

La Polmonite acquisita in comunità

La **Polmonite** acquisita in comunità (CAP – *Community Acquired Pneumonia*) è una infezione del tessuto polmonare che viene contratta al di fuori dell'ambiente ospedaliero da un bambino precedentemente sano.



Definizioni

La CAP si distingue da:

- Broncopolmonite, in cui si osserva anche un interessamento delle vie aeree e del tessuto circostante;
- Polmonite complicata, per presenza di versamento pleurico, raccolte di pus, distruzione del tessuto (necrosi), pneumotorace o fistole.

Quali sono le cause?

Nei bambini al di sotto dei 2 anni fino all'80% dei casi sono di origine virale (soprattutto Virus Respiratorio Sinciziale - VRS, virus influenzali e parainfluenzali). Le CAP batteriche sono dovute principalmente allo *Streptococcus pneumoniae*, anche se l'incidenza si è notevolmente ridotta con l'introduzione del vaccino, che in Italia viene offerto gratuitamente a tutti i nuovi nati. Altri batteri responsabili sono i cosiddetti atipici (*Mycoplasma pneumoniae* e più raramente *Chlamydia pneumoniae*), soprattutto nei bambini più grandi.

Spesso però si hanno infezioni miste, di virus-batteri o con più virus contemporaneamente.

Quali sono i sintomi della Polmonite?

Essendo un'infezione, spesso l'esordio è con la febbre; in seguito si associano sintomi a carico dell'apparato respiratorio come respiro accelerato, tosse, difficoltà respiratoria e, talora, dolore toracico. Spesso ci sono anche sintomi a carico delle vie aeree superiori, come il raffreddore, mentre sono rari il dolore addominale, il vomito o la cefalea. Le polmoniti da *Mycoplasma* possono essere accompagnate da wheezing e sintomi generali.

Come si diagnostica?

Gli esami del sangue (emocromo e proteine di fase acuta) non sono necessari nelle forme non complicate e comunque non permettono di distinguere tra infezioni virali e batteriche.

Nelle forme gravi, possono essere utili insieme alla clinica per monitorare la risposta alla terapia. L'emocoltura viene eseguita nei bambini ricoverati; l'esame colturale su tampone nasofaringeo invece non è indicato perché spesso anche in soggetti sani si possono rilevare batteri causa di CAP (portatori sani). In caso di sospetta infezione virale o da atipici si possono ricercare gli anticorpi specifici, oppure ricercare il materiale genetico su tampone nasale tramite

metodiche molecolari (PCR- *Polimerase Chain Reaction*). La ricerca dell'antigene urinario dello Pneumococco può essere utile nei bambini più grandi (se negativo permette di escluderlo), mentre nei bambini piccoli è sconsigliata per il numero elevato di portatori sani (test falso positivo). La radiografia del torace non è necessaria nei pazienti che possono essere curati a domicilio. Tale indagine non permette di distinguere tra causa virale o batterica, ma può essere utile nei pazienti che presentano un peggioramento del quadro clinico, un mancato miglioramento entro 48-72 ore dall'inizio della terapia antibiotica e nelle forme complicate.

Quando è necessario il ricovero?

La maggior parte dei casi può essere gestita a domicilio. In genere è indispensabile il ricovero se sono presenti bassi valori di ossigenazione nel sangue, cianosi, frequenza respiratoria elevata, apnee, difficoltà di alimentazione/idratazione e importante difficoltà respiratoria (utilizzo della muscolatura accessoria). Ci sono dei fattori di rischio per forme gravi o peggioramento che devono essere tenuti in considerazione: cardiopatie congenite, displasia broncopolmonare, fibrosi cistica, immunodeficienze, bronchiectasie e scarsa compliance familiare.

Qual è la terapia?

L'amoxicillina somministrata per via orale

Le brochure informative della SIMRI contengono informazioni unicamente a scopo educativo e non dovrebbero essere utilizzate in sostituzione del parere medico. Tutte le brochure sono liberamente scaricabili in pdf sul sito della SIMRI (www.simri.it) nella sezione «Informazioni per i pazienti» dell'area «Per la Famiglia». Alcune brochure vengono pubblicate anche sulla rivista *Pneumologia Pediatrica*, per la quale la rubrica educativa è curata dalla Dott.ssa Maria Furno, con il coordinamento della Dott.ssa Maria Elisa Di Cicco. Per ulteriori informazioni: segreteria@simri.it.

rimane la prima scelta in tutti i bambini. I macrolidi possono essere aggiunti in caso di mancata risposta alla terapia di prima linea e dovrebbero essere utilizzati se si sospetta un'infezione da atipici. La via endovenosa è riservata ai bambini che non sono in grado di assumere la terapia per bocca (ad es. per vomito), nelle forme complicate o in caso di setticemia.

Nei bambini con forme non complicate trattate a domicilio che mostrano una buona risposta clinica è possibile eseguire un trattamento breve (5 giorni), sicuro ed efficace quanto l'attuale standard (7-10 giorni).

E' possibile prevenirla?

La polmonite di per sé non si può prevenire, in quanto causata da moltissimi agenti infettivi. Si può però limitare il numero delle infezioni e ridurre la gravità, nel caso di germi per i quali è disponibile la vaccinazione (anti-Pneumococcica, anti-Haemophilus influenzae e anti-Influenzale).

Autori: Marcella Lauletta, MD

Revisore: Maria Furno, MD

Bibliografia:

- Bradley, *et al.* The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Pediatric Community Pneumonia Guidelines* 2011:53 (1 October)
- Williams, *et al.* Short- vs Standard-Course Outpatient Antibiotic Therapy for Community-Acquired Pneumonia in Children. *JAMA Pediatr.* 2022 Mar; 176(3): 1-9

Ultimo
aggiornamento:
Luglio 2023