

## **MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO - POLMONITE**

**Categoria : RUBRICA MEDICA**

**Pubblicato da [Dott. Gianni Fusco](#) in 18/11/2008**

Lo *S. aureus* è responsabile di circa il 2% delle polmoniti contratte nelle comunità e del 10-15% delle polmoniti nosocomiali. Persone a rischio aumentato sono i lattanti e gli anziani; i pazienti ospedalizzati e debilitati, in particolare quelli con tracheostomia, intubazione endotracheale e immunosoppressione o sottoposti di recente a intervento chirurgico; i bambini e i giovani con fibrosi cistica o malattia cronica granulomatosa; i pazienti con una sovrainfezione batterica complicante una polmonite virale, specialmente quelle da virus influenzali A e B e i tossicodipendenti, predisposti all'endocardite stafilococcica della valvola tricuspide con polmonite embolica.

### Sintomi e segni

Sebbene la polmonite stafilococcica sia spesso fulminante, gli stafilococchi possono essere responsabili della polmonite in pazienti che non sembrano particolarmente gravi; occasionalmente il decorso è piuttosto subdolo, talvolta con polmoniti croniche o con ascessi polmonari cronici. I sintomi e i segni in generale mimano quelli della polmonite pneumococcica (v. sopra). Caratteristiche distintive sono i brividi ricorrenti, la necrosi tissutale con formazione di ascessi, gli pneumatoceli (più comuni nei lattanti e nei bambini) e un decorso fulminante con marcata prostrazione. L'empima è relativamente comune; lo *S. aureus* è particolarmente prevalente negli empiemi post-toracotomici e negli empiemi che complicano il drenaggio di un emotorace dopo un trauma della parete toracica.

### Diagnosi

La diagnosi va sospettata nei pazienti in cui si ritrova lo *S. aureus* nell'espettorato ed è stabilita dall'isolamento dello *S. aureus* delle emocolture, del liquido empiematico o dell'aspirato transtracheale o transtoracico. La falsa negatività delle colture per lo stafilococco, a differenza dello pneumococco, è rara.

Il più comune quadro rx è una broncopolmonite, con o senza formazioni ascessuali o versamento pleurico; l'addensamento lobare è raro. Gli pneumatoceli indicano fortemente un'infezione da stafilococco. La polmonite stafilococcica embolica è caratterizzata da infiltrati multipli che si manifestano in sedi non contigue e che tendono a escavarsi; questo quadro suggerisce un'origine endovascolare (p. es., endocarditi del cuore destro o tromboflebiti settiche).

### Prognosi e terapia

Generalmente il tasso di mortalità è del 30-40%, in parte dovuto alle gravi condizioni associate che la maggior parte dei pazienti presenta. Tuttavia, un decorso fulminante con esito letale si verifica a volte in adulti sani che contraggono questa infezione dopo un'influenza. La risposta agli antibiotici tende a essere lenta e la convalescenza è prolungata. La maggior parte dei ceppi di *S. aureus* produce penicillinasi e la resistenza alla meticillina è in aumento. La terapia di prima scelta è una penicillina resistente alla penicillinasi (p. es., l'oxacillina o la nafcillina 2 g EV q 4-6 h). La migliore

alternativa è una cefalosporina, preferibilmente la cefalotina o il cefamandolo 2 g EV q 4-6 h, la cefazolina 0,5-1 g EV q 8 h o il cefuroxime 750 mg EV q 6-8 h. Le cefalosporine di terza generazione sono alquanto meno attive rispetto alle cefalosporine di prima o seconda generazione. La clindamicina 600 mg EV q 6-8 h è efficace contro il 90-95% dei ceppi.

I ceppi meticillino-resistenti vengono considerati resistenti a tutti gli antibiotici b-lattamici. Questi ceppi possono rappresentare fino al 30-40% degli stafilococchi isolati nelle polmoniti nosocomiali di molti ospedali ma