



Casi clinici di terapia antimicrobica

Dott.ssa Maria Teresa Giordani
U.O.C. Malattie Infettive
ULSS 7 Pedemontana

Vicenza, 18/10/25



Caso 1



- Buongiorno. Sono la Dott.ssa RL da RSALACASA, come da accordi telefonici inoltro il necessario per il teleconsulto per la mia ospite RMM, nata a S il 3/5/1928 (97 anni).
- L'ospite ha in APR: appendicectomia, un ricovero per pleurite, ernia iatale, mastopatia fibrocistica, steatosi epatica, frattura 4-5 metatarso sx, noduli tiroidei, diverticolosi colon, prolasso valvolare mitralico, pregresso intervento per insufficienza venosa, frattura omero dx, cistite erosiva, spondilolistesi cervicale, decadimento cognitivo, sindrome emetica del grande anziano.
- Inizialmente le sue condizioni cliniche erano stabili, ma hanno iniziato a peggiorare a maggio con frequenti episodi di vomito e un rialzo della bilirubina, problematiche indagate approfonditamente con esami ematici, esami delle feci, eco addome seguita da TC con MdC e infine una visita gastroenterologica dove hanno fatto diagnosi di sindrome emetica del grande anziano.
- Da inizio luglio ha iniziato a presentare dolori pelvici. Visto il peggioramento repentino e sospettando l'instaurarsi di uno stato settico era stata inviata in PS dove era stata ricoverata e messa in terapia con il meropenem ogni 8 h con risoluzione della sintomatologia e dimissione della paziente in data 8/7
- Dal 15/8 sono ricominciati degli episodi di rialzo tc (sempre $<38^{\circ}$) con dolori pelvici. Il 12/9 un mio collega l'ha messa in tp con augmentin e cortisone perchè sospettava una polmonite. Dal mio rientro dalle ferie il quadro è lentamente peggiorato, quindi ho ripetuto l'esame urine e il risultato è quello allegato.
- Grazie per la collaborazione

carica microbica

1.000.000 UFC / mL

Ceppo isolato

Klebsiella pneumoniae**Antibiogramma**

- 1 -

Amikacina.	S	4					
Amoxicillina-Ac.Clavulanico	R	>32					
Cefepime..	R	>16					
Cefotaxime.	R	>32					
Ceftazidime.	R	8					
Ciprofloxacina..	R	>2					
Colistina	S	0,5					
Ertapenem	S	<=0,12					
Gentamicina.	R	>8					
Levofloxacina..	R	>4					
Meropenem.	S	<=0,25					
Piperacillina-tazobactam	R	16					
Trimethoprim-sulfametox.	R	>160					

R=resistente; S=sensibile, dosaggio standard; I=sensibile, aumentata esposizione. Minima Concentrazione Inibente in mcg/mL

L'esposizione dipende da dose, modalità ed intervallo di somministrazione dell'agente antimicrobico e dalla sua distribuzione nel sito di infezione (riferimento EUCAST v 12.0 2022)

Ceppo produttore di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL); ad eccezione dei carbapenemi, la terapia con beta lattamici (incluse cefalosporine a spettro esteso, aztreonam e combinazioni con inibitori) potrebbe risultare scarsamente efficace o inefficace anche se il ceppo appare sensibile in vitro a questi farmaci. Nel caso in cui si intendano utilizzare tali farmaci si raccomanda preventiva consulenza con un esperto di terapia antibiotica. I ceppi produttori di ESBL possono causare epidemie intraospedaliere; si raccomanda l'adozione di procedure di "infection control" per limitarne la diffusione.

Altre info

- GB 9000 (NF 8000)
- Creat. 0.70
- PCR: 8.94
- Es. urine: ph normale, nitriti assenti, eritrociti 2, leucociti 1312
- non portatrice di CV
- Pesa 36 kg
- Si alimenta poco

Che fare?

1. Riprendere subito terapia con meropenem: la cura non è stata abbastanza lunga
 2. Terapia con colistina?
 3. Terapia con piperacillina-tazobactam
 4. Nessuna terapia antibiotica: la paziente ha molte comorbilità più importanti
 5. Reinviarla in PS con indicazione a ricovero per ulteriori accertamenti
 6. Terapia con Amikacina con controllo funzionalità renale
- La paziente viene trattata dopo consulto infettivologico con Amikacina 500 mg IM per 5 gg con risoluzione della febbre e miglioramento quadro generale. I valori della creatinina si sono mantenuti nel range della normalità.

Infezioni delle vie urinarie

Terapia


Adulti

TIPO DI INFEZIONE	QUADRO CLINICO	ANTIBIOTICO	ALTERNATIVE (in ordine di preferenza)	DURATA PREVISTA
Cistite (in assenza di segni e/o sintomi di infezione sistemica)	In assenza di anomalie anatomiche e/o funzionali	Nitrofurantoina (macrocristalli) 100 mg ogni 6 h per 5 giorni per os <i>Nell'uomo solo se esclusi sintomi compatibili con prostatite batterica acuta</i>	Fosfomicina trometamolo 3 g in dose unica per os o Cotrimossazolo 960 mg ogni 12 h per 3 giorni per os	Specifica per singola molecola
	In presenza di anomalie anatomiche e/o funzionali	Preferibile attendere l'ABG Se necessario iniziare una terapia empirica: Fosfomicina trometamolo 3 g ogni 48 h per os (eseguire 3 dosi totali se sensibile)	Cotrimossazolo 960 mg ogni 12 h per 7 giorni per os o Amoxicillina/clavulanato 1 g (per os) / 1.2 g (ev) ogni 8 h per 7 giorni	Specifica per singola molecola
		Se IVU da germi MDR nei 12 mesi precedenti o se fattori di rischio per germi MDR ¹ : Preferibile attendere l'ABG	Se necessario iniziare una terapia empirica: Fosfomicina trometamolo 3 g ogni 48 h per os (eseguire 3 dosi totali se sensibile)	Se necessario iniziare una terapia empirica: Fosfomicina trometamolo 3 g ogni 48 h per os (eseguire 3 dosi totali se sensibile)
Pielonefrite (con segni e sintomi di infezione sistemica)	In assenza di anomalie anatomiche e/o funzionali	Cefotaxime 2 g ogni 8 h o Ceftriaxone 2 g ogni 24 h	<i>In alternativa ai beta-lattamici</i> amikacina 15 mg/kg ogni 24 h o ciprofloxacina 400 mg ogni 12 ore ev o 500 mg ogni 12 h per os	7 giorni se buona risposta e trattamento ev (5 giorni se amikacina) 10 giorni se passaggio a terapia per os
	In presenza di anomalie anatomiche e/o strutturali	Piperacillina/tazobactam 4.5 g ogni 6 h	Ceftazidime 2 g ogni 8 h o Cefepime 2 g ogni 8 h	7-14 giorni ²
	Fattori di rischio per MDR ¹	Piperacillina/tazobactam 4.5 g ogni 6 h + amikacina 15 mg/kg ogni 24 h	Se IVU da ESBL nei 6 mesi precedenti o se allergia alle penicilline: meropenem 1 g ogni 8 h	7-14 giorni ²

Nel caso di IVU in pazienti di sesso maschile è sempre utile:

- considerare l'eventuale presenza di sintomi compatibili con prostatite batterica acuta. In caso di sospetto clinico di prostatite batterica è necessaria una valutazione specialistica;
- considerare, specialmente se paziente giovane e sessualmente attivo, infezioni a trasmissione sessuale indagando i sintomi di uretrite (disuria, leucorrea, linfadenomegalia).

Nella scelta della terapia antibiotica è sempre utile verificare la suscettibilità locale.

¹ Un'infezione è a rischio per germi MDR in presenza di almeno uno tra i seguenti fattori:

- ricovero in ambiente ospedaliero per almeno 48 h negli ultimi 90 giorni
- utilizzo di terapia antibiotica ad ampio spettro per almeno 5 giorni negli ultimi 90 giorni
- precedente riscontro di germi MDR negli ultimi 12 mesi
- provenienza da strutture di lungodegenza o case di riposo

² Possibile durata di 7 giorni solo se:

- isolato microbiologico suscettibile
- buona risposta clinica con rivalutazione a 48-72 h per de-escalation della terapia sulla base dell'isolamento
- assenza di raccolte renali

Caso 2



- Gentile collega, ti scrivo per chiedere un consiglio per la gestione di una mia paziente RMR 08/06/1946 con storia di cistiti recidivanti in IRC e DM II NID.
- Come vedi in allegato, l'ultimo esame ha evidenziato un'infezione da E coli produttore di beta lattamasi: l'unico antibiotico possibile è la nitrofurantoina, che però ho già prescritto ai primi di maggio per lo stesso motivo. Inoltre, ora ha anche un po' di febbre e leggera ematuria
- Questo è il quarto episodio del 2025, ho prescritto anche la visita urologica (trovi in allegato) che in realtà ha consigliato solo una terapia preventiva
- Infine, presentando linfedema cronico agli AAI ha già avuto due episodi di erisipela quest'anno, che ho trattato con tp antibiotica con chinolonici

Vis. Urologica

78 anni, Stitica, Menopausa a 52 anni

PARA 1001 (peso 3.5 kg)

Riferite urincolture positive per e coli

In terapia con: Trajenta, lasix, perindopril, statina

Ateromasia TSA, diabete mellito, ipertesa ed ipercolesterolemia. gotta. Colecistectomia

Viene per IVU recidivanti 1 episodio al mese. Nega

LUTS o sintomi legati al prolasso.

- eco addome (04/2024): vescica poco distesa. non valutato il residuo

EO mucosa vaginale iperemica, ipotrofica, presenza di piccola formazione uretrale, non masse vaginali

- Manno Posologia: 1 stick/die x 6 mesi

- Mantenere alvo canalizzato

-Ginocanesten ovuli per la vaginosi 5 giorni

-Probinul 5 1 bust al giorno per 30 giorni a cicli ripetibili

ANTIBIOGRAMMA

(Met.: M.I.C.) (*)

CEPPO ISOLATO:

Escherichia coli

**Ceppo produttore di Beta-lattamasi:
si sconsiglia l'uso di tutte le beta
lattamine e cefalosporine.**

	Pos	Pos
ESBL		
AMPICILLINA	Resistente	>=32
AMOXICILLINA/ACIDO CLAVULANICO	Sensibile	<=4
CEFALEXINA	Resistente	>=64
CEFIXIMA	Resistente	>=4
CEFPODOXIME	Resistente	>=8
CEFTRIAXONE	Resistente	>=64
CEFTAZIDIME	Resistente	8
AMIKACINA	Sensibile	2
GENTAMICINA	Sensibile	<=1
CIPROFLOXACINA	Resistente	>=4
NITROFURANTOINA	Sensibile	<=16
TRIMETOPRIM/SULFAMETOSSAZOLO	Resistente	>=320
ERTAPENEM	Sensibile	<=0.12
MEROPENEM	Sensibile	<=0.25
LEVOFLOXACINA	Resistente	2

Antibiogramma interpretato secondo le linee guida EUCAST.

In assenza di MIC il risultato è dedotto da sistema esperto avanzato (antibiotico non testato).

Un germe può essere classificato resistente ad un farmaco anche in presenza di una MIC bassa per una già nota resistenza clinica.

Che fare?

1. Ricoverare la paziente per eseguire emocolture e intraprendere una terapia ev con piptazo
 2. Deve essere trattata con carbapenemici ev
 3. Continuare con le indicazioni dell'urologo senza dare antibiotici
 4. Dare terapia con Amoxicillina-clavulanico
 5. Iniziare Fosfomicina 3 g ogni 24 ore in empirico
- La paziente dopo consulto infettivologico viene trattata con Fosfomicina 3 g ogni 48 ore in regime domiciliare per 7 gg. Vengono sospesi e non più usati i chinolonici per la cura dell'eresipela. Viene eseguita un'eco con residuo post-minzionale che evidenzia un residuo di 500 ml. La formazione uretrale causa dell'ostruzione viene rimossa. Da allora zero cistiti.

RACCOMANDAZIONI AIFA SUI FLUOROCHINOLONI

NOTA INFORMATIVA IMPORTANTE CONCORDATA CON LE AUTORITA' REGOLATORIE EUROPEE E L'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)

Aprile 2019

Antibiotici chinolonici e fluorochinolonici per uso sistemico e inalatorio

Rischio di effetti indesiderati invalidanti, di lunga durata e potenzialmente permanenti e restrizioni d'uso

NOTA INFORMATIVA IMPORTANTE CONCORDATA CON LE AUTORITA' REGOLATORIE EUROPEE E L'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)

Ottobre 2020

Fluorochinolonici ad uso sistemico ed inalatorio: rischio di rigurgito/insufficienza delle valvole cardiache



12 Maggio 2023
EMA/205610/2023

Antibiotici fluorochinolonici: richiamo alle misure per ridurre il rischio di effetti collaterali di lunga durata, invalidanti e potenzialmente irreversibili

Sono state segnalate con i fluorochinolonici reazioni avverse invalidanti (soprattutto in **soggetti anziani**), di lunga durata e potenzialmente permanenti, principalmente a carico del:

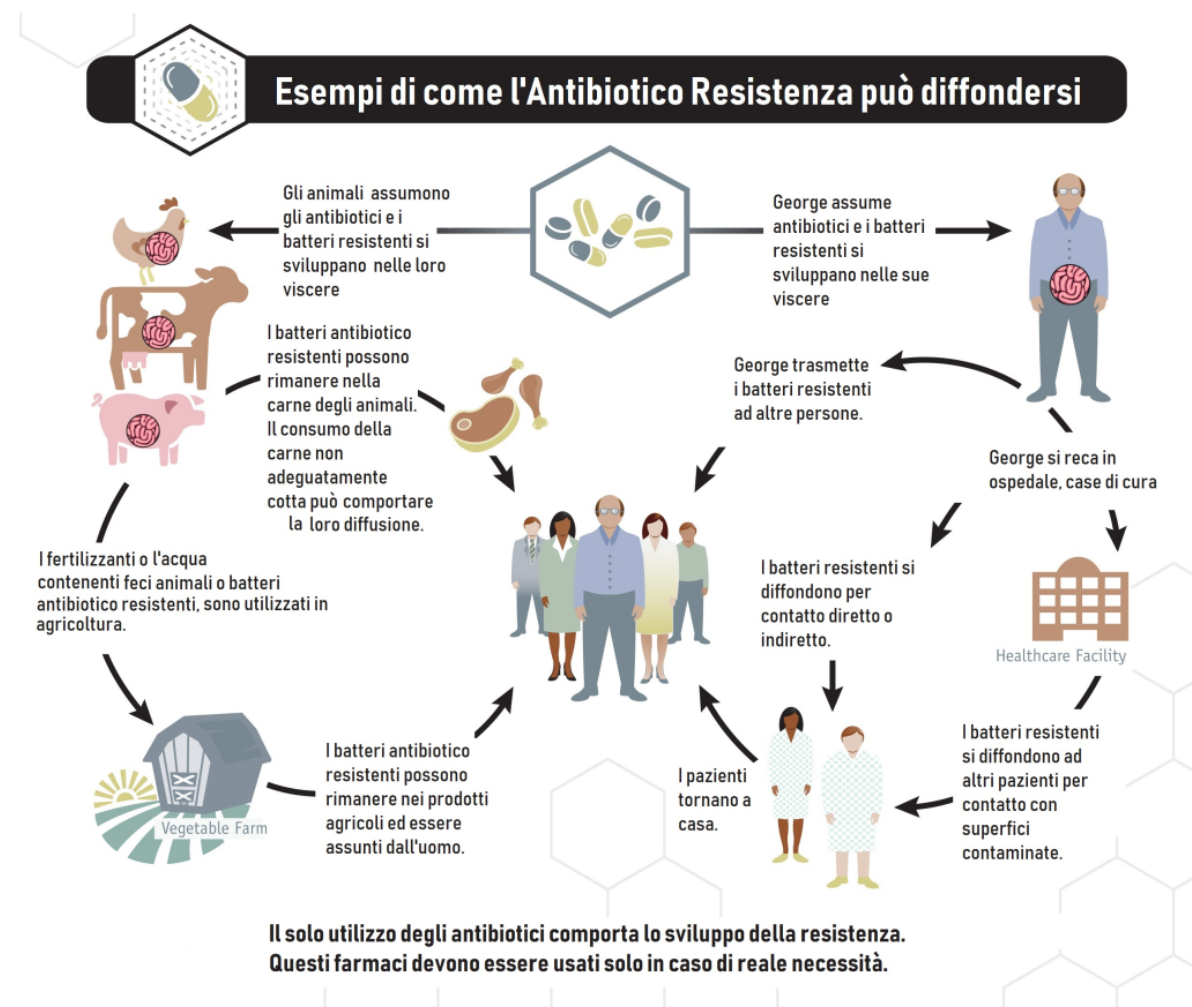
- **sistema muscoloscheletrico** (tendinopatie, debolezza muscolare);
- **valvole cardiache** (insufficienza)
- **SNC** (depressione, disturbi della memoria, del sonno e sensoriali).



Raccomandazione. I fluorochinolonici **NON** devono essere utilizzati per il trattamento di infezioni non gravi (es. faringotonsilliti, infezioni ricorrenti del tratto urinario inferiore, ecc.)

Perché abbiamo ristretto così tanto il campo di utilizzo dei chinolonici ?

- - Induzione di resistenze
- - Tassi di resistenza ai fluorochinolonici in Italia
 - E. coli: da 31,6% nel 2022 a 34,1% nel 2023
 - 28,1% degli isolati di K. pneumoniae
 - P. aeruginosa 17 %
 - Acinetobacter spp. da 85,2% nel 2022 a 72,9 nel 2023
- <https://www.epicentro.iss.it/antibiotico-resistenza/epidemiologia-italia>



ANTIBIOTICI FLUOROCHINOLONICI avvertenze importanti

COSA SONO E A COSA SERVONO I FLUOROCHINOLONICI?

Sono una classe di antibiotici molto utili per il trattamento di alcune infezioni batteriche, anche molto gravi (come ad esempio alcuni tipi di polmonite, meningite, encefalite, ecc.), per cui altre terapie farmacologiche non sono sufficientemente efficaci. Per questa ragione il medico può avertelo prescritto.

COME FACIO A SAPERE SE L'ANTIBIOTICO CHE MI È STATO PRESCRITTO APPARTIENE AI FLUOROCHINOLONICI?

Puoi riconoscerlo dal principio attivo riportato accanto al nome commerciale del farmaco. È un fluorochinolone se appartiene a questo elenco: ciprofloxacina, levofloxacina, lomefloxacina, moxifloxacina, norfloxacina, ofloxacina, pefloxacina, prulifloxacina e rufloxacina. Puoi anche consultare la banca dati farmaci AIFA inserendo nella ricerca il nome commerciale del medicinale.
<https://www.aifa.gov.it/trova-farmaco>

PERCHÉ È IMPORTANTE LEGGERE CON ATTENZIONE QUESTE AVVERTENZE?

Una recente revisione, condotta a livello europeo, ha esaminato i dati più recenti sull'uso degli antibiotici fluorochinoloni e valutato che il rapporto tra i benefici attesi e i potenziali rischi di questi medicinali rimane positivo soltanto per le infezioni gravi, che non si risolvono facendo ricorso ad antibiotici di altre classi.

La revisione ha identificato infatti segnalazioni, riportate con una frequenza molto rara, di effetti collaterali gravi e di lunga durata su tendini, muscoli, articolazioni e nervi in un numero molto limitato di pazienti che avevano assunto fluorochinoloni. A seguito di questa revisione nuove indicazioni, avvertenze e precauzioni d'uso sono state introdotte per gli antibiotici fluorochinoloni disponibili in Italia. I Fogli Illustrativi e i Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto di questi medicinali sono in corso di aggiornamento. Tieni presente quindi queste avvertenze per riconoscere e segnalare rapidamente eventuali effetti collaterali, se dovessero manifestarsi, e intervenire per ridurre il rischio di complicanze.

IMPORTANTE

Interrompi l'assunzione dell'antibiotico fluorochinolone e contatta immediatamente il medico se manifesti i seguenti segni di un effetto indesiderato:

- Dolore o gonfiore ai tendini (spesso il tendine interessato è quello della caviglia o del polpaccio). Se ciò accade, metti a riposo l'arto dolorante fino a quando non avrai consultato il medico.
- Dolore o gonfiore alle articolazioni di spalla, braccia o gambe.
- Dolori o sensazioni anormali (come formicolio, solletico, intorpidimento o bruciore), debolezza, specialmente nelle gambe o nelle braccia, o difficoltà nel camminare.
- Stanchezza grave e debilitante, umore depresso, ansia, perdita di memoria o gravi disturbi del sonno.
- Cambiamenti nella visione, nel gusto, nell'olfatto o nell'udito.

Informa il medico se questi effetti indesiderati si sono presentati durante o subito dopo l'assunzione di un fluorochinolone. Problemi ai tendini o ai muscoli o sensazione di malessere possono essere anche causati da eventi non collegati all'assunzione di medicinali. Un intervento precoce può prevenire problemi gravi e ridurre gli effetti collaterali del farmaco. **Per questo è importante rivolgerti sempre al medico.**

Fai particolare attenzione se:

- hai oltre 60 anni e hai avuto problemi ai reni o hai subito un trapianto di organo.
- stai assumendo un corticosteroide (i corticosteroidi - come l'idrocortisone e il prednisolone - sono medicinali che possono essere prescritti come antinfiammatori o immunosoppressori). In questo caso parlane con il medico perché l'interazione di un corticosteroide con un fluorochinolone può aumentare il rischio di problemi ai tendini.

SEGUI SEMPRE QUESTI CONSIGLI UTILI

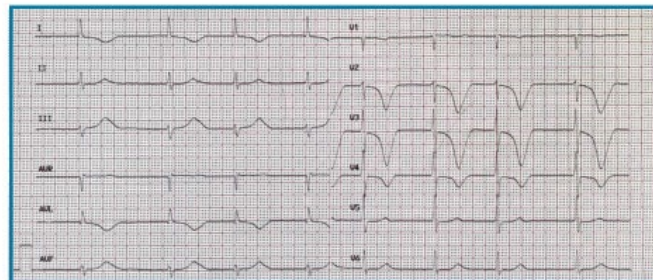
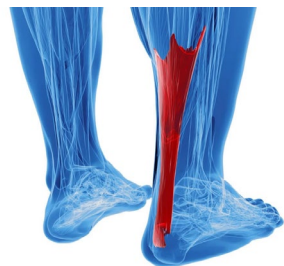
- Leggi e conserva il Foglio Illustrativo fornito con i medicinali e rivolgili al medico o al farmacista se hai qualche dubbio o preoccupazione sul loro uso.
- Se manifesti un qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati qui, rivolgili al medico o al farmacista, che ti forniranno le istruzioni necessarie.
- Puoi segnalare direttamente gli effetti indesiderati compilando una scheda online all'indirizzo:
<https://www.aifa.gov.it/contenuti/segnalazioni-reazioni-avverse>
- Segnalando gli effetti indesiderati puoi contribuire a fornire maggiori informazioni sulla sicurezza dei medicinali.



..e non solo

- Effetti collaterali
- Interazioni farmacologiche
- prol. QT (Alcuni antiaritmici, alcuni antibiotici macrolidi (es. eritromicina, claritromicina), alcuni antidepressivi triciclici e farmaci per la disfunzione erettile come il sildenafil)
- Teofillina, duloxetina, caffeina, warfarin
- Corticosteroidi
- Rischio di misconoscere la TB

Consulta sempre il medico o il farmacista per qualsiasi dubbio.
Visita il sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco: www.aifa.gov.it



Caso clinico 2 : polmonite acquisita in comunità

- Laura, 37 a, giovane mamma, insegnante, vaccinata per l'influenza e per Sars-Cov2, non fumatrice, non viaggi, non alleva volatili. Non comorbidità. Sottopeso (pesa 50 kg h 1.70)
- Torna dal medico per la comparsa tosse catarrale, perdurante da una settimana nonostante terapia con Augmentin 1 cp ogni 12 ore per una settimana, prescritta dal sostituto
- Ha già eseguito Rx torace: iniziale addensamento lobo sup.sn. con versamento.
- GB nella norma con lieve aumento dei linfociti e monociti, PCR 5.6, proca 1.15. creat. 1,2. Sat O2 95 %, FC 138 bpm, FR 21 ar/min, non febbre
- Tampone per Sars-Cov2 negativo, ag urinario per Legionella e Pneumococco neg



Che fare?

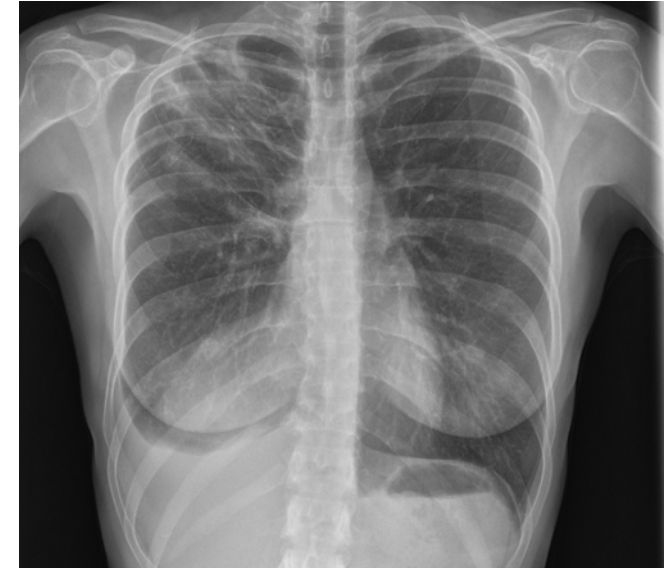
1. Inizio cefalosporina anti-pseudomonas per os
2. Ricoverare la paziente
3. Iniziare terapia per ag. intracellulari con Azitromicina 500 mg die o chinolonici
4. Chiedere visita pneumologica /infettivologica



Rx n°1

Parte 2

- Viene inviata in PS e dimessa con : Levofloxacina 750 mg die per os per 10 gg, Deltacortene 25 mg da scalare, controllo Rx dopo una settimana (migliorato, Rx n°2)
- La paziente torna però dopo terminata la terapia dal curante per persistenza di febbre e tosse
- Il curante richiede un terzo Rx: addensamento esteso del lobo sup e medio sn con concomitante versamento pleurico (Rx n°3). GB normali, PCR 9, proca 1.80.



Rx n°2



Rx n°3

Polmonite acquisita in comunità (CAP)

Terapia



Adulti

TIPO DI INFEZIONE	QUADRO CLINICO	ANTIBIOTICO	ALTERNATIVE (in ordine di preferenza)	DURATA PREVISTA
Polmonite non-severa DS-CRB-65 0-1	SENZA comorbidità ¹	Amoxicillina 1 g ogni 8 h per os	<i>In alternativa alle penicilline o se forte sospetto di polmonite da batteri atipici²</i> Doxiciclina 100 mg ogni 12 h per os	3-5 giorni (7-10 giorni se Legionella)
	CON comorbidità ¹	Amoxicillina/clavulanato 1 g ogni 8 h per os <i>se sospetto di polmonite da batteri atipici²</i> + Azitromicina 500 mg ogni 24 h per os	<i>In alternativa alle penicilline</i> Cefditoren 200-400 mg ogni 12 h per os <i>se sospetto di polmonite da batteri atipici²</i> + Azitromicina 500 mg ogni 24 h per os <i>In alternativa ai beta-lattamici</i> Levofloxacina ³ 750 mg ogni 24 h per os	3-7 giorni (7-10 giorni se Legionella)
Polmonite severa DS-CRB-65 ≥3	Inviare il paziente in Pronto Soccorso <i>Se forma severa e il paziente non può essere ospedalizzato, considerare un trattamento più lungo e ricercare complicanze come empiema se il paziente non è clinicamente stabile al giorno 5</i>			
Sospetta polmonite ab ingestis	Tutti i pazienti	Amoxicillina/clavulanato 1 g ogni 8 h per os Se paziente disfagico Ceftriaxone 1g ev/im ogni 24h	Cefditoren 200-400 mg ogni 12 h per os	7 giorni

Levofloxacina:

- Utilizzare con cautela negli anziani, nei pazienti con compromissione renale e trapiantati per maggiore rischio di tendinite e rottura del tendine.
- Evitare l'uso concomitante di corticosteroidi poiché la co-somministrazione potrebbe esacerbare la tendinite o la rottura del tendine indotta da fluorochinoloni.

¹ Comorbidità: malattie croniche (renali, cardiache, polmonari, epatiche, diabete), neoplasie, alcolismo, asplenia.

² infiltrato interstiziale, alterazione dello stato di coscienza, non risposta a terapia precedente con beta lattamici, esposizione a fattori di rischio ambientali. La durata è variabile in base alla molecola e alla risposta clinica (Azitromicina 3-5 gg).

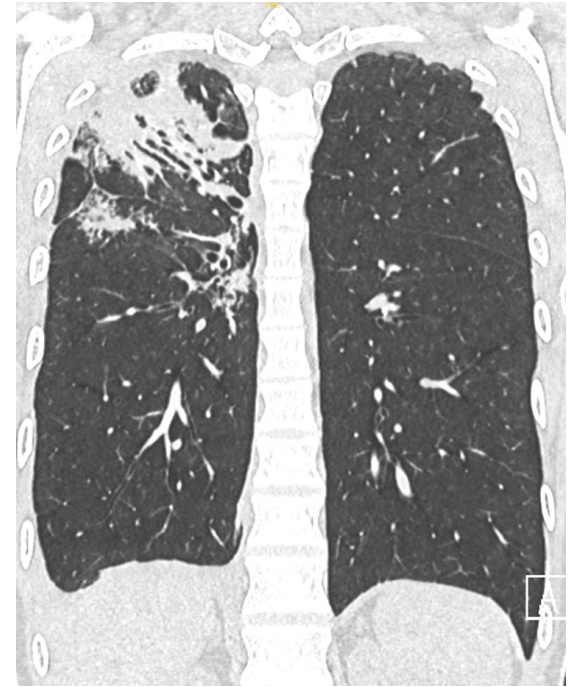
³ Utilizzare con cautela negli anziani, nei pazienti con compromissione renale e trapiantati per maggiore rischio di tendinite e rottura del tendine. Evitare l'uso concomitante di corticosteroidi poiché la co-somministrazione potrebbe esacerbare la tendinite o la rottura del tendine indotta da fluorochinoloni.

Che fare?

- A. Nel sospetto di polmonite autoimmune, reintrodurre steroide 1 mg/kg
- B. Eseguire ambulatorialmente TAC e BAL, attendere i risultati
- C. Passare a cefalosporina IM (ceftriaxone)
- D. Eseguire test quantiferon e test HIV
- E. Ricoverare la paziente

Parte 3

- Esegue TAC che conferma consolidamento lobo sup sn e modesto versamento pleurico sn, non linfonodi
- Esegue test quantiferon : negativo. Test HIV: neg.
- BAL: negativo es diretto per batteri e BAAR, PCR per BAAR positiva
- dal Laboratorio comunicano: coltura espettorato per BAAR pos.per Mycobacterium Tuberculosis Complex.



Caso clinico 1: polmonite acquisita in comunità

- Donna di 61 anni, non ha patologie note
- Da 10 giorni febbre e tosse, attualmente tosse catarrosa. Terminato ciclo di terapia antibiotica di 8 gg con amoxi/clave e 6gg di azitro senza beneficio. Dispnea soggettiva. Nega faringodinia, nausea, vomito. APR: muta ID: nessuna. Allergia a propifenazone
- In PS ieri eseguiti EE: PCR 6 mg/dL, lieve piastrinosi e lieve leucocitosi neutrofila. All'EGASO2 92.8%, pH 7.48
- RXtorace: opacamento pleuro-parenchimale di circa 60 x 70 mm in retrocardiaca prevalentemente al postero-basale del polmone di sinistra. Precedente dell'11/7: Non evidenti lesioni pleuro-parenchimali a focolo in atto a destra; si segnala la presenza di esteso addensamento parenchimale in sede perilare postero-inferiore sinistra. Non versamento pleurico a destra; presenza di minimo versamento pleurico basale sinistro.
- Obiettivamente vigile e orientata, sfebbrata (tachipirina ore 8), eupnoica in aa (SPO2 97% in aa), FR 22 atti/min, FC 82bpmR, PA 110/70 mmHg
- Al torace MV mantenuto su TAP, ridotto alla base sin. Non altri rumori. Toni cardiaci validi ritmici. Addome trattabile, non dolente né dolorabile alla palpazione SP dei vari quadranti. Non edemi declivi AAIL. Non lesioni cutanee. Non linfadenopatie. Cavo orale deterso. PC 44 Kg (riferisce calo ponderale di circa 2 kg)

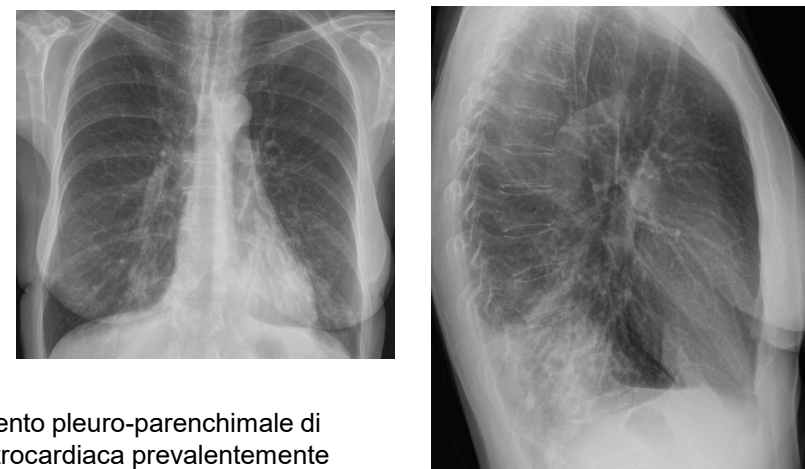
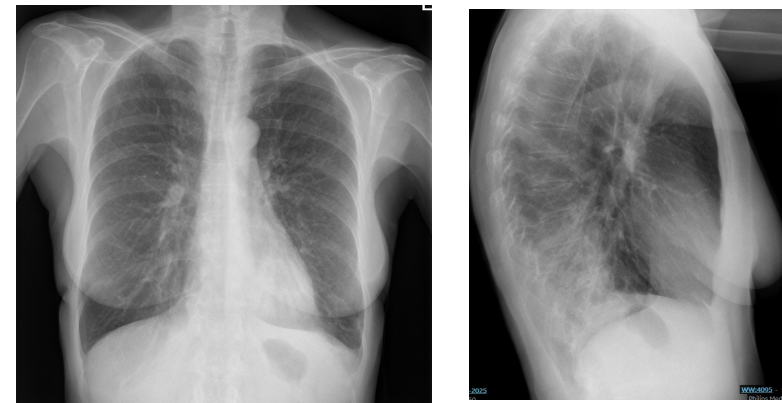


Che fare?

- A. Ricoverare la paziente per terapia ev
- B. Eseguire TAC torace ambulatorialmente
- C. Cambiare antibiotico, es cefalosporina orale o IM
- D. Chinolonico ?
- E. Aggiungere cortisone ?



1) RX TORACE (in 2 proiezioni) Polmoni bene espansi ed a parete. Non evidenti lesioni pleuro-parenchimali a focolaio in atto a destra; si segnala la presenza di esteso addensamento parenchimale in sede perilare postero-inferiore sinistra. Non versamento pleurico a destra; presenza di minimo versamento pleurico basale sinistro. Mediastino in asse. Cuore nei limiti volumetrici. Aorta di regolare decorso e calibro. Ili vascolari nella norma.



2) Rx torace : opacamento pleuro-parenchimale di circa 60 x 70 mm in retrocardiaca prevalentemente al postero-basale del polmone di sinistra. Cuore nei limiti. Note di aortosclerosi.



Polmonite acquisita in comunità (CAP)

Definizione e diagnostica



Adulti

VALUTAZIONE DELLA SEVERITÀ

Consigliato l'uso del DS-CRB-65 severity scoring system + 1 punto ciascuno per:

- Disease (patologia concomitante): insufficienza cardiaca, malattia cerebrovascolare, neoplasia attiva, insufficienza renale cronica, epatite cronica.
- Saturation (saturazione): SpO₂ <90%
- Confusion (confusione): confusione mentale di nuova insorgenza
- Respiratory rate (frequenza respiratoria): frequenza ≥ 30 atti/min
- Blood pressure (pressione arteriosa): pressione sistolica <90 mmHg o pressione diastolica ≤ 60 mmHg
- 65 (età): età ≥65 anni

Punteggio 0-1 (lieve): considerare trattamento ambulatoriale

Punteggio 2 (moderato): valutare se è opportuno il trattamento ospedaliero

Punteggio ≥3 (severo): trattamento ospedaliero

Altri fattori da considerare per valutare la severità e il setting di cura includono la presenza di gravi comorbidità e l'incapacità di assumere la terapia orale.



....La paziente viene sottoposta a : TC torace senza/con mdc per escludere ascesso, rivalutazione con gli esiti



TAC torace : Bilateralmente riscontrabili consolidazioni parenchimali "epatizzate", a sinistra a carico dei segmenti postero-basale e postero-laterale del lobo inferiore (7,5 x 6,5 x 8 cm) , a destra del segmento postero basale del lobo inferiore (7 x 4 x 5 cm), caratterizzate da normale arborizzazione vascolare intrinseca (in assenza di TEP e/o palese aspetto eteroplastico) ed - attuale - assenza di necrosi. Si associano a sinistra:- aspetti di intestizio-alveolite in piccola quota del contiguo segmento superiore del lobo inferiore medesimo- modico versamento pleurico mantellare con spessore assiale massimo di 14 mm.



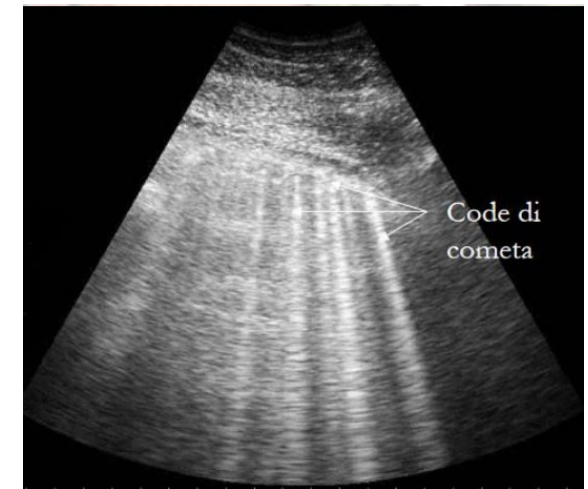
Che fare?

- A. La paziente ha una polmonite severa: va ricoverata per terapia antibiotica ev
- B. La paziente non ha una polmonite severa, ma servono ulteriori indagini (BAL)
- C. Aggiungere steroide e reinviare la paziente a domicilio con terapia a base di chinolonici e ceftriaxone IM



Parte 3

- La paziente viene ricoverata in Malattie Infettive ; si somministra O2 2 lt/min con buona risposta, non steroidi, non antibiotici
- Esami: GB 18500, NF 80%, PCR 9, proca neg, FC 100, SatO2 92 con 2 lt di O2 , PAO 110/70, FR 23 ar/m
- L'ecografia del polmone evidenzia: numerose linee B, più al campo polm. inf. dx, non consolidamenti, non versamento
- Sottoposta a BAL : es.microscopico per batteri, miceti, BAAR (inclusa PCR con Gene Xpert) coltura negativa (in corso per BAAR). Negativo pannello virale per influenza A e B, RSV, sars-Cov2, positivo per **Mycoplasma Pneumoniae**. Il test HIV risulta negativo
- La ricerca delle crioagglutinine risulta positiva a basso titolo



paciente : **MARCO VITTO (no. 4330000)**
Data Prel : **16-07-2025** ora: 12:15 Pag. 1 / 2

DESCRIZIONE ANALISI / TEST	ESITO	UDM	INTERVALLO DI RIFERIMENTO	METODO
----------------------------	-------	-----	---------------------------	--------

BATTERIOLOGIA :

Ricerca patogeni respiratori e resistenze antibiotiche

BATTERI:

Acinetobacter calc.-baumanni complex	non rilevato
Enterobacter cloacae complex	non rilevato
Escherichia coli	non rilevato
Haemophilus influenzae	non rilevato
Klebsiella aerogenes	non rilevato
Klebsiella oxytoca	non rilevato
Klebsiella pneumoniae group	non rilevato
Moraxella catarrhalis	non rilevato
Proteus spp.	non rilevato
Pseudomonas aeruginosa	non rilevato
Serratia marcescens	non rilevato
Staphylococcus aureus	non rilevato
Streptococcus agalactiae	non rilevato
Streptococcus pneumoniae	non rilevato
Streptococcus pyogenes	non rilevato

Geni di resistenza antibiotica:

BATTERI ATIPICI:

Chlamydia pneumoniae	non rilevato
Legionella pneumophila	non rilevato
Mycoplasma pneumoniae	rilevato

VIRUS:

Adenovirus	non rilevato
Coronavirus	non rilevato
Human Metapneumovirus	non rilevato
Human Rhinovirus/Enterovirus	non rilevato
Influenza A	non rilevato
Influenza B	non rilevato
MERS-Cov	non rilevato
Parainfluenza virus	non rilevato
Respiratory Syncytial Virus	non rilevato

ES.COLTURALE BRONCOASPIRATO

Esame microscopico diretto (Gram)	
Leucociti	numerosi
Cocchi gram positivi	rari
Lieviti	assenti
Esame colturale	flora microbica residente
esito	

[Significativo se = > 100.000 x BAL, >1.000.000 x BA]

Polmonite da M. Pneumoniae (c.d. polmonite atipica) resistente ai macrolidi

Grazie e arrivederci!

