite da *Mycoplasma* e da *Chlamydia*, e, più recentemente, all'epidemia di S.A.R.S. (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), una polmonite ad eziologia non nota, probabilmente virale, e ad elevata letalità, verificatasi nel Sud-Est Asiatico circa dieci settimane fa e tuttora in corso⁴. Inoltre, la segnalazione del progressivo aumento di ceppi batterici resistenti ha messo in crisi l'affidabilità della scelta empirica dell'antibiotico determinando un dilagante sentimento di insicurezza tra i medici chiamati a operare questa scelta ed enfatizzando la necessità di isolare i germi patogeni e di saggiarne la suscettibilità agli antibiotici in vitro^{5,6}. Contemporaneamente, numerose linee guida sulla diagnosi e il trattamento della CAP sono state prodotte in molti Paesi industrializzati al fine di ridurre la variabilità dei medici nell'approccio a questa malattia fornendo loro i mezzi necessari per una valutazione più oggettiva e per una maggiore uniformità di comportamenti⁷. Molte di queste linee guida sottolineano la necessità della scelta empirica del trattamento e di un approccio terapeutico diversificato fondato sulla gravità del quadro clinico^{7,8}. Benché non vi sia ancora una definizione di CAP grave universalmente accettata, è stato tentato di fissare i criteri per la formulazione di un giudizio prognostico e per la necessità di ospedalizzazione^{9,10}.

Recentemente è stato osservato che nei pazienti con CAP più giovani e senza comorbidità prevale l'eziologia batterica di tipo "non pneumococcico" mentre in quelli con età superiore a 65 anni che sono affetti da altre malattie croniche concomitanti avviene esattamente il contrario. Molto spesso, inoltre, in questi pazienti l'eziologia "pneumococcica" e quella "non pneumococcica" non coincidono con i tradizionali quadri clinico-radiologici con i quali si suole distinguere le polmoniti "atipiche" dalle "classiche" polmoniti batteriche. Pertanto, in assenza di informazioni microbiologiche la scelta empirica del

trattamento antibiotico dovrebbe essere guidata dall'associazione tra età e comorbidità del paziente e la probabile eziologia, piuttosto che sul più tradizionale ma incerto approccio di tipo sindromico, oltre che dalle caratteristiche farmacocinetiche dell'antibiotico^{11,12}. I medici di medicina generale sono chiamati a svolgere un ruolo chiave nella gestione dei pazienti con CAP^{13,14}. Superata la fase della diagnosi, il loro compito è quello di valutare la gravità del quadro clinico e il rischio di mortalità e, conseguentemente, decidere se ospedalizzare il paziente o trattarlo a domicilio facendosi carico di scegliere il trattamento e di effettuare un adeguato follow-up^{8,12-14}. Gli incentivi, non solo economici, della non-ospedalizzazione sono considerevoli¹³. In questo contesto il ruolo maggiore dello pneumologo, a cui spetta la competenza di confermare la gravità e di valutare il grado di compromissione della funzione respiratoria, consiste nell'integrazione del giudizio formulato dal medico di medicina generale e nel fornire una valida assistenza alla gestione dei pazienti più gravi.

*Giuseppe U. Di Maria, MD, FCCP
Dipartimento di Medicina Interna e
Medicina Specialistica (Malattie Respiratorie),
Università di Catania*

*Mario Cazzola, MD, FCCP
Dipartimento di Medicina Respiratoria, Unità
Operativa di Pneumologia e Allergologia, Ospedale
Cardarelli, Napoli*

BIBLIOGRAFIA

- 1 WHO. The world health report 2000. World Health Organization, Geneva 2000
- 2 OPCS. Morbidity statistics from general practice. Fourth National Study 1991-1992. London, HMO 1995
- 3 Viegi G, Pistelli R, Falcone F, Cazzola M, Cerveri I, Di Maria GU, Rossi A, DeBernardi B. Risultati preliminari dell'indagine epidemiologica italiana sulle polmoniti acquisite in comunità (EPI-CAP99). *Rass. Patol. App. Respir.* 2000; 15:361-374
- 4 CDC. Interim travel advisory: Acute respiratory syndrome, multi-country outbreak. http://www.cdc.gov/travel/other/acute_resp_syn_multi.htm
- 5 Gold HS, Moellering RC. Antimicrobial - Drug Resistance. *N. Engl. J. Med.* 1996; 19: 1445-1453
- 6 Reacher MH, Shah A, Livermore DM, Wale MCJ, Graham C, Johnson AP, Heine H, Monnickendam MA, Barker KF, James D, George RC. Bacteremia and antibiotic resistance of its pathogens reported in England and Wales between 1990 and 1998: trend analysis. *BMJ* 2000; 320:213-216
- 7 Cazzola M, Blasi F. Valutazione critica delle linee guida per il trattamento delle infezioni batteriche a carico del tratto respiratorio inferiore. *Rass. Patol. App. Respir.* 1999; 14: 215-229
- 8 Cazzola M, Blasi F, Allegra L. Critical evaluations of guidelines for the treatment of lower respiratory tract bacterial infections. *Respir. Med.* 2001; 95:95-108

- 9 Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, Coley CM, Marrie TJ, Kapoor WM. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 1997; 336:243-250
- 10 Ewig S, Schafer H, Torres A. Severity assessment in community-acquired pneumonia. *Eur. Respir. J.* 2000; 16:1193-1201
- 11 Ruiz M, Ewig S, Marcos MA, Martinez JA, Arancibia F, Mensa J, Torres A. Etiology of community-acquired pneumonia: Impact of age, comorbidity, and severity. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999; 160:397-405
- 12 Wise R. Clinical efficacy and antimicrobial pharmacodynamics. *Hosp. Med.* 2000; 61:1-7
- 13 Fine MJ, Chowdry T, Ketema A. Outpatient management of community-acquired pneumonia. *Hosp. Pract.* 1998; June 15:123-133
- 14 Farber MO. Managing community-acquired pneumonia. *Postgrad. Med.* 1999; 105:106-114