

Polmonite da aspirazione

Nuovi concetti per una vecchia entità

Savino Del Giudice
Francesco Ammatuna
Paola Faverio

In un panorama ospedaliero in cui gli assistiti affetti da patologie acute sono sempre più portatori di comorbidità invalidanti spesso associate all'età avanzata, quali sindrome da allettamento, demenza e patologie neurovascolari, non è raro, davanti a un paziente con polmonite, porsi la domanda: ma potrebbe essere una polmonite da aspirazione?

Ci sono situazioni e fattori di rischio che ci aiutano a sospettarla, tra cui presenza di disfagia e/o alterazioni della deglutizione.

Per quanto riguarda gli aspetti radiologici un lavoro pubblicato nel 2012 su 53 pazienti con polmonite da aspirazione metteva in evidenza come i reperti TC più frequentemente riscontrati siano stati:

- ▶ il *ground-glass*, indicativo di infiammazione parenchimale aspecifica;
- ▶ le alterazioni a *tree-in-bud* con micronoduli periferici centrolobulari collegati tra loro dai bronchioli ripieni di materiale purulento, a dare il caratteristico aspetto ad albero in fiore, indicativo di bronchiolite;
- ▶ la broncopolmonite.¹

Di notevole interesse il fatto che la frequenza del *pattern* bronchiolitico aumen-

ta con il peggioramento del *performance status* del paziente, andamento verosimilmente attribuito a un'occulta cronica aspirazione nei pazienti con *performance status* peggiorato. Inoltre, nei pazienti con miglior *performance status* prevale l'interessamento dei lobi inferiori. Il peggioramento del *performance status* correla in modo significativo con la presenza di un interessamento polmonare diffuso sull'asse cranio-caudale. Infine, quasi tutti i pazienti hanno mostrato una distribuzione delle opacità toraciche a dominanza posteriore (92%) piuttosto che anteriore o diffusa, il che suggerisce che in corso di polmonite da aspirazione la distribuzione delle opacità alla TC torace è gravità-dipendente.

Per quanto riguarda le terapie antibiotiche maggiormente efficaci, negli anni, oltre alle penicilline, sono state testate anche clindamicina e metronidazolo. Nelle infezioni polmonari da batteri anaerobi la clindamicina si è dimostrata superiore al metronidazolo, probabilmente perché solo i batteri anaerobi obbligati sono suscettibili al metronidazolo e la concomitante presenza di batteri aerobi può essere alla base del fallimento terapeutico.² Molte specie di batteri aerobi sono infatti in grado di inattivare il metronidazolo.³

Negli anni Novanta le indicazioni tera-

S.C. di Pneumologia, Ospedale San Gerardo, ASST Monza, Monza; School of Medicine and Surgery, Università degli Studi di Milano-Bicocca, paola.faverio@gmail.com

peutiche nel trattamento della polmonite da aspirazione raccomandavano e sottolineavano:

- ▶ per il trattamento delle infezioni polmonari da anaerobi l'uso di penicillina o clindamicina oppure metronidazolo + penicillina;
- ▶ come totalmente inefficaci contro gli anaerobi aminoglicosidi, aztreonam e trimetoprim-sulfametossazolo.

Una recente *review*, pubblicata sul New England Journal of Medicine (NEJM), consiglia:

- ▶ l'efficacia di ampicillina + sulbactam, carbapenemici e fluorochinolonici nella maggior parte dei casi di polmonite da aspirazione comunitaria;
- ▶ l'aggiunta di clindamicina solo se vi è alto rischio di infezione da anaerobi;
- ▶ se vi è rischio di patogeni *multi-drug resistant* (MDR) necessari piperacillina + tazobactam, cefepime, levofloxacina, imipenem o meropenem, da soli o in combinazione;
- ▶ possibile aggiunta di aminoglicoside o colistina se isolamento di MDR o aggiungere vancomicina o linezolid se isolamento di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA).⁴

Le raccomandazioni per prevenire gli episodi di polmonite da aspirazione riguardano invece: l'utilizzo di antibiotico nelle 24 ore seguenti l'intubazione oro-tracheale eseguita in regime d'urgenza; il digiuno da solidi per 8 ore e da liquidi per 2 ore prima di eseguire procedure di chirurgia elettiva in anestesia generale.

Tra le raccomandazioni atte a prevenire episodi di aspirazione c'è quella di evitare farmaci che possano interferire con il riflesso della deglutizione, tra cui sedativi e agenti antipsicotici.⁴

Inoltre, sempre a fini preventivi, viene



consigliato di prendere in considerazione in pazienti post-ictali:

- ▶ valutazione deglutitoria dopo estubazione da ventilazione meccanica invasiva;
- ▶ preferire ACE-inibitori come agenti farmacologici per il controllo pressorio perché sembrano migliorare il riflesso della tosse e della deglutizione;
- ▶ eseguire un'adeguata igiene orale ed eventuale rimozione di denti in cattive condizioni;
- ▶ mantenere la posizione semiseduta per alimentarsi.⁴

Non è invece raccomandata al momento, in quanto sono necessari maggiori dati, l'esecuzione di esercizi di deglutizione in pazienti disfagici post-ictali, sebbene una "ginnastica nutrizionale" con esercizi *ad hoc* e mobilitazione precoce potrebbe essere utile nel prevenire episodi ricorrenti di aspirazione.

Le ultime linee guida sulla gestione della polmonite acquisita in comunità pubblicate nel 2019 dall'American Thoracic Society suggeriscono, sebbene con grado di evidenza molto basso, di non aggiungere di *routine*

una copertura antibiotica per germi anaerobi in pazienti ricoverati con sospetta polmonite da aspirazione, a meno che non sia presente un ascesso polmonare o un empiema.⁵ Tale raccomandazione deriva dal fatto che studi recenti hanno mostrato che l'infezione da batteri anaerobi è poco comune in pazienti ospedalizzati con sospetta aspirazione. Inoltre, l'aumento della prevalenza di antibiotico-resistenza e le complicanze associate a un inappropriato utilizzo degli antibiotici (ad esempio l'infezione intestinale da *Clostridium difficile* frequentemente associata all'uso di clindamicina) mettono in evidenza la necessità di evitare l'utilizzo non necessario di agenti antibiotici.

In conclusione, per l'appropriata gestione della polmonite da aspirazione, non è solo

necessario sospettarla e diagnosticarla per tempo, ma è anche fondamentale impostare un adeguato trattamento antibiotico per evitare complicanze e mettere in atto delle procedure preventive al fine di evitare recidive.

Bibliografia

- 1) KOMIYA K, ISHII H, UMEKI K, ET AL. *Computed tomography findings of aspiration pneumonia in 53 patients*. Geriatr Gerontol Int 2013;13:580-5.
- 2) PERLINO CA. *Metronidazole vs clindamycin treatment of anaerobic pulmonary infection. Failure of metronidazole therapy*. Arch Intern Med 1981;141:1424-7.
- 3) RALPH ED, CLARKE DA. *Inactivation of metronidazole by anaerobic and aerobic bacteria*. Antimicrob Agents Chemother 1978;14:377-83.
- 4) MANDELL LA, NIEDERMAN MS. *Aspiration pneumonia*. N Engl J Med 2019;380:651-63.
- 5) METLAY JP, WATERER GW, LONG AC, ET AL. *Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia*. Am J Respir Crit Care Med 2019;200:e45-e67.

EUFORTYN[®]
Integratore alimentare

Il pro-energetico
per la stanchezza fisica e mentale*

- Naturalmente privo di lattosio
- Senza glutine

*Grado alle vitamine B2, B6, B12 e PP, contenute in Eufortyn® che contribuiscono al normale mantenimento del metabolismo energetico. Il ginseng (banco, aliatogeno) contribuisce a ridurre le condizioni di stanchezza fisica e mentale.

SCHARPER