

Pulmonary Perspectives

Nuove Linee guida IDSA/ATS per la polmonite acquisita in comunità

Sono state recentemente pubblicate le nuove linee guida di consenso Infectious Diseases Society of America (IDSA)/American Thoracic Society per la polmonite acquisita in comunità (CAP) (Mandell et al. *Clin Infect Dis* 2007; 44 [suppl]:S27) e sono disponibili online su www.thoracic.org/sections/publications/statements/pages/mtpi/idsaats-cap.html. Uno dei principali vantaggi di questo gruppo di linee guida è che esso rappresenta il consenso di entrambe le società e supera alcune differenze reali e percepite delle precedenti versioni indipendenti delle società.

Parecchi aspetti delle nuove linee guida sono unici e rappresentano un cambiamento significativo dalle precedenti linee guida. Una novità è il formato delle raccomandazioni. Ora, è presente non solo la classificazione dell'evidenza scientifica, ma anche una valutazione della forza di ognuna delle raccomandazioni. Le nuove linee guida sono organizzate attorno alla decisione critica del ricovero. Hanno valore nella decisione di quali pazienti devono essere trattati in sicurezza fuori dall'ospedale sia il Pneumonia Severity Index (PSI) che il punteggio CURB-65 [confusione, uremia, frequenza respiratoria, pressione arteriosa (Blood Pressure), ed età > 65 anni] della British Thoracic Society. Tuttavia, sia lo PSI che il CURB-65 devono essere integrati con ulteriori notizie cliniche, come la capacità di alimentarsi per via orale, l'affidabilità nel prendere i farmaci, il ritorno a controllo se la condizione peggiora, e condizioni mediche concomitanti instabili.

Cambiano in maniera significativa nelle linee guida i criteri di CAP grave, che richiede il ricovero iniziale in ICU. Il comitato delle linee guida ha creduto che nessuno dei precedenti criteri per il ricovero in ICU fosse utile per prendere una decisione, specialmente se il paziente non veniva intubato o non aveva ricevuto vasopressori al PS. Di conseguenza, è stato elaborato un nuovo gruppo di nove criteri minori (vedi la lista dei criteri). Se un paziente presenta tre o più dei criteri minori, dovrebbe essere considerato il ricovero in ICU, anche se il paziente non è intubato o non sta ricevendo vasopressori – criteri maggiori che meriterebbero automaticamente il ricovero in ICU. Questo nuovo gruppo di criteri minori necessita di una validazione prospettica. Lo scopo dei nuovi criteri è tentare di identificare i pazienti che vengono inizialmente ricoverati in un reparto di medicina generale, ma che poi richiedono il trasferimento in ICU entro 24 h dal ricovero per ipotensione o insufficienza respiratoria.

Raccomandazioni sull'approfondimento con test diagnostici per stabilire l'eziologia microbica sono state formulate in base al luogo di cura scelto. I pazienti non in ospedale dovrebbero essere trattati empiricamente nella maggior parte delle circostanze. Al contrario, i pazienti con CAP grave che richiedono il ricovero in ICU dovrebbero essere sottoposti ad un esteso lavoro diagnostico. Non solo i risultati dei test diagnostici sono con maggiore probabilità positivi nei pazienti con CAP grave, ma vi è un'aumentata probabilità che la causa della CAP sia un microrganismo non coperto dalla solita terapia empirica. Per i pazienti ricoverati in ambienti non-ICU, i test

Dr. Gene L. Colice, FCCP
Editor, Pulmonary Perspectives

diagnostici non vengono raccomandati nella routine ma dovrebbero essere effettuati selettivamente in una varietà di condizioni predisponenti (vedi la lista delle indicazioni). Un esempio è il tentativo di ottenere un campione di espettorato in un paziente con BPCO grave e tosse produttiva, a causa dell'aumentato rischio di infezione con *Pseudomonas aeruginosa* come eziologia della CAP. Le linee guida incoraggiano anche l'utilizzo di test rapidi di antigeni urinari per *Legionella pneumophila* e *Streptococcus pneumoniae* in pazienti con CAP grave. Le colture vengono anche raccomandate nei casi di positività degli antigeni urinari a causa delle implicazioni epidemiologiche dell'infezione da *Legionella* (per stabilire se parte del cluster richiede colture positive) e del quadro di resistenza antibiotica per pneumococco.

Criteri minori di CAP grave

Il ricovero in ICU dovrebbe essere preso in considerazione se i pazienti con CAP presentano tre o più dei seguenti criteri:

- ▶ Frequenza respiratoria ≥ 30 atti/minuto
- ▶ Ipotermia (temperatura interna $< 36^{\circ}\text{C}$)
- ▶ Ipotensione che richiede una reintegrazione aggressiva dei liquidi
- ▶ Confusione/disorientamento
- ▶ Infiltrati multilobari
- ▶ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$
- ▶ Uremia (BUN > 20 mg/dL)
- ▶ Leucopenia (conta globuli bianchi < 4000 cellule/ μL)
- ▶ Trombocitopenia (conta piastrinica < 100000 cellule/ mm^3)

I regimi antibiotici raccomandati non sono cambiati in maniera significativa. Una delle aree controverse è la necessità di una terapia di associazione basata sulle cefalosporine nei pazienti con CAP grave. Mi risulta che solo uno studio abbia affrontato questo problema. Lo studio ha escluso pazienti con shock ma ha incluso pazienti con insufficienza respiratoria. Vi era un trend verso esiti peggiori quando veniva impiegata una monoterapia con fluorchinolone nei pazienti con insufficienza respiratoria. Questo ha suggerito che

le precedenti raccomandazioni di entrambe le società, in base alle quali la terapia di associazione dovrebbe essere data a tutti i pazienti con CAP grave, dovevano essere mantenute. La terapia iniziale di associazione era anche raccomandata nei pazienti con possibile CAP batteriemia da *S pneumoniae*, in base a parecchi studi osservazionali prospettici ed analisi retrospettive. Vengono offerte in ogni gruppo di pazienti con CAP parecchie opzioni per il trattamento, dato che una delle enfasi principali delle linee guida è di evitare l'utilizzo di un antibiotico che era già stato prescritto al paziente.

La precedente decisione (in altre linee guida di entrambe le società) di raggruppare la pol-

Indicazioni cliniche per un esteso approfondimento diagnostico

1. CAP grave (BC, ETA, Sp, PUA, LUA, possibilmente BAL)
2. Fallimento della terapia non ospedaliera (Sp, LUA, PUA)
3. Infiltrati cavitari (BC, Sp, colture di miceti e tubercolosi)
4. Leucopenia (BC, PUA)
5. Abuso attivo di alcol (BC, Sp, LUA, PUA)
6. Epatopatia cronica (BC, PUA)
7. BPCO grave/malattia strutturale polmonare (Sp)
8. Asplenia (BC, PUA)
9. Viaggio recente (entro 2 settimane) (LUA)
10. Versamento pleurico (BC, Sp, LUA, PUA, coltura del liquido pleurico [PUA e LUA possono essere ricercati sul liquido pleurico])
11. Antigene urinario di *Legionella* positivo (Sp)
12. Antigene urinario di *Pneumococco* positivo (BC, Sp)

BAL = lavaggio bronco alveolare, sia broncoscopico che non broncoscopico; BC = emocoltura; ETA = coltura dell'aspirato endotracheale; LUA = antigene urinario di *Legionella*; PUA = antigene urinario pneumococcico; Sp = coltura dell'espettorato

monite associata al sistema sanitario (HCAP), riscontrata particolarmente nei pazienti delle case di cura, con la polmonite acquisita in ospedale ha reso la raccomandazione dell'antibiotico leggermente più semplice in base alla definizione di CAP. Sebbene la *P aeruginosa* causi la tipica CAP, la sua frequenza è significativamente minore se vengono esclusi i pazienti con HCAP. Il principale fattore di rischio è la patologia polmonare strutturale, come la BPCO grave. Le nuove linee guida riconoscono che la CAP da *P aeruginosa* può essere comune quanto nei pazienti ricoverati in ambienti non ICU quanto nei pazienti nell'ICU.

Di converso, il ruolo dello *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA) non si è ridotto quando venivano esclusi i pazienti con HCAP. La principale preoccupazione è la comparsa di un ceppo comunitario nell'ambito di molte grandi città. Questa forma di MRSA acquisita in comunità (CA-MRSA) è spesso associata con la produzione di tossine ed una conseguente polmonite necrotizzante. La vancomicina e il linezolid sono indicati come trattamenti raccomandati, sebbene esistano pochi dati sulla loro efficacia nel ceppo di CA-MRSA. Tutte le pubblicazioni fino ad ora suggeriscono che la CAP CA-MRSA sia una polmonite grave, che di solito richiede il ricovero in ICU. Sangue, liquido pleurico, e/o colture del tratto respiratorio positive sono la regola. La copertura empirica della MRSA dovrebbe, di conseguenza, essere limitata ad ospedali con CA-MRSA nota nella comunità ed essere interrotta quando le colture per MRSA ritornano negative.

Le nuove linee guida di consenso sono state anche le prime ad affrontare il trattamento non antibiotico della CAP. L'evidenza più forte è l'uso della ventilazione non invasiva nei pazienti che non sono gravemente ipossiemici e/o stanno sviluppando l'ARDS. Un'analisi di un sottogruppo di studi più grandi suggerisce che dovrebbe essere considerata la ventilazione a basso volume corrente nei pazienti con ARDS indotta da CAP e l'impiego della drotrecogina alfa attivata per le CAP gravi.

Le nuove linee guida di consenso sono costruite sul lavoro precedente dei membri dell'IDSA e dell'ATS. Non solo si è evoluta la

scienza della creazione delle linee guida, ma le informazioni sulla gestione della CAP si stanno costantemente espandendo. La sindrome respiratoria acuta grave (SARS) non viene discussa in queste linee guida; tuttavia, vengono trattate l'influenza aviaria e la CA-MRSA. Nel riconoscere la necessità di ulteriori studi prospettici per affrontare le aree controverse e l'antibiotico-resistenza sempre variabile, entrambe le società sono intenzionate ad aggiornare regolarmente queste linee guida.

*Dr. Richard G. Wunderink, FCCP
Feinberg School of Medicine,
Division of Pulmonary and Critical Care
Northwestern University
Chicago, IL*

Editor's insight

Il Dott. Wunderink fornisce una splendida panoramica su aspetti unici della versione più recente delle linee guida sulla CAP.

*Oltre a presentare un documento unificato che rappresenta sia l'IDSA che l'ATS, le linee guida costituiscono importanti passi avanti in aree come la classificazione di gravità (cioè, Quale paziente ha una CAP grave?), il riconoscimento di patogeni atipici (cioè, Il paziente è infetto da *P aeruginosa* o MRSA?), e trattamenti non antibiotici (cioè, Un paziente dovrebbe ricevere drotrecogina alfa attivata o la ventilazione non invasiva a pressione positiva intermittente?) Per i clinici, i commenti del Dott. Wunderink rappresentano uno strumento per orientarsi nelle nuove linee guida.*

Deputy Editor

*PNEUMORAMA offre ai suoi lettori *Pulmonary Perspectives* tratto dal numero di settembre 2007 di **CHEST Physicians**, pubblicazione mensile dell'American College of Chest Physicians.*

Traduzione a cura di Stefano Picciolo