

LINEE GUIDA

Valutazione della PCR nel sospetto di polmonite

Patrizia Lattuada

Nel setting dell'assistenza primaria la valutazione della proteina C-reattiva può essere di supporto nei casi di sospetta polmonite e per decidere quindi se sia necessario o meno il trattamento con antibiotici. Il consiglio è contenuto nelle prime linee guida sulla polmonite del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del dicembre 2014.

Nelle linee guida il NICE raccomanda di prendere in considerazione l'esecuzione del test della proteina C-reattiva per i pazienti che si presentano all'assistenza primaria con sintomi di infezione del tratto respiratorio inferiore.

Il test dovrebbe essere effettuato se dopo valutazione clinica non sia stata posta diagnosi certa di polmonite e non sia chiaro se vadano prescritti o meno gli antibiotici.

Per guidare la prescrizione antibiotica nei pazienti senza diagnosi clinica di polmonite i risultati andrebbero così utilizzati:

- concentrazione di PCR inferiore a 20 mg/L: sconsigliata antibiotico-terapia;
- concentrazione di PCR compresa

tra 20 mg/L e 100 mg/L: considerare l'antibiotico-terapia solo in caso di peggioramento dei sintomi;

- concentrazione di PCR superiore a 100 mg/L: la terapia antibiotica è appropriata.

Michael Moore, autorevole membro del "Gruppo per lo sviluppo delle linee guida" contestualmente alla pubblicazione ha dichiarato: "Con la crescente preoccupazione per la resistenza agli antibiotici, il test PCR è un importante strumento che può aiutare i medici a ridurre la prescrizione di antibiotici, garantendo comunque ai pazienti il miglior trattamento possibile".

Polmonite acquisita in comunità (CAP)

La scelta del luogo di cura (domicilio o setting ospedaliero) è la prima e più importante decisione che il medico di medicina generale deve assumere nei confronti del paziente con polmonite acquisita in comunità.

A questo proposito il NICE riserva una sezione delle linee guida sulla valutazione di gravità della CAP nelle cure primarie, raccomandando l'utilizzo del punteggio CRB65

per determinare se i pazienti sono a basso, medio o alto rischio di morte e dunque se necessitino di ospedalizzazione.

Punteggio CRB65

Calcolare 1 punto per ciascuna delle seguenti caratteristiche prognostiche:

- confusione;
- tachipnea (30 respiri/min o più);
- ipotensione (diastolica 60 mmHg o meno, o sistolica inferiore a 90 mmHg);

- età ≥ 65 anni;

Sulla base del risultato i pazienti possono essere stratificati per rischio di morte:

- 0: rischio basso (meno dell'1% del rischio);
- 1 o 2: rischio intermedio (1-10% del rischio);
- 3 o 4: alto rischio (rischio più del 10%).

Per consultare il testo integrale "Pneumonia: diagnosis and management of community and hospital-acquired pneumonia in adult": www.nice.org.uk/guidance/cg191

Bibliografia

- Chalmers JD et al. Validation of the Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society minor criteria for intensive care unit admission in community-acquired pneumonia patients without major criteria or contraindications to intensive care unit care. *Clin Infect Dis* 2011; 53: 503-11.
- Lim WS et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58: 377-82.