



Infezioni respiratorie negli adulti

1. Faringite

Epidemiologia: uno dei motivi più comuni di consulto del medico di famiglia e di assenza dal lavoro. Negli adulti, 2-3 volte l'anno e solitamente di tipo virale.

Problema: terapia antibiotica non necessaria per le infezioni virali.

Eziologia: per lo più virale, solo in circa il 25% dei casi batterica, in particolare *Streptococcus pyogenes* = streptococchi di gruppo A (SGA)

Diagnostica: clinica e microbiologica

- score clinico (Centor score): Un punto per ogni criterio presente:
 - 1) assenza di tosse, 2) essudato sulle tonsille, 3) febbre in anamnesi, 4) linfonodi cervicali sensibili alla pressione
- Test SGA rapido con tampone faringeo (in presenza di 3-4 criteri Centor)
- Coltura su tampone faringeo (in situazioni di focolaio o sospetta resistenza SGA)

Terapia (in caso di Centor score 3-4 e test SGA rapido positivo)

- Sintomatica (maggiore durata dei sintomi: insignificante; frequenza di contagio/ascesso/febbre reumatica: non maggiore rispetto al trattamento con antibiotici) **oppure**
- Terapia antibiotica: penicillina V 1 milione UI 3 volte/di o amoxicillina 500 mg p.o. 3 volte/di per 6 giorni

2. Polmonite acquisita in comunità (community acquired pneumonia, CAP)

Epidemiologia: la polmonite affligge ogni anno in Svizzera circa 65 000-82 000 adulti. È la più frequente causa di morte per infezione in Svizzera (6-10% di mortalità, 1% in pazienti ambulatoriali).

Problema: spesso terapia antibiotica combinata (betalattame + macrolide, es. amoxicillina + claritromicina) non necessaria o uso superfluo di chinoloni respiratori (moxifloxacina, levofloxacina), cioè antibiotici di riserva con efficacia ridotta sugli pneumococchi.

Eziologia: 50-70% dei casi senza rilevamento di patogeni; con rilevamento di patogeni: pneumococchi (*Streptococcus pneumoniae*) 30-50%, *Haemophilus influenzae* 10%, *Mycoplasma pneumoniae* 10%, *Legionella pneumophila* 5%, meno frequenti: *Staphylococcus aureus*, Enterobacterales, *Moraxella catarrhalis*, *Chlamydia pneumoniae*

Definizione di polmonite: sintomi (febbre, tosse, dispnea, tachipnea, dolore toracico, espettorato) + infiltrato nuovo

Gravità/criteri di ospedalizzazione (score CRB-65)

Parametro	Criteri CRB-65
Confusione/disturbo della coscienza (C onfusion)	Nuova manifestazione
Frequenza respiratoria (R espiratory rate)	≥30/min
Pressione sanguigna (B lood pressure)	Sistolica < 90 mm Hg o diastolica ≤60 mmg
Età	≥ 65 anni
Parametri aggiuntivi	<ul style="list-style-type: none">• Complicazioni (ad es. versamento pleurico)• Comorbilità instabili• Mancanza di assistenza domiciliare/ malcompliance• Saturazione di ossigeno (aria ambiente) < 90%

0-1 criteri: polmonite lieve -> terapia ambulatoriale

2-3 criteri: polmonite moderata, 4 criteri: polmonite grave -> terapia ospedaliera

Polmonite lieve, in regime ambulatoriale

1. Diagnostica microbiologica

- Screening HIV se non è noto un test negativo recente
- Diagnostica dei patogeni solitamente non necessaria
- Facoltativamente:
 - Coltura dell'espettorato
 - Antigene di legionella e pneumococco nelle urine
 - Multiplex PCR respiratorio nel tampone nasofaringeo, (contiene influenza A/B, RSV, SARS-CoV-2, adenovirus, rhinovirus/enterovirus, virus parainfluenzali 1-4, metapneumovirus umano, coronavirus, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*)
 - Score legionella (6 parametri: tosse secca, febbre > 39,4 °C, CRP > 187 mg/l, LDH ≥ 225 mmol/l, sodio < 133 mmol/l, trombociti < 171 G/l; esclusione della polmonite da legionella con meno di 2 parametri)
 - Quoziente CRP/procalcitonina (> 400 mg/μg indica polmonite da *Mycoplasma pneumoniae*)
 - Lavaggio broncoalveolare con coltura generale, multiplex PCR respiratorio e PCR *Legionella pneumophila*

2. Terapia empirica (senza rilevamento del patogeno)

- **Sintomatica (senza antibiotici):** se procalcitonina < 0,25 μg/l

- **Con antibiotici:**

Senza comorbidità: **amoxicillina 500-1000 mg p.o. 3 volte/di**

Con comorbidità (incl. BPCO): **amoxicillina-acido clavulanico 625-1000 mg p.o. 3 volte/di**

Allergia alla penicillina:

- reazioni allergiche di tipo immediato: **claritromicina 500 mg p.o. 2 volte/di** (o levofloxacina 500 mg p.o. 2 volte/di)
- reazioni allergiche di tipo ritardato: **cefuroxima 500 mg p.o. 2 volte/di**

Durata del trattamento: fino a 2-3 giorni dopo la scomparsa della febbre/stabilizzazione clinica, solitamente **5 giorni**; trattamento più breve (**3 giorni**) in caso di rapido miglioramento clinico o procalcitonina < 0,25 μg/l

3. Terapia specifica (in caso di rilevamento del patogeno)

- Influenza: oseltamivir 75 mg p.o. 2 volte/di per 5 giorni
- Legionelle: claritromicina o levofloxacina 500 mg p.o. 2 volte/di per 14 giorni
- Micoplasmici: doxiciclina 100 mg p.o. 2 volte/di per 10 giorni
- Pneumococchi: amoxicillina 500 mg p.o. 2 volte/di per 5 giorni
- Altri patogeni: secondo l'antibiogramma

Prevenzione

Vaccino antinfluenzale annuale:

in soggetti a maggior rischio di complicazioni (> 65 anni, donne in gravidanza e fino a 4 settimane dopo il parto, pazienti con malattie croniche, disturbi del sistema immunitario).

Vedere: <https://www.infovac.ch/it/vaccinazioni/per-le-malattie/influenza>

Vaccino anti-pneumococco (vaccino coniugato 13-valente Prevenar13® o 15-valente Vaxneuvance®):

nei pazienti a maggior rischio di malattia da pneumococco invasiva (malattie croniche, neoplasie, disturbi del sistema immunitario, trapianti, impianti cocleari, fratture della base cranica/malformazioni craniche).

Vedere: <https://www.infovac.ch/it/vaccinazioni/per-le-malattie/pneumococchi>



Ansprechpartner MEDISYN SA

Dr. med. Christina Orasch
FMH Medicina interna generale, FMH Infettivologia
christina.orasch@medisyn.ch
www.medisyn.ch